Contributo para o estudo clínico da Disfunção Eréctil: *A Pessoa em interacção*

Mário Fernando Ferreira Lourenço

Porto 1998

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor
apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade do Porto

Orientador: Prof. Doutor A. Pacheco Palha

Artigo 48º, § 3º - "*A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação*"
(Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto - Decreto nº 1937, de 29 de Janeiro de 1931).

À memória do meu pai

À Felicidade

e ao André: a quem devo esta Tese.

CORPO CATEDRÁTICO DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Professores Efectivos

Doutor Alberto Manuel Barros da Silva
Doutor Alexandre Alberto Guerra Sousa Pinto
Doutor António Alberto Falcão de Freitas
Doutor António Augusto Lopes Vaz
Doutor António Carvalho Almeida Coimbra
Doutor António Fernandes O.B. Ribeiro Braga
Doutor António Germano Pina Silva Leal
Doutor António Luís Tomé Rocha Ribeiro
Doutor António Manuel Sampaio Araújo Teixeira
Doutor Cândido Alves Hipólito Reis
Doutor Carlos Rodrigo Magalhães Ramalhão
Doutor Daniel Filipe de Lima Moura
Doutor Eduardo José Cunha Rodrigues Pereira
Doutor Francisco José Zarco Carneiro Chaves
Doutor Henrique José F.G. Lecour de Meneses
Doutor Joaquim Germano Pinto Machado C. Silva
Doutor Jorge Manuel Mergulhão Castro Tavares
Doutor José Agostinho Marques Lopes
Doutor José Augusto Fleming Torrinha
Doutor José Carvalho de Oliveira
Doutor José Eduardo Lima Pinto da Costa
Doutor José Fernando Barros Castro Correia
Doutor José Manuel Costa Mesquita Guimarães
Doutor José Manuel Lopes Teixeira Amarante
Doutor Levi Eugénio Ribeiro Guerra
Doutor Luís António P.C.S.M. Pereira Leite
Doutor Manuel Alberto Coimbra Sobrinho Simões
Doutor Manuel Augusto Cardoso Oliveira
Doutor Manuel Machado Rodrigues Gomes
Doutor Manuel Maria Paula Barbosa
Doutor Manuel Miranda Magalhães
Doutor Manuel Teixeira Amarante Júnior
Doutora Maria Amélia Duarte Ferreira
Doutora Maria da Conceição F. Marques Magalhães
Doutora Maria Isabel Amorim de Azevedo
Doutor Mário José Cerqueira Gomes Braga
Doutor Norberto Teixeira Santos
Doutor Patrício Manuel Vieira Araújo Soares da Silva
Doutor Serafim Correia Pinto Guimarães
Doutor Valdemar Miguel Botelho Santos Cardoso
Doutor Victor Manuel Oliveira Nogueira Faria

Professores Jubilados/Aposentados

Doutor Abel Sampaio Tavares
Doutor Albano dos Santos Pereira Ramos
Doutor Amândio Gomes Sampaio Tavares
Doutor António Fernandes da Fonseca
Doutor Artur Manuel Giesteira de Almeida
Doutor Casimiro Águeda de Azevedo
Doutor Celso R. Paiva R. da Cruz
Doutor Daniel S. Pinto Serrrão
Doutor Fernando Cerqueira Magro
Doutor Francisco de Sousa Lé
Doutor João da Silva Carvalho
Doutor Joaquim Oliveira Costa Maia
Doutor José Fernando Castro Correia
Doutor José Manuel Gonçalves Pina Cabral
Doutor José Pinto de Barros
Doutor Júlio Machado Vaz
Doutor Manuel José Bragança Tender
Doutor Manuel Teixeira Amarante Júnior
Doutor Walter Friedrich Alfred Osswald

Agradecimentos

Inúmeras pessoas nos acompanharam durante os últimos anos tornando possível a realização desta investigação. Sendo assim, é uma honra poder dar-lhes testemunho do nosso reconhecimento e profunda gratidão.

Antes de mais, agradecemos ao Prof. Doutor A. Pacheco Palha o empenho pessoal na concretização deste trabalho, graças à sua disponibilidade, aos conselhos que nos foi dando ao longo dos anos e às críticas pertinentes e oportunas que fez . Na sua pessoa, agradeço igualmente a todos os Professores do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto que, em diferentes momentos, nos dedicaram palavras de carinho e de encorajamento.

Ao Prof. Doutor J. Marques Teixeira o nosso apreço e reconhecimento pela sua amizade que ajudou a ultrapassar muitos desânimos, impasses e dificuldades

Ao Dr. Rogério Marques e todos os colegas da Consulta de Andrologia do Hospital de S. João pela colaboração prestada na selecção dos doentes que integram a nossa amostra experimental.

À Prof. Doutora Maria da Purificação Tavares Cummings pela generosa apreciação crítica que fez de uma das partes do manuscrito.

Aos Drs. Máximo Cólon, Cristina Mendonça e Santiago Nuñez e ao Prof. Doutor Alexandre Moreira que, com a sensibilidade que advém da amizade, ajudaram a racionalizar as opções assumidas e a orientação dada à presente investigação.

À professora Manuela Mota Pinto e ao Sr. Manuel Rodrigues agradecemos todo o empenhamento e apoio prestados na revisão e execução gráfica do manuscrito.

Ao Centro de Documentação da Associação para o Planeamento da Família, na pessoa da Sra. Helena Ferreira, à Dra. Maria José Hortinha da Organon Portuguesa, à Dra. Manuela Ferreira do Serviço de Documentação e Informação Científica dos Laboratórios Bial e aos responsáveis do Instituto Espill (Valência), Prof. Drs. María Pérez-Conchillo e Juan José Borrás Valls por toda a colaboração prestada na recolha do material bibliográfico que suporta esta investigação.

Ao Sr. Alcino M. Mendonça e à Dra. Chantal Vicente, pela ajuda nas traduções.

Não esquecemos todos os doentes e outras pessoas que participaram neste trabalho: a eles dedicamos os frutos imediatos ou não do esforço dispendido.

Aos colegas da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, pela interessante caminhada que temos feito em conjunto.

Índice

INTRODUÇÃO GERAL 5

PARTE I 9

1. ESTUDOS TEÓRICOS - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 9

1.1. Os mecanismos da diferenciação sexual 9

1) A vertente Genética da Diferenciação Sexual 10

2) Hormonas e diferenciação sexual 11

* A síntese de esteróides nos testículos 12

* A Hormona Antimülleriana (AMH) 12

3) A importância da Actividade Cerebral na Diferenciação Sexual 13

Apreciação Crítica 16

Conclusão geral 18

1.2. O Campo e os Limites da Sexualidade: "de que falamos quando falamos de Sexualidade" 19

1.2.1 Objectivos e Método 19

1.2.2 Identificação da problemática da Sexualidade 19

1.2.3 Teorias sobre a Sexualidade 21

* A obra de Henry Havelock Ellis (1859-1939) 21

Apreciação Crítica 23

*A obra de Sigmund Freud 24

Apreciação Crítica 27

* A obra de Wilhelm Reich 31

1.3. Ser homem ou Ser mulher: o desenvolvimento do Sexo como variável estímulo 37

1.3.2 Tratamento diferencial e segregação social: as consequências do Género! 40

2. ESTUDOS TEÓRICOS - A SEXUALIDADE COMO OBJECTO DE ESTUDO 47

2.1 O modelo Biopsicossocial como modelo clínico em Sexologia Médica 47

Das razões para uma leitura Biopsicossocial da Sexualidade Humana 47

As linhas de força do modelo proposto 50

Patologia e Sistemas de classificação em Medicina da Sexualidade 56

A) O que constitui um problema sexual? 56

B) A Disfunção Sexual como doença 56

C) A Disfunção Sexual numa perspectiva psicológica 59

D) A Disfunção sexual como realidade (integradadora) Biopsicossocial 59

E) Sobre a possibilidade de uma taxonomia sexológica 60

2.2. A subjectividade na perda de erecção 66

Falta de erecção: um problema antigo - olhares mágicos e científicos 66

"Impotência" e perda de Virilidade 68

2.3. A Disfunção Eréctil na prática clínica 72

"Impotência" ou Disfunção Eréctil? - As várias faces de um problema médico 72

O que é uma Disfunção Eréctil? 75

Critérios para o diagnóstico etiológico da Disfunção Eréctil 81

3. Estudos Teóricos - A Disfunção Eréctil como Modelo de Desregulação Psicobiológica 100

Introdução 100

3.1.1. A Disfunção Eréctil como objecto de estudo 101

3.1.2 Compreensão multifactorial da Disfunção Eréctil 103

3.1.2.1. Prevalência da Disfunção Eréctil (D.E.): uma revisão crítica da literatura especializada 104

3.1.2.2 Envelhecimento e Disfunção Eréctil 106

3.1.2.3. A Frequência da actividade sexual 108

3.1.2.4 Determinantes Psicológicos da Disfunção Eréctil 108

Causas imediatas/próximas: 112

A) O papel da Ansiedade 112

B) Auto-estima, Depressão e Disfunção Eréctil 116

C) Outras Doenças Psiquiátricas 119

D)Conflituidade conjugal 119

E) Falta de informação ou uma incorrecta informação sexual 121

Factores do Desenvolvimento Psico-Sexual (causas remotas): 121

a) Sentimentos de culpa e medo à sexualidade 121

b) Homofobia e problemas de Identidade Sexual 123

c) Visão negativa da Sexualidade e experiências traumáticas 124

3.1.2.5. A propósito da atribuição causal da Disfunção Eréctil 125

3.1.2.6. Compreensão da etiopatogénese da Disfunção Eréctil Psicogénica 127

3.1.2.7Conclusões 130

3.2. Causalidade orgânica e iatrogénica da Disfunção Eréctil: alguns factores intervenientes 134

3.2.1. A responsabilidade da Testosterona 136

3.2.2. Alterações da Tiróide e Hiperprolactinémia 138

3.2.3. A Diabetes Mellitus 139

3.2.4. Hipogonadismo e D.E. 141

3.2.5. A Disfunção Eréctil vasculogénica 142

3.2.6. A Disfunção Eréctil pós-cirurgia pélvica 144

3.2.7. Doença de Parkinson e Esclerose Múltipla 145

3.2.8. As lesões da Medula Espinal e os Traumatismos Pélvicos 146

3.2.9. Outros factores orgânicos 147

3.2.10. Factores Medicamentosos e Tóxicos 149

Os Antidepressivos 150

Os Neurolépticos 153

As Benzodiazepinas 154

A Nicotina 155

O Álcool 156

A Cocaína 157

A Heroína 158

Os Fármacos Antihipertensores 159

Outros Fármacos 161

3.2.11. Conclusões 163

PARTE II 168

1. Material e Métodos 168

1.1 Introdução 168

1.2 Objectivos do Estudo 169

1.3. Hipóteses de Trabalho 169

1.4. População de Estudo e Métodos 170

*Material Clínico 170

* Método de Estudo 172

Instrumentos de avaliação 176

* Análise Estatística: hierarquização de procedimentos 186

2. Resultados 187

3. Discussão dos Resultados 223

4. Conclusões 255

BIBLIOGRAFIA 264

ANEXOS 294

"Aquilo que nós observamos não é a natureza em si mesma mas a natureza exposta ao nosso método de *questionar*" W. Heisenberg (in *"Physics and philosophy - The revolution in modern science"* 1985, p: 58)

Neste trabalho iremos abordar o fenómeno da Sexualidade disfuncional tal qual como ela se manifesta numa entidade clínica estabelecida (D.S.M.-III-R) que elegemos como objecto de estudo específico: a Disfunção Eréctil. A organização do presente trabalho decorre da constatação, comum na literatura sobre a Disfunção Eréctil (D.E.), de que esta Disfunção Sexual não é concebida ou não é analisada como uma patologia eminentemente psicossomática.

Adoptamos como preocupação primordial o ajustamento entre a grelha de leitura Biopsicossocial e as características do fenómeno. Isto é, as características complexas do fenómeno: a experiência sexual do homem com D.E., não se compadece apreciações conceptuais reducionistas e determinísticas. O cumprimento deste objectivo geral permite, não só, evitar a precipitação de avançar para a investigação clínica sem as devidas preocupações de enquadramento teórico-metodológico, mas também facilita a criação desse mesmo enquadramento e insere-se nas condições que fundamentam a existência da Sexologia Médica contemporânea: o trabalho transdisciplinar e a intervenção na óptica do doente..

A perspectiva biopsicossocial em que nos situamos, inerente à tradição da Medicina Ocidental, assenta no pressuposto de que qualquer problema/doença da esfera sexual não é estranho a todos os outros fenómenos patogénicos, pelo que a sua investigação nos remete directamente para os factores gerais que estruturam as interacções entre os múltiplos elementos biopsicossociais da doença humana.

Para materializar o presente trabalho de investigação delineei um conjunto de procedimentos que, constituindo momentos específicos da elaboração desta investigação, acabam por dar conta da coerência e da racionalidade geral a que o trabalho obedeceu. Estes procedimentos organizam-se em dois momentos distintos:

Estudos Teóricos que englobam os três primeiros capítulos: Enquadramento Conceptual, a Sexualidade como objecto de estudo e a Disfunção Eréctil como Modelo de desregulação

Trabalho de Campo: investigação nuclear.

No conjunto, os Estudos Teóricos pretendem dar conta dos diferentes processos intervenientes na definição e consolidação da Sexualidade Humana, perspectivada como realidade sistémica, e, a um outro nível, avaliar as circunstâncias psico-orgânicas condicionantes e a gestão que é feita da experiência de Disfunção Sexual a partir do modelo clínico da D.E..

O outro momento da investigação que denominamos de "Trabalho de Campo: investigação nuclear" procurará criar condições para examinar as potencialidades do modelo Biopsicossocial quando aplicado ao estudo da D.E.. Por outras palavras, vamos estudar que aspectos clínicos aferem/avaliam os diferentes desequilíbrios presentes na D.E.?

Vejamos com mais pormenor como estão constituídos estes dois momentos enunciados e como se interligam.

No capítulo de abertura, que denominamos de "Estudos Teóricos - Enquadramento Conceptual", procuraremos explorar algumas das noções primordiais em torno das quais se desenvolve a Sexualidade Humana. A leitura da Sexualidade Humana impõe a compreensão dos diferentes domínios com ela relacionados. Dito de outra forma, teremos de a des-construir para entender os seus fundamentos.

Com vista à concretização deste modelo de análise (Biopsicossocial), faz sentido definir alguns dos múltiplos intervenientes na experiência da Sexualidade Humana (Unger, 1994; Fernández, 1996) . Antes de mais, teremos de decifrar as diferenças e as semelhanças entre noções paralelas: Sexo e Sexualidade. Ambas dizem respeito a uma mesma realidade: a do Sistema Pessoa, mas quem determina quem? Como se interpenetram no terreno da disfuncionalidade sexual? Ou seja, quem mais sofre ou desequilibra: o Sexo ou a Sexualidade? Será que o Sexo diz respeito à biologia e a Sexualidade à cultura e às questões sociais?

No primeiro ponto do Enquadramento Conceptual: " Os mecanismos da diferenciação sexual", faremos uma incursão aos mecanismos neurofisiológicos subjacentes aos fenómenos sexuais, indagando, à luz dos conhecimentos mais recentes, os vários níveis biológicos intervenientes na diferenciação sexual. Nos dois primeiros itens apreciaremos o papel que jogam os genes e os esteróides sexuais na diferenciação sexual. De seguida, iremos ver como as hormonas exercem uma acção organizadora sobre o S.N.C., cujo resultado final é a produção de um fenótipo neuronal específico para o homem e outro para a mulher .

O Sexo encarado no sentido de Sexualidade merecerá a nossa atenção no ponto 1.2 do 1º Capítulo. Falaremos do componente do Sexo mais votado ao ostracismo, foi vítima da ignorância e rodeou-se de medos descabidos ao ser encarado como tabú. A desinformação comum em matéria de Sexualidade, o segredo e o mistério que habitualmente envolvem o que

lhe diz respeito, dificultam a aceitação da mesma como algo normal e tão específico do ser humano. As consequências óbvias do que referimos, prendem-se com a simplificação de tudo o que emerge da Sexualidade a uma luta dicotómica, entre a necessidade de satisfazer os desejos sexuais, considerados como "instintivos", e a culpabilidade que os mesmos provocam. Recorrendo à faceta mais negativa, diremos que a Sexualidade abarca todos os desempenhos, explícitos e implícitos, não exclusivamente relacionados com as pulsões ditas sexuais. A Sexualidade ajuda-nos a entender a evolução de cada Pessoa como ser sexuado. Por conseguinte, no ponto 1.2 do 1º Capítulo: "O Campo e os Limites da Sexualidade", vamos fazer um esboço reflexivo que possa contribuir para o estabelecimento dos fundamentos do conceito Sexualidade. Neste âmbito, daremos relevo a alguns dos principais modelos teóricos sobre a Sexualidade.

A dimensão funcional dos fenómenos sexuais inclui e também diz respeito à categorização dos seres humanos em dois agrupamentos (as mulheres e os homens). Sobre estes aspectos irá incidir a nossa atenção ao abordar o ponto 1.3 do 1º Capítulo: Encarando o Sexo como uma variável "estímulo" procura-se investigar todas as interacções que não sejam estritamente sexuais mas que são afectadas pelo Sexo anatómico das pessoas intervenientes.

Com base no exercício de documentação e apreciação crítica realizado no 1º Capítulo fundamentarei a decisão de avançar para a aplicação do modelo Biopsicossocial aos contextos de doença, tornando-o num instrumento de trabalho clínico.

Num segundo momento dos Estudos Teóricos (2º Capítulo) procuraremos explicitar as virtualidades do Modelo Biopsicossocial enquanto modelo de compreensão e de intervenção clínica em Sexologia Médica. As consequências práticas da adopção do modelo Biopsicossocial em Sexologia Médica passam pela necessidade de elaboração de um protocolo clínico que permita, entre outros aspectos, a ordenação e a classificação dos problemas sexuais. É o que daremos conta no ponto 2.1.

Faremos de seguida, uma apreciação histórica das dificuldades de erecção. Interessa-nos igualmente discutir os vários contornos conceptuais que rodeiam esta entidade clínica: "Impotência" versus Disfunção Eréctil. Reconhecendo o impacto tantas vezes disruptivo da Disfunção Eréctil na Identidade masculina tentaremos averiguar as relações da perda da erecção com a Virilidade. Estes os conteúdos temáticos dos pontos 2.2 e 2.3. deste 2º Capítulo

Qual a influência mais importante na patogenia das Disfunções Sexuais masculinas? Serão o espaço extracorporal e a educação de um indivíduo, os únicos factores em causa nas relações interpessoais e na orientação dos gostos sexuais? Existirá um determinismo biológico para o "bom" e para o "mau" funcionamento sexual?

Aceitando o desafio lançado por estas múltiplas interrogações defendemos que o Sexo da mesma forma que qualquer outra aptidão fisiológica, existe de acordo com uma dinâmica evolutiva, tendo como ponto de partida o ventre materno e o ponto de chegada a morte

biológica. Em pé de igualdade com os outros orgãos ou sistemas fisiológicos, o Sexo sofrerá disfuncionalidades ou até processos patogénicos segundo o estilo de vida adoptado. O processo de diferenciação sexual evoca o mesmo suporte estrutural das outras dimensões orgânicas: informação genética, cerebral e hormonal. Não depende apenas dos orgãos ditos sexuais (Fernández, 1996, p: 39). Como tal, acreditamos que as experiências sexuais constituem comportamentos objectiváveis, pensamentos e ideias, afectos e fenómenos fisiológicos passíveis de equilíbrios homeostáticos, tantas vezes precários, porque influenciados por múltiplas realidades intra e extra-individuais. As experiências sexuais são o produto acabado deste dinamismo. Acontecem em contextos determinados, através de corpos/sujeitos que se envolvem em trocas culturalmente esperadas, relacionalmente possíveis e individualmente significativas (Alferes, 1997: 15). É com este enquadramento geral que vamos proceder a uma revisão bibliográfica sobre a problemática da etiopatogenia da Disfunção Eréctil (3º Capitulo, que conclui a Parte I)).

A Parte II corresponde ao momento experimental desta investigação.

Num primeira fase (1º Capítulo) vamo-nos ocupar da definição das condições de aplicação do modelo Biopsicossocial ao estudo específico da Disfunção Eréctil Secundária, enunciando e delimitando os objectivos (gerais e específicos) da investigação, apresentando a amostra populacional estudada, esclarecendo os diferentes passos do Método de Estudo e especificando o protocolo clínico utilizado. Para a verificação experimental das hipóteses de trabalho socorremo-nos de uma amostra hospitalar de 116 doentes com Disfunção Eréctil Secundária (Grupo de Estudo) e de um amostra de 116 indivíduos sem qualquer Disfunção Sexual ou outras patologias médicas (Grupo de Controlo).

Completando a organização metodológica deste trabalho de investigação, iremos apresentar os resultados que obtivemos ao proceder à verificação experimental do protocolo clínico pré-definido (2º Capítulo) e discuti-los (3º Capítulo), elaborando um conjunto de conclusões após a sistematização dos mesmos (4º Capítulo).

Finalmente, explicitando o método geral de desenvolvimento deste trabalho ele obedece a uma lógica de interligação interpartes. Caracterizando, diremos que a Parte I representa o corpo conceptual da investigação, servindo de alicerce a todo o seu desenvolvimento e a Parte II constitui o seu corpo experimental. O 2º e o 3º Capítulos da Parte I e o 1º Capítulo da Parte II funcionam como interfaces entre os dois corpos/partes deste trabalho de investigação, estabelecendo a comunicação entre ambas: Parte I ←→ Parte II.

1. ESTUDOS TEÓRICOS - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Os mecanismos da diferenciação sexual

O dimorfismo sexual confunde-se com a própria vida humana, o que explicaria, em grande medida, as razões porque é que a realidade sexo acompanha e se sobrepõe à história da humanidade. A apropriação e o conhecimento científicos das questões do sexo fez-se essencialmente durante o séc. XX. Os mecanismos de determinação genética, as influências neuro hormonais, o controlo cerebral, a fisiologia da resposta sexual, a etiopatogenia orgânica das Disfunções Sexuais, as mudanças de Sexo, são, a título de exemplo, alguns dos temas sujeitos a debate científico (Money & Ehrhardt, 1972). A multiplicidade de objectos de estudo justifica a dispersão que prevalece neste campo científico. Para um incauto iniciado nestes assuntos o panorama descrito é, de alguma maneira, susceptível de provocar confusão, dissuadindo qualquer tentativa ou aventura de organizar os seus próprios conhecimentos. A dispersão deriva da materialização de vários níveis de reflexão sobre a realidade estudada:

O nível genético.

O nível neuro-endocrinológico.

O nível sexológico.

O nível psico-social

O nível antropológico (Férnandez, 1996, pp: 47-57).

Por conseguinte, vários elementos ou níveis cruzam-se na criação dos indivíduos do sexo masculino (que elegemos como objecto de estudo): o Sexo genético, o Sexo gonadal, o Sexo somático (interno e externo), o Sexo legal e o Género (*"gender role"*). A harmonização de todos estes elementos, num ritmo próprio, dá lugar a alguém que pertence ao sexo masculino ou ao sexo feminino.

Veremos de seguida como intervêm os níveis: genético, hormonal e cerebral, permitindo o aparecimento e a consolidação do sexo masculino.

1) A vertente Genética da Diferenciação Sexual

É no momento da fertilização que se estabelece o sexo genético de cada ser humano, em estreita dependência com a dotação cromossómica do gâmeta paterno. A presença do cromossoma Y implica uma determinação testicular com independência do número de cromossomas X, conferido ao indivíduo o sexo masculino, do ponto de vista genético.

O cromossoma Y condiciona a transformação da gónoda indeferenciada em testículo, graças à intervenção do "Factor Determinante do Testículo" (TDF: "Testis Determining Factor"). A par da caracterização do TDF e do que regula a sua expressão, grande parte das investigações levadas a cabo nos últimos anos nesta área, centraram-se no reconhecimento do gene SRY ("sex-determining-region Y gen"), situado no braço curto do cromossoma Y. No embrião do rato a expressão do gene SRY antecipa-se à morfogénese testicular. Depois dos trabalhos de Koopman et al. (1991), que introduziram em fetos fêmea de rato fragmentos de ADN contendo o gene SRY e assim induzindo a diferenciação testicular num número significativo destes animais, perdura a convicção que o gene SRY é essencial como indutor testicular e participa na constituição do TDF(Fernández, 1996, p: 65).

Em seres humanos a delecção no gene SRY foi invocada como o factor responsável pelo aparecimento de alguns casos de mulheres XY. Para além do tecido embrionário, o gene SRY tende também a expressar-se, independentemente das células germinais, no testículo do indivíduo adulto. Bogan & Page (1994) relativizaram a importância do SRY, demonstrando que este gene, codificador de um polipéptido de 204 aminoácidos, por si só não é suficiente para o desenvolvimento testicular. O SRY actua como regulador do complexo processo que conduz à virilização, hipoteticamente intervindo no papel de repressor transcricional para o qual precisa da cooperação de outros genes ainda não identificados.

Resumo:

Tendo presente a enorme variedade de descobertas levadas a cabo no âmbito da biologia molecular, da engenharia genética e da genética médica, é possível reconhecer que o SRY e o TDF propiciam a compreensão de numerosas disgenesias sexuais e lançam um pouco de luz para os confins mais profundos da realidade sexo.

A ideias dominante prende-se com a possibilidade de activação do Factor Determinante do Testículo por um polipéptido, que induz ou reprime a expressão de outros genes intervenientes na morfogénese testicular. A dotação genética consubstancia-se em três hipóteses:

- Hipótese de interacção entre vários genes que se expressam fundamentalmente no tecido gonadal.
- Hipótese da autonomia celular, segundo qual o gene SRY superentende a formação de precursores celulares das células de Sertoli, que mais tarde se diferenciam nas células de Sertoli fetais, a partir das quais se originam todos os outros tipos celulares que compõem o testículo.
- Hipótese enzimática: defende que o gene SRY estabelece, no desenvovimento das gónadas, uma conexão funcional com o chamado Factor Esteroidogénico-1 (SF-1). O gene SF-1 controla a activação das enzimas esteroidogénicas das supra-renais e das gónadas, fundamentais para a produção de testosterona e regula a expressão do gene que codifica a hormona antimülleriana (AMH) nas células de Sertoli (Fernández, 1996).

2) Hormonas e diferenciação sexual

A bipotencialidade sexual do embrião traduz-se pela formação dos orgãos genitais internos e externos: os canais de Müller e os canais de Wolff, a nível interno, e seio urogenital, o tubérculo genital e os bordalestes genitais.

Até aos dois meses, um feto humano não tem género. O esboço do seu aparelho genital apresenta simultaneamente características masculinas e femininas. Alfred Jost formulou, na década de 40, o princípio que rege a diferenciação sexual de um mamífero. Segundo ele, as gónodas serão os protagonistas deste processo. Na espécie humana e nos mamíferos em geral, a diferenciação sexual da fêmea corresponde a um tipo neutro. Tal pode ser comprovado pela castração do feto durante a vida uterina. Este feto dará origem a um indivíduo do sexo feminino. Admite-se que o ovário embrionário não tem actividade endócrina (Jost, 1970).

O surgimento das células de Sertoli constitui a primeira evidência de diferenciação sexual primária na gónada fetal masculina, por altura da 6ª-7ª semana de gestação.

Neste período crítico, a ausência de diferenciação das células de Sertoli conduz ao aparecimento do ovário.

O desenvolvimento posterior do testículo, a partir da 6ª semana, pode ser interrompido pelo gene TDF, ao interferir na gradual transformação do blastema gonodal nos cordões testiculares e no interstício (Fernández, 1996).

O testículo fetal tem uma vocação endócrina muito grande, produzindo hormonas como as testosterona, a hormona antimüleriana e substâncias glucoproteicas inibidoras (cuja função genérica é regular a FSH hipofisária).

✷ A síntese de esteróides nos testículos

A produção de testosterona no adulto é controlada por hormonas gonadotrópicas hipofisárias (ex: a Hormona Luteinizante, LH, e a Hormona Folículo Estímulante, FSH) e no feto, para além destes factores, também por uma substância placentária, a gonadotrofina coriónica humana (hCG). O perfil de hCG eleva-se até à 10ª semana de gravidez (Fernández, 1996, pp: 63-87). Baseando-se neste dado, algumas descobertas recentes, apontam que o papel desta gonatropina inicidirá, sobretudo, na regulação fisiológica da síntese e libertação de esteróides pelo testículo (Le Vay, 1995).

Numerosas provas experimentais sustentam que a testosterona do testículo fetal é determinante para a diferenciação sexual masculina, em particular ao longo do 2º semestre de gravidez. O crescimento do pénis, a descida dos testículos e a síntese de testosterona, ocorrem por acção das gonadotrofinas.

As hormonas hipófisárias não são essenciais na regulação da função gonadal nos dois primeiros trimestres, no último trimestre acontece o contrário. A prová-lo existem estudos levados a cabo em fetos anencefálicos. Nestes fetos ocorre um desenvolvimente gonadal normal durante a primeira metade da vida intra-uterina. Mas enquanto que os fetos anencefálicos masculinos sofrem uma redução no número de células de Leydig com a progressão da gestação, nos fetos anencefálicos femininos os ovários apenas se desenvolvem normalmente até à 32ª semana, após o que se interrompe o crescimento folicular verificando-se uma redução no tamanho do ovário (Jonas et al., 1991).

✷ A Hormona Antimülleriana (AMH)

A AMH é sintetizada pelas células de Sertoli fetais. Dela depende a regressão das estruturas primordiais dos genitais internos no sexo feminino.

A adição de AMH a culturas de ovário fetal de rato, produz a morte das células germinais e acelera o processo de diferenciação das células de Sertoli. Tal constatação faz presumir que a AMH coordena a morfogénese testicular e serve de suporte ao Modelo de Autonomia Celular, que tivemos opurtunidade de enunciar no item anterior. Acredita-se que a AMH tenha uma acção deletérea nos fetos femininos apenas em fases muito precoces da diferenciação sexual (Fernández, 1996). A produção de AMH é fundamental ao induzir a regressão dos canais müllerianos e ao intervir na inibição da meiose das células germinais testiculares. As experiências de Behringer et al. (1994), com fetos de rato manipulados geneticamente, indicam que a AMH é um regulador negativo da proliferação das células de Leydig.

Resumo:

A determinação do sexo gonadal e a migração das células primordiais germinativas para a gónada primitiva constitui o segundo momento, depois da determinação do sexo genético, para a materialização biológica da identidade sexual.

Nos primeiros tempos da vida intra-uterina, por acção de genes como o TDF, a gónada indiferenciada desenvolve-se e origina o aparecimento dos genitais masculinos.

Desde os trabalhos originais de Jost, sabemos que a diferenciação masculina requer a existência de um testículo embrionário activo. A morfogénese sexual envolve a regressão de um dos canais embrionários e a persistência e diferenciação do outro. Esta involução ocorre durante o 3º mês de gestação.

O testículo embrionário produz dois tipos de hormonas: os androgénios (testosterona e o seu derivado dehidrotestosterona) e a hormona antimülleriana (AMH). Os androgénios protagonizam a elaboração dos genitais internos a partir dos canais de Wolff e são responsáveis pela diferenciação dos genitais externos (alongamento do tubérculo genital originando o pénis, oclusão do seio urogenital e criação do escroto).

3) A importância da Actividade Cerebral na Diferenciação Sexual

A existência de um dimorfismo sexual das extruturas neuronais resulta da acção biológica dos mensageiros endócrinos, as hormonas, sobre o sistema nervoso central (S.N.C.) (Fernández, 1996).

As hormonas sexuais interagem com o sistema nervoso seguindo duas vias:

1. Uma via indutora ou organizadora, em que os esteróides sexuais, coincidindo com um período de grande plasticidade cerebral, exercem a sua acção, tanto mais que nesse "período crítico" (do 4º ao 7º mês de vida intrauterina) surge um acréscimo de receptores para os esteróides nas várias estruturas neuronais (Behringer et al., 1994). Esta fase inclui a formação de núcleos hipotalámicos e o desaparecimento da matriz celular em torno do III ventrículo.

2. Uma via essenciamente modeladora, pela qual as hormonas, de forma transitória, facilitam ou induzem respostas de natureza comportamental, incidindo a sua acção sobre um cérebro previamente estruturado (Le Vay, 1995).

Acredita-se que a acção organizadora dos esteróides sexuais passará por um efeito mitogénico sobre o S.N.C. em maturação, associado a uma capacidade neurotrófica, promovendo o crescimento e modificando o volume das estruturas neuronais. Ocorre uma diferenciação no desenvolvimento dos axónios e das dendrites, assim como na estabilidade das sinapses. O nível de esteróides gonodais determina morfologias e circuitos neuronais específicos para as competências sexuais (Frankfurt et al., 1990).

Prevalecem dois modelos que procuram explicar a diferenciação sexual do cérebro humano:

1. O modelo contínuo: segundo o qual os estrógénios controlariam de forma sequencial o dimorfismo sexual do cérebro. Este modelo é coerente com a ideia de que os sexos representam categorias independentes e explicaria a variabilidade na organização neuronal do sexo, nas funções sexuais e na orientação sexual (Le Vay, 1995).

2. Em contrapartida, o modelo dualista ou divergente define o masculino e feminino como categorias opostas, excluindo-se mutuamente. O sexo cerebral resultaria da interacção dos esteróides gonadais com o S.N.C. em desenvolvimento. Este modelo sustenta que o S.N.C. é intrinsecamente feminino, permanecendo como tal a não ser que ocorra a sua masculinização hormonal. Seriam os estrogénios quem assumiria essa responsabilidade, mediante um processo de aromatização dos androgénios in situ. O processo ficaria completo com o resguardo do cérebro do feto feminino. Esta defesa ou protecção do cérebro feminino acontece graças à acção de uma proteina fetal: a alfa-fetoproteina, que sequestraria os estrogénios circulantes evitando o seu acesso ao S.N.C.. Os níveis elevados da alfa-fetoproteina e a sua grande afinidade pelos estrogénios protegem o cérebro do feto feminino da acção masculinizante do estradiol (Fernández, 1996, pp: 97-108). A biotransformação (aromatização) dos esteróides testiculares em estrogénios é um passo obrigatório no complexo processo de diferenciação sexual (Gorski, 1988).

Em síntese, nos seres humanos, à semelhança dos outros mamíferos, o processo de masculinização do S.N.C. requer:

♦ A supressão do padrão intrínseco comportamental e neuroendócrino característico da fêmea (desfeminização).

♦ Reforço do padrão característico masculino (masculinização) (Ruas, 1987, p: 60).

A androgenização cerebral, do ponto de vista hormonal, passa em grande medida, pelos efeitos proporcionados pela testosterona.

O estradiol não parece ser indispensável à diferenciação macho/fêmea, pois, mesmo na sua ausência, processa-se o desenvolvimento do aparelho genital feminino. Para que o

cérebro contribua para a diferenciação homem/mulher, terá de ser submetido, antes do nascimento, à acção *masculinizante* da testosterona, em pontos de charneira como a amígdala, a área pré-óptica e o hipotálamo. Teremos o cuidado de examinar a importância específica deste último num item exclusivo no seguimento deste parágrafo. Com já analisámos anteriormente, a biotransformação da testosterona em estradiol, segundo um processo de aromatização, é essencial na determinação dos circuitos neuroendócrinos do comportamento masculino (Ruas, 1987, p: 62).

Logo após o nascimento, a testosterona completa a sua acção, produzindo uma *desfeminização*, sem a qual o adulto masculino reage e comporta-se como uma mulher, em resposta à aplicação do estradiol (Vincent, 1988). Sheri Berenbaum, da Escola Médica de Chicago, e Melissa Hines (1992), da UCLA, fizeram um teste de preferência de brinquedos, num grupo de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos. Comprovaram que a maioria dos rapazes decidia brincar com carros, enquanto as meninas optavam pelas bonecas e pelos automóveis, de forma aproximadamente igual. Entretanto, o subgrupo das meninas expostas, durante a gravidez, a níveis anormalmente elevados de andrógeneos (devido a quadro de hiperplasia suprarrenal congénita), adoptou um padrão de preferências idêntico ao dos meninos. Parece provável, que os andrógeneos detêm um efeito modelador sobre os comportamentos de relação, influenciando as escolhas que cada um dos sexos acaba por fazer. Contrariando o papel destacado da testosterona na definição do comportamento masculino, descobertas recentes, no reino animal, vêm lançar novas pistas de reflexão. Assim, num pequeno peixe hermafrodita, denominado Wrasse de cabeça azul, que habita nos corais dos mares das Caraíbas, é muito provável que a expressão de comportamentos característicos do macho (p.ex. defesa do território, agressividade e os rituais de sedução das fêmeas) estejam relacionados com os níveis cerebrais de uma hormona denominada arginina vasotocina (AVT) (Godwin, 1997). Os efeitos da AVT podem ser encontrados também nos mamíferos. Especula-se se o aumento dos níveis cerebrais de AVT é a causa do comportamento sexual dominante nos peixes ou o resultado desse mesmo comportamento.

Outra via que permite indagar o dimorfismo sexual cerebral passa pela compreensão da capacidade de resposta de algumas das estruturas cerebrais.

Nesta perspectiva, não é invulgar invocar para o hipotálamo um papel de charneira na organização biológica da sexualidade humana. O hipotálamo posiciona-se como um elemento crucial de um vasto e complexo circuito no qual participam muitas outras regiões cerebrais. A evidência para tal constatação reside nas experiências de ablação, estimulação e registo, assim como nos estudos citoquímicos das regiões em análise (Le Vay, 1995, p: 110). As experiências de ablação cirúrgica indicam que a *área preóptica medial* (conjunto de núcleos neuronais e prolongamentos axonais) está implicada no comportamento sexual masculino típico. A destruição da *área preóptica medial* acarreta uma perda do comportamento copulatório heterossexual em muitas espécies animais, persistindo, todavia, o impulso *("drive")* sexual (Cherry & Baum, 1990). A estimulação da *área preóptica medial* tem um efeito contrário.

Será de presumir que a actividade eléctrica de alguns neurónios da *área preóptica medial* participe activamente na organização do comportamento sexual masculino padrão. Não são conhecidas as vias para onde é direccionada tal actividade eléctrica: provavelmente para outras regiões hipotalámicas (como o *núcleo dorsomedial*), para os centros do tronco cerebral que medeiam a erecção do pénis e para o córtex cerebral, em particular, para as regiões motoras que controlam os músculos da região pélvica. O aparecimento da ejaculação dependerá da actividade de um grupo de células, situadas na vizinhança da *área preóptica medial*, denominadas de *núcleo dorsomedial*. Estes dados apontam para o envolvimento do hipotálamo anterior, havendo uma especialização de regiões anatomicamente distintas, mas com fortes relações de vizinhança, em diferentes funções sexuais (Oomura et al., 1988). Nas proximidades do hipotálamo encontra-se a amígdala, cujo *núcleo cortico medial*, sexualmente dimórfico e rico em receptores de andrógeneos, está em conexão estreita com a *área preóptica medial.* As lesões naquele núcleo, em pequenos animais como os ratos, interferem fortemente com o comportamento sexual do macho: deixa de procurar a fêmea e não é capaz de copular. É como se estivesse privado da informação necessária para reconhecer a fêmea e implementar o ritual de acasalamento (McGregor & Herbert, 1992).

Os núcleos hipotalámicos não se limitam a serem simples interfaces de informação (bio-eléctrica e hormonal). Intervêm exercendo um controlo directo de toda a vida sexual, ou seja, o hipotálamo actua como um centro de nível superior. A demonstrá-lo temos relatos experimentais da utilização de substâncias bloqueadoras dos andrógeneos, em indivíduos considerados como delinquentes sexuais. Os pacientes relatam uma redução significativa, quer nos comportamentos copulatórios, quer nas fantasias sexuais e na líbido. Como o hipotálamo é rico em receptores de andrógeneos, podemos suspeitar que os seus antagonistas serão capazes de interferir nas diferentes fases da resposta sexual. A destruição cirúrgica do hipotálamo, em casos de comportamento sexual considerado como patológico ou sociopático, leva à inibição e à perda das emoções, dos desejos, imagens e impulsos sexuais, dando a entender que a integridade do hipotálamo é essencial para a manutenção da Sexualidade como um todo (Le Vay, 1995, p: 122).

Apreciação Crítica

Uma primeira dificuldade pode ser detectada no estudo das bases biológicas da Sexualidade humana, e, em particular, da sua vertente masculina. Prende-se com a dificuldade de distinguirmos, de individualizarmos, as relações fenomenológicas inerentes à maioria dos processos psicobiológicos. A pergunta pertinente não é tanto averiguar se são os condicionamentos biológicos ou os factores sociais quem determina o dimorfismo sexual mas como se geram as complexas interacções biologia-cultura ao longo do ciclo existencial de cada Pessoa. Importa abdicar dos fundamentalismos, tanto mais que as diferenças sexuais no plano cerebral não são do tipo tudo ou nada (Fernández, 1996, p: 109).

Uma segunda dificuldade remete para as limitações no conhecimento disponível sobre o possível determinismo das variáveis fisiológicas na estruturação das dimensões neuronais da sexualidade humana:

A impossibilidade de quantificarmos as influências exógenas (socio-ambientais) e a respectiva interacção com os suportes neuro-endócrinos, desde as fases mais precoces do desenvolvimento humano.

Os modelos de estudo derivam da patologia, quando ocorrem acidentes/anomalias no normal processo de diferenciação sexual.

O que se afigura como incontestável é que o Sexo anatómico de cada ser humano representa, em termos sociais, o seu primeiro e mais importante ponto de referência. É o primeiro atributo ou indicador. A definição do Sexo anatómico da criança tem uma influência poderosa na qualidade das reacções que vai suscitar por parte dos adultos, como veremos mais adiante (Fernández, 1996).

Algumas correntes do pensamento (Unger, 1994) procuram contrariar uma visão excessivamente técnica do Sexo (sexo reprodução, mudança cirúrgica do sexo, sexo genético, etc). Por muito voluntarismo que emprestem à sua crítica, continuam a defender a conveniência de recorrer ao Sexo biológico como elemento diferenciador de homens e mulheres, o Sexo fará sempre referência a categorias que são determinadas biologicamente. Não levam até às últimas consequências uma análise profunda da multiplicidade de esquemas e mecanismos explicativos do dimorfismo sexual dos seres humanos. Por isso, não é invulgar encontrarmos uma asserção como a que é feita por Le Vay, contestável mas clara e límpida (1995, p: 22):

"A palavra sexo, sem qualificativos, significa sexo de acordo com o que é definido pelo aspecto dos genitais externos " .

A maioria dos investigadores dá ênfase ao Sexo enquanto realidade e condição orgânica. Os seres humanos são agrupados em duas categorias, homens e mulheres, em função da diferenciação biológica, sendo este requisito essencial (Deaux, 1985). Não interessa estudar as questões que ultrapassam a organização biológica, essas são de menor importância (Eagly, 1987).

Acreditamos que estamos perante uma "variável" complexa. À partida, impõe-se estudar o Sexo, "variável" complexa, com a minúcia que a observação científica requer. Para tal, teremos de proceder à aceitação de que vamos fazer face a um fenómeno razoavelmente interpelador pela variedade de leituras ou interpretações que suscita. Ao adoptarmos semelhante perspectiva remetemos o Sexo, ou melhor, a "variável" Sexo, para uma lógica processual que abarca todo ciclo vital; em todas as fases da vida humana o Sexo impregna o modo de funcionamento de cada homem e de cada mulher. As diferenças físicas entre os sexos evoluem de acordo com as funções sexuais respectivas.

Em simultâneo, devemos pensar de que esta realidade humana é sempre o oposto da normatividade, dominada por uma estrutura intocável e por um comportamento ideal. Os fenómenos de natureza sexual nos seres humanos existem para contraiar a invarância.

Conclusão geral

De acordo com o modelo geral proposto na Introdução (Parte I), neste ponto 1.1: "Os mecanismos da diferenciação sexual" demos conta de alguns dos conhecimentos actuais tanto sobre os agentes como sobre os processos que conduzem ao desenvolvimento sexual ao longo do período pré-natal, fazendo referência ao nível genético, ao nível hormonal e ao nível cerebral.

A hegemonia dos sistemas de controlo dos seres vivos mantém-se graças a um jogo recíproco de determinados factores genéticos e circuitos neuro-endócrinos. Estes circuitos possuem a sua própria história (ontogénese), uma certa interacção com o meio circundante, mecanismos específicos de adaptação e níveis operativos potenciais e reais, que determinam um espectro ilimitado de individualidades, o que constitui a maior riqueza do Sistema Pessoa.

Obedecendo à diferenciação biológica teremos de aceitar que a Sexualidade Humana deverá ser conceptualizada tendo por referência inicial a realidade de que é o corpo (o biológico) a matriz da Sexualidade, não ignorando as múltiplas relações de continuidade e as interferências que estão presentes no organismo humano (Deaux, 1985; Eagley, 1987).

Retendo esta análise inicial estamos em condições para começar a interrogar a Sexualidade Humana a partir do seu campo específico, definindo o universo de realidades que a fundamentam. É o que faremos no ponto 1.2. deste 1º Capítulo a partir dos contributos de alguns dos dos autores mais originais que trabalharam o tema.

1.2. O Campo e os Limites da Sexualidade: "de que falamos quando falamos de Sexualidade"

1.2.1 Objectivos e Método

Neste capítulo pretende-se essencialmente proceder à análise dos contributos de alguns autores que se ocuparam da problematização e investigação teórica da Sexualidade Humana. Fazêmo-lo com o intuito de identificar, quer o movimento de algumas correntes de opinião e de algumas disciplinas (das Ciências biológicas mas não só) quer o seu posicionamento face aos paradigmas que fundamentam actualmente a Sexologia Médica. Para atingir os objectivos deste capítulo, utilizarei um método que consiste em delimitar, num primeiro momento, o campo de abrangência do conceito "Sexualidade", enquanto unidade estruturante do Sistema Pessoa, para, num segundo momento, proceder à exposição e crítica das linhas condutoras das obras de três autores de referência: H. Havelock Ellis, Sigmund Freud e Wilhelm Reich.

1.2.2 Identificação da problemática da Sexualidade

Torna-se inviável abordar um tema como o da Sexualidade Humana sabendo que, nesta área, é fácil cair na tentação de fixar limites, padrões dominantes ou, até, esteriótipos (Del Valle & Rueda, 1991). Trata-se dum empreendimento ciclópico atendendo ao espectro, à amplitude das diferentes questões em análise, tanto mais que, logo à partida, impõe-se a necessidade de apreciar o conceito Sexualidade no âmbito de uma noção equivalente, a noção de Sexo. Para o senso comum ambos os conceitos (Sexo e Sexualidade) correspondem a uma e à mesma realidade.

Se adoptamos os modelos culturais como essenciais, em princípio, teremos de enfrentar os atavismos decorrentes dos nossos olhares de ocidentais face ao *"modus vivendi"* sexual de outros povos e de outras gentes diametralmente diferentes de nós. Convém salientar que a Sexualidade atravessa longitudinalmente todas as culturas e, sendo eminentemente, em última análise, uma experiência inidividual, está para além dos confins socio-culturais. Mesmo à luz do mundo ocidental, a Sexualidade dos anos 90 é, em substância, distinta da Sexualidade ou Sexualidades conceptualizadas, revisitadas, por Freud, Reich ou Masters & Johnson.

Vamos partir do pressuposto que a Sexualidade assume-se como o lado psicológico visível do Sexo. O que somos é sempre um cartão de visita:

"Quando dois seres humanos se encontram, apresentam, em primeiro lugar, o Sexo respectivo. Todavia, como não ousam apresentar o seu Sexo anatómico, apresentam apenas

as palavras que o indicam: "Senhor ou Senhora" ... Por vezes, até apresentam o estado desse Sexo: Menina" (Cyrulnik, 1995, p: 147).

Desta forma, no nosso cérebro, desde o momento do nascimento, inicia-se um processo de formação de esquemas mentais, que nos vão classificar socialmente. O contexto cultural assume, assim, nesse processo um protagonismo muito grande. É a este nível que as questões relacionadas o Género se colocam.

Pela Sexualidade experienciam-se os comportamentos apelidados de sexuais e nela podemos também incluir os pensamentos (fantasias, imaginação), as atitudes (a ternura, o prazer repartido) as manifestações, as aprendizagens inerentes às práticas sexuais. A Sexualidade, tal qual a inteligência, acaba por se deteriorar quando não é cultivada.

Uma leitura unívoca da Sexualidade vai diluí-la no Sexo, o que resulta da acção directa dos genitais e do pré-determinismo biológico. A Sexualidade propõe-se seguir um caminho autónomo, ganhar uma identidade própria (Zilbergeld, 1992)

São indiscutíveis as mais variadas interfaces da Sexualidade com outras áreas da experiência humana, que se prestam a um papel configurador dos conteúdos da Sexualidade. A mais imediata relaciona a Sexualidade e a reprodução.

A reprodução aparece como a finalidade mais óbvia da Sexualidade. A reprodução sexuada apresenta vantagens sobre a sua similar não sexuada. Uma das vantagens passa pelos benefícios da interacção dos organismos com o seu meio ambiente. As crias geradas sexualmente diferem entre si, mas também em relação aos pais. A variabilidade genética fornece mais recursos adaptativos, vai dispersar e minimizar o grau de vulnerabilidade dos organismos, e, por conseguinte, aumenta a sua probabilidade de sobrevivência em ambientes inóspitos (de recursos limitados ou sujeitos a transformações inesperadas) (Kelley, Antonovics & Schmitt, 1988). Outro dos argumentos a favor da reprodução sexuada assinala que a mesma constitui um mecanismo para fazer face às mutações nocivas: a recombinação aleatória dos genes dos progenitores acautela o aparecimento, na geração seguinte, de um número superior de mutações nocivas. Em síntese, numa perspectiva meramente reprodutiva, a Sexualidade apresenta-se como uma função corporal, uma necessidade fisiológica, tal e qual como a sede ou a fome, logo, pré-determinada pelos processos evolutivos (Alferes, 1997, p: 19).

No entanto, a interacção sexual já não é indispensável para a reprodução (Gellman & Tordjman, 1994, p: 13). A reprodução sexuada foi abalada pelas técnicas laboratoriais de fertilização. Numa lógica de simples procriação, o acto sexual não é mais do que um meio para inocular genes de um indivíduo noutro indivíduo.

A Sexualidade ao autonomizar-se do Sexo marcou uma distância clara face à reprodução. A tendência actual é para considerar ambas, Sexualidade e reprodução, como variáveis co-independentes no ciclo vital de cada homem e de cada mulher (Del Valle & Rueda, 1991, pp: 21-24).

Subentender a procriação como o expoente máximo da Sexualidade transporta, em si mesma, uma visão redutora e simplista da complexidade inerente às vivências sexuais. Acumula ainda a necessidade de fixar rigidamente o ritmo, a frequência e o modo como devem decorrer as relações sexuais. De acordo com este postulado simplificador, são apenas admissíveis as relações sexuais destinadas à procriação, ditando, em consequência, um rol de restrições e de proibições. Assim, as normas e as crenças culturais, oferecem o enquadramento legal das práticas sexuais dominantes e socialmente aceites, servindo apenas, para fixar e padronizar rigidamente a Sexualidade dos indivíduos (Del Valle & Rueda, 1991, pp: 21-24). A reprodução, ou melhor, as funções reprodutivas, enquadram-se numa Sexualidade dita natural (no sentido de que obedece tão só aos ciclos da natureza!) e nos mecanismos filogenéticos que lhe dão forma.

De imediato, procuraremos analisar alguns dos modelos teóricos que discutem as questões emergentes e relacionadas com o conceito de Sexualidade. A escolha dos autores que vamos analisar não foi arbitrária. No seu tempo geraram controvérsia, suscitaram pontos de vista contraditórios mas inegavelmente deixaram um legado científico que fecunda ainda hoje o pensamento sexológico.

1.2.3 Teorias sobre a Sexualidade

❖ A obra de Henry Havelock Ellis (1859-1939)

Ellis deixou inegavelmente o seu nome ligado ao desenvolvimento duma Sexologia moderna e científica. Brecher (1977, citado por Jiminez, 1990, p: 159) foi ao ponto de considerar que Ellis contribuiu para a derrocada do protótipo ptolemaico no estudo da Sexualidade Humana.

Outros autores merecem ser recordados, pois sem eles a credibilidade científica que na actualidade associamos à Sexologia Clínica nunca seria a mesma. Os estudos sobre a psicopatologia sexual levados a cabo por Kraft-Ebing marcaram o mundo académico na Viena da *"belle époque"*. Foi no seio desta visão, notoriamente patologizante da Sexualidade Humana, que germinaram as concepções de Freud, como veremos no próximo item. Torna-se impossível compreender a obra de Kraft-Ebing, donde ressalta uma leitura de sobremaneira negativa sobre a variância nos comportamentos sexuais, sem a inserir nas grandes ideias que imperavam no pensamento psiquiátrico do séc. XIX. A Teoria da "Degenerescência" assumida, sobretudo, por Maignan (1835-1912) e por Morel (1809-1873) era um dos principais fios condutores da Psiquiatria. Os elementos "degenerados" aparecem como um desvio à

normalidade. Entenda-se a normalidade como a referência primordial ou divina: o Homem concebido à imagem e semelhança de DEUS. A "degenerescência"(como equivalente de doença física e mental) surge por acção do pecado, perpectuando-se de geração em geração, e servindo essencialmente para explicar o comportamento dos criminosos e dos loucos. A teoria sustenta que os principais elementos que favorecem a doença e as perversões sexuais, que integram as degenerescências psíquicas, são, nomeadamente, as drogas, o álcool, os venenos, a malária, a pelagra, as doenças venéreas e a masturbação (Jiminez, 1990, p: 162-170).

Entre os seguidores dos pontos de vista de Kraft-Ebing (que mais se destacaram), o nome de Albert Möll (1862-1939) é um dos mais significativos. Embora sustente que as alterações da líbido possam debilitar a natureza humana, não deixa de seguir fielmente as ideias de Kraft-Ebing, ao acreditar que a degenerescência está na génese das preversões sexuais. As suas formulações inovadoras passam pela utilização na prática clínica da hipnose e pelo desenvolvimento da "Terapia de Associação", precursora das terapias comportamentais. Antes de Freud, Möll rompe com os tabús da época ao reconhecer a existência da Sexualidade infantil.

Audaciosa para a mentalidade vitoriana dos finais do séc. XIX, a obra de Ellis tem como principal mérito, numa perspectiva histórica e antropológica, sem ignorar as bases biológicas do comportamento sexual, abordar, com os olhos de um humanista, temas como a família, os papéis sexuais, a arte do amor, a eugenesia, a masturbação e homossexualidade. Favorece, a par do enquadramento científico de cada assunto, uma leitura socialmente liberal e assume um papel de educador sobre as questões relevantes da Sexualidade Humana, que ele considera como sendo um dos aspectos essenciais para o desenvolvimento da humanidade.

A divulgação, da informação sexual afiguravam-se-lhe como primordiais, uma verdadeira necessidade social e política. A ignorância, as contigências socio-culturais, seriam responsáveis pela desnaturalização da sexualidade humana. Ele equiparava a função reprodutora à função prazenteira, ambas constituiam vertentes inseparáveis de uma mesma realidade. Nesta lógica, condenava a hipótese catastrofista que encarava a masturbação como a origem de múltiplas doenças, a razão de todos os males da juventude e da idade adulta. Chega a defender que a masturbação pode constituir um factor de alívio de tensões, ainda que acredite que a fixação no auto-erotismo, como padrão único de prática sexual, acaba por separar as sensações eróticas do comportamento amoroso (Ellis, 1909, citado por Jimenez, 1990, pp: 170-174).

Para Ellis, a dimensão sexual apresentava-se como aquela em que o organismo humano mais se afastava da espontaneidade (no sentido de instinto!) e da sua verdadeira natureza, permanecendo a Sexualidade como um problema básico, insolúvel até então. As sociedades humanas teriam perante as questões sexuais a obrigação de encontrar respostas eficazes, na mesma medida que as estavam delineando para outros assuntos como o problema do trabalho e da religião. Colocava a Sexualidade entre as principais funções da vida

humana. Mesmo sem a incumbência de assegurar a manutenção biológica da espécie, as práticas sexuais seriam indispensáveis para o desenvolvimento humano completo (Ellis, 1909, citado por Jimenez, 1990, pp: 159-162).

A obra de Havelock Ellis, desdobrada em vários volumes, e que ele apelidou de "*Studies in the Psychology of Sex*", é um misto de inovação e de tradição. Inovador no sentido em que desafiou em muitos temas a mentalidade vitoriana dominante no mundo ocidental, no final do século passado. Inovador, também, porque trouxe para o campo da Sexologia Científica, assuntos considerados como triviais e acientíficos. É o caso concreto da problemática dos Géneros. Mas neste domínio a visão de Hellis não destoa dos esteriótipos vitorianos (Smith-Rosenberg, 1985).

Ellis considerava que as diferenças entre os sexos eram biologicamente determinadas. E inevitáveis. Enquanto que apresentava a Sexualidade masculina como simples e agressiva, já em relação à Sexualidade feminina Ellis não era tão categórico. Retratou a Sexualidade feminina como misteriosa, difusa e, acima de tudo, passiva. Ellis atribuia a complexidade da Sexualidade feminina à propria complexidade da anatomia pélvica da mulher. A dotação reprodutora dos orgãos pélvicos tornaria a vagina, o clitóris e os outros órgãos num sistema fisiológico de difícil funcionamento e compreensão. Estas diferenças biológicas justificariam o padrão masculino agressivo, que existiria para ultrapassar a passividade e as "reticências" sexuais femininas.

Como corolário deste ponto de vista pretensamente biologista, Ellis pugnava que as mulheres deviam ser protegidas. Foi muito veemente na defesa da maternidade e nisto entrou em colisão com as sufragistas norte-americanas. Entre outras coisas Ellis defendia que as mulheres deveriam permanecer em casa e repousar, durante a gravidez, após o parto, nas perdas hemáticas menstruais e no começo da puberdade (Jiminez, 1990, pp: 174-176).

Apreciação Crítica

As ideias de Ellis são gratas, aliciantes para a Sexologia actual, não tanto pela sua visão pedagógica e higienista da Sexualidade mas, sobretudo, porque fez uma apologia da afectividade como parte integrante da intimidade sexual, característica que tornaria a Sexualidade numa actividade única.

Segundo Ellis, o acto sexual não é uma relação trivial, confundindo-se com qualquer outro modo de convivência humana. A necessidade do investimento emocional como parte integrante da experiência sexual exige uma dose significativa de auto-contenção, Ellis nunca fez a defesa da libertinagem sexual, a mera satisfação das pulsões instintivas. O contexto afectivo que deveria rodear a interacção sexual permitiria aos parceiros escolher a melhor forma de realização sexual, tendo presente as necessidades individuais, a maturidade afectiva, o respeito pelo outro e as normas socio-culturais vigentes. Entre um homem e uma mulher

adultos nada é inóspito, todas as variedades de actividade sexual se tornam aceitáveis, desde que não inflijam sofrimento ou se executem contra a vontade de um dos parceiros.

Ainda que a obra de Ellis seja passível de crítica, por lhe faltar um sentido de unidade, como o que iremos encontrar em Freud nos seus variados escritos, para além do pendor humanista, já assinalado, detecta-se também um esforço inovador incomparável, quando por exemplo, conceptualiza a noção de tumescência e detumescência, aludindo às fases da resposta sexual. Reich, Masters & Johnson e Helen Kaplan, muito mais tarde, irão retomar estas ideias. Este autor, entretanto, não confinava aquelas noções só à fase vascular da resposta sexual mas incluía nelas todo o processo de excitação e de realização sexual.

De igual modo, foi Ellis quem popularizou o termo inversão sexual conotando-o com a homossexualidade, que ele considerava como a perversão que mais se aproximava do comportamento sexual normal, por exigir um relacionamento íntimo entre os dois parceiros, com emoções mútuas e um forte envolvimento pessoal. Os trabalhos anteriores de Bloch e de Hirschfeld foram insuficientes para resgatar a homossexualidade das doenças mentais. Ellis vai um pouco mais além, assume que a homossexualidade deve ser olhada como uma constante da sexualidade humana e serve para mostrar a relatividade de todas formas de comportamento sexual. Defende que a homossexualidade é incurável, abrangendo uma minoria social, devendo todos os esforços de reforma de mentalidades e de educação pública estarem dirigidos para a integração e não tanto para a marginalização dessas pessoas. Como não é viável o tratamento médico desta variante do comportamento sexual, teriam que ser as leis, as regras sociais, a adaptarem-se às necessidades específicas dos homossexuais (Weeks, 1985).

❋A obra de Sigmund Freud

À ideia clássica de Sexualidade, muito normativa, nunca sofrendo oscilações e emergindo com a própria puberdade, Freud contrapõe a noção de um instinto sexual primordial, acompanhando o indivíduo desde o nascimento até à morte, e precocemente dirigida para a satisfação. Para ele a Sexualidade corresponde a um processo dinâmico, sujeito a múltiplas transformações, passando por estádios intermédios antes de se orientar para a reprodução. Ao propor a autonomia da Sexualidade face a uma total dependência dos órgãos genitais, Freud confere uma outra dimensão à Sexualidade, enriqueça-a e dá-lhe um sentido nunca anteriormente imaginado. Integra a Sexualidade, enquanto função e relação - no *self* corporal, contribuindo, portanto, para a Identidade da Pessoa.

Segundo Vale de Almeida (1995, p:98) podemos agrupar os pontos-chave que estabelecem a ruptura do pensamento freudiano com a tradição anterior:

1. O que é inconsciente na vida mental é também aquilo que é infantil, a Sexualidade acontece e adquire sentido, num processo evolutivo, desde o momento do nascimento.

2. A linguagem ocupa um lugar central no desenvolvimento psicossexual, dado que se trata de uma estrutura de representações, e as regras da cultura são adquiridas através da aquisição da linguagem.

3. A repressão não é uma imposição mas um estádio essencial da emergência da nossa humanidade pelo que se paga um preço: a neurose. Assim, a identidade é sempre precária.

4. O desejo (líbido) é central e não é uma relação com um objecto real mas com uma representação.

5. A repressão é dirigida particularmente contra os desejos sexuais.

Um dos pontos-chave no modelo que Freud desenvolveu sobre a Sexualidade humana prende-se com o conceito de pulsão. Para além da obra agora em análise ("Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade"), a teoria sobre as pulsões reparte-se por duas outras obras: "Além do Princípio do Prazer", de 1920, e "O Ego e o Id", datada de 1923.

Segundo Freud:

"Por pulsão podemos entender (...) apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do estímulo, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora.(...) Outra hipótese provisória de que não podemos furtar-nos na teoria das pulsões afirma que os orgãos do corpo fornecem dois tipos de excitação, baseados em diferenças de natureza química. A uma dessas classes de excitação designamos como a que é especificamente sexual, e referimo-nos ao orgão em causa como a "zona erógena" da pulsão parcial que parte dele" (Freud, 1905/1969, p:159).

As pulsões distinguem-se entre si e ganham um carácter específico em função da sua origem e do seu fim. A origem reside numa excitação sistemática proveniente de uma dada parte do corpo. O fim traduz-se no apaziguamento de tal excitação. O corpo compreende as denominadas zonas erógenas, por analogia às zonas histerogéneas, que constituem centros de sensações eróticas. No bebé as zonas erógenas abarcam todo o corpo, sendo algumas dotadas de uma maior sensibilidade: a boca, o ânus e os genitais (Robert, 1976, p: 202).

As pulsões servem de interface entre o psiquismo e o orgânico, estão desprovidas de qualidades naturais específicas e, nesse sentido, não constituem uma simples necessidade fisiológica. Ao afirmar que as pulsões situam-se no limite entre o psíquico e o corpóreo, Freud postula que embora possuindo uma base somática, as pulsões exprimem-se no psiquismo por meio de uma representação mental. As pulsões são uma boa medida da situação conflitual a que a vida psíquica está submetida. A pulsão origina-se a partir da excitação de um órgão, logo é também um estímulo orgânico. No caso das pulsões sexuais é a zona erógena o orgão cuja estimulação confere à pulsão um carácter sexual. Freud inclui nas zonas erógenas, além dos genitais, a cavidade bucal e o orifício anal e nestes, sobretudo, as mucosas. Nas perversões sexuais, outras regiões do corpo como os olhos e toda a superfície cutânea, adquirem essas características. Em alguns processos mórbidos, como é o caso da histeria, as regiões

erógenas do corpo, comportam-se como uma parte integrante daquilo que o pai da psicanálise designou como aparelho sexual, e *"transformam-se na sede de novas sensações e de alterações de enervação, e mesmo de processos comparáveis à erecção (..)"* (Freud, 1905/1969, p:160). Como tal, as zonas erógenas assumem-se inicialmente como verdadeiros substitutos dos genitais.

A líbido é responsável pelas intercorrências, boas ou más, a que a Sexualidade humana está sujeita. Mais, a líbido é o epicentro de toda a Sexualidade, a expressão dinâmica de toda a sexualidade. Entretanto, Freud não dissocia a líbido das emoções: *"Possuimos (..) uma certa dose de capacidade para o amor - que denominamos de líbido - que nas etapas iniciais do desenvolvimento é dirigido no sentido do nosso próprio ego"* (Freud, 1905/1969, p:317).

A líbido é descrita como uma força, de intensidade variável, que serve para aferir os processos e as transformações no plano da excitação sexual (Freud, 1905/1969, p:205). Freud tem o cuidado de não confundir a líbido com a energia vital, que reconhece como inerente à vida psíquica. A líbido corresponde a uma energia específica, na confluência das pulsões sexuais. O carácter específico confere-lhe valor qualitativo particular, ajudando a individualizar os fenómenos sexuais dos processos meramente fisiológicos, como é o caso dos mecanismos de fome e de saciedade.

O estudo das neuroses permitiu a Freud compreender a origem da líbido. Para além dos genitais todos os restantes órgãos do corpo podem ser fontes de excitação sexual. Graças a esta formulação procurará estabelecer um modelo mais abrangente, passível de ser aplicado à vida sexual em geral:

"Chegamos à representação (Vorstellung) de um quantum de líbido, a cujo substituto (Vertretung) psíquico damos o nome de líbido do ego, e cuja produção (...), distribuição e deslocamento devem fornecer-nos possibilidades de explicar os fenómenos psicossexuais observados" (Freud, 1905/1969, p:205).

O carácter essencial da líbido faz com que esta, quando não satisfeita "pelas vias normais" (Freud, 1905/1969, p:161), possa gerar um doença psicológica: a neurose. Freud utiliza uma metáfora para descrever este fenómeno patogénico: *" (..). a líbido comporta-se como uma corrente cujo leito principal foi bloqueado; ela inunda então as vias colaterais que até ali talvez tivessem permanecido vazias"* (Freud, 1905/1969, p:161). Mas o próprio Freud reconhece que o recalcamento sexual por si só não é suficiente no despoletar da doença. A par dos factores endógenos, sexuais ou outros, como é o caso da personalidade do doente, haveriam também factores externos: a restrição da liberdade, a inacessibilidade do objecto sexual, os riscos associados ao acto sexual, etc., que em conjugação formariam um conjunto de forças/factores etiológicos da neurose. A impossibilidade de assumir uma Sexualidade satisfatória, na sua condição de adulto, faz com que o neurótico regrida, no seu modo de funcionamento sexual considerado como imaturo. Esta conclusão, retirada do terreno da

psicopatologia, vai exigir a Freud a necessidade de compreender a Sexualidade infantil e, portanto, o modo como ocorre o desenvolvimento psicossexual da criança.

Ao estudar a sexualidade infantil, Freud introduz a distinção clara entre **genitalidade e Sexualidade**, cujas repercussões terapêuticas nenhum sexólogo deve ignorar.

Os genitais estão apenas ao serviço e operacionalizam os impulsos eróticos. Mas são múltiplos os fins do instinto sexual. Toda a Sexualidade é na origem polivalente e perversa, na acepção simples de não genital. As causas primordiais, as "fontes do Nilo" da Sexualidade não radicam exclusivamente na genitalidade.

A genitalidade aparece como uma modalidade do funcionamento sexual. A genitalidade coresponderá a uma aquisição no processo de desenvolvimento individual, e, portanto, só surge posteriormente da confluência e da organização de todas as pulsões sexuais anteriores, definidas como parciais.

Desde o começo da sua carreira, Freud considerava que as pulsões estavam governadas por determinados princípios reguladores, afectando todos os estímulos que recaíam sobre o organismo. O princípio do prazer foi, em grande medida, uma aplicação dessas normas reguladoras. Freud entendia o princípio do prazer como uma tendência inata do organismo para evitar a dor e procurar o prazer, aliviando tensões através de uma descarga energética. Como tal intento nem sempre é exequível, as exigências impostas pelo princípio do prazer acabam por se sublimarem, por se acomodarem, a fim de satisfazerem as exigências provenientes do exterior, derivadas da ordem social e dos costumes vigentes, impondo constantes adaptações e, por que não dizê-lo, frustrações (Princípio da Realidade). O princípio da realidade corresponde a uma função aprendida na relação afectiva, exprime a maturidade emocional e o equilíbrio psíquico face ao conflito.

Apreciação Crítica

Freud: Psicanálise e Sexualidade

Não é fácil refutar, sobretudo quando podemos incorrer no erro de não criticar cientificamente, mas adoptarmos pontos de vista escolásticos. Perante o mundo de Freud esse é o maior dos perigos!

É indesmentível o valor das conceptualizações freudianas para o estudo da temática sexual. A psicanálise questiona os conceitos tradicionais, critica a visão redutora prevalecente na época, que confinava a Sexualidade à sua dimensão meramente reprodutora. Os indivíduos passam a ser vistos como algo mais que simples imperativos biológicos: descobre-se o valor intrínseco do psiquismo, dotado de regras e normas próprias. No psiquismo as necessidades biológicas ganham sentido. Com a psicanálise, a sexualidade não se confina a um mar turbulento de instintos que agitam o corpo mas compreende, também, uma força

inquebrantável que faz a afirmação da vitalidade individual na relação com o mundo exterior (Weeks, 1985).

A contribuição de Freud para a história da Sexologia, centra-se nos trabalhos posteriores a 1905, ou seja, a partir da publicação dos *Três Ensaios para uma Teoria da Sexualidade*. Freud não concebeu uma Teoria da Sexualidade *tout court,* a pensar no ser humano adulto e saudável. Com os *Três Ensaios* ele não visa, no sentido estrito, definir ou conceptualizar a Sexualidade, mas demonstrar, através do estudo das preversões e das neuroses, que a visão mais tradicional do Sexo é restritiva, o instinto sexual não está obrigatoriamente ligado a um fim ou objecto sexual pré-programado, normalizado. Freud, curiosamente, propõe-se estudar a Sexualidade dita normal, ou pelo menos, aceite socialmente como tal, a partir da Sexualidade considerada como desviante (a Sexualidade das perversões e das neuroses), exemplos acabados de um modelo de funcionamento sexual no qual o desejo se autonomiza face à sua pretensa finalidade (Robert, 1976). É categórico ao considerar que os desvios sexuais não correspondem a uma degenerescência da personalidade. Argumenta que, a título de exemplo, a homossexualidade pode apresentar-se em indivíduos sem outras anomalias, com qualidades humanas inquestionáveis (morais e cognitivas). A homossexualidade, atravessando todas as civilizações ou culturas constitui, para Freud, um fenómeno humano relevante. Freud acha que as perversões ganham interesse científico ao permitirem distinguir a Sexualidade humana da Sexualidade animal. As perversões afirmam a complexidade e as *nuances* que rodeiam a satisfação dos impulsos eróticos nos humanos. Propõe as perversões sexuais como uma chave para a compreensão da Sexualidade dita normal, e não tanto como um exemplo precioso de algo abominável e anti-humano, como na época algumas correntes da Psiquiatria pretendiam fazer crer, leia-se Kraft-Ebing e seus pares. Se, ao condenar o carácter inato dos desvios sexuais, Freud revela toda a sua perspicácia de neurocientista e um grande sentido de actualidade, não deixa de demonstrar alguma ingenuidade, ao acreditar ser possível curar todas as perversões através da cura analítica e do hipnotismo.

Freud queria, em absoluto, manter a líbido como equivalente específico de energia sexual, muito embora, num texto em que, a partir das experiências de perda de pessoas significativas, disserta sobre a transitoriedade, ele alude à líbido como capacidade para amar que, à medida que amadurecemos vai-se transferindo do ego para as outras pessoas com quem nos relacionamos (Freud, 1905/1969, p:318). Por seu turno, Adler fazia da líbido uma força ao serviço da vida social e, Jung alargava-o de tal modo que passava a ser a energia em si, como motor da vida universal (Robert, 1976, p: 320). Em abono da verdade, é justo assinalar que a ideia de um impulso sexual como verdadeiro motor dos comportamentos, estava amplamente difundida nos meios académicos e artísticos contemporâneos de Freud. Essa noção chegou a ser equiparada a um valor estético e foi-lhe atribuída a autoria da creatividade dos génios. Autores como Metchnikov, compilaram numerosos documentos tentando apoiar esta tese. Espinas apresentou uma teoria sobre o sentimento estético com base nas qualidades masculinas e femininas. Moebius em 1899 foi mais longe ao postular que

os sentimentos de beleza provêm do impulso sexual. Santayana em 1896 não vacilava ao afirmar que o impulso sexual irradia para os sentimentos religiosos (Jimenez, 1990, p: 182). O próprio termo líbido já era corrente nalguns escritos da época. Moll em 1898 no seu livro *Investigação sobre a Líbido Sexual* sistematizou muito bem esta noção, alargou o âmbito da sua aplicação, interligando-a com os aspectos evolutivos (Jiminez, 1990, pp: 178-183).

Para Freud, o desejo não investe directamente na realidade histórica, porquanto a líbido deve dessexualizar-se e sublimar-se (acção do Super-Ego) para proceder a investimentos sociais. Esta tese é muito grata ao pai da psicanálise, permitindo-lhe enquadrar a Sexualidade no contexto edipiano e das contingências da vida familiar (Deleuze & Guattari, 1972).

Como bom darwinista que era, Freud considerava que a Sexualidade deveria ser entendida numa perspectiva dinâmica e evolutiva. Foi muito claro. Para ele a Sexualidade correspondia ao último estádio do desenvolvimento psico-sexual, o da genitalidade realizada. Tendo a Sexualidade um carácter processual, Freud pressupunha que ela passaria por fases e seria submetida a diferentes organizações até alcançar a maturidade. Antes de se orientar para a reprodução, a líbido exprime-se através de funções orgânicas não sexuais, mas essenciais à manutenção da vida humana, como é o caso da alimentação no recém-nascido. O lactente obtem prazer na absorção dos alimentos, que lhe suprimem a fome e, ao mesmo tempo, consegue que a sensação de sucção possa ser voluptuosa. No adulto é suposto que a líbido já tenha um objecto sexual externo.

Neste ponto é passível de crítica a concepção evolucionista estrita de Freud sobre o desenvolvimento humano. Suscita reservas a ideia de uma ordem linear unívoca na sucessão de fases: oral => anal => genital, ideia mecânica e estereotipada. Em Freud não ficou clara uma teoria do tempo psicológico que estratifique os vários significados do vivido da experiência psíquica. Além disso, afigura-se como redutor aceitar uma única dinâmica estruturadora do desenvolvimento humano. A Sexualidade não é nem mais nem menos que as outras instâncias da vida psíquica. Olhar para a Sexualidade como o motor do desenvolvimento psicomotor é aliciante, numa perspectiva teórica, ao dar respostas ou, no mínimo, aproximar-se delas, a um vasto leque de questões. No entanto, é artificial separar a dinâmica do desenvolvimento psico-sexual dos aspectos neurofisiológicos e da estruturação cognitiva. Para além do mais, o desenvolvimento humano não é um processo uniforme e taxativo (Debray-Ritzen, 1993, p: 63).

O acolhimento favorável que recebeu o livro "Psicopatologia da vida quotidiana" não fazia prever a tempestade que iria gerar-se no mundo académico e científico de Viena com a publicação, em 1905, de "Os Três Ensaios para uma Teoria sobre a Sexualidade". O livro foi mal recebido, não tanto por causa do primeiro ensaio centrado nas aberrações/perversões sexuais, pois, era um tema objecto de numerosos estudos na Alemanha e na Inglaterra (Richard von Kraft-Ebing, Magnus Hirschfeld, Havelock Hellis, etc.) mas, sobretudo, por causa do segundo ensaio, sobre a Sexualidade Infantil.

Para a mentalidade da época era inconcebível aceitar que o bébé fosse capaz de ter sensações de prazer durante o aleitamento. Era inconcebível admitir as actividades auto-eróticas das crianças. Era inconcebível aceitar o estabelecimento de zonas erógenas directamente implicadas nos estados de desenvolvimento psicossexual e que Freud designa por oral e anal. Constituia uma verdadeira heresia a proposição segundo a qual a criança tem um predisposição perversa polimorfa. Era inconcebível a defesa que Freud fez, no terceiro ensaio, do Complexo de Édipo, como parte integrante das metamorfoses da puberdade. Algo de extravagante e bizarro para as ideias dominantes!

Na actualidade, este pontos de vista estão de tal forma generalizados que já fazem parte da cultura do quotidiano, são-nos familiares. Por isso, mal conseguimos imaginar as ressonâncias escandalosas que o livro teve no mundo científico e no comum dos leitores. Freud foi considerado como um espírito obsceno e perigoso. Nenhum outro livro da sua obra recebeu tanta oposição e, inclusivamente, ódio por parte dos seus contemporâneos.

Independentemente da hipocrisia da sociedade da época, em matéria de costumes e de posicionamento face às questões sexuais, a Sexologia do séc. XIX não estava afastada das Ciências Médicas. Nos finais do séc. XIX e meados do séc. XX, o panorama intelectual era favorável aos estudos em torno da temática sexual. Obras como a *"Psychopatia Sexualis"* de Kraft-Ebing, apesar de falarem das aberrações sexuais, não tinham suscitado grande alvoroço. Por muito que categorizassem as anomalias do foro sexual, tais obras não traziam nada de inquietante, o leitor corrente encontrava nelas um atestado de sanidade mental e de normalidade.

A indignação que rodeou a obra de Freud, deve-se ao corte epistemológico que provoca com as ideias dominantes. Acima de tudo, Freud vai abolir toda a fronteira entre o normal e o perverso, entre a Sexualidade do adulto e uma pretensa inocência sexual da criança. Não era fácil o comum dos mortais reconhecer-se no que ele escrevia. O maior mérito de Freud deve-se à lucidez sistematizadora que emprestou aos seus trabalhos, ele tornou num corpo teórico coerente muitas ideias dispersas e deu-lhes uma utilidade prática, tornou-as operacionais, servindo para tratar e curar pessoas.

No quadro da teoria freudiana, os equilíbrios psicológicos individuais, por parte da pessoa adulta, dependem da sexualidade na infância e na puberdade. O ensaio mais homogéneo da sua teoria da sexualidade é o que se centra na sexualidade infantil. As diferenças entre os sexos dependem da forma como o homem e a mulher vivem o conflito psicológico que se estabelece entre o desenvolvimento da sexualidade e a repressão exercida pela sociedade, sintetizado na resolução do Complexo de Édipo (Freud, 1923/1962, p: 24). Os desejos incestuosos pelo progenitor do sexo oposto e a natural rivalidade com o do mesmo sexo, constituem um princípio universal. Muitos dos descendentes contemporâneos de Freud não deixam de dar crédito à ideia de que a Disfunção Eréctil situa as suas causas no Complexo de Édipo (Adroer, 1996).

Segundo Freud, o adulto surge como uma emanação da infância e da adolescência, as referências psicológicas são entrecruzadas pelos factores biológicos e pelos factores sociais, no plano restrito da Sexualidade. O discípulo de Charcot teve o cuidado de explicitar, mediante o estudo das denominadas perversões sexuais, que nos domínios da vida sexual não é justo nem praticável impor fronteiras rígidas e, sobretudo, definitivas entre as simples variâncias à normalidade, dentro de um leque muito amplo de escolhas ditas fisiológicas e os sintomas sugestivos de patologia. Retira o estigma pejorativo que se pode associar ao termo "perversão". Em condições favoráveis, o homem é capaz de adoptar um estilo sexual "perverso", substituindo ou em concomitância com a genitalidade ou "fim sexual normal" (Jimenez, 1990). O que confere o valor patológico a um dado comportamento sexual tem a ver com a organização da estrutura caracterial de base (a vida psíquica).

✲ A obra de Wilhelm Reich

Wilhelm Reich (1897-1957) foi um dos mais controversos discípulos de Freud. Sustenta e amplia a teoria original do pai da psicanálise de que a neurose deriva da repressão da energia sexual e sugere que os sintomas neuróticos e a disfuncionalidade caracterial resultam de um bloqueio do orgasmo normal. Como não se verifica uma plena descarga da energia sexual, o organismo não pode retomar os equilíbrios habituais, manifestando-se a energia residual em tensão corporal, a musculatura como armadura e espelho da personalidade. A armadura/couraça caracterial "protegeria" o indivíduo contra os perigos externos e internos. A postura, a mímica, os movimentos corporais ajudam a aferir o modo de funcionamento de cada pessoa, da mesma forma que as instâncias tradicionais da vida psicológica. A couraça caracterial, conjunto de mecanismos psicológicos recalcadores e normativos das necessidades sexuais, seria o principal objectivo a alcançar durante o trabalho psicoterapêutico.

Em 1924, no Congresso Psicanalítico de Salzsbourg, ainda na condição de fiel adepto das concepções freudianas, Reich formula o núcleo duro da sua teoria ao estabelecer as conexões entre Sexualidade e saúde, e introduz a noção de potência orgástica. Acredita, numa perspectiva que vai contra a corrente então dominante no movimento psicanalítico, que a neurose é a expressão de perturbação ao nível da genitalidade e não tanto da sexualidade, em geral. É a partir do terreno da experiência clínica, como bom praticante da psicoterapia analítica, que W. Reich faz inferências de cariz psicopatológico:

"Os problemas teóricos que aqui vão ser tratados têm por origem questões práticas levantadas pelo tratamento psicanalítico dos doentes mentais. Fiquei impressionado por certas relações entre as reacções terapêuticas, quer positivas, quer negativas, desses pacientes e a sua genitalidade" (Reich, 1927/1977, p:25).

Para Reich os processos de neurose tecem relações sistemáticas e causais com as perturbações da função genital. Constata a prevalência elevada de casos de Disfunção

Orgástica e de Disfunção Eréctil entre os doentes com quadros neuróticos. Generaliza, implicando os desequilíbrios sexuais nas perturbações de angústia, nalgumas dificuldades de relação intrapessoal e interpessoal (por ex: a nível conjugal e a nível social). Neurose e satisfação sexual não podem coexistir. Insiste ser a neurose evitável vivendo uma Sexualidade satisfatória (Palmier, 1970).

Reich acreditava que a energia sexual, podia, quando mal orientada, também converter-se em ansiedade e traduzir-se através da agressividade e do sadismo. Neste ponto, e ao contrário do próprio Freud, Reich manteve-se solidário com a matriz inicial do pensamento freudiano, ao implicar a líbido não libertada na origem da ansiedade (Jimenez, 1990, p:134). A publicação da obra "A Função do orgasmo", oferecida a Freud no dia do seu aniversário, vem pôr ordem no pensamento de Reich, dando-lhe um forte cunho de originalidade, e serviu para contestar, ainda que de forma não declarada, e sem hostilizar Freud, o livro que este publicou em finais de 1926: "Inibição, Sintoma e Angústia". Naquela obra, Reich questiona o princípio da psicanálise da cura pelo conhecimento do sentido do sintoma. Adverte que o problema real advem da ausência de uma Sexualidade autêntica, e sempre que um ser humano adulto apresenta um desequilíbrio na esfera sexual, este irá organizar-se em sintomas de natureza neurótica. As experiências infantis não teriam outra função que não fosse a de desenvolver uma estrutura caracterial que bloqueia a sexualidade do adulto. Doravante, Reich passa a falar em impotência orgástica, a verdadeira causa da neurose actual, como manifestação psicopatológica das perturbações somáticas da vida sexual. E chama a atenção para os fundamentos das ideias de Freud:

"O conceito de líbido tem vindo a significar, cada vez mais, uma energia psíquica e biológica; no entanto, o interesse pelo "núcleo central (quer dizer, somático) da neurose" foi injustamente afectado (..). Nos últimos 10 anos, nunca mais se falou dele" (Reich, 1927/1977, p: 29).

Assumiu que a ejaculação não é uma boa medida da verdadeira potência orgástica, como capacidade para atingir *"(...) uma satisfação de acordo com a estase libinal do momento"* (Reich, 1927/77, p: 41). O orgasmo contribui para aliviar tensões e para fortalecer os laços afectivos entre as pessoas. Mas torna-se inviável nas sociedades que criam fortes barreiras à expressão da sexualidade, o que serve para explicar a infelicidade humana e a origem dos sintomas neuróticos.

Rycroft (1973) sintetiza algumas das ideias-chave da formulação reichiana de potência orgástica e as suas implicações no plano da vida individual e colectiva:

- Todos os seres humanos possuem uma capacidade natural para o amor que, quando alterada, acarreta sofrimento psíquico e, com ele, a doença mental.
- As dificuldades de vida em sociedade, a estrutura da organização social, podem gerar problemas e o caos sexual, responsável pelas perturbações psíquicas.

- Nas sociedades patriarcais, as normas e os deveres substituiram a alegria e o prazer natural intrínseco à vida.
- A repressão da Sexualidade natural desencadeia pulsões secundárias capazes de se manifestarem como comportamentos desviantes e antissociais.
- A potência orgástica (entendida como a capacidade do indivíduo abandonar-se ao fluxo da energia biológica sem qualquer inibição) determina os equilíbrios individuais e a saúde física.
- As energias vitais tendem a equilibrar-se espontaneamente.
- Uma Educação Sexual negativa gera pessoas infelizes, incapazes de viver satisfatoriamente a sua Sexualidade.
- O mal-estar sexual pode traduzir-se em queixas somáticas, como é caso daquelas que têm a ver com o sistema osteo-articular.
- Os seres humanos protegem-se das vicissitudes existênciais usando uma armadura/couraça caracterial.

A realização sexual, melhor ainda, orgástica, reequilibra as relações humanas, o que ajuda à auto-regulação dos desejos sexuais. A Sexualidade é tida como um meio que contribui para a saúde mental dos indivíduos. Ao situar a Sexualidade no âmbito da saúde, transporta-a para um terreno neutro, despido de preconceitos morais:

"(..) existe uma diferença essencial entre julgar os factos da vida sexual segundo a regra arbitrária e indesmonstrável do "bem" e do "mal" e avaliá-los de acordo com fins não morais, verificando que tal ou qual acção do indivíduo favorece ou contraria a sua saúde mental, quer dizer, a sua aptidão para o amor e o trabalho" (Reich, 1927/1977, p: 27).

APRECIAÇÃO CRÍTICA

Wilhelm Reich

Reich foi um iluminado para o seu tempo, ao reconhecer que a Sexualidade era, na época, um parente pobre da psicologia e, pasme-se, da fisiologia. A Sexualidade era praticamente ignorada como objecto de estudo. Não havia um modelo teórico claro que a explicasse. Quando muito, a Sexualidade era alvo de especulações médico-legais em torno do tema das perversões e das anormalidades.

Ao proclamar a necessidade da Sexualidade se aproximar das Ciências da Saúde, Reich é sustentado por uma prática clínica longa e profíqua. Defende-se evocando estatísticas, mesmo que grosseiras, sobre a taxa de Disfunções Sexuais em determinados quadros psiquiátricos. Daí que tenha o à-vontade suficiente para afirmar: "(..) *actualmente, uma*

subestimação da função sexual ainda é mais verosímil e perigosa do que uma eventual sobrestimação" (Reich, 1927/1977, p: 28).

Vai dar consistência ao conceito freudiano de sexualidade (genital e sexual não significam a mesma coisa!). Comungando das mesmas ideias do seu mentor, Reich chama de "tendências" (Reich, 1927/1977, p: 33) às práticas sexuais que se desvinculam das zonas genitais. Essas pulsões pré-genitais parciais, que buscam satisfazer-se pela excitação de certas zonas erógenas, desempenham, para Reich, um papel importante nos preliminares da interacção sexual e aspiram a deter o exclusivo da satisfação sexual, nas perversões. Reich não escapa, nesta óptica, aos estereótipos da psicanálise clássica. A genitalidade é a parte nobre de toda a sexualidade, caso contrário entra-se pelos caminhos desviantes do anormal. Para ele, a sexualidade não genital não é um fim em si mesmo, faz sentido como preparação para a cópula.

Ainda na linha de Freud, Reich acreditava que os conflitos sexuais (inibições, recalcamento e fragmentações das tendências genitais) representavam um factor dinâmico importante na formação da base reaccional sobre o qual se organiza a patologia neurótica. O processo neurótico perpetua-se também, através dos conflitos sexuais. A eliminação da disfuncionalidade sexual seria o objectivo mais importante na terapia psicanalítica. Com uma frase lapidar assume este postulado: "*Não há neurose sem perturbações da função genital*" (Reich, 1927/1977, p: 35). Com toda a ortodoxia reabilita as asserções freudianas iniciais !

À luz da Sexologia moderna, W. Reich foi um pioneiro no campo da nosologia. O rigor das descrições que fez de algumas Disfunções Sexuais corresponde, em grande medida, ao que hoje sabemos e às grelhas de interpretação que utilizamos na clínica. Empresta uma minúcia extraordinária à caracterização das situações disfuncionais, juntando várias referências clínicas, nomeadamente psicopatológicas e sexológicas, fazendo coexistir diferentes categorias diagnósticas. Sob o nome de fases típicas do acto sexual descreveu os vários momentos da resposta sexual, antecipando-se aos modelos psicofisiológicos formulados por Masters e Johnson nos anos sessenta. Na verdade, Reich acreditava que ao longo da resposta sexual se verificava uma transferência de energia do sistema neuro-vegetativo para o sistema sensório-motor, com posterior refluxo para o sistema vegetativo, logo após o orgasmo. Para que o orgasmo ocorra, a líbido deve concentrar-se na zona genital e desaparece a excitação proveniente do sistema neuro-vegetativo.

Podem-se questionar as divisões que fez do ciclo de resposta sexual e a duração que atribuía a cada período. Entretanto, é de louvar que tenha incluído os preliminares no ciclo da resposta sexual e apresente, com um senso clínico extraordinário, vários exemplos de curvas de resposta em função do problema sexual do doente. Ao defender que o orgasmo corresponde à "*capacidade de concentração momentânea de toda a personalidade na experiência genital*" (Reich, 1927/1977, p: 54), o autor revela toda a importância que as vivências sexuais adquirem no plano dos equilíbrios psíquicos e, por conseguinte, como algo

que ajuda a aferir a qualidade relacional das pessoas, uma ideia cara aos Sexólogos contemporâneos!

Conclusão geral:

Verificamos pelo exposto que a Sexualidade autonomizou-se do Sexo, entendido como matriz biológica (genética e neuro-hormonal), quando, nomeadamente, afastou-se da reprodução e deixou de obedecer aos ciclos cósmicos que regulam a vida e a morte.

A Sexualidade estando presente no corpo, nos afectos sob a forma de linguagem específica, nos comportamentos e nas relações sociais, constitui um elemento importante no processo da afirmação da Identidade de cada ser humano (dá visibilidade a muitas competências que lhe estão associadas). É neste sentido que deve ser entendido o conceito de "potência orgástica" definido por W. Reich. Através deste conceito destaca-se a importância de uma vida sexual satisfatória para a saúde individual. O núcleo fundamental da teoria freudiana, numa perspectiva sexológica, radica precisamente na leitura das consequências e das múltiplas manifestações patológicas da falta ou da perda da saúde sexual. A cura catártica sugerida para a Neurose Histérica advém da sua profunda convicção de que a mesma seria originada por um conflito/problema de índole sexual.

A Sexualidade dirige-se ainda a situações ou comportamentos e refere-se a realidades que ultrapassam o indivíduo, considerado como entidade isolada do meio circundante (sistema fechado!) e, em paralelo, posiciona-se para além da relação particular e privada entre dois seres humanos. O condicionamento social da Sexualidade leva a que esta retenha ainda uma carga moral e um valor social assumidos que pré-determinam uma visão não positiva das questões sexuais.

É à luz do carácter também basicamente social da Sexualidade que devemos decifrar o significado da obra de H. Ellis. O epicentro dos seus estudos esteve localizado nos comportamentos sexuais considerados como não "normais" ou desviantes. A sua postura foi sempre a mesma, assinalando que na Sexualidade Humana a regra não é a norma ou a invariância. Chamou a atenção para importância que têm os factores culturais e históricos nas formas e nas apresentações que a Sexualidade pode adoptar.

Na sequência deste enquadramento inicial socorremo-nos de Michel Foucault para sugerir uma definição de Sexualidade:

"A Sexualidade é o conjunto de efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais, por um certo dispositivo oriundo de uma tecnologia (...) complexa" (Foucault, 1976, citado por Vale de Almeida, 1995, p: 87).

Para Foucault há dois procedimentos históricos para a produção da "verdade do sexo": as sociedades com ars erotica e as sociedades com scientia sexualis. Nas primeiras, a verdade

deriva do próprio prazer, tomada como prática e recolhida como experiência (é o que sucede, por exemplo, na Índia). Na civilização ocidental não há ars erotica, mas sim scientia sexualis, uma forma de poder-saber: a confissão como produtora de verdade. (Vale de Almeida, 1995, p: 86).

O pendor original das considerações foucaultianas detecta-se nesta simples asserção: vinte séculos de cristianismo, dois séculos de modernidade e um século de psicanálise habituaram-nos a pensar que a Sexualidade oscila entre a proibição e estrita legalidade do que é socialmente aceite (ou conveniente) em cada momento da História da Humanidade.

Opondo-se à retórica simplicadora que transpõe para o campo da Sexualidade a luta eterna entre as pulsões do bem e as pulsões do mal, Foucault elege como objecto de estudo "o dispositivo da Sexualidade", em vez dos códigos de restricções e de proibições. Foucault alega que estes códigos mantiveram uma relativa estabilidade ao longo dos séculos. Insiste que não há uma só Sexualidade, intocável e omnipresente. Prefere falar em Sexualidades, baseadas em experiências históricas, as quais, por sua vez, consubstanciam, numa determinada cultura, campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjectividade. Foucault enquadrando a Sexualidade no terreno da experiência individual, historicamente determinada, adverte para o seu carácter complexo e (até) subjectivo. Como tal, a experiência sexual não se reduz à experiencia coital. A Sexualidade transcende, inevitavelmente, a Genitalidade. O coito por si só não é suficiente para o(s) equilíbrio(s) ou a satisfação sexual. A Sexualidade, vista como comunicação, vivência das pulsões sexuais, partilha de afectos e força organizadora da Personalidade de cada homem e de cada mulher, é tão essencial para a condição humana quanto a Genitalidade/procriação (o esquema tradicional: erecção => penetração => ejaculação, sendo esta o principal objectivo de todo o acto sexual). O advento da SIDA e a introdução do *"safe sex"*, produziram um assinalável de grau de consciencialização social nesta direcção.

Tendo em consideração os pressupostos teóricos já clarificados estamos preparados, neste momento, para tentar compreender a modelação psico-social dos desempenhos individuais (não exclusivamente sexuais). O próximo ponto (1.3.) ocupar-se-á da análise dessas condições.

1.3. Ser homem ou Ser mulher: o desenvolvimento do Sexo como variável estímulo

Partimos do princípio que conceito de Sexo nos seres humanos inclui uma *dimensão estímulo*. Através deste postulado pretendemos dar conta da dupla realidade do Sexo (suporte biológico) e do Género (suporte psico-social), tal e qual como ela co-existe e se auto-suporta em cada um de nós.

Faremos referência ao conceito de Género, tendo presente o muito que ao longo destas últimas décadas tem sido escrito sobre o assunto e avaliaremos o efeito significativo do Sexo de um ser humano no tratamento diferencial que lhe é dado pela sociedade em que está inserido.

A emergência do Género

Autores como Almeida (1995, p: 128), defendem que a melhor maneira de investigar a masculinidade passa pela criação de categorias distintas como Sexo e Género. A masculinidade será um dos domínios que a Teoria dos Géneros deverá abranger. E não ignoramos que é relativamente frequente o homem disfuncional confidenciar sentir-se menos homem que os outros homens. Trará a Disfunção Sexual consigo um efeito desestruturador sobre a masculinidade? Importa, nesta interpelação, procurar conhecer os requisitos socio-culturais associados à construção da masculinidade.

O Género apresenta-se cómo uma construção social, cultural e historicamente determinada, a partir da dimensão biológica vida humana que vulgarmente apelidamos de Sexo. Por conseguinte, o Género corresponde à elaboração cultural do Sexo. O Género enquadra-se num processo alargado de aprendizagens e nas ideias que informam as actividades dos homens e das mulheres, nas comunidades a que pertencem. Não se reporta apenas à representação social das diferenças biológicas. O corpo aparece como um suporte físico, que testemunha a ordem social e as regras dominantes (Fernández, 1996).

Os domínios do Género nem sempre são claramente visíveis (Lorber, 1994). Os seus conteúdos podem ser vagos e demasiado abrangentes, abarcando temas como a masculinidade e a feminilidade, os papeis e os esteriótipos de Género, as diferenças em função do Género e as desigualdades sociais entre os Géneros (Nicholson, 1994). Reflectindo a miscelânea de temas para análise e de proposta de estudo, nestes novos domínios que a Generologia costuma abarcar, ainda não foi possivel estabelecer uma definição de Género, recorrendo a uma fórmula que seja clara e consensual para a maioria dos autores.

Socialmente, cada criança deve aprender a reconhecer-se como menino (Género masculino) ou como menina (Género feminino). Este processo intrínseco corresponde à

Identidade de Género: convicção interna de ser-se homem ou mulher, assentando no âmago da Identidade Pessoal. Privatiza, confere permanência e constância à ideia de homem e de mulher (Money & Ehrhardt, 1972). No desenvolvimento da Identidade de Género, participa todo um vasto leque de estímulos sociais que, em simultâneo, com o suporte morfológico/estrutural (cromossomas e hormonas), dão resposta aquela questão, por nós formulada, no início desta investigação em torno da compreensão da expressão "ser homem". As hormonas sexuais não pré-determinam, na altura do nascimento, a capacidade que o indivíduo tem para se identificar e para se assumir como um homem ou como uma mulher.

Dos estímulos sociais ressaltam, nomeadamente, aqueles que se prendem com a qualidade das relações intrafamiliares (mãe/pai e pais/filhos) e com o exercício do poder paterno, através do envolvimento de cada um dos pais nos cuidados a prestar à criança. A criança tende a identificar-se com a figura paterna que encarna o poder na família ou controla os recursos socio-económicos. Ultrapassando os vínculos afectivos, a criança vai imitar quem gere o poder, nem que seja só o poder de decidir. Os modelos familiares em que ambos os membros trabalham fora de casa e auferem de um ordenado, tendem a ser aqueles em que os papéis de género estão mais diferenciados (Maccoby, 1988).

De acordo com Sandra Bem, um dos nomes mais relevantes desta corrente da psicologia moderna, já denominada de Generologia, as crianças, a partir dos três anos de idade, não só aprendem a individualizar-se como meninos ou como meninas, mas também começam a categorizar as outras pessoas em função do seu Género (Férnandez, 1996). Reconhecem se os jogos, as ocupações ou as roupas são apropriados para meninos/meninas. Fazem uma leitura selectiva do mundo que as rodeia. Este filtro avaliador (Esquema do Género) selecciona a informação, as atitudes decorrentes de cada Género, são, por conseguinte, as estruturas cognitivas que codificam e processam os dados provenientes da realidade social. O Esquema do Género instala-se como uma teoria informal sobre a masculinidade e a feminilidade que vai organizar a mundividência das crianças. Acaba também por influenciar o modo como cada criança sonha ou prevê o seu futuro. Os conceitos de masculinidade e de feminilidade, duas traves mestras, da Teoria dos Géneros, reportam-se aos comportamentos (atitudes, pensamentos e manifestações) e às características (de personalidade, físicas, etc.) que a sociedade considera como os mais apropriados para as mulheres e para os homens, em função exclusivamente do seu sexo. A partir de um questionário (Bem Sex Role Inventory - BSRI-) esta autora classifica as mulheres e os homens em quatro categorias distintas: andróginos, masculinos, femininos e indiferenciados. Os andróginos seriam aquelas pessoas, não importa o seu dimorfismo sexual, que pontuam acima da média tanto na escala de masculinidade como na escala de feminilidade. Os masculinos, pontuam apenas acima da média na escala de masculinidade, enquanto os femininos o fazem na escala de feminilidade. Os indiferenciados pontuam abaixo da média em ambas as escalas. O processamento da realidade e o Autoconceito de cada sujeito seriam moldados, em maior ou menor grau, pelo Esquema de Género, permitindo o agrupamento/tipificação de cada ser humano num contínum desde os elementos que se subordinam por completo ao Esquema de

Género (os masculinos e os femininos), também rotulados de "esquemáticos" até aos elementos escassamente "esquematizados" (os andróginos e os indeferenciados), ou sejam, aqueles elementos que processam a realidade e o seu autoconceito sem respeitar, sem necessidade de recorrer ao Esquema de Género. Em síntese, compreende-se que o Esquema de Género sirva essencialmente para a tipificação dos indivíduos, criando, no limite, uma situação circular e complexa: se uma pessoa reage em conformidade com que a sociedade espera para cada um dos sexos, obedecendo às directrizes do Esquema de Género, tenderá a ser reforçado nos comportamentos habituais, aumentando, desse modo, a sua auto-estima e a leitura que faz de si e dos outros, dando credibilidade aos desempenhos que a sociedade espera dele(a) de acordo com o seu dimorfismo sexual (Bronfenbrenner et al., 1984; Berenbaum & Hines, 1992).

A partir da posição acima delineada, torna-se aceitável que não devemos considerar, de forma simplista, que a realidade "homem" é equivalente de masculino, nem tão pouco que a categoria mulher implica inevitavelmente uma dada condição dita feminina. Ninguém, em si mesmo, é masculino ou feminino. Mais do que uma condição herdada do biológico, ser masculino ou feminino, corresponde a uma trajectória experiencial, feita de aquisições e de perdas sucessivas, qualidades e defeitos que se vão introduzindo na vida individual. Ninguém nasce masculino ou feminino (Cardelle , 1990, Badinter, 1993; Amâncio, 1994).

A interacção social, porque complexa, não deve ser entendida como uma mera extrapolação do sexo biológico. A diferenciação social entre os dois sexos, não se limita a organizar, em termos de atitudes e de comportamentos, as potencialidades biológicas inatas (Doell & Longino, 1988).

Se é verdade que às duas categorias sexuais se associam tradicionalmente diferentes posições e funções sociais, os estereótipos, que delas derivam, constituem um suporte representacional dessas mesmas diferenciações e, por conseguinte, uma fonte de orientação do comportamento do homem e da mulher (Doise, 1985, citado por Amâncio, 1994, p: 169). A distinção passa precisamente pela singularidade que reconhecemos em cada um dos esteriótipos, como mediação e imagem de transição entre o indivíduo e a realidade. Assim, o esteriótipo masculino valoriza factores e traços como a afirmatividade, autonomia, controlo emocional, enquanto o estereótipo feminino se refere a um indivíduo com forte apetência relacional e dependente, modelo que só é valorizado para as mulheres e implica o desempenho de determinadas funções sociais. Os conteúdos do estereótipo feminino só são especificamente femininos e consensuais quando se referem ao papel tradicional das mulheres, de mãe e de dona de casa, porque quaisquer outros papeis sociais aplicados às mulheres implicam a assimilição de traços masculinos (Deaux, 1985).

Amâncio (1994) postula que, da observação experimental, é possível concluir que o comportamento masculino é internamente determinado, dando consistência a uma autonomia do seu comportamento face aos contextos, e que o comportamento feminino está sujeito às determinações externas. A construção social da pessoa torna o posicionamento entre os

sexos perfeitamente assimétrico. A supremacia social da categoria sexual masculina torna-a num paradigma universal, como modelo de ser pessoa, quer para homens quer para mulheres. De acordo com este modelo, os homens projectam uma representação de si, construida de acordo com uma individualidade assumida. O sentimento de pertença colectivo é acentuado e congruente com essa individualidade, o que torna os seus comportamentos de relação naturais e espontâneos (Amâncio, 1994, p: 177).

1.3.2 Tratamento diferencial e segregação social: as consequências do Género!

Ser fisicamente homem ou mulher corresponde a uma dotação genética. Mas reagir (sexualmente e não só!) como uma mulher ou homem, depende das influências genéticas, através dos mediadores hormonais, e também das aprendizagens realizadas ao longo de um complexo processo de desenvolvimento pessoal (Deputte, 1997).

À luz dos processos de socialização é compreensível a conversão de um organismo numa personalidade.

Autores como Chirpaz, atribuem à interacção social um papel determinante na diferenciação morfológica: "(..) *é apenas no mundo da cultura, onde essas diferenças são investidas de valor, que elas funcionam como destino* (..)" (Chirpaz, 1969, p: 414).

A noção corrente de homem e de mulher corresponde apenas a um esforço aproximativo: pouco ultrapassa um simples rótulo anagráfico. A dinâmica do desenvolvimento sexual processa-se de forma complexa, nela descortinamos graus múltiplos e não se é homem ou mulher com a mesma intensidade (Evola, 1993, p: 49)

A fazermos fé no pensamento de Rousseau (citado por Badinter, 1993, p: 15) : *"O macho só é macho em certos instantes; a fêmea é fêmea toda a vida, ou pelo menos toda a sua juventude".*

Para o comum dos cidadãos mas também para o cientista, a ideia de homem acarreta originalmente a existência de um corpo com genitais externos masculinos e o "distanciamento", a diferença, face a essa outra realidade natural que é a fêmea humana. De todos os atributos assinalados, o critério anatómico é aquele que continua a merecer mais consenso e aparece como fundamental (Le Vay, 1995, p: 22). Curiosamente, ser homem diz-se, na linguagem corrente, de forma preferencial no imperativo e não tanto no indicativo. Mas não basta afastar-se do arquétipo da fémea para que o macho humano se transforme num homem. Para não experimentar qualquer ambiguidade deve aceitar envolver-se no que a linguagem social determina como atitudes ou papéis masculinos.

Não é raro ouvirmos os poetas falarem, metaforicamente, do "homem em construção": não se nasce homem, aprende-se a ser homem. O que corresponde à constatação, de que os caracteres físicos do corpo (o crossoma Y e a posse de genitais masculinos) por si só, não são suficientes para sancionar a condição masculina. Os dados biológicos organizam as condições

específicas para o processamento da masculinidade. Mas ser homem obriga a um trabalho continuado, com um grau de exigência, que socialmente não se reconhece no processo de maturação feminina. Pelo contrário, é invulgar depararmos com a exortação: "Sê uma mulher!" ou "Comporta-te como uma mulher!".

O homem vê-se constantemente posto à prova, os que o rodeiam exigem-lhe sinais e marcas indeléveis da sua virilidade. O que fazem os homens deve ser sempre interpretado como masculino. Os actos e as palavras devem ser um cartão de visita da masculinidade do sujeito. Ao exibir o seu Género dá-lhe credibilidade e segurança (Gilmore, 1990).

À medida que ocorre o desenvolvimento, físico e psíquico, de uma dada criança, paulatinamente, através de um processo de socialização, que se esboça na família e depois tem continuidade na Escola, vão emergir os papéis associados ao Género, enquanto padrões estáveis de comportamentos considerados como apropriados e desejáveis para cada sexo (Hoffman et al., 1995). As idades em que se vai despoletar a pressão diferenciadora entre meninos e meninas é variável. No mundo ocidental, mesmo antes da criança nascer, as cores da roupa do bébé, os adornos, os brinquedos a distribuir e os planos que se tecem, já trazem uma marca de separação e de individualização, conforme os sexos.

Ser homem ou ser mulher implica, para todos os efeitos, pertencer a uma comunidade cujas expressões, ritos e símbolos evocam uma dada função social. Sempre que um bebé nasce traz consigo a necessidade de integração social. Como tal, vai ter que interiorizar um determinado estereótipo masculino ou um determinado estereótipo feminino, num processo complexo, num jogo permanente de aprendizagens, despoletado pelo desejo de conhecer, compreender. É conhecido o relato feito por Money e pela sua equipa do John Hopkins Hospital (Money & Tucker, 1980, citados por Leonelli, 1990, pp: 91-96), hoje já considerado uma referência científica e histórica de inegável valor, a propósito de um caso de mutilação cirúrgica acidental do pénis de um bébé de 7 meses, durante uma circuncisão. Tendo presente esta consequência iatrogénica imprevisível impunham-se duas opções inadiáveis: ou a modelação anos mais tarde, através da cirúrgia plástica, de pénis rudimentar, operação de êxito muito duvidoso, ou a mudança imediata de nome e de identidade sexual do menino, que a partir daí seria considerado como alguém pertencendo ao sexo feminino, procedendo-se à eliminação cirúrgica dos testículos, à feminização do corpo na puberdade mediante uma terapêutica hormonal, implantação de uma vagina artificial e educação coerente com a mudança de género. Foi esta segunda opção que os pais adoptaram. Em nada, excepto na capacidade de procriação, esta criança foi diferenciada dos outros elementos do sexo feminino, o ambiente socio-familiar que a rodeou favoreceu as alterações em curso. Os resultados revelaram-se positivos, graças, em grande medida, à compreensão dos pais, que participaram activamente em todo o processo complexo de adaptação e ao apoio psicológico que a equipa hospitalar prestou a esta criança e à sua família. Este caso prova à evidência a importância configuradora dos factores socio-ambientais na construção da identidade de cada indivíduo; o sentir-se, o pensar, o actuar como homem ou mulher não é uma simples aquisição

da biologia, os modelos culturais, as práticas relacionais interferem igualmente neste processo delicado mas fascinante.

Ao longo da história da humanidade, pensou-se que o homem e a mulher eram assimétricos. As suas disposições biológicas e as áreas de afirmação (culturais ou outras) eram diferentes, opostas e, por isso, não complementares. Estas diferenças materializavam-se:

1. na diferença entre a maternidade e a paternidade;
2. na diferença a nível do comportamento erótico;
3. nas diferenças existentes em múltiplos domínios relacionais, em casa e fora de casa;
4. na diferença hipotética quanto à capacidade de resposta individual (intuição versus razão, arte versus técnica, etc.) (Gould, 1981; Moir & Jessel, 1989; Gilmore, 1990).

As modernas teorias (Fernández, 1996, pp: 131-133) mostram que os comportamento associados aos Géneros são essencialmente flexíveis, adequando-se aos contextos específicos dos sujeitos. Um dos modelos dominantes neste área é a Teoria Situacionnal de Deaux e Major . Os dois autores consideram que a existência de crenças sociais, as predisposições individuais e os factores situacionais precondicionam todos os comportamentos de relação derivados do dimorfismo sexual aparente. No fundo, existe a convicção de que o sexo dos intervenientes em todas as interacções sociais modela e exerce um efeito de estímulo sobre as características e o resultado final das mesmas. O Modelo Situacional pretende captar a estabilidade e a flexibilidade dos comportamentos de Género que seriam plurideterminados e dependentes do contexto. A sequência da interacção social é passível de ser alterada através dos processos de verificação, o grau de certeza que os sujeitos têm das suas expectativas e a clareza com que estas são transmitidas.

Os factores que potencialmente podem explicar o processo de segregação dos sexos agrupam-se em duas grandes categorias:

1. Sistemas de crenças e atitudes dos adultos.
2. Capacidades específicas e factores interaccionais

Os investigadores centram sobretudo a sua atenção na infância, fase do desenvolvimento na qual o tratamento diferencial de cada um dos Géneros torna-se evidente e é assumido socialmente.

Vamos analisar cada uma destas categorias em pormenor:

* 1) Acredita-se que o processo pelo qual os adultos criam determinadas expectativas face ao sexo duma criança, diferenças nas atitudes e nas reacções dos adultos e o contexto relacional, exercem um impacto decisivo no tratamento diferencial em função do sexo. Desde o momento mágico do nascimento, o Género vai afectar todo o envolvimento (roupas,

brinquedos, etc) e os cuidados que os adultos prestam ao bébé (Hoffman et al., 1995). No domínio da psicologia social é consensual a ideia de que o sexo dos bébés vai modular as interacções que gera à sua volta por parte dos adultos (Fernández, 1996, pp: 134-144).

O próprio estilo de alimentação pode ser diverso. Um estudo realizado por M. Lewis (Lewis, 1971) revelou que as mães de classe média têm mais tendência a amamentar as meninas que os meninos. Apesar da mudança de mentalidades das últimas décadas, na interacção adulto-criança os rapazes são os mais prejudicados. São os olhos dos adultos que criam a imagem social do bebé. É sempre mais fácil ensinar a menina a andar de bicicleta do que induzir o rapaz a brincar com bonecas. Quando surgem zangas nas disputas pela posse de um brinquedo, a reacção do adulto é influenciada pelo sexo dos intervenientes. O apego aos rótulos, sobretudo comportamentais, que o Género confere, vai vincular os dois sexos a uma organização estrita das relações interpessoais e das competências individuais. É na família, como o primeiro e o mais importante espaço de socialização, que se adquirem as competências iniciais em matéria de comportamentos vinculados ao género. A pressão exercida sobre as crianças para se acomodarem aos respectivos desempenhos é rígida e consistente, sobretudo nas fases mais precoces do processo de desenvolvimento (Bronfenbrenner et al., 1984).

* 2) O segundo nível de análise do processo de segregação entre crianças de sexos diferentes atenta em aspectos como: os padrões de controlo e de domínio em grupos mistos e em grupos unissexuais, as funções da linguagem e o estilo de jogo desenvolvido por cada um dos sexos.

A maioria dos autores concorda que os meninos e as meninas desenvolvem estilos de interacção diferentes, mostrando-se os primeiros mais bruscos, competitivos e empregando mais o contacto físico, enquanto que as meninas se envolvem na cooperação e na entre-ajuda, utilizam mais a verbalização e estratégias indirectas para resolverem os conflitos. Tais diferenças colocam os meninos numa situação privilegiada quando se trata de obter um maior controlo nos contextos interpessoais. Em situações conflituosas, quando existem objectivos ou comportamentos incompatíveis entre duas ou mais pessoas, as crianças do sexo masculino recorrem mais à ameaça ou à força física e as meninas procuram, sobretudo, o contacto verbal ou a clarificação de sentimentos ou empregam estratégias que passam pela negociação de compromissos. Outra conclusão possível esboça que o efeito do sexo como variável estímulo é mais intenso em crianças de tenra idade, diminuindo o efeito com o avançar da idade (Powlishta et al., 1993).

Apreciação Crítica

Género: um beco sem saída?

A noção de Género afigura-se como um contributo importante para a compreensão do papel do social, do que é extra-indivíduo, na diferenciação sexual. Revela que tudo na vida é sexuado. Aponta as características consideradas socialmente apropriadas para os homens e para as mulheres num determinado contexto socio-histórico. Porém, trata-se de um conceito pouco claro, nem sempre consensual, logo, sem valor heurístico. Se há autores que englobam essas características dentro dos padrões de masculinidade e de feminilidade, outros identificam-nas exclusivamente com os denominados papeis de género. E não devemos ignorar que o carácter assertivo e indiscutivelmente polémico de algumas das posições mais radicais sobre as questões do Género fundam-se em correntes feministas, ávidas de afirmção ideológica (Unger, 1994).

A única razão de ser do Género reside no dimorfismo sexual aparente (homem/mulher). Fora isso, constitui uma realidade complexa e maleável, elaborada a partir da vida corrente, sendo o seu carácter psicossocial uma propriedade seminal. Julgamos que a categorização Sexo e Género não deve ser dicotómica e mutuamente excluente. É errado pensar que o Sexo (qual deles?) faz referência ao biológico e o Género ao social. É descabido deduzir que o Sexo se identifica com a genética e a natureza (realidade estática) e, por sua vez, o Género com a cultura e as interacções sociais e, por conseguinte, totalmente modificável.

A redundância, Sexo como sinónimo de biológico e Género como construção socio-cultural, deixa de fora, tudo o que provém da experiência pessoal, do protagonismo individual num projecto existêncial instransmissível, pois, é recheado de aquisições íntimas: comportamentos, sensações, fantasias, intuições, prazeres e sofrimentos.

Assim, procurar diferenciar papéis sexuais e papéis de Género afigura-se como uma tarefa ingrata, estamos a lidar com conceitos algo equívocos que tentam homogeneizar e uniformizar uma realidade complexa, dotada de uma plasticidade que não se compadece com tentativas simplificadoras. Mesmo que as diferenças intersexos sejam óbvias, é incerta a sua amplitude, pois o que separa as mulheres dos homens é escasso, afecta áreas restritas, e não tem estabilidade ao longo do tempo (Eagly, 1987). A estruturação social, sobretudo, devido à organização do mercado de trabalho e à concepção espartilhada que dela resulta entre vida individual e vida colectiva, enferma de uma visão assimétrica das relações interpessoais. No concreto dos desempenhos individuais a sobreposição de tarefas, de atitudes e de funções, mostra claramente, como a díada homem/mulher tem uma criatividade infinita. Basta apreciar as profundas alterações que ocorreram na Europa Ocidental no plano dos costumes e das práticas relacionais.

Nos papéis sexuais reconhecem-se os comportamentos baseados nas diferenças sexuais biológicas (é o caso da menstruação, da amamentação, etc). Na realidade do

funcionamento humano, o biológico não é imune às influências da cultura, das normas e das atitudes individuais. Os papéis sexuais são fruto dessa interacção e tal pressuposto deita por terra a pré-determinação biológica da experiência humana.

Para os papéis de Género encontramos todos os comportamentos socialmente determinados separando homens e mulheres. São construções sociais associadas ao Sexo biológico. Estamos perante expectativas sociais em torno dos comportamentos masculino e feminino. Adivinha-se que os papéis de género, como formulação teórica, se revestem de um grau de complexidade superior ao dos papéis sexuais. Julgamos que uma das maiores fraquezas da noção "papéis de Género" prende-se com a escolha individual ou, se quisermos, com o direito de opção em matéria de comportamentos de relação. Esta liberdade de escolha não está contemplada na rotulação original, ou, no mínimo, não se vislumbra como suficientementre clara. Não é suposto que um homem possa agir como uma mulher! E vice-versa! Mesmo que seja reconhecida a flexibilidade no desempenho de tais papéis. Os estudiosos que se movimentam por estes terrenos também não partilham todos a mesma opinião (Maccoby, 1988). Para alguns (Miller, 1976) as diferenças homens/mulheres derivam da própria estrutura psíquica, das capacidades sociais, dos desempenhos psicomotores e até da identidade pessoal.

Todos os seres humanos não enquadráveis nas duas categorias dominantes seriam pessoas anómalas ou, no mínimo, elementos disfuncionais. No caso dos homossexuais, o ostracismo a que têm sido votados, derivaria nomeadamente da impossibilidade estrutural de se enquadrarem nos dois Géneros dominantes e porque neles a Sexualidade e o prazer afastam-se das necessidades da reprodução.

Adivinha-se outra crítica possível à Teoria dos Géneros. A separação dos Géneros toma a categoria homem como ponto de partida, sendo o elemento mulher estabelecido como contraste. À mulher é atríbuida uma valoração inferior. Assim, acaba por prevalecer a ideia, algo fundamentalista, da natureza biológica da mulher sem o respectivo equivalente sociológico: a inivisibilidade das mulheres como agentes sociais. As características femininas seriam o resultado do binómio mulher-natureza, ignorando-se todos os restantes factores intervenientes no desenvolvimento humano. O determinismo biológico dos comportamentos iria ao ponto de considerar as relações afectivas e os vínculos precoces mãe-bébé como expressão do "instinto maternal". Não é de estranhar que algumas das correntes feministas mais recentes pugnem abertamente pela maternidade social (a adopção!). Seria uma forma das mulheres se libertarem dos atavismos a que a sua condição está condenada!

Contestando a primazia do social, do comunitário e do cultural sobre o individual, o biológico e os dados da experiência pessoal, subjacente à Teoria dos Géneros, acreditamos que cada mulher ou homem, mediante uma decisão voluntária, pode seleccionar o respectivo repertório comportamental, decidir o que quer fazer, mesmo que a sua escolha possa colidir com o que está social e culturalmente previsto. Por exemplo, existem homens que abdicam da paternidade e mulheres que, por razões profissionais ou outras, adiam ou não assumem a

necessidade de gerar e de criar um filho nas idades mais propícias ou socialmente toleradas. Veja-se como as sociedades modernas convivem com algum desconforto e incompreensão perante as gravidezes tardias (após os 40!) e com a possibilidade dos pais homossexuais assegurarem a custódia dos filhos nascidos de casamentos heterossexuais

Conclusão geral:

A extrapolação acrítica das formulações veiculadas pela Teoria dos Géneros para vida quotidiana só suscita confusões. Corremos o risco de pensar em comportamentos como enquadráveis num dos conceitos ou categorias que suportam essa mesma Teoria quando, na verdade, correspondem ao outro conceito ou categoria. No fundo, torna-se inviável separar o que é inseperável e indivísivel: a Pessoa, seja ela perspectivada como ser biológico seja como ser social. Pelo que ficou dito defendemos que Sexo e Género percepcionam-se como uma dupla realidade no seio da qual a Pessoa realiza aquisições relacionais, ou outras, e experiencia sensações (Fernández, 1996). Acreditamos, com base, sobretudo, na experiência clínica, que o Sexo encontra as suas raízes mais recônditas num corpo físico, ele mesmo sujeito a constantes adaptações homeostáticas, para as quais a relação com o meio envolvente é determinante. O produto final apresenta-se como uma Pessoa, organismo necessariamente sexuado que desenvolverá (aprendendo) a sua natureza psicossocial. Sexo e Género co-existem e interagem mutuamente, mudam-se ao transformarem o ser (Pessoa) a que dão existência.

Assumindo, de forma sintética, os conteúdos reguladores do 1º Capítulo, vislumbra-se que os fenómenos sexuais abarcam todos os níveis de organização do Sistema Pessoa: no organismo humano cada estrutura biológica e as múltiplas funções que, interactivamente, fundamentam a vida contribuem para a sua expressão. Cada organismo humano obtém os equilíbrios sexuais, também eles afirmando-se como unidades estruturadoras do funcionamento do Sistema Pessoa, à custa da intervenção directa dos processos reflexivos, utilizando e tendo em conta a informação procedente do corpo (Dimorfismo Sexual) e a que é fornecida pela modelação sociocultural (polaridades de Género), numa interacção natural.

Importa de seguida fazer a transição das considerações conceptuais em torno dos fenómenos sexuais humanos para a organização de um modelo (instrumento de trabalho) que permita estudar os mesmos. Por outras palavras, até que ponto o Modelo Biopsicossocial é operacionalizável no estudo clínico dos problemas da Sexualidade Humana e se assim for, de que modo o faz? O 2º Capítulo vai tentar dar resposta a estas questões.

2. ESTUDOS TEÓRICOS - A SEXUALIDADE COMO OBJECTO DE ESTUDO

Introdução

Iniciámos este trabalho (Parte I - Introdução) enunciando as condições a que deve obedecer a investigação biopsicossocial da Disfunção Eréctil:

1. revestir-se de um corpo teórico-conceptual capaz de integrar a investigação biomédica e psicossocial e ser integrada por elas;
2. inserir-se nas condições e nos modelos dominante em Sexologia Médica;
3. adoptar sempre o doente como ponto de partida e como ponto de chegada, ou seja, toda a investigação só faz sentido se levar à elaboração/definição de estratégias terapêuticas coerentes na óptica da pessoa doente.

Ao longo de todo o 1º capítulo da Parte I procedemos ao enquadramento conceptual de algumas das questões essenciais em torno das quais gravita a vivência sexual dos seres humanos (determinantes biológicos e psico-socio-culturais). Ao fazê-lo procurámos esclarecer a primeira questão atrás enunciada. Sem abandonar essa mesma intenção, nos próximos capítulos e na Parte II tentaremos, sobretudo, cumprir as outras duas condições.

2.1 O modelo Biopsicossocial como modelo clínico em Sexologia Médica

Das razões para uma leitura Biopsicossocial da Sexualidade Humana

Desde Déscartes que prevalece uma visão dualista da vida humana: o corpo antagoniza-se com o psiquismo, a matéria opõe-se ao espírito, o instinto colide com a razão.

Corroborando esta leitura dicotómica das realidades humanas, é ainda vulgar ouvirmos falar em Sexo e não em Sexualidade, apesar das teorias psicológicas da aprendizagem por modulação ressaltarem a importância das interacções e das relações interpessoais na organização dos comportamentos. Costuma-se apresentar o Sexo como uma realidade unicamente biológica. Nesta perspectiva, será legítima a existência do Sexo desde que enquadrado nas outras funções fisiológicas. Assim, o Sexo é identificado como uma mera necessidade básica, respeitando os ciclos biológicos e, por conseguinte, escapando a qualquer controlo voluntário. A fisiologia é apresentada como um destino, uma fatalidade (Bly, 1994; Morris, 1997).

Reconheça-se que até ao advento da era científica da Sexologia, que ocorreu no século XIX, a desregulação das funções sexuais, como funções biológicas, foi sempre assumida como tendo um carácter inevitável, seria algo de irremediável. Foi de acordo com esta lógica fatalista e acientífica que os problemas da Sexualidade Humana foram originalmente apreciados. Noções como *"impotência"* ou *"frigidez"* corporizam em pleno esta visão das questões do Sexo (Gindin, 1989; Gregoire & Pryor, 1993).

Este ponto de vista demasiado simplificador está ainda bastante generalizado. Cite-se a título de exemplo o seguinte excerto de um livro sobre educação sexual:

"A natureza fez-nos animais sexuais mas ao mesmo tempo seres humanos e, por conseguinte, temos a necessidade de harmonizar a necessidade de procriação com a nossa dignidade humana, o nosso inato e, em muitos casos, imperioso instinto sexual ou atracção pelo sexo oposto com a nossa felicidade e bem estar" (Piédrola, 1975, p: 6).

Contrariando a posição redutora acima enunciada, julgamos que o Sexo, entendido, em sentido estrito, como o resultado visível de diferentes equilíbrios biológicos, não é incompatível nem se sobrepõe à Sexualidade, enquanto organização significante das manifestações psico-sociais desses mesmos equilíbrios biológicos. Destacamos a ideia de que a experiência/vivência sexual é uma dimensão suficientemente complexa e inconfundível para a vida humana. Este ponto de vista não se coaduna com a restricção/limitação da vida sexual dos seres humanos a uma mera função biológica que apenas obedece a incontroláveis pulsões.

De igual modo, atribuir à experiência/vivência sexual humana um estatuto de inferioridade face às outras dimensões psíquicas e fisiológicas também não tem suporte científico. A Ciência em geral e a Medicina, em particular, não desconsidera a Sexualidade, nem avalia positiva ou negativamente os diferentes orgãos ou sistemas. Pensamos que os vários fenómenos que resultam e são parte integrante da Sexualidade Humana são complexos e polivalentes. No presente trabalho de investigação tentaremos compreender a plasticidade de que se reveste o disfuncionamento sexual no homem tal qual como ele se manifesta na Disfunção Eréctil (Bancroft, 1989; McCarthy, 1992; Moreira, 1997).

O modelo de Disfunção Sexual, tal e qual como se manifesta na Disfunção Eréctil, representa uma boa aproximação ao estudo do Sistema Pessoa, considerado como uma unidade morfo-funcional, ou seja, o ser humano encarado como entidade simultaneamente biológica e intencional (Mota Cardoso, 1988/89, p: 36). A Pessoa posiciona-se como sujeito integrador de experiências e comportamentos, que age e interage e, como tal, assume-se como categoria implicada (e estudável!) nos fenómenos mórbidos/patológicos, na perspectiva de uma Medicina Psicossomática, à semelhança de outras categorias como o Meio, o Sistema Nervoso e o Organismo (Mota Cardoso, 1988/89, p:43).

O modelo biopsicossocial da Disfunção Sexual garante a integração dos diferentes parâmetros que intervêm no fenómeno da doença sexual, que encerra sempre uma natureza

psicossomática, e salvaguarda ainda a sensibilidade às interferências desreguladoras (biopsicossociais) que a doença introduz no Sistema Pessoa. Assim, torna-se viável a avaliação, com o máximo de profundidade, da qualidade das reacções e dos comportamentos individuais em geral e dos comportamentos sexuais em particular. No fundo, trata-se de procurar compreender a natureza da vida humana à luz dos sistemas complexos adaptativos, mediante uma estreita convergência interdisciplinar, abarcando um leque muito variado de saberes, desde as tradicionais ciências humanas até às múltiplas disciplinas organizadas sob o paradigma das ciências médicas.

Por conseguinte, o modelo que propomos, vai tentar desvendar ou dar conta da complexidade da experiência/vivência sexual humana em contextos disfuncionais e explicitar a necessidade de uma avaliação pluridimensional das situações de disfuncionamento sexual. A visão dicotómica de que falávamos anteriormente, que se traduz em tantas outras áreas para além do corpo e do psiquismo, como é o caso dos opostos natureza/cultura, homem/mulher, masculino/feminino, heterossexual/homossexual, função/disfunção, normal/patológico, não possibilita o integral conhecimento da complexidade, estrutural e funcional, que caracteriza a vida humana (Doell & Longino, 1988).

Uma leitura biopsicossocial da Sexualidade radica, em última análise, no modelo da Sexologia Médica contemporânea e assenta, obviamente, numa lógica não dicotómica mas bidireccional, segundo a qual a vida biológica gera ou dá origem à vida social/cultural, a qual, por seu turno modifica/enriquece o que é biológico permitindo uma sistematização evolutiva para níveis progressivamente mais complexos (Férnandez, 1996, p: 27). Deste modo, o biológico e o psicossocial devem ser encarados como realidades inseparáveis durante toda a vida sexual de cada ser humano. A união indissolúvel destas três dimensões possibilita e dinamiza todo o desenvolvimento humano.

Procuraremos demonstrar que o corpo não se antagoniza com o psiquismo. A aceitação da permanente interacção entre os seres vivos e o seu meio circundante pressupõe o princípio de que o psiquismo (da qual a Sexualidade é uma das muitas interfaces) é uma propriedade emergente, e não tanto uma realidade antagónica da vida biológica, materializada no corpo humano.

A fundamentação de um modelo que encare a problemática da disfuncionalidade sexual, e, em particular, da Disfunção Eréctil, como uma realidade sistémica (biopsicossocial) envolve a definição de determinados pressupostos, nomeadamente a necessidade de recorrer a diferentes níveis de análise. Gell-Mann (1994) sintetizou este desafio paradigmático como a passagem do simples ao complexo. Sendo o Sistema Pessoa uma entidade orgânica vamos encontrar nele dimensões/níveis de organização biopsicossocial distintos, dos mais simples até aos mais complexos, todos eles regidos pelo princípio da interdependência geral (Lorigny, 1996). A ideia de organismo remete para a capacidade de um sistema poder, ao mesmo tempo, produzir e produzir-se, ligar e ligar-se, manter e manter-se, transformar e transformar-se. Os três modos de representação têm a ver com a capacidade de transacção, constitutiva

da Eco-organização, com a capacidade de equilíbrio (a Auto-organização) e a capacidade de transformação (a Re-organização) (Le Moigne, 1996, p: 27).

A leitura biopsicossocial da experiência de uma Sexualidade disfuncional, actualizada a partir da Teoria do Sistema Geral, permite o desenvolvimento de conceitos utilizáveis independentemente do nível de apreciação/estudo adoptado. As características definidoras presentes num determinado nível de análise (biológico, psicológico ou socio-cultural) acabarão por se repercutir em todos os outros níveis (Le Moigne, 1996, p: 27).

Encontramos manifestações desta experiência de uma Sexualidade disfuncional em cada um e em todos os níveis configuradores. Desde logo, se aceita que esta experiência não é essencialmente biológica ou psicossocial, não subsiste em universos fechados ou estanques (Fernández, 1996).

A existência de conceitos aplicáveis em múltiplos níveis e extensíveis a diferentes disciplinas ou ramos do saber, minimiza o risco de dispersão de conteúdos e evita a simplificação redutora dos fenómenos em análise. Assim, não é verosímil pensar que um fenómeno que tenha manifestações biológicas constitua exclusivamente uma realidade biológica.

Outra ideia estruturante nesta ordenação conceptual da Sexualidade (Humana) disfuncional deriva do conceito de "integração". Numa lógica sistémica, a integração corresponde à necessidade de compreendermos cada acontecimento ou fenómeno humano numa simbiose permanente, num diálogo aberto e numa interacção assumida com todos os elementos ou realidades que lhe são afins e que com ele estão correlacionados. No caso da Sexualidade a integração torna-se perceptível mediante a descodificação personalizada dos significados emergentes da experiência individual e relacional. A integração dá testemunho da vivência do sujeito, vai aferir o modo como cada Sistema Pessoa tira partido das potencialidades sexuais biologicamente determinadas (Godwin 1997). O suporte biológico de cada ser humano confere-lhe a possibilidade de experienciar, de actuar em algumas áreas privilegiadas, designadamente, na manutenção da espécie através do comportamento reprodutivo, nos desempenhos sociais graças ao constructo/interface do Género e na complexidade de sensações, de afectos e de cognições que reunimos sob a designação genérica de Erotismo (Gindin, 1989).

As linhas de força do modelo proposto

1) Explicitação de alguns conceitos de referência

A compreensão dos diferentes fenómenos ou conteúdos da Sexualidade Humana, especialmente quando esta é equacionada na sua vertente disfuncional ou patológica, deve ser feita a partir de determinadas noções basilares como é o caso dos conceitos de Sexo, de

Sexualidade, de Identidade Sexual, de Reflexividade Humana, de Dimorfismo Sexual, de *"Ilness Behaviour"* (Comportamento de doença), de Qualidade de Vida e a valorização da relação médico-doente que, entre muitos outros aspectos, ilustram a complexidade e os distintos níveis de organização implicítos à reactividade dos seres humanos em situação de doença (Fernández, 1996, p: 23).

É nossa intenção situá-los no epicentro de uma leitura sistémica (biopsicossocial) da Sexualidade Humana.

Não descurando todas as outras noções que definimos como pressupostos deste modelo, e que iremos explorar nos próximos capítulos, importa, desde já, caracterizar dois dos conceitos enunciados. É o caso do conceito de Reflexividade Humana e de Dimorfismo Sexual.

A noção de Reflexividade ajuda a organizar, a dar significado e a alterar os aspectos constitutivos da vida humana de que dá conta ou analisa. Permite o uso regularizado do conhecimento acerca das circunstâncias da vida humana, enquanto elemento constituinte implicado na sua organização e transformação. Ao assegurar o conhecimento, a avaliação significante dos actos humanos, a Reflexividade auxilia o ser humano a posicionar-se na sua realidade existêncial, definindo a fiabilidade dos mecanismos adaptativos.

Segundo A. Giddens (1994, p: 12):

"Um tal conhecimento não é acidental em relação ao que de facto se está a passar, mas antes constitutivo - o mesmo se aplicando a todos os contextos da vida social sob condições de modernidade".

Assim, cada um de nós possui e vivência uma biografia organizada reflexivamente em termos de fluxo de informação social e psicológica.

A Reflexividade Humana remete para a ideia de "ser consciente", visão integradora das várias dimensões do Sistema Pessoa. Engloba a materialidade biológica, enquanto produto final dos processos de hominização, nomeadamente os que derivam das modificações/aquisições cerebrais (nomeadamente, o neo-córtex) e diz respeito a outros suportes, de natureza psicológica, como sejam as funções mentais superiores e a afectividade.

O carácter distintivo da Reflexividade passa pelas suas características compreensivas e integradoras. Retomando Giddens (1994, p: 29):

"(..) no contexto da ordem pós-tradicional, o self torna-se num projecto refexivo. As transições nas vidas dos indíviduos sempre exigiram reorganizações psíquicas, algo que era frequentemente ritualizado nas culturas tradicionais sob a forma de "rites de passage". Mas nessas culturas, em que as coisas permaneciam mais ou menos iguais de geração para geração ao nível do colectivo, a identidade mudada era claramente delimitada - como quando um indivíduo passava da adolescência para o estado adulto. Nos contextos da modernidade, em contraste, o self alterado tem de ser explorado e construído como parte de um processo reflexivo de ligação entre a mudança pessoal e a mudança social".

Aplicando a Reflexividade à Sexualidade Humana percebemos que esta introduz um dinamismo organizador muito singular. Na Sexualidade Humana não se consubstancia a mera justaposição do que é inato com o que é experienciado, ela dá significado aos processos emergentes das pulsões ditas sexuais e das interacções ditas sexuais. Ao mesmo tempo a Sexualidade afirma, com grande força, a construção reflexiva da Identidade do sujeito e do seu corpo.

A Reflexividade ao ser uma capacidade especificamente humana valoriza a relação dinâmica entre os fenómenos biológicos (por exemplo: a necessidade de preservação da espécie através das relações sexuais, o ciclo da resposta sexual, etc) e as outras intercorrências genericamente consideradas como subjectivas ou, pelo menos, situadas a meio caminho entre as respostas fisiológicas e as vivências psíquicas (por exemplo: o erotismo, o prazer sexual, etc).

A Reflexividade quando assume a abrangência do que é complexo vai organizar e dá sentido às diferentes parcelas das respostas individuais. Nos seres humanos, à semelhança do que se passa noutras áreas ou sistemas, tudo o que é sexual, é sempre submetido à análise e à interpretação dos esquemas reflexivos intrínsecos.

O Dimorfismo Sexual (a existência de dois sexos biológicos) acompanhou desde sempre a espécie humana (Hutt, 1972). Como tal, é compreensível que ainda se pense que um indivíduo saudável, psicobiologicamente, deva apresentar uma correspondência inequívoca entre o seu Dimorfismo Sexual e uma determinada posição nas escalas clássicas de masculinidade/feminilidade. Assim, é inevitável que o homem se identifique com o polo masculino, enquanto que a mulher se exprima através do polo feminino. As características externas do Dimorfismo Sexual servem de referência à categorização reflexiva dos seres humanos em dois blocos aparentemente homogéneos e opostos, cujas qualidades se expressam em domínios e competências tão variadas como a Identidade sexual, a Orientação sexual e no Comportamento de Género.

No sentido tradicional, ao pensarmos em Sexo, referimo-nos à sua dimensão genital, o que decorre da afirmação clara do Dimorfismo Sexual: as funções reprodutivas, a cópula (no sentido estritamente pulsional), os equilíbrios e as doenças inerentes a cada um dos dois Sexos biológicos (Ginecológicas e Andrológicas). Mas os horizontes do Sexo não se confinam a esta dimensão essencialmente normalizadora e biológica, que só pressupõe a utilização "regulamentada" dos orgãos sexuais. Generalizando, torna-se aceitável que cada indivíduo da espécie humana se assuma como sujeito sexuado, o que implica que possa desenvolver/implementar o seu Sexo, realidade biológica, em diferentes domínios, dos quais a Sexualidade é uma das mais destacadas (Fernández, 1996, p: 49).

O modelo Biopsicossocial, na linha de M. Balint, coloca a relação médico-doente no cerne do processo de tratamento, rentabiliza as enormes potencialidades existententes nessa relação humana única. Balint, observando a não coincidência automática do motivo de consulta com o pedido de ajuda do doente, investiga as possibilidades do médico alargar o âmbito da

compreensão do problema do doente, para além do diagnóstico anátomo-patológico, aproximando as duas partes da relação terapêutica, trabalhando para se porem de acordo quanto ao diagnóstico clínico e fazendo com que o momento da consulta constitua o ponto de partida para a recuperação do doente (Balint, 1960).

A Sexualidade Humana assenta na necessidade inadiável de conhecer e de comunicar com o(a) outro(a), só possível com a integração da intimidade como espaço de aproximação dos amantes (Pasini, 1991).

Tirando partido das conceptualizações de Michael Balint, entre as quais a qualidade determinante da relação entre o doente e o seu médico, ressaltamos o valor terapêutico da comunicação no tratamento das Disfunções Sexuais, ajudando o doente, portador de uma Disfunção Eréctil, a redescobrir o significado, o gosto e a importância da intimidade, melhorando o seu reportório comunicacional. Ao fazê-lo estamos a colocar a Qualidade de Vida como o objectivo mais significativo da intervenção médica em contextos sexológicos, delineando a relação médico-doente como o meio privilegiado para o conseguir. A Qualidade de Vida é esboçada como um conjunto de componentes ou condições em que se desenvolve a existência do indivíduo. Corresponde assim, à valoração que o indivíduo faz, num momento preciso, das diferentes realidades que definem a sua vida entendida como um todo, referida não só ao momento actual mas também passado e projectando-se num futuro próximo ou distante (Young & Wlodarczyk, 1986;Vázquez, 1990).

A leitura biopsicossocial da Disfunção Eréctil reconhece o valor clínico das experiências comportamentais plasmando a apresentação/manutenção da doença. As respostas individuais sistematizadas como Comportamento de Doença ajudam-nos a compreender a percepção do sujeito, a avaliação que faz da sua enfermidade, a integração da actual situação de doença noutras experiências anteriores equiparáveis, os equilíbrios intrínsecos da sua Personalidade e as múltiplas interacções com o meio circundante (nomeadamente, familiares e pessoal de saúde) (Lourenço, 1994).

2) A Sexualidade como objecto de estudo

A alteração de pontos de vista face às questões sexuais aconteceu graças ao estudo científico, sistematizado, dos múltiplos temas que gravitam em torno do vocábulo Sexo, que é naturalmente multifacetado e polissémico, como procuraremos demonstrar em capítulos posteriores. A consistência complexa das realidades sexuais tornou-se maior com a eleição da Sexualidade como objecto de estudo.

O campo do que é sexual deixou de conhecer limites. Tornou-se abrangente mas também algo confuso (LoPiccolo, 1994). Passou a contemplar temáticas como os comportamentos sexuais ou sexualizados, as identidades, o corpo em geral, o erotismo, o masculino, o feminino, a satisfação sexual, o assédio sexual e um número infinito de outros assuntos.

A extensão dos domínios das questões ditas sexuais teve três consequências, que não podemos esquecer, sob pena de retrocedermos a leituras acientíficas sobre esta questão:

❶ A discussão do papel da Sexualidade na vida humana.

❷ A necessidade de reconhecermos que a Sexualidade é um dos aspectos fundamentais da vida humana.

❸ A aceitação de que a Sexualidade é também um valor (moral, estético, artístico e social) e como tal não é estranha à ideia de felicidade (Auroux & Weil, 1993, p: 403).

Tendo como suporte o Modelo Biopsicossocial e fazendo a sua aplicação ao campo específico da Sexologia Médica, teremos de o estruturar em função de duas perspectivas complementares: a ontogenética e a filogenética (Férnandez, 1996, p: 47).

A perspectiva ontogenética dá atenção aos processos de diferenciação sexual. Múltiplos trabalhos publicados desde a década de 70 permitem-nos compreender que a diferenciação sexual se processa em três momentos distintos: numa primeira fase o protagonismo cabe por inteiro aos determinantes genéticos (importa que o 23º par de cromossomas seja XX ou XY) e posteriormente acontece a passagem da gónada indiferenciada a genitais diferenciados e específicos para cada um dos sexos. Um terceiro momento recebe os *"inputs"* hormonais responsáveis pelo desenvolvimento dos genitais internos e externos. Os autores divergem apenas no tocante à importância que é conferida a cada uma das fases. Autores como Hutt (1972) enfatizam em absoluto a vida pré-natal enquanto outros repartem essa importância entre o período prénatal e o período pós-natal (Diamond, 1976).

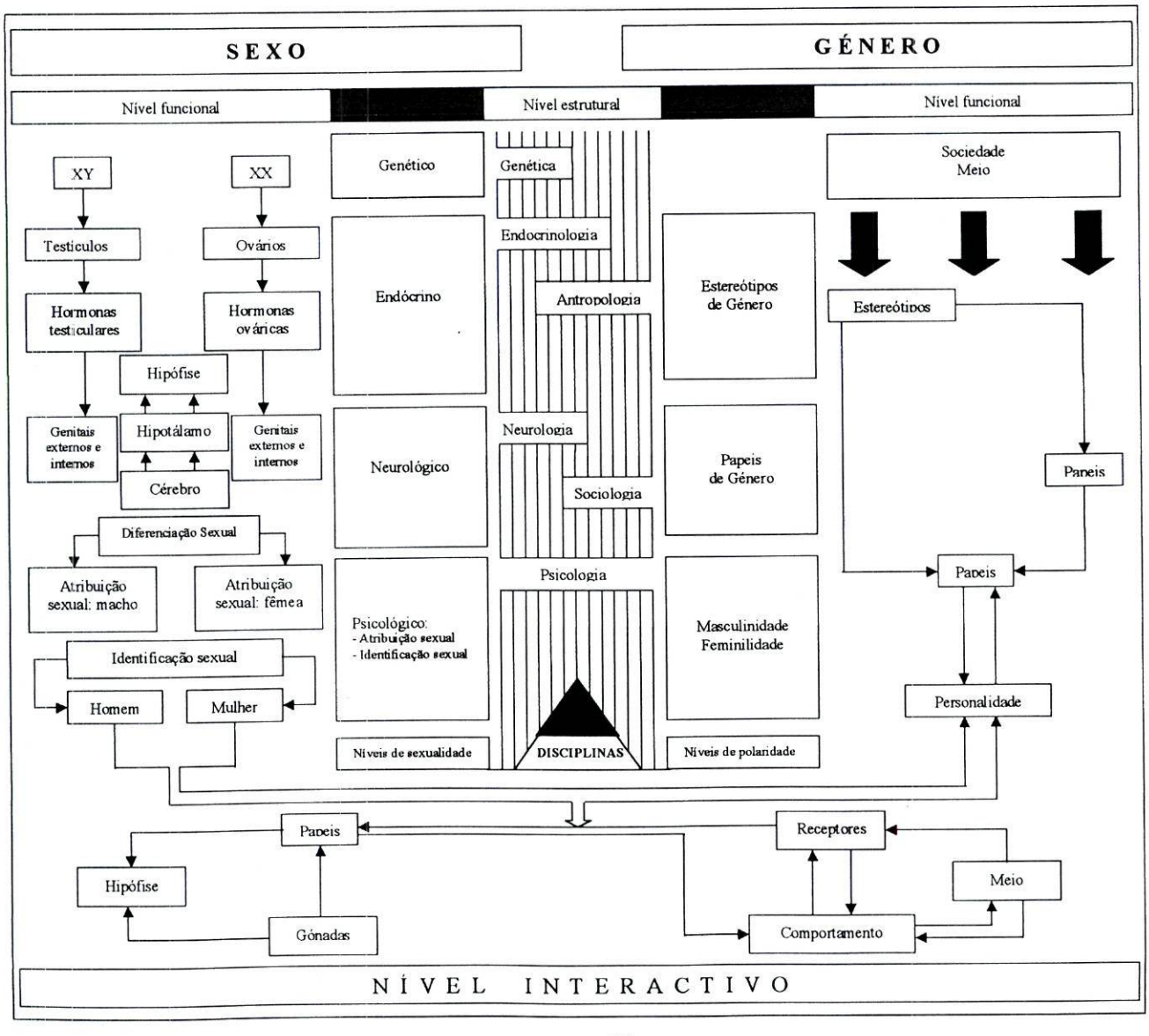
Os trabalhos de Money e colaboradores (1972; 1990; 1994) trouxeram para a ribalta dos estudos sobre a diferenciação sexual um outro actor fundamental: a interacção social e os processos de aprendizagem, incidindo os diferentes factores a sua acção em fases críticas nas quais ocorreriam aquisições insubstituíveis, por eles denominadas de Identidades de Género (infantil, adolescente e adulta).

O desenvolvimento da vida humana é inseparável dos fenómenos sexuais. É-se sempre um ser sexuado! Iremos averiguar em que medida a Reflexividade Humana interpreta o estabelecimento de algumas das realidades constitutivas das práticas ou modos de agir sexualmente (feminino versus masculino, os papéis e os esteriótipos distintos para cada sexo). Os processos reflexivos, mediante esquemas cognitivos (nos quais podemos implicar as áreas de associação cerebral), tendem sempre a catalogar todos os seres humanos em dois grandes blocos a partir das características externas do dimorfismo sexual: o das mulheres e o dos homens. Esta é a separação original de todos os recém-nascidos! Em consequência criam-se níveis distintos de polarização/agrupamento dos indivíduos: homens e mulheres, heterossexuais, homossexuais e bissexuais, etc., expressões que fazem referência à imagem que cada um vai construir de si mesmo reportando-se ao efeito de pertença/inclusão aos

grupos acima citados (Férnandez, 1996, p: 49). Esta imagem/esquema vai converter-se num guia ou referência que activa todos os comportamentos individuais, sejam eles ou não de natureza sexual. Tendo uma acção modeladora das acções de cada indivíduo apresenta-se sempre com características multidimensionais. Numa primeira dimensão o Sexo será analisado sob o prisma da Sexualidade, algo que hoje em dia mobiliza a atenção dos sexólogos e de outros especialistas. Noutras dimensões (exemplo: os papéis sexuais e de género, os esteriótipos sexuais e de género, a assimetria social: sexual e de género) estarão integradas na apreciação do Sexo como variável estímulo e como variável sujeito, aspectos que já tivemos oportunidade de aprofundar em capítulos anteriores.

Na Figura Nº 1 , que é uma adaptação da sistematização realizada por J. Fernández (1996, p: 38), resume as polaridades que se esboçam em torno dos conceitos de Sexo e de Género, perspectivando a sua interpretação de acordo com um modelo (Biopsicossocial) integrador dos vários fenómenos emergentes da Sexualidade Humana.

Figura 1



Patologia e Sistemas de classificação em Medicina da Sexualidade

Após o que foi dito anteriormente estamos em condições para procurar operacionalizar o modelo Biopsicossocial no campo específico de uma Sexualidade disfuncional.

A) O que constitui um problema sexual?

Ao contrário do que se possa imaginar, não é fácil nem simples definir ou explicitar o que constitui um problema sexual, pois tem de se ter em conta a perspectiva adoptada e a leitura que é feita sobre estas questões. Outro aspecto importante é a influência socio-cultural que se empresta à avaliação de um determinado comportamento sexual. A grelha científica é mais bondosa, não é tão redutora como aquela que representa a perspectiva moral ou ética. Todos os conceitos elaborados, tendo a Sexualidade Humana como objecto de estudo, padecem de uma limitação intransponível: a sua precaridade, pois o que é hoje considerado como aceite, provavelmente dentro de alguns anos sofrerá críticas e será substituido por novos paradigmas. A disparidade de pontos de vista sobre a problemática sexual permite que Lopiccolo & Hogan (1979) se atrevam a concluir que:

"... Não existe um critério consistente e único na nossa sociedade sobre o que constitui um funcionamento sexual normal ou anormal e as atitudes estão mudando rapidamente nos últimos anos. O facto de que expressões como "funcionamento sexual normal" e "disfunção sexual" estarem impregnadas de valores não lhes retira a importância. (...)".

Importa saber se é possível criar sistemas de análise ou, no mínimo, critérios universais e consensuais que forneçam uma(s) resposta(s) a esta pergunta pertinente: o que é problema ou doença sexual (Carrobles & Yaque, 1991, p: 16)?

B) A Disfunção Sexual como doença

Quando a função de um órgão do corpo humano está alterada, diz-se que existe uma disfunção a esse nível. Fala-se de Disfunção Sexual sempre que um homem ou uma mulher não conseguem responder, de forma adequada, e realizar com satisfação o ciclo completo da resposta sexual (París, 1993, p: 17; Rowland & Slob, 1995). Mas nem sempre é fácil a descrição do que constitui uma Disfunção Sexual atendendendo às diferentes leituras (por exemplo: a bio-médica, a psicológica, a sociológica, a antropológica, etc) que podem ser feitas dos problemas sexuais (D'Ardenne & Riley, 1993).

De acordo com uma perspectiva médica, um determinado padrão de funcionamento sexual é considerado como mórbido sempre que no doente existam anomalias físicas ou orgânicas relacionadas etiologicamente com esse comportamento sexual. Ou seja, a doença orgânica aparece implicada e ajuda a explicar os sintomas sexuais, o modo como evoluem e as consequências que acarretam.

Ao afectar a homeostasia do organismo humano e ao provocar transtornos na qualidade de vida do seu portador, qualquer Disfunção Sexual pode ser perspectivada como todas as outras patologias médicas (Valdés & Flores, 1990). O conceito de *Pathos* sugere uma experiência directa, vivida, de sofrimento e de desorganização existencial. Os fenómenos biológicos só conhecem dois estados possíveis: o estado de saúde e o estado de doença. A Disfunção corresponde a uma perda ou alteração do estado normal habitual (Canguilhem, 1991, p: 77). Todavia, uma Disfunção Sexual, em sentido absoluto, nunca é um ruptura súbita e imprevista em relação a um estado anterior de perfeição ou de estabilidadade.

Neste sentido, a Disfunção Sexual aproxima-se mais do conceito de anomalia do que do conceito de patologia. A anomalia não é sinónimo de patologia. A anomalia faz apelo ao que é desigual, irregular ou insólito. Diz respeito ao que não é habitual, à diversidade, à variação, que não destrói a estrutura/organização anterior. Todas as realidades anómalas estão sujeitas a uma grande variação individual. Nos factos biológicos a variabilidade passa pela forma, pelo volume, pela dotação cromossómica, etc. A um outro nível, existem pontos comuns que alicerçam a identidade dos indivíduos de uma mesma espécie viva. Ela exprime a possibilidade da existência de outras normas ou modelos de organização da vida biológica. Ao mesmo tempo, a anomalia designa um facto, descreve e enuncia fenómenos, não os rotula ou classifica. As anomalias podem ser ordenadas segundo o seu grau de complexidade e o seu grau de gravidade (Canguilhem, 1991, p: 81-91). Em si mesma a anomalia não é sinónimo de patologia. Mas quando a etiopatogenia de uma anomalia é conhecida ela corresponde/converte-se numa patologia.

Numa visão puramente biomédica a doença diz respeito a uma sucessão cronológica de factos, dotados de relações preferenciais entre si. Na Disfunção Sexual, vista como anomalia, mesmo sendo possível comprovar a causalidade orgânica, as relações entre todos os sintomas são complexas. Para além do mais, na Disfunção Sexual a evolução é feita de várias evoluções, umas previsíveis outras nem tanto. Podem existir estados e respostas biopsicossociais que se corporizam em situações irreversíveis, permanentemente mórbidas, em termos individuais e em termos relacionais. Mas isso não é inevitável em todas as Disfunções Sexuais. A Disfunção Sexual não é uma fatalidade nem um destino. Em muitos doentes sentimos que a confrontação com a intensidade perturbadora da experiência do problema sexual, origina reajustamentos mais saudáveis (gratificantes e prazenteiros) na interacção sexual.

A Medicina afirma-se como uma abordagem sistematizada dos problemas humanos concretos. Nela cruzam-se diversas Ciências básicas. A Biologia é uma das mais importantes.

Os fenómenos biológicos só conhecem dois estados possíveis: o estado de saúde e o estado de doença. A Disfunção corresponde a uma perda ou alteração do estado normal habitual (Canguilhem, 1991, p: 77). Por conseguinte, em Medicina da Sexualidade um objectivo primordial passa pela reconstituição da normalidade alterada, o que nem sempre é viável. A par disso, os problemas sexuais encerram uma grande complexidade (Biopsicossocial) só passível de ser compreendida e estudada fazendo o diálogo entre uma nosologia somática (fisiopatologia) e uma nosologia psíquica (psicopatologia). A confluência de procedimentos e de metodologias é a principal riqueza que sobressai da Medicina da Sexualidade, dando-lhe um cunho de originalidade, em comparação com as outras especialidades médicas.

Em Medicina da Sexualidade o conceito de Disfunção Sexual é determinante pois retrata com objectividade a problemática do normal e do patológico. É possível perceber que uma Disfunção Sexual não se afigura apenas como uma variância quantitativa da funcionalidade, leia-se normalidade (Canguilhem, 1991, p: 9). Tal pode ser percepcionado através da experiência duma corporalidade alterada.

Devido à falta de informação ou porque a informação é demasiado deturpada, quando os órgãos sexuais sofrem de alguma perturbação e deixam de cumprir a sua função, o doente a par das queixas psico-somáticas respeitantes à patologia do órgão em si mesmo, vai reagir com um forte sentimento de desconforto pessoal ou relacional. Chega inclusivamente a acreditar que doravante está incapacitado, deixa de ser igual aos outros homens/mulheres, perde a sua virilidade ou a sua identidade sexual. Apesar dos órgãos sexuais fazerem parte integrante do corpo, a(s) sua(s) disfuncionalidade(s)/patologia(s) desperta respostas no doente que ultrapassam em muito o que seria de esperar em qualquer outro órgão ou sistema. A complexidade da reactividade/enfermidade sexual justifica-se com base na multiplicidade de níveis de integração patogénica. Assim, a par de um adoecer/sofrimento do Sexo, tudo o que tem a ver com a patologia dos orgãos sexuais, na disfuncionalidade/enfermidade sexual, co-existe um adoecer/sofrimento da Sexualidade, a construção psico-social que o indivíduo faz a partir dos seus órgãos sexuais. Esta afirmação é relevante, sobretudo, no plano da intervenção terapêutica em Medicina da Sexualidade (Zamel, 1994). Um dos momentos determinantes na abordagem de uma Disfunção Sexual acontece quando se esclarece o doente sobre a origem das suas queixas. Convém desmistificar a pretensa autonomia dos órgãos sexuais, face aos outros orgãos ou sistemas. Os órgãos sexuais confundem-se com o corpo humano, emergem dele e, como tal, não devem ser desconectados das restantes células ou tecidos (Granata et al., 1995).

C) A Disfunção Sexual numa perspectiva psicológica

Valorizando o modelo psicológico, embora não descartando a responsabilidade orgânica na origem das dificuldades sexuais, estamos a realçar o papel dos fenómenos intrapsíquicos (ex: a personalidade, a estabilidade afectiva, a imagem corporal, as cognições dominantes, etc) e extrapsíquicos (ex: a comunicação interpessoal, a intimidade, as normas sociais, etc) (Carrobles & Yaque, 1991, p:18). A par da necessidade de objectivar o que é ou não é disfuncional, mediante a aplicação de instrumentos psicométricos fiáveis, impõe-se o critério de aferir o grau de sofrimento (ex: os sentimentos de infelicidade, de inutilidade, de insatisfação ou de ineficácia), a falta de adaptação, o mal estar que gera nos circundantes, a violação dos códigos ideais e morais, a irracionalidade e a incompreensibilidade que a actividade sexual acarreta para essa pessoa em concreto (ex: por problematização no desempenho ou na orientação sexual), indagando as vivências e a experiência subjectiva do sujeito (Vázquez, 1990).

D) A Disfunção sexual como realidade (integradadora) Biopsicossocial

Recorrendo a um modelo integrador das várias perspectivas acerca dos problemas sexuais humanos proporíamos, na linha dos autores já mencionados Carrobles & Yaque (1991, p: 23), que: "um problema ou anormalidade sexual existe sempre que um ser humano realiza uma actividade sexual fora do seu padrão habitual ou quando colide com o que é socialmente estabelecido, fazendo a pessoa sentir-se infeliz, coarctada na sua liberdade ou quando representa algum perigo para si mesmo ou para terceiros. Este problema pode dever-se a alterações orgânicas ou psicológicas".

Numa definição globalista como a anterior, é possível integrar as diferentes vertentes de um fenómeno tão complexo como o da Sexualidade Humana, compatibilizando esta formulação e aproximando-a daquela que é veiculada pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) a propósito da Saúde Sexual, na sua essência também generalista:

"A Saúde Sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexuado, na medida em que são enriquecedores e permitem um desenvolvimento adequado da personalidade, da comunicação e do amor" (O.M.S., 1975).

Segundo a O.M.S. (1975) o conceito de saúde sexual inclui três elementos básicos:

♦A aptidão para disfrutar da actividade sexual e reprodutiva, moldando-a a critérios de ética social e pessoal.

♦A ausência de medos, de sentimentos de vergonha, de culpabilidade, de crenças infundadas e de outros factores psicológicos que inibam a reactividade sexual ou perturbem as relações sexuais.

♦Prende-se ainda com a ausência de perturbações orgânicas, de doenças e deficiências que impossibilitem a actividade sexual e reprodutiva.

Uma formulação desta natureza enfatisa uma visão positiva da sexualidade humana, favorecendo os equilíbrios pessoais e contribuindo para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e felizes. Uma leitura patologizante da noção de saúde sexual circunscreve-a aos cuidados médicos, aos procedimentos a adoptar para evitar as doenças sexualmente transmitidas e a procriação indesejada. Por contraponto, Disfunção Sexual corresponde a:

"Qualquer tipo de relação sexual entre o casal que não leve à mútua satisfação" (Palha, 1989).

E) Sobre a possibilidade de uma taxonomia sexológica

Após a conceptualização do que representa disfuncionalidade ou problema em Medicina da Sexualidade surge uma outra necessidade. Trata-se do agrupamento dos inúmeros casos ou problemas sexuais em grandes famílias nosológicas que, com rapidez e fiabilidade, permitam a identificação de cada situação clínica, facilitando o seu diagnóstico e a partir desta etapa intermediária, contribuir para a organizção de um determinado *"setting"* terapêutico. Fazendo eco da opinião de Blashfield (1984), as principais vantagens dos sistemas de classificação advêm dos seguintes factores:

1) Ajudam a criar as nomenclaturas ou conjunto organizado de grupos ou categorias e implementam os códigos científicos que facilitam a comunicação e o entendimento entre os profissionais de uma dada área do saber. No caso das patologias a noção equivalente de nomenclatura é a nosologia.

2) Servem de base para a acumulação e sistematização de todas as informações disponíveis, organizando os conhecimentos científicos em diferentes categorias clínicas.

3) Descrevem os elementos e as entidades básicas de cada ciência, em função das múltiplas propriedades que têm em comum.

4) Detêm a capacidade de prognosticar o curso evolutivo de cada categoria.

5) Proporcionam os conceitos básicos que possibilitam o desenvolvimento de leis gerais, o que constitui um dos objectivos inadiáveis de cada ciência.

Ao classificar procuramos elaborar grupos homogéneos e, logo, descobrir alguma ordem nos elementos que seleccionamos como objecto de estudo.

Entretanto, não devemos ignorar que qualquer taxonomia envolve uma certa perda de informação, dada a simplificação da realidade que a mesma comporta e, nem sempre, ficam definidas relações de continuidade entre os elementos passíveis de classificação. À força de tanto rotular ou classificar corre-se o risco de conferir uma existência real ao diagnóstico, que não passa de uma abstração mental inferida a partir da realidade (Carrobles & Yaque 1991, p:29).

Outro dos inconvenientes associado aos sistemas de classificação deriva das consequências pessoais e sociais, potencialmente nefastas, que um dado diagnóstico traz consigo. Esta asserção é válida, no sentido em que formula um dado diagnóstico, sendo de acreditar que o seu portador actue e possa viver sempre segundo as características intrínsecas do mesmo, admitindo a sua estabilidade temporal. Em Sexologia encontram-se alguns exemplos que espelham o mau uso social de vocábulos/conceitos relacionados com a Sexualidade Humana. É o caso do vocábulo impotência, que na essência tem um valor social e vem imbuído de uma forte carga simbólica e desvalorizadora (Bancroft, 1992).

Uma das imagens a reter em Medicina da Sexualidade obtem-se do papel destacado que a vertente terapêutica desempenha nesta nova disciplina. Aliviar o sofrimento que a dificuldade sexual provoca no paciente e, a partir da reformulação das vivências sexuais, melhorar a respectiva qualidade de vida, são objectivos sempre presentes em qualquer tratamento. Em última análise, todo o trabalho laborioso de compreensão e definição de um problema sexual deve estar ao serviço da orientação terapêutica subsequente, contribuindo assim para a rápida resolução do pedido de ajuda do paciente. Quando alguém procura um sexólogo veicula um desejo inconsolável de conseguir respostas credíveis sobre o que de diferente se está a passar com a sua sexualidade.

Muito embora exista uma vasta literatura sobre a etiopatogenia da Disfunção Eréctil, não abundam os trabalhos sobre os critérios de diagnóstico psicopatológico dessa doença (Segraves & Segraves, 1987; McConaghy, 1993). Os modelos nosológicos clássicos (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974, 1977; Sharpe et al., 1976), sofrem de um vício formal: baseiam-se exclusivamente na fisiologia da resposta sexual, que consideram como possuindo uma natureza bifásica: excitação e orgasmo. É indiscutível o interesse teórico e clínico que tal procedimento propicia. A Disfunção Sexual de mero sintoma ou de realidade socio-moral equívoca, transforma-se numa entidade clínica tratável. Converte-se num conceito de trabalho, objecto de análise clínica e, por isso mesmo, operacionalizável, e faculta a investigação sistematizada e a comunicação entre os técnicos que trabalham nesta área científica (Rubio, 1996). Mas adivinham-se algumas incongruências cuja problematização não deve ser ignorada. Quer o D.S.M.-IV (A.P.A., 1994) quer o CID-10 (O.M.S., 1993) são explicitamente sistemas de classificação por categorias clínicas (ver Quadro nº 1) que realçam as principais diferenças entre o C.I.D. - 10 e o D.S.M. - IV), mas reconhece-se que muitos dos sintomas

incorporados nas Disfunções Sexuais correspondem a variações de intensidade dentro de uma mesma dimensão, não sendo possível definir com clareza a demarcação entre o que é normal e o que é anormal.

Quadro 1

Principais diferenças entre o C.I.D. - 10 e o D.S.M. - IV como sistemas de classificação das Doenças Mentais

C.I.D. - 10	**D.S.M. - IV**
10 categorias major	**17 categorias major**
Avaliação multiaxial (3 eixos)	**Avaliação multiaxial (5 eixos)**
1.Diagnóstico clínico	1.Perturbações mentais
2.Incapacidades	2.Pert. Personalidade/D. Mental*
3.Factores relacionados com o contexto	3.Estado Físico Geral
	4.Problemas psico-sociais
	5.Funcionamento global
Mais orientado para a clínica	**Mais orientado para a pesquisa**

*Pert.Personalidade/D.Mental=>Perturbações da Personalidade e Debilidade Mental

(adaptado de Martins Valença, 1997)

Seguindo a linha de reflexão anterior é ilógico não assumir que há categorias clínicas não claramente estruturadas. Qual é o grau de sobreposição entre as perturbações do desejo, entidade clínica introduzida por Kaplan (1976), e as da fase de excitação sexual? Se a sobreposição é extrema ou completa não faz sentido continuar a considerá-las como entidades separadas, tanto mais que as alterações do desejo sexual só raramente aparecem de forma isolada (Allen Gomes, 1987). A formulação diagnóstica não é imune aos factores culturais. Em

1988, o então Presidente da World Association of Sexology (W.A.S.) interrogava-se sobre quantos países estavam a empregar a nomenclatura "Desejo Sexual Hipoactivo" (Bianco, 1993). O D.S.M.-IV (A.P.A., 1994), que representa o exemplo acabado dos modelos de diagnóstico por categorias independentes, revela-se ainda incapaz de distinguir entre dificuldade em conseguir ou obter a erecção e a dificuldade em manter a erecção.

Concordámos com Cole & Dryden (1988) quando argumentam que nenhum problema sexual deve ser diagnosticado descurando a contextualização do mesmo, os diferentes factores intervenientes (a interacção dos parceiros sexuais, as expectativas de cada um, etc) e o padrão habitual de funcionamento sexual. Bancroft (1989) alega que as classificações correntes costumam obscurecer a variedade e a especificidade das respostas individuais/interindividuais (relacionais) face a cada problema sexual. Cada indivíduo (ou casal) tem um modo próprio e único de apresentar um problema sexual.

A necessidade de dispor em Sexologia Clínica de um sistema de classificação das dificuldades sexuais enfrenta invariavelmente uma dificuldade intransponível: a inexistência de um modelo assumido universalmente, sem sombra de contestação, pelas várias famílias e correntes do pensamento sexológico. A maioria das classificações propostas não são compatíveis, predomina a dispersão devido sobretudo à grande variedade e ao número desigual de problemas/disfunções a classificar. É frequente encontrar as mesmas categorias clínicas com denominações completamente distintas, não sendo possível estabelecer a sua mútua equivalência (Masters & Johnson, 1970, 1985; Kaplan, 1974, 1977; LoPiccolo, 1977; APA, 1983, 1987). A discordância entre autores reflecte, em parte, os inúmeros problemas que materializam a ausência de uma identidade clara (teórica e prática) por parte desta nova disciplina: a Sexologia Clínica, ela própria na confluência de muitas outras disciplinas e paradigmas. A um outro nível detectamos as carências que se prendem com a utilização, num terreno movediço, verdadeira interface entre o orgânico e psíquico, como é o caso da Sexualidade disfuncional, de modelos de classificação clínica estanques e simplificadores.

As classificações tipológicas ou por categorias clínicas não possibilitam a quantificação, na totalidade, das múltiplas variáveis intervenientes em cada problema sexual. E não conseguem ilucidar as complexas relações funcionais que se supõe existir entre elas. Centrando-se na elaboração do diagnóstico, os sistemas tipológicos de classificação revelam-se de escassa utilidade na planificação de um programa terapêutico.

Estas insuficiências limitam, empobrecem o processo de avaliação clínica. É comum a impossibilidade de enquadrarmos rigorosamente um dado doente, nesta ou naquela categoria ou diagnóstico, dado que a sua dificuldade sexual abrange, em simultâneo, dois ou mais diagnósticos, num espectro de problemas. No caso concreto da Disfunção Eréctil, descortinam-se várias subcategorias ou itens a merecer consideração, impregnando a qualidade de apresentação do diagnóstico. Cite-se, a título de exemplo, o grau de erecção obtida, o tempo necessário para a alcançar, as ocasiões e os contextos em que a disfunção sexual surge, as outras alterações concomitantes (da ejaculação, da líbido), etc.

Colmatando as brechas deixadas em aberto pelos modelos clássicos de classificação (categoriais ou tipológicos), um outro sistema de classificação, a Análise Funcional, tem como principal objectivo a explicitação etiológica do problema e não a mera descrição do mesmo. Procura abarcar, na medida do possível, todas as variáveis em análise e testa as respectivas relações funcionais. Interessa-se não só pelos antecedentes mas também pelas consequências de um dado problema, isto é, averigua os factores determinantes de um dado fenómeno (as causas) e as interacções que se geram entre o fenómeno em si mesmo e o que desencadeia ou favorece o seu aparecimento (Jones, 1983; Corning, 1986; Hersen, 1988). Constrói todo o enredo, define o rol de acontecimentos que levaram ao aparecimento de um problema e aqueles factores que moldam as suas características actuais.

A Análise Funcional está dirigida para a resolução de problemas, ao centrar-se dinamicamente nas situações e na experiência vivida do sujeito. A planificação do tratamento surge como o resultado lógico deste processo.

Um modelo de classificação que pretenda salvaguardar a eficácia clínica, deverá permitir a aferição de distintos parâmetros, numa relação de mútua interdependência, dando resposta quer às necessidades de diagnóstico da situação disfuncional, quer aquelas que se colocam em termos de prioridades terapêuticas, tendo sempre em vista a qualidade de vida do doente: o maior anseio de qualquer Terapia Sexual.

Recolhendo, numa síntese criativa, as principais características das Classificações tipológica e funcional, estaremos a dar resposta a uma grande parte dos anseios da prática clínica: a maioria dos impasses terapêuticos, os casos que ficam por resolver ou que abandonam o tratamento, pondo à prova toda a nossa argúcia clínica.

Tendo por suporte o modelo proposto por Carrobles & Yaque (1991, pp: 38-55) acreditamos que qualquer tentativa de classificação operativa das Disfunções Sexuais procurará aceitar uma equivalência qualitativa entre os problemas masculinos e os que afectam as mulheres, socorrendo-nos do paralelismo anátomo-fisiológico existente entre os dois sexos. Exceptuam-se as situações clínicas patognomónicas do sexo masculino como a ejaculação sem orgasmo ou o orgasmo não prazenteiro num pénis flácido e os quadros tipicamente femininos, como o orgasmo exclusivo não coital. O modelo de classificação que sugerimos constitui uma variante, mais completa e com um inegável valor prático, do Sistema Descritivo Multiaxial de Schover et al. (1982).

A par das categorias clínicas propriamente ditas, parece-nos relevante, em termos de diagnóstico e de orientação terapêutica (a preocupação básica de todo o Clínico, seja ele sexólogo ou não !), reter algumas dimensões funcionais de cada dificuldade sexual, que enriqueçam a caracterização da mesma, que passamos a enumerar: o componente temporal, o componente situacional, o componente grau de gravidade, o componente causalidade .

O critério Primário-Secundário (P-S) vai definir o enquadramento temporal da Disfunção Sexual. A Disfunção Sexual será primária quando acompanhou toda a vida sexual do paciente. Este critério isoladamente não avalia o grau de gravidade do problema sexual.

Especificando a etiologia da Disfunção Sexual, a dimensão Orgânico-Funcional (O-F) serve para esclarecer os prováveis fenómenos subjacentes: causalidade iminentemente psicogénica, origem vascular, hormonal ou outra qualquer, quando, por exemplo, se acumulam causas médicas e psíquicas.

O critério Generalizado-Situacional (G-Sit) alude ao factor contexto no aparecimento da Disfunção Sexual. A uniformidade do modo de apresentação da Disfunção generalizadamente ou, pelo contrário, só em determinadas situações, ou com um(a) parceiro(a) em particular, ajuda a esclarecer o prognóstico do quadro clínico.

O item Total-Parcial (T-Pa) diz respeito ao grau de gravidade, à amplitude do problema. Assim, no caso concreto da Disfunção Eréctil, é variável a quantidade de erecção obtida, assim como, a estimulação e o tempo necessário para a conseguir concretizar. Ao contrário dos critérios anteriores, este último não é aplicável, de forma generalizada, em todas as Disfunções Sexuais.

A categorização pretende incluir a totalidade dos problemas sexuais que ocorrem nas relações de natureza heterossexual. A aplicação na prática clínica de semelhante sistema integrado de classificação e diagnóstico possibilita a descrição criteriosa e precisa do problema sexual em análise, a par da especificação e da leitura descritiva dos múltiplos factores causais intervenientes no processo, contribuindo para a planificação da estratégia terapêutica mais adequada, salvaguardando, desta maneira, as hipóteses de sucesso. No Quadro nº 2 resumimos os aspectos mais importantes, o esquema genérico que dá suporte ao Sistema Integrado de Avaliação de uma Disfunção Sexual.

Quadro 2

Análise Funcional: Esquema Integrado para avaliar uma Disfunção Sexual

Dimensões a estudar	Descrição
Contexto	**Estímulos/situações pré-mórbidas e precipitantes da** Disfunção Sexual
Organicidade	**Características ou determinantes orgânicos ou** fisiológicos
Psicogenia	**Personalidade e aprendizagem/formação psico/sexual**
Socialização	**Competências e papeis socio-relacionais**
Reactividade	**Funcionamento sexual habitual: reportório de respostas/actividades**
Consequências	**Repercussões do funcionamento sexual habitual**

(adaptado de Carrobles & Yaque, 1991, pp: 59-60)

2.2. A subjectividade na perda de erecção

Falta de erecção: um problema antigo - olhares mágicos e científicos

A expressão "Disfunção Eréctil" é, por excelência, técnica e clínica, mas também serve de metáfora científica a uma palavra ancestral: *impotência*. Este vocábulo perde-se nos meandros da História da Humanidade, cruza todas as civilizações e socio-culturalmente desperta muitas paixões. A primeira evidência escrita dos problemas da erecção remonta à civilização suméria, num texto religioso encontrado no templo de Istar (Brenot, 1995, p: 77).

No passado o conceito de *impotência* era empregue de forma generalizada, designando qualquer obstáculo ao sucesso sexual, desde a perda da líbido, passando pela incapcidade para satisfazer uma mulher, pela anorgasmia, até qualquer coisa indefinida/errada ligada à vida sexual do homem (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997, p: 319).

Ao contrário do seu equivalente técnico (Disfunção Eréctil), a palavra *impotência,* do ponto vista subjectivo, não é neutra. Mais do que um diagnóstico, a *impotência* no masculino, reflete um modo de ser, uma perturbação na identidade masculina.

A Disfunção Eréctil sempre suscitou receios e rodeou-se de múltiplos mitos e tabús. Os antigos egípcios atribuiam-lhe uma origem sobrenatural. O filósofo grego Aristóteles (384-322 a.C.) defendia que o esperma correspondia a um líquido que fluia do espírito e o mecanismo da erecção estaria relacionado com um sistema semelhante a uma bomba de ar.

Segundo o Pai da Medicina, Hipócrates (460-370 a.C.), esta Disfunção Sexual seria provocada pela prática excessiva da equitação. Esta etiologia não aparece a despropósito dado que, só nos U.S.A., estima-se a existência de 250 000 casos (!) de D.E. relacionados com o uso da bicicleta, quer pelo impacto traumático contra o guiador, quer por compressão intermitente mas prolongada dos genitais no selim (Shimma, et al., 1996). Leonardo da Vinci (1425-1519) foi o primeiro a relacionar a erecção com a presença de sangue no pénis, ainda que as grandes descobertas sobre os vasos sanguíneos só tenham ocorrido no sé. XVII, com William Harvey (1578-1657).

Ressalvem-se estas descobertas *"avant la lettre"* sobre os mecanismos da erecção. No entanto, a fisiologia desta função masculina só foi descrita no séc. XX, na década de 50 (Moreira, 1997, p: 51).

Até ao séc. XX a literatura médica sobre as atribulações da erecção masculina é escassa e dispersa. Os problemas da Sexualidade Humana não estavam sob a alçada das Ciências Médicas. Existem, todavia, algumas raras excepções. É o caso do livro: *"Traité des*

maladies vénériennes" de John Hunter, datado de 1787, em que a origem da Disfunção Eréctil é atribuida a uma falha de coordenação entre os vários orgãos envolvidos no processo de erecção (Gregoire & Pryor, 1993, p: 5). No âmbito das causas somáticas de D.E., Hunter especifica que devem ser citadas a degenerescência dos corpos cavernosos, a atrofia testicular, a castração e anomalias congénitas. Fala também dos efeitos negativos da imaginação. Esta segunda categoria, na actualidade corresponde à Disfunção Eréctil psicogénica. Já no século XIX surge o livro: *"Sexual Impotence in the Male"*, de W. A. Hammond, publicado em 1883. Na época acreditava-se que a principal causa das dificuldades erécteis estaria nos excessos sexuais da juventude, e entre estes, sobretudo a masturbação. De igual modo, a ocorrência de experiências sexuais na infância e na adolescência seria uma das etiologias a ter em conta para a D.E.. Hammond propunha dois tipos de tratamento para as maleitas sexuais: os tratamentos higiénicos e os tratamentos médicos. A primeira prescrição dizia respeito aos cuidados corporais, ao repouso (incluindo a inactividade sexual durante pelo menos doze meses). O repouso abrangia a continência mental, o doente devia evitar os pensamentos de conteúdo erótico. Advogava ainda os banhos, o exercício físico e aconselhava o indivíduo com D.E. a não dormir em decúbito ventral. Como medidas preventivas defendia a abstinência sexual nas primeiras décadas de vida. O coito deveria ser expressamente proibido antes dos 21 anos de idade. Entre os 21 e os 25 anos tolerava que o homem tivesse relações sexuais, mas nunca mais do que uma vez de 10 em 10 ou de 12-12 dias. Quem não cumprisse com zelo estes conselhos arriscava-se a prematuramente perder a potência sexual (Gregoire & Pryor, 1993, p: 5).

No plano terapêutico, apresentava um leque variado de propostas. Mas dava preferência aos tratamentos recurso à electricidade, sentindo-se indeciso entre as correntes farádicas, as correntes galvânicas e a electricidade estática. A cauterização da uretra estava em voga, naquela época, muito embora fosse criticada por Hammond. Outros procedimentos envolviam a massagem, a flagelação e a urticação.

Mas já num livro datado de 1486: *"Malleus Maleficarum"*, de autor desconhecido, se tecem algumas considerações que o permitem definir como um texto precursor da psicopatologia da Sexualidade, que marcou e fez época durante grande parte do século XIX. Cite-se, como exemplo, esta interessante apreciação das atribulações da erecção masculina:

"Quando o membro não é de modo algum excitado e não pode nunca levar a cabo o acto do coito, isto é um sinal de frigidez da natureza, mas quando ele é excitado e não consegue erguer-se, isso é coisa de feitiçaria" (Gregoire & Pryor, 1993, p: 3).

Fenómenos marcadamente culturais como o Koro testemunham a persistência no séc. XX de crenças místicas e acientíficas, que durante muitos séculos dominaram a compreensão da Sexualidade masculina, sobretudo, na sua vertente disfuncional (Bly, 1994). O Koro é característico de alguns povos do sudoeste asiático e tem a ver com a convicção de que quando o pénis se retrai e acaba por desaparecer, sendo absorvido pela parede abdominal e a

morte do indivíduo acaba por acontecer. A ausência do pénis é entendida por estes povos como uma influência dos deuses da morte.

"Impotência" e perda de Virilidade

A forte carga de subjectividade que a erecção encerra não deixa de ser reconhecida nos meios científicos, continuando a erecção a ser apresentada como indispensável para o desempenho do coito mas acumulando essa qualidade com a de símbolo da virilidade (Rolo, 1996).

A apreciação da importância atribuída aos genitais, como configuradores da identidade masculina, não pode ser desligada do valor cultural que é atribuído aos mesmos. Nomeadamente, os Indianos acreditam que quando o esperma se perde pela urina o homem torna-se fraco e debilitado. O esperma é encarado como um líquido vital que não deve se desperdiçado (Bly, 1994).

A comparação de culturas revela que praticamente não existem padrões universais de atracção sexual. Em certos contextos culturais os genitais externos assumem-se como elementos preponderantes na atracção sexual. Os rapazes, na altura da puberdade, são incentivados a colocar ornamentos e, até, a pintar os genitais externos. Em África algumas tribos obrigam as suas mulheres a manipular, desde a infância, os pequenos lábios, a vulva e o clitóris, de forma a aumentar o seu tamanho, realçando assim a sua morfologia e o poder de atracção (Gindin, 1989).

Nos seres humanos, ao contrário de outros mamíferos, a exposição dos genitais não é usada como estratégia de atracção. Tal exposição é socialmente proibida em praticamente todas as culturas. Os genitais tornaram-se objecto de controlo social. A sua exposição deliberada acaba por aparecer com uma intencionalidade pornográfica e, logo, provocadora (París, 1993).

O conceito de *"impotência"* remete um pouco para a própria concepção de masculinidade.

Ser homem é, antes de mais, ter um estatuto de "macho": forte, enérgico, poderoso, capaz e potente mas, também, fértil. As representações fálicas que encontramos nas suas mais diversas formas, desde as pinturas rupestres (no paleolítico superior era raro encontrar uma caverna sem desenhos ou pinturas fálicas), até às estilizações artísticas contemporâneas, apresentam o pénis como um exemplo de força e de pujança física (Evola, 1993). A imagem fálica projecta a omnipotência do macho humano, a par de uma certa vocação mágica e fantasiosa desses símbolos, quiçá, de poder (Gindin, 1989).

Este é um dos pontos chave da discussão em torno da Disfunção Eréctil. Muito embora possa ser considerada como uma patologia intrinsecamente física ou orgânica ela "mexe" com o fundo da identidade de cada homem, como os seus medos e angústias.

Nesse sentido, quando o orgão sexual masculino se torna disfuncional, influencia o indivíduo como um todo, deixa uma marca não dissimulada na personalidade do homem. Este perde o sentimento de auto-conceito, a sua energia e perde todo o prazer pela vida. O homem disfuncional arrisca-se a auto-desvalorizar-se: "*Eu já não sou um homem*!" (Morris, 1997).

"*O homem foi educado para não dar imensa importância aos problemas digestivos de origem nervosa, mas se ele inocentemente sofre de uma perturbação do impulso sexual de origem nervosa isso é quase um crime*". Este comentário, da autoria de Havelock Ellis, descreve com uma grande acutilância os riscos que corre um homem homem ocidental quando tem a triste signa de ter problemas a nível da sua saúde sexual (Ellis citado por Gregoire & Pryor 1993, p:3).

A Disfunção Sexual provoca medo. O contrário também é verdade: o medo origina Disfunção Sexual. Todos os homens, em geral, face às múltiplas vicissitudes da vida, podem ter um eventual fracasso no desempenho sexual. Tal ocorrência desencadeia um grande mal estar. Não é invulgar, na prática clínica, ouvir um paciente confidenciar que a disfunção sexual o deixou "arrasado". Qualquer pessoa é um potencial candidato a padecer e viver a situação de Disfunção Sexual, ainda que de modo ocasional.

Centrar-se na *performance* sexual, obriga a que o erotismo masculino esteja orientado para a produção de comportamentos, que veiculam socialmente um certo modo de ser (auto-definição). Mediante a Sexualidade o homem, procura estar em paz com a sua Identidade de Género. A prová-lo temos os casos de violação masculina. Muitos destes agressores, têm sérios problemas quanto à sua Identidade de Género. Através da violência sexual vão exibir, de forma estranha e cruel, a sua virilidade (Bly, 1994; Morris, 1997). A Sexualidade proporciona um terreno, de algum modo, seguro para a identidade masculina. O poder, a força, a inteligência, o êxito, etc, são terrenos mais aleatórios. Para a masculinidade, a Sexualidade aparece como uma moeda de troca e como uma imagem de marca: assegura, confirma e garante social e culturalmente o que é ser homem, abrindo as portas para a sua aceitação pública.

Falar de desempenho pressupõe aceitar que a Sexualidade subentende a representação de um papel (*"role"*), ou vários papéis em simultâneo: demonstrar a si mesmo a capacidade para seduzir e possuir uma mulher, demonstrar a sua heterossexualidade, exibir as capacidades eréctеis do seu pénis e, nesse sentido, sentir-se "normal" do ponto de vista sexual, etc. Neste caso, obviamente, a interacção sexual não está orientada para a gratificação e para a obtenção de prazer, nem tão pouco, para a sua partilha com a pessoa amada (Gindin, 1989; Paris, 1993).

A prática clínica ensina-nos que o homem, quando confrontado com uma situação de Disfunção Eréctil, sente-se posto em causa e afectado a nível da sua virilidade, enquanto perturbação intrínseca de algo que já foi denominado de identidade sexual nuclear. Pretende-se com este conceito traduzir a sensação de pertença ao seu sexo biológico, estabelecida nos primeiros dois ou três anos de vida (Hoffman et al., 1995; Fernández, 1996; Morris, 1997).

O homem disfuncional, ao sentir que o seu problema se perpectua no tempo, multiplicando as experiências de insucesso, acaba por reconhecer que é ele como homem que está a ser posto em causa. Vive na sua própria pele, a incapacidade de funcionar do ponto de vista sexual. Conclui, defraudado e culpabilizando-se, que para ser homem não basta ter um corpo portador de genitais masculinos. Em paralelo, igual desconforto é vivenciado por aqueles homens que são inférteis (Waynberg, 1994). O sofrimento resultante de semelhantes experiências, é de sobremaneira doloroso, atendendo a que ao longo de toda a vida se habituou a tomar consciência da sua identidade como incorporando a virilidade. Sempre aceitou que a virilidade se materializava, sobretudo, através do sexo e da actividade sexual. A virilidade destaca-se como um elemento preponderante da identidade masculina, consubstanciando a sua imagem corporal. A afirmação da robustez física, assumida em práticas grupais, algumas com um forte pendor de marginalidade, como acontece durante a adolescência, decorre de uma necessidade social, mais ou menos ritualizada, de exposição do corpo másculo e viril (Del Valle & Rueda, 1991). Autores como Sims (1988), enfatizam o carácter determinante da virilidade e propõem como modelo unificador das perturbações da imagem corporal, o conceito virilidade versus vida. Assim, os jovens e os homens asiáticos com o Síndrome de Koro, onde são patentes as preocupações hipocondríacas relacionadas com o corpo, teriam quer um medo generalizado em assumir a sua virilidade quer o receio de viver.

Nos países latinos, o vocábulo virilidade diz respeito a um conjunto de atributos físicos e sexuais do homem, assim como também possui um carácter mais generalista, aparecendo como sinónimo de masculinidade. Para os anglo-saxões, *virility* tem só a ver com as primeiras características. Mesmo no plano científico, a virilidade é retratada com uma carga de funcionalidade biológica muito grande. A integridade dos genitais, e nestes, sobretudo do epidídimo, assim como das glândulas suprarrenais, revela-se determinante para a produção hormonal, que suporta as manifestações físicas de virilidade (Gregoire & Pryor, 1993).

As práticas sociais, como é o caso do cumprimento do serviço militar e o consumo de tabaco em público ou outros rituais de socialização, revelam-se tão importantes para a coerência que se empresta à vivência da virilidade, quanto a sensação de controlo sobre o funcionamento dos genitais masculinos (Barak et al, 1994).

Para os homens contemporâneos pretende-se uma renovação da imagem social, autores como Badinter (1993, pp: 215-245) apregoam o modelo do homem reconciliado: inteligente, com poder de decisão, compreensivo e afectuoso. No entanto, a virilidade apresenta-se entre as principais preocupações que mobilizam a atenção e o cuidado dos

jovens neste final de século. Num estudo realizado, tendo como referência as 5252 chamadas telefónicas, efectuadas para o Instituto de Sexologia Médica de Atenas, no período compreendido entre Fevereiro de 1989 e Julho de 1991, os esclarecimentos mais solicitados prendiam-se com os seguintes assuntos: masturbação (frequência e sentimentos de culpa), ansiedade relacionada com o tamanho do pénis, virilidade, o medo de falhar na primeira relação sexual (Cardamakis et al, 1993).

Privado do sexo, como símbolo da própria Virilidade, o homem disfuncional, fica de alguma forma mutilado (Badinter, 1993, p: 171). Ao não ser capaz de se servir do sexo (por impotência), o homem acaba por fracassar no desejo e sensação de posse das mulheres. Torna-se em alguém incapaz de comunicar as suas emoções à parceira, não se entrega com espontaneidade ao jogo amoroso e, à medida que a disfunção não se resolve, acaba por não se desligar das sensações eróticas confinadas ao pénis. Em certos casos, tal tendência vai reforçar uma predisposição ou prática anterior, repetida ao longo dos anos, a ponto de ser o padrão habitual de experiênciação da sexualidade. Muitos destes homens dirigem-se às consultas de Sexologia Clínica, em busca de um meio ou de uma substância miraculosa, que lhes permita reencontrar o pénis perfeito.

A Sexualidade, ao longo da vida, foi-lhe transmitida sempre com uma dupla mensagem: enquanto que na casa paterna, na escola e na catequese as questões relacionadas com a Sexualidade foram-lhe ocultadas, desvalorizadas, criticadas, desincentivadas, desintegradas do processo global de desenvolvimento do indivíduo, na rua, na taberna, no trabalho, a Sexualidade era apresentada como uma experiência excepcional, que alimenta a própria ideia de homem como macho. Vive a Sexualidade na ambivalência: como pulsão e como excitação social, apelando sempre para uma auto-identificação. No quadro de uma masculinidade hegemónica, os orgãos genitais, são objecto de uma hipervalorização desmesurada (*"love machine"*). Tal acepção visa que a Sexualidade, por si só, seja capaz de confirmar o Género (Badinter, 1993, p: 180). O homem destaca-se como um animal sexual. A mulher remete-se à sua condição de objecto de desejo. Sentir desejo sexual será uma prova da virilidade masculina: o instinto masculino, uma força da natureza, que ele deve aprender a domar. Quanto maior o desejo sexual, mais poderosa a virilidade masculina. Os esforços exigidos aos homens, para cumprirem o respectivo ideal de masculinidade, geram perturbações afectivas, o medo de fracassar e comportamentos compensatórios (alcoolismo,etc), que servem para cronificar, o que de início foram perdas episódicas da capacidade eréctil (Bly, 1994).

A dificuldade ou impossibilidade de obter uma erecção nunca deveria ser classificada de "*impotência*". Não supõe a incapacidade de transmitir prazer, se faz da relação amorosa uma oportunidade para comunicar e sentir afectos com a parceira sexual. O conceito de "*impotência*" está preso de outras noções discutíveis. Presume que é a acção exclusiva do homem que deve produzir prazer na mulher. Aposta que o prazer feminino radica na relação

genital. Acredita que a introdução do pénis na vagina corresponde a um sinal de "*potência*" (Palha et al., 1992; Paris, 1993; Lourenço et al., 1996).

2.3. A Disfunção Eréctil na prática clínica

"Impotência" ou Disfunção Eréctil? - As várias faces de um problema médico

A prática psicoterapêutica em Sexologia Médica esclarece-nos sobre a força e a acção potencialmente desreguladora dos diagnósticos, entendidos como "rótulos", na auto-estima e até, em termos de identidade sexual dos doentes. Bancroft (1992) considera que a rotulação (o mau uso do diagnóstico médico) pode transformar o que numa fase inicial se corporiza como um problema sexual, uma dificuldade transitória de interacção sexual, numa patologia de evolução tantas vezes incerta.

No domínio das Disfunções Sexuais dois "rótulos" revestem-se dum significado especial e assumem-se como particularmente disruptivos. Trata-se dos vocábulos/conceitos *"Impotência"* e *"Frigidez"*.

No caso específico dos problemas eréctеis, que seleccionamos como objecto de estudo, temos de reconhecer que suscita alguma confusão e até mesmo perplexidade, a quem é estranho ao "meio" especializado dos técnicos que estudam a Sexualidade Humana, ver uma mesma entidade clínica (será de facto a mesma?) receber duas denominações: Disfunção Eréctil (D.E.) e Impotência. Semelhantes situações de ambiguidade nosológica não abundam na Medicina Contemporânea. Porque será que tal continua a acontecer em relação aos problemas da erecção? Estará incompleto ou mal formulado o enquadramento conceptual tal e qual como surgia no D.S.M.-III-R e, agora, no D.S.M.-IV? Será que a disfuncionalidade da erecção retratada pelo vocábulo *"Impotência"* encerra um simbolismo mitológico e não só que nos custa abdicar? Será que a D.E./Impotência é uma falsa entidade clínica?

Num Tratado de Medicina do século passado o termo "Impotência" era aplicado sem distinção aos dois sexos e, no caso concreto do homem, consignava um leque alargado de problemas sexuais, incluindo a Perturbação do Desejo Sexual e a Ejaculação Retardada (Gindin, 1989; Gregoire & Pryor, 1993; Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

H. Kaplan (1974) considerava que o termo Impotência é questionável porque inapropriado em termos clínicos e porque pode ter uma conotação perjorativa:

"(...) *Tendo em conta que a impotência é apenas uma falha na erecção do pénis, uma expressão mais exacta para esta condição seria disfunção eréctil. Entretanto, o termo*

impotência é amplamente usado; por isto, e fim de evitar confusão, ele foi conservado para os propósitos desta discussão" (Kaplan, 1974, pp: 249-250).

Ao longo do 15º capítulo do livro "A nova Terapia Sexual" H. Kaplan emprega, de forma estranhamente acrítica, o vocábulo *"Impotência"*.

Por seu turno, Masters et al. (1985) condenaram a utilização do "rótulo" *"Frigidez"* alegando que este carece de precisão diagnóstica e porque projecta uma imagem negativa da mulher. Todavia, face à "Impotência" nem um comentário!

Numa pesquisa realizada na MEDLINE, relativa aos trabalhos publicados nos últimos seis anos (até Setembro de 1997), encontramos a seguinte distribuição (Quadro nº 3), tendo presente três palavras chave: *"Impotência"*, Disfunção Eréctil, *"Impotência"* + Disfunção Eréctil (D.E.):

Quadro nº 3

	Impotência	**D. E.**	**Impotência + D. E.**
1991	328	0	0
1992	303	3	3
1993	329	0	0
1994	314	0	0
1995	322	2	1
1996	196	8	8
1997	289	7	7

No trabalho já referenciado, Bancroft (1992), alertava para o dramático aumento da utilização do "rótulo" *"Impotência"* na literatura médica, ao contrário do "rótulo" *"Frigidez"* que praticamente desapareceu. Atribuía a responsabilidade pela generalização, nos meios médicos, do termo *"Impotência"*, à subestimação da natureza psico-somática da resposta sexual, acompanhada por uma visão organicista exclusiva da Disfunção Eréctil, no plano da causalidade e a nível da intervenção terapêutica. Estas dificuldades quando presentes no acto médico apenas servem para agravar o mal estar e o esperado sofrimento do homem disfuncional. Bancroft não prevê que o conceito *"Impotência"* venha a desaparecer da literatura médica nos próximos anos, sobretudo porque mantém conexões profundas com a ideia de masculinidade.

Um grande avanço foi alcançado com os sistemas standartizados de diagnóstico. Na primeira versão (D.S.M. I) do Manual de Diagnóstico e Estatística da Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana os conceitos *"Impotência"* e *"Frigidez"* ainda estavam presentes. Na versão de 1968 (D.S.M. II) apenas a categoria "Impotência era referida. A partir do D.S.M. III (1980) ambos os conceitos desapareceram. Também na classificação homóloga da O.M.S., a Classificação Internacional de Doenças (C.I.D. 10) não se fala em *"Impotência"* nem em *"Frigidez"*. A expressão "Disfunção Eréctil" também não é apropriada, do ponto de vista semântico é desajeitada. Podem ser sugeridas, em alternativa, as expressões "Problemas Erécteis" ou "Enfraquecimento ou Diminuição da Erecção" (Gregoire & Pryor, 1993, p: 4).

De todas as Disfunções Sexuais masculinas a Disfunção Eréctil é uma das mais dramáticas, o que se explica, em parte, pelo facto de na cultura ocidental o conceito de masculinidade manter uma ligação estreita com o conceito de genitalidade (Calvacanti & Cavalcanti, 1997, p: 318).

A perda de erecção exerce um efeito arrasador sobre os equilíbrios psíquicos, nomeadamente na auto-estima e nos comportamentos individuais. A ideia de homem pressupõe a existência de um pénis capaz de funcionar de forma adequada durante o coito. A subjectividade da palavra pénis confunde-se com a palavra potência. Uma é sinónimo da outra. A etimologia da palavra potência aponta nesse sentido: o poder, a força, a autoridade (Bly, 1994).

Também no âmbito médico-legal sempre existiu alguma confusão quanto ao significado real da noção de *"Impotência"*, multiplicando-se por três as expressões que procuram dar uma possível definição:

❶*Impotentia coeundi ou erigendi* - para designar a falta de erecção.

❷*Impotentia generandi* - corresponde à incapacidade de um homem fecundar uma mulher.

❸*Impotentia concipiendi* - para a incapacidade feminina de procriar (Calvalcanti & Cavalcanti, 1997, p: 319).

Do ponto de vista médico-legal *"Impotência"* não se confina a uma mera dificuldade de erecção, abrangendo outras funções como a fertilidade masculina e feminina. A este propósito diga-se que, durante séculos, a palavra *"Impotência"* foi utilizada para designar a esterilidade feminina. Só a partir do séc. XVII é que os homens das mulheres consideradas como estéreis foram obrigados a provar a sua virilidade (Brenot, 1995, p: 59).

O que é uma Disfunção Eréctil?

A Disfunção Eréctil (D.E.) corresponde à incapacidade persistente, total ou parcial, para iniciar e/ou manter uma erecção suficiente para efectuar a penetração e a realização do coito até à ejaculação (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997, p: 318).

Esta definição além de estar desprovida das conotações negativas inerentes à palavra "impotência" é também mais objectiva, explicando e qualificando as características básicas do quadro clínico. É uma expressão que dá a entender a existência de um problema permanente, o que serve para excluir as perdas circunstânciais e esporádicas de erecção.

A não elaboração psíquica do "fracasso" eréctil ocasional abre caminho, nalguns doentes, a uma situação estabilizada e recorrente de Disfunção Eréctil (D.E.). Surge o medo do desempenho sexual futuro, tal é a expectativa de um novo insucesso. Cada acto sexual será sempre um teste, uma prova, a que se auto-impõe (Kaplan, 1974).

A definição esclarece igualmente que a D.E. tem graus de organização e de instalação/aparecimento. Por outro lado, a D.E. não compromete a capacidade reprodutora. Os indivíduos estéreis podem não ter perturbações da erecção.

De notar que o coito é o quadro de referência que ajuda a avalizar o diagnóstico. A D.E. pode co-existir com um padrão normal de erecções (tumescência e rigidez penianas) na masturbação.Este critério mostra a importância da integridade funcional para a concretização da interacção sexual.

A aceitação de que a ejaculação é um dado a ter em conta no coito e representa o seu culminar fisiológico, não exclui, de modo algum, a existência de actividades sexuais pré e pós-coitais. Na D.E. a erecção não existe ou desaparece antes de ocorrer a ejaculação. O doente pode até ejacular com o pénis flácido.

Para receber o diagnóstico de Disfunção Sexual no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3ª edição revista (D.S.M.III-R), (A.P.A., 1987) uma determinada entidade clínica deverá ser persistente ou recorrente. Nos critérios de diagnóstico não se exige, não está especificada, uma dada frequência da situação disfuncional ou um modelo específico de interacção sexual para garantir o diagnóstico. Mas compete ao médico essa mesma avaliação, ponderando factores como a frequência e a cronicidade do sintoma, o sofrimento subjectivo e as interferências ou os transtornos noutras áreas da vida do sujeito.

Segundo o D.S.M.-III - R a Disfunção Eréctil ou Perturbação da Excitação Sexual Masculina, codificada com o nº 302.72, deverá ser incluida nas perturbações da excitação sexual e inclui, a par da incapacidade de atingir ou manter a erecção, a falta persistente e recorrente da sensação subjectiva de excitação e prazer sexual durante a actividade sexual (McConaghy, 1993). Procurando aparentemente colmatar as insuficiências da definição oficial

da Associação Psiquiátrica Americana (A.P.A.), mas subordinando-se à mesma lógica de análise, Korenman (1992) prefere dizer que a D.E. corresponde a uma incapacidade em conseguir e manter uma erecção com rigidez suficiente para uma relação sexual satisfatória para ambos os parceiros, em pelo menos 50% das tentativas.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) através do C.I.D. -10, Classificação Internacional de Doenças, discrimina várias possibilidades para a D.E. se manifestar:

1. Erecção completa durante as fases iniciais do jogo amoroso, mas com perda ou diminuição da mesma quando o indivíduo procura a penetração vaginal;
2. A erecção está apenas presente quando o coito vaginal não é tentado;
3. Erecção parcial, insuficiente para o coito vaginal;
4. Não ocorre qualquer tumescência peniana (O.M.S./W.H.O., 1993)

A prática clínica ensina-nos que nem sempre todos os doentes com problemas da fase da excitação sexual se enquadram na definição padronizada pela Associação Psiquiátrica Americana (A.P.A.). Por ex: alguns homens referem apenas queixas ocasionais ou contextualizadas. Esse facto não os torna portadores de uma patologia recorrente (Rolo, 1996). Por sua vez Rosen & Leiblum (1992) argumentam que uma defnição demasiado condensada, como é o caso dos conceitos operacionais estabelecidos pela A.P.A. e pela O.M.S., não deixam de ser algo mecânicos e artificiais, omitindo a subjectividade da experiência associada ao problema sexual.

Alicerçando uma classificação baseada na dinâmica da erecção fisiológica e numa perspectiva Andrológica, Pimenta & Moreira (1987, p: 206) preferem falar em Disfunções da Erecção e não tanto em Disfunção Eréctil. A mesma entidade clínica poderá ser desdobrada em quatro situações:

❶ A ausência de erecção: apenas persiste uma pequena tumescência, insuficiente para a penetração vaginal. Tal situação deve-se a alterações neuro-vasculares.

❷ Erecção parcial, resultado de anomalias dos corpos cavernous e esponjoso (ex: Traumatismo peniano, Fístulas Caverno-esponjosas e Doença de Peyronie).

❸ Erecção fugaz e rápida, na dependência directa de patologia venosa.

❹ Erecção dismórfica, ocasionada por causas congénitas ou adquiridas dos corpos cavernous (Doença de Peyronie, Fibrose Cavernosa Póstraumática, Displasias).

Alargando o âmbito da avaliação dos problemas da erecção, do ponto de vista da Sexologia Médica, o conceito Disfunção Eréctil abarca diferentes aspectos: a inadequação eréctil, o comprometimento da função eréctil e a insuficiência sexual. Ou seja, importa determinar o grau e a qualidade do distúrbio, ponderando todas as consequências daí resultantes a nível global da saúde sexual do doente:

➳ A inadequação eréctil refere até que ponto o sujeito sente que consegue obter e manter uma erecção que lhe permita concretizar uma relação sexual satisfatória para um homem da sua idade.

➳ O comprometimento ou enfraquecimento das capacidades erécteis denota a qualidade de tumescência ou rigidez peniana assim como o começo e a manutenção da erecção.

➳ A insuficiência sexual reporta-se ao grau de insatisfação sexual de um determinado homem, em função das expectativas sexuais existentes para alguém da sua idade. A não concretazição do desempenho sexual idealizado para o seu grupo, acarreta embaraço e não gratificação individuais, que multiplicando-se noutras experiências de insucesso conduziria à insuficiência sexual (Lendorf et al., 1994).

Explorando as diversas dimensões subjacentes à categoria Disfunção Eréctil, Lendorf et al. (1994) entrevistaram 272 homens tidos como saudáveis, numa faixa etária alargada (30-80 anos), sendo a amostra considerada como representativa da população dinamarquesa. O questionário incluia 42 perguntas sobre a sexualidade masculina, abrangendo áreas privilegiadas como o desejo sexual, a excitação sexual e a erecção, a ejaculação, a gratificação com a sua vida sexual, antecendentes de consultas por problemas sexuais e outras informações relevantes reportantando-se ao nível individual de funcionamento sexual. De todos os indivíduos que participaram no estudo 14% padeciam de insuficiência sexual com regularidade, conceito que denota o grau de correspondência às expectativas individuais em matéria de desempenho sexual (Quadro nº 4).

Quadro nº 4

Frequência de Insuficiência Sexual (IS)

Idades	n	% IS dentro de cada grupo etário
30-39	46	4
40-49	62	5
50-59	62	13
60-69	73	22
70-79	29	35
30-79	272	14

***adaptado de Lendorf, Junker Rosenkilde (1994), in "Nordisk Sexologi" 1994, 12: 118-124**

Cada indivíduo foi cuidadosamente investigado do ponto de vista médico e psicológico. Excluiram-se todos os elementos com antecedentes de D.E. Primária. Do total, 20% dos indivíduos reportaram que as suas erecções eram insatisfatórias e tal era experenciado com um sentimento pessoal de inadequação eréctil, isto é, a erecção não corresponde aquilo que um determinado homem esperaria em função do seu grupo etário, sendo esta situação evidente a partir dos 50 anos (Quadro nº 5).

Quadro nº 5

Frequência de Inadequação Eréctil (IE)

Idades	n	% IE dentro de cada grupo etário
30-39	46	4
40-49	62	2
50-59	62	10
60-69	73	40
70-79	29	55
30-79	272	20

A percentagem assinala o nº de indivíduos que sentem inadequação eréctil.

Finalmente, 25% referiram comprometimento ou enfraquecimento da sua capacidade eréctil. Entre os 50 e os 59 anos, um em cada cinco homens da amostra dinamarquesa, registaram a existência de sinais objectivos de perturbação da erecção, como sejam uma diminuição da tumescência peniana, precária rigidez peniana, dificuldade no início ou na manutenção de uma erecção que permita o coito (Quadro nº 6).

Quadro nº 6

Frequência de Comprometimento do Funcionamento Eréctil (FE)

Idades	n	% FE dentro de cada grupo etário
30-39	46	2
40-49	62	2
50-59	62	21
60-69	73	47
70-79	29	62
30-79	272	25

Estes autores escandinavos, para além de desdobrar a noção de Disfunção Eréctil em três entidades interrelacionadas, propõem a manutenção da noção clássica de *Impotência*, que descrevem como a incapacidade para começar ou completar a interacção sexual e que, segundo eles, constitui fenómeno permanente ao contrário da Disfunção Eréctil (Lendorf et al., 1994). Na amostra dinamarquesa 4% dos indivíduos cumprem os critérios de *Impotência*, exercendo a idade um peso determinante (Quadro nº 7).

Quadro nº 7

Frequência de Impotência (I)

Idades	n	% I dentro de cada grupo etário
30-39	46	0
40-49	62	0
50-59	62	3
60-69	73	11
70-79	29	10
30-79	272	4

Investigações feitas, em amostras da população em geral e em amostras clínicas, demonstraram que as disfunções sexuais, tal e qual como aparecem caracterizadas no D.S.M.-III-R, reproduzem apenas uma pequena parte dos problemas que limitam a interacção sexual dos seres humanos, pelo menos entre os indivíduos das classes médias (McConaghy, 1993).

Frank et al. (1978) estudaram a prevalência das principais disfunções sexuais, em 100 casais de raça branca, com um nível elevado de educação e aparentemente felizes. Estes autores preferiram utilizar o conceito de "dificuldades sexuais" em substituição do eufemismo técnico-clínico: "Disfunções Sexuais". Assinalaram que as "dificuldades sexuais", entendidas como os problemas relacionados com as repercursões emocionais das relações sexuais, eram significativamente mais frequentes que as denominadas "Disfunções Sexuais". A coberto do conceito "dificuldades sexuais" encontramos um leque mais amplo de situações como o desajustamento entre os parceiros durante o jogo amoroso (o desinteresse, a falta de iniciativa, a pobreza comunicacional, etc) e não tão somente as inumeras perturbações do ciclo da resposta sexual consignadas no D.S.M.-III-R. Frank et al.(1978) descobriram que os casais atribuiam mais importância às "dificuldades sexuais" do que às "Disfunções Sexuais" propriamente ditas. Entre estes 100 casais as situações descritas como "dificuldades sexuais" correlacionavam-se fortemente com o grau de satisfação sexual dos sujeitos.

Estudos comunitários na Suécia e no Reino Unido (Reading & Wiest, 1984) chegaram à mesma conclusão que o grupo de Frank et al. (1978): não foi possível definir qualquer associação entre a presença, nos indivíduos do sexo masculino, de Ejaculação Prematura e de Disfunção Eréctil e a respectiva satisfação sexual. No estudo sueco, inclusivamente, a existência de disfunções no parceiro masculino não se correlaciona com o grau de satisfação sexual nas suas parceiras. Para os autores suecos a satisfação sexual dos casais estaria dependente da estabilidade emocional da sua relação e não tanto da sua vida sexual.

Confirmando esta tendência, Snyder & Berg (1983) estudaram uma amostra de casais em tratamento por perturbação da satisfação sexual. Encontraram apenas nos homens uma associação positiva da variável satisfação sexual com a variável incapacidade para ejacular no coito. Nos dois sexos o descontentamento sexual correlacionava-se com a falta de atenção às solicitações sexuais de um dos parceiros e com a baixa frequência das relações sexuais.

Perspectiva-se, a partir dos estudos epidemiológicos, que as disfunções sexuais são menos importantes que os aspectos emocionais da relação homem/mulher na determinação da satisfação sexual dos casais, dando comprovação a uma constatação feita, com frequência, em Sexologia Clínica, segundo a qual uma melhoria dos aspectos relacionais num casal contribui fortemente para o mútuo interesse no envolvimento sexual, recuperando a Sexualidade uma importância entretanto perdida na vida a dois, mesmo que co-exista um quadro de disfunção sexual (McConaghy, 1993).

Critérios para o diagnóstico etiológico da Disfunção Eréctil

Em todos os doentes é preciso dar prioridade à clarificação da provável etiologia orgânica da D.E. em estudo, mesmo quando existe a suspeita de estarmos perante uma D.E. de natureza funcional ou psicogénica. Tal não implica que todos os doentes devam ser submetidos a múltiplos exames subsidiários, por vezes morosos, nem sempre inócuos e, nalguns casos dispendiosos (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997, 340). É sempre relevante assegurar a normalidade somática numa D.E. Psicogénica, pois ajuda de sobremaneira o doente a reencontrar o seu equilíbrio psicossomático, na expressão de G. Swang (1990, p: 218).

A boa prática clínica exige a valorização da anamnese. A clínica é sempre soberana e constitui o ponto de partida na investigação de todos os casos de Disfunção Eréctil. A maioria das vezes não se trata de confirmar ou desconfirmar a existência de D.E. mas sim de estabelecer o grau de disfuncionalidade (Rolo, 1996).

A categorização da Disfunção Eréctil (D.E.) em "Orgânica, Psicogénica e Mista" corresponde a uma tentativa de classificação etiológica, alicerçada nos fenómenos ou factores dominantes (Jonas et al.,1991; Lopes, 1993, p: 188).

Na Disfunção Eréctil dados a favor de:

✓**ORGANICIDADE**: aparecimento progressivo, num doente com mais de 60 anos sem problemas conjugais, sem *"life events"* recentes e sem antecedentes psiquiátricos. A erecção não é contextualizada e é sempre insuficiente, não permitindo um coito satisfatório. Perda das erecções espontâneas e a masturbação é ineficaz. O orgasmo e a ejaculação habitualmente não estão alterados. Os sintomas predispõem a um estudo dos componentes vascular e neurológico.

A D.E. terá uma causa orgânica quando prevalecem os mecanismos e os factores ditos Orgânicos (Médicos, Cirúrgicos, Traumáticos e Iatrogénicos) (Pimenta & Moreira , 1987, pp: 205-212). Assim, por exemplo, interessa destacarar o papel desempenhado pelos mecanismos de natureza vascular. Na presença de dois ou mais factores de risco vascular, há 90% de possibilidades de uma alteração orgânica da erecção (Moreira, 1997, p: 155). Nesta categoria a predominância dos agentes etiológicos orgânicos não exclui a co-existência de factores considerados ou enquadráveis numa categoria dita Psico-social ou Psicogénica. Acontece igualmente que diferentes fenómenos orgânicos podem contribuir para o quadro clínico. É o que se verifica na Diabetes Mellitus. A origem da Disfunção Eréctil na Diabetes Mellitus é multifactorial, com um predomínio das lesões arteriais e neurológicas. Se as lesões

arteriais costumam associar-se às lesões neurológicas, na presença de lesões neurológicas nem sempre se encontram as lesões arteriais (Moreira, 1997, p: 157). A ultraestrutura do músculo liso do pénis pode sofrer alterações devido a patologias metabólicas, como é o caso já citado da Diabetes. A miopatia daí decorrente, e consequente disfunção veno oclusiva, caracteriza-se por uma redução do número total das células musculares e alteração do contorno das mesmas, que fica irregular com fragmentação e perda da lámina basal (Moreira, 1997, p: 114). Na neuropatia diabética o processo patogénico subjacente passará essencialmente por uma degenerescência axonal (Fowler, 1998).

✓**PSICOGENIA (D.E. FUNCIONAL):** começo súbito dos sintomas (após exclusão de etiologia traumática) num homem não idoso, evolução caprichosa e alternância de erecções nulas com erecções adequadas (espontâneas e mantidas). O orgasmo e a ejaculação podem estar alterados. História psico-sexual sugestiva: conflitos relacionais e outros problemas existênciais. Ausência de factores de risco. Exclusão de organicidade (adaptado de Swang, 1990, p: 219).

A categoria "D.E. Psicogénica" destaca a importância relativa dos factores considerados objectivamente como não pertencentes à categoria precedente. Por conseguinte, constitui um diagnóstico de exclusão, estabelecido quando não é possível confirmar, após um raciocínio algorítmico, a existência de causas orgânicas (Levine & Althof, 1991; Gregoire & Pryor, 1993, p: 148; ESIR, 1998).

✓**D. E. MISTA:**

Sob o diagnóstico de "D.E. Mista" agrupam-se todas as situações em que o quadro clínico é definido quer pelos factores orgânicos, quer pelos factores psicogénicos, em proporções muito variáveis de doente para doente (Lopes, 1993, p: 188; Cavalcanti & Cavalcanti, 1997, p: 320-321).

Uma situação, entre outras, que exemplifica a concorrência de factores orgânicos e de factores psico-sociais na etiopatogénese da Disfunção Eréctil é a que se verifica nos quadros de insuficiência arterial.

A insuficiência arterial da erecção desenvolve-se em três momentos distintos:

1. Num primeiro tempo, ocorre um alongamento do tempo de obtenção da rigidez peniana devido a uma dilatação do tempo de preenchimento dos corpos cavernosos.
2. Numa segunda fase, a pressão intracavernosa necessária à obtenção da rigidez peniana não é obtida, o pénis fica apenas tumescente.

3. Num terceiro momento, dá-se uma diminuição significativa das pressões intracavernosas. O fluxo arterial é muito fraco provocando uma deserecção completa.

Os estádios 1 e 2 ainda são compatíveis com uma certa erecção, a deserecção é parcial. Mas se co-existir Ansiedade de execução é muito provável que estes homens não consigam concretizar o acto (Moreira, 1997, pp: 152-153).

Procedimentos para um diagnóstico diferencial:

1. **Anamnese**
2. **Exame físico**
3. **Exame laboratorial**
4. **Prova terapêutica com fármacos vasoactivos**
5. **Outros exames (Rigiscan, Estudo da Tumescência Peniana Nocturna)**
6. **Estudo Vascular (Eco-Doppler, Cavernosografia Dinámica, Arteriografia)**
7. **Estudo neurológico: potenciais evocados.**

A PERSPECTIVA MULTIFACTORIAL/AXIAL

É inimaginável, proceder ao diagnóstico clínico, de uma Disfunção Eréctil, adoptando um modelo sincopado de análise, que não contemple as diferentes dimensões e factores, intrinsecamente envolvidos na patogénese e na perpectuação da situação disfuncional. Parece-nos imprescindível que qualquer avaliação sexológica, em especial, quando esta avaliação enfatiza a dimensão médica, adopte uma leitura sistémica, multifactorial, dos fenómenos reconhecendo, no homem disfuncional, um quadro existêncial global, imbrincando aquilo que é fruto das contingências evolutivas da Disfunção Sexual (dados que se instalam *a posteriori*) e os factores experienciais, ou de outra natureza, que estão na génese do problema.

O Diagnóstico Sistémico em Sexologia Clínica contempla as seguintes vertentes:

***Sexológica** propriamente dita: o objectivo, a este nível, consiste em discernir se se trata de uma Disfunção Sexual ou de outra categoria diagnóstica, que não requer uma

intervenção sexológica específica, como é o caso de uma terapia sexológica. Este nível de avaliação pressupõe uma detalhada anamnese sexológica.

*__Médica__: vamos investigar todas as possíveis implicações, que do ponto de vista orgânico, podem ser responsáveis, imediatas ou remotas, pela Disfunção Eréctil. Interessa a colheita da história médica do doente, descartando todos os factores (vasculares, endocrinológicos, neurológicos e iatrogénicos) envolvidos no problema. Procedem-se a todos os exames subsidiários que ajudem a esclarecer o diagnóstico orgânico.

*__Relacional ou Diádica__: avaliamos o funcionamento do casal, nos aspectos sexuais e nos outros campos relacionais. Revela-se importante categorizar o sistema de valores de cada um dos parceiros, áreas de atrito/conflito conjugal, lutas pelo poder no casal, estilo comunicacional, etc. Tratamos de compreender qual o impacto da Disfunção Sexual, no comportamento geral dos parceiros e, saber em que medida, o parceiro aparentemente não disfuncional, poderá colaborar no tratamento a implementar. Fazem-se entrevistas individuais e ao casal como tal.

*__Psicológica ou Individual__: um diagnóstico sexológico, não seria completo se não procedessemos a uma avaliação sistematizada dos problemas psicológicos que influem na génese e na evolução do problema sexual. Nomeadamente, damos atenção aos acontecimentos existenciais relevantes (*life events*), recentes ou remotos, que condicionam o indivíduo ou a sua parceira.

*__Social__: somos pessoas imersas num mundo, quase sempre, provocador de *stress*, em mutação permanente e geralmente agressivo ou hostil para com a sexualidade. As condições ambientais, de trabalho, familiares, ou sociais assumem-se, tantas vezes, como factores relevantes para a Disfunção Sexual (Gindin, 1989,).

1.Entrevista e Anamnese em Sexologia Médica

Perante um indivíduo enviado para uma consulta de Sexologia Clínica, alegadamente com uma dificuldade eréctil, a primeira atitude a tomar será questionar se existe de facto uma Disfunção Sexual. Este corresponde ao primeiro nível de diagnóstico sistémico. Generalizando o conceito de Disfunção Sexual, esta abarca as vivências individuais para experimentar e partilhar o bem estar sexual: faz sentido, nesta acepção, falar em sexualidade plena (Palha, 1987, pp: 234-244).

Acertada a leitura do problema sexual, convém proceder, de forma mais ou menos standartizada, a uma investigação diagnóstica criteriosa, passando para os outros níveis de avaliação sistémica.

A entrevista sexológica incluirá sempre a descrição pormenorizada do problema sexual. Toda a informação fornecida pelo consulente, deverá ser confrontada com a perspectiva e a opinião da parceira sobre o problema. Estes dois momentos da anamnese sexológica decorrem da própria dinâmica da consulta. Em muitos casos, não têm forçosamente que coincidir com a consulta de acolhimento, mais virada para o alívio do desconforto que a disfunção acarreta.

Passos que habitualmente se seguem na inventariação da Disfunção Eréctil:

-Idade do doente

- Identificação da situação disfuncional

- Descrição da situação.

- Ocasião, modo, circunstâncias de aparecimento (brusco ou progressivo) e evolução. Saber como se apresenta a D.E.: se não há erecção ou se começa e desaparece ao fim de pouco tempo, se a mesma varia com a posição.

- Percentagem de vezes em que ocorre.

- Caracterização do modo como corre (nos preliminares, durante a introdução ou posteriormente no coito).

- Frequência da actividade masturbatória, com referência a perturbações da erecção durante esta.

- Presença (ou ausência) de emissões nocturnas e erecções matinais. Couttraux (1985) considera que o melhor critério de Disfunção Eréctil Psicogénica é a persistência de erecções matinais, nocturnas ou aparecendo fora da situação sexual.

- Existência de dor durante a actividade sexual.

- Tentativa de identificação de factores facilitadores ou inibidores da erecção.

- Avaliação da ansiedade de execução (medo de falhar), muitas vezes condicionada por um anterior falhanço esporádico.

- Avaliação da relação afectiva do casal.

- Grau de exigência (expectativa) da parceira.

- Existência de conflitos relacionais no casal.

- Medidas já experimentadas pelo consulente e sua parceira, no sentido de reverter a disfunção e seus resultados.

- Tipo de contracepção usado e possibilidade de preocupação com uma possível gravidez (por vezes fortemente desejada pela parceira).

- Pesquisa de antecedentes de ejaculação prematura.

- Despiste de situações orgânicas eventualmente condicionantes desta disfunção.

- Existência de psicopatologia prévia ou actual (de particular importância as situações depressivas latentes).

- Experiências psicológicas relevantes com relação temporal com a disfunção.

- Aspectos educativos e culturais reprimindo a expressão sexual do indivíduo.

Anotação cuidadosa do tipo de fármacos e outras substâncias utilizadas (álcool, tabaco, etc.) (Palha, 1987, p: 237-238).

Reconhece-se que, grande parte das informações relacionadas com a disfunção eréctil, são recolhidas, em primeira mão, ou pelo Clínico Geral, durante uma consulta de rotina, ou por médico especialista, que não o sexólogo ou o andrologista. Quase sempre, estes dados preliminares, obtêm-se com uma certa dose de improvisação, dada a precária formação de base daqueles técnicos. Além do mais, rareiam os trabalhos publicados sobre os métodos empregues para a colheita de informação sexológica, em todos os contextos, e, muito em particular, fora do meio especializado (McConagny, 1993, pp:1-38).

Entretanto, o recurso a entrevistas clínicas não estruturadas, recebe o apoio e o interesse generalizado, da parte dos sexólogos e dos andrologistas. Alguns autores realçam a validade da entrevista não estruturada, como instrumento de análise clínica e no campo investigacional, oferecendo resultados credíveis, quando comparados com os que são obtidos pelos testes psicológicos e pelos métodos de quantificação fisiológica.

Mediante um semelhante modelo de entrevista, o terapeuta pode manusear, com o máximo de liberdade, os diferentes itens da anamnese, não adoptando um questionário rígido, formulando as perguntas de acordo com a dinâmica da consulta, evitando ser intrusivo ou pondo em causa as atitudes, as crenças e os afectos do paciente. A liberdade de movimentos, permite que o terapeuta esteja continuamente centrado no paciente, no seu discurso e nas suas vivências, não negligenciando a dimensão não-verbal da comunicação, podendo, se necessário, modificar a natureza da interacção, emprestando à entrevista um carácter vivo. O terapeuta fica atento a uma multiplicidade de factores, amplifica as perspectivas e os parâmetros em observação, o que confere à entrevista um grau assinalável de subjectividade, que interessa valorizar, de sobremaneira, no primeiro contacto, proporcionando o alívio do sofrimento inerente á Disfunção Sexual. É preciso dar uma resposta aos anseios do paciente, mesmo que seja apenas uma resposta factual e meramente informativa.

A intuição clínica faz da anamnese sexológica, um momento psicoterapêutico privilegiado, tão relevante quanto os possíveis tratamentos a instituir nas sessões seguintes. A confiança e o calor humano revelam-se determinantes, sabendo que ir pedir ajuda a um técnico especializado, envolve um grau significativo de exposição, mostra-se sempre um pouco de si

mesmo, dos seus comportamentos de relação e da sua intimidade. A relutância, inclusivamente a vergonha e o medo, em assumir que já não se é capaz de funcionar, do ponto de vista sexual, representa um obstáculo intransponível para muitos destes homens (Palha & Lourenço, 1994).

Concordamos com Nathaniel McConaghy (1993, p: 1-2) que a melhor maneira, também a mais eficaz, de orientar uma primeira consulta de Sexologia Médica, será começar de modo não directivo, de preferência dando a iniciativa ao paciente, adoptando uma atitude de escuta atenta, inquirindo apenas o estritamente necessário. Um procedimento deste género, permitirá fazer um primeiro exame psíquico do paciente (humor dominante, mímica e outros atributos comunicacionais não-verbais, etc). À medida que as informações com maior interesse clínico são fornecidas, importa direccionar a entrevista no sentido do esclarecimento de determinados aspectos mais específicos. Devemos proceder a esta mudança de rumo, com subtileza e agilidade, o paciente não se deve aperceber e, muito menos, não se deve sentir antagonizado ou ameaçado: ele não está ali para ser julgado no seu comportamento nem para questionar os valores que norteiam a sua Sexualidade. Por vezes, o espaço da consulta constitui a primeira oportunidade, para o paciente falar, confidenciar com alguém do sofrimento que esconde dentro de si. Não devemos defraudar esta expectativa. A cortesia e a empatia são parte integrante de toda anamnese sexológica. Todavia, o desenvolvimento de uma atitude de aceitação condicional positiva para com o doente, não implica que a primeira entrevista se transforme numa sessão de psicoterapia de rotina, nem, muito menos, deve dar lugar a um ambiente informal, quase intimista, em que os intervenientes conversam como amigos de longa data. A inexistência de estrutura na orientação do diálogo, dá azo ao aparecimento de mecanismos nefastos de projecção e de identificação do paciente para com o terapeuta, hipotecando à nascença qualquer estratégia terapêutica.

A acuidade da informação, conseguida segundo uma entrevista clínica não estruturada, depende das habilidades pessoais do terapeuta. Trata-se de dados clínicos nem sempre com uma relação clara entre si, introduzidos de modo desorganizado, que partem de um registo predominantemente afectivo, no qual pode ser difícil descortinar a objectividade que a prática clínica impõe. O bom senso exige que muitas destas informações sejam posteriormente reavaliadas e confirmadas. Pacientes que procuram sobretudo a atenção ou cuja relação marital seja problemática, costumam exagerar na apresentação dos sintomas. Naturalmente, um paciente deprimido ou com valores éticos e morais muito rígidos, tem tendência a camuflar, a mascarar os sintomas e a auto-desvalorizar-se. A determinação da personalidade do paciente e a aferição globalizante do que a sexualidade representa para ele, referenciando-a a um contexto socio-cultural pré-determinado, terão que ocorrer sob pena de não darmos uma resposta clínica credível. Valores como a virilidade, a imagem corporal, a educação prévia, moldam a identidade do indivíduo e devem estar presentes no modelo de anamnese da Disfunção Eréctil (Palha, 1987, pp: 235-238).

A idade é outro factor que pode gerar dificuldades no diagnóstico de uma D.E., tanto mais, que é conhecido o efeito lentificador da idade na neurofisiologia da resposta sexual. Em particular, a partir dos 55 anos as informações fornecidas por um dado homem sobre as características do seu padrão de erecção são pouco fiáveis como único indicador para a pesquisa de uma D.E.. É importante averiguar o que mudou (do ponto vista médico, em termos psicológicos e EM relação à vida em geral) e a qualidade dessas alterações, desde o começo da D.E. (Jonas, 1991). Se as alterações psico-sociais ocorridas são insignificantes e as erecções adequadas são raras, a presença de D.E. Orgânica deve ser levada em conta. Mas se aconteceram mudanças significativas (*"life events"* ou outros factores desestabilizadores) antes do aparecimento do problema eréctil e este persiste de modo recorrente durante meses, não deveremos descartar a existência de um quadro clínico de D.E. Psicogénica (Levine & Althof, 1991).

A AVALIAÇÃO ORGÂNICA

1) A ANAMNESE EM ANDROLOGIA

A funcionalidade eréctil do pénis necessita, antes de mais, de boa integridade morfológica do orgão, nas vertentes endócrinológica, vascular e neurológica. A avaliação andrológica destes diferentes aspectos, começa pela história clínica, peça essencial na determinação etiológica. A anamnese feita em Andrologia não difere, no seu conteúdo essencial, do modelo de história clínica adoptado pela Sexologia Médica. O que as individualiza tem, sobretudo, a ver com a estrutura da entrevista e a atitude relacional com o paciente. Aspectos como o início da Disfunção Eréctil são valorizados em ambas as entrevistas. Um começo brusco coincidindo, em particular, com um acontecimento existencial relevante, pode ser sugestivo de uma Disfunção, em que os factores psicológicos são preponderantes. Idêntico raciocínio se adopta quando a Disfunção Sexual é situacional. Isto é, o local ou parceira sexual exercem um efeito condicionante sobre a capacidade de erecção do indivíduo. Importa averiguar a existência de antecedentes de patologia da Tiróide (hiper ou hipotiroidismo), de Diabetes Mellitus, de patologia genito-urinária (traumatismos, cirurgias, etc), confirmar um eventual passado de Hipertensão Arterial (H.T.A.), número de cigarros fumados/dia e à quanto tempo.

2) O EXAME FÍSICO EM ANDROLOGIA

A avaliação e a observação dos caracteres sexuais secundários (pêlo púbico, axilar, barba), são preponderantes ao darem uma ideia da estimulação dos androgéneos, e a presença de placas fibrose no pénis aponta para uma patologia como a Doença Peyronie. A pesquisa de ginecomastia correlaciona-se com um desequilíbrio hormonal (testosterona/estradiol) ou um aumento de prolactina. O toque rectal permite avaliar o tónus do esfíncter anal e apreciar as características externas da próstata (Pimenta, 1987, p: 246).

No Exame Físico devem ser pesquisadas:

*Malformações congénitas do aparelho genital.

*Desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

*Características do pénis (tamanho, cor, temperatura, localização do meato, presença de placas endurecidas).

*Palpação dos pulsos periféricos (nomeadamente, femural, poplíteo, tibial posterior).

*Exame neurológico sumário (reflexo rotuliano, reflexo bulbocavernoso, reflexo cremasteriano, sensibilidade peniana e perineal).

3) EXAMES LABORATORIAIS

O estudo hormonal baseia-se na integridade do eixo hipotálamo-hipófise-testículo. O hipotálamo segrega a Hormona Libertadora da Hormona Luteinizante (LHRH), que vai actuar na hipófise, levando-a à libertação da Hormona Luteinizante (LH). Esta hormona, actuando sobre as células de Leydig do testículo, origina a produção de Testosterona. Por seu turno, sempre que a Prolactina apresenta valores elevados é de esperar, por mecanismos ainda mal conhecidos, que a Testosterona, em 90% dos casos, evidencie concentrações plasmáticas bastante baixas.

A bateria de análises que é importante pedir esquematiza-se da seguinte forma:

- Glicemia em jejum e duas horas após a refeição;

- Triglicerídeos, Colesterol;

- Hematócrito e provas da função hepática;

- O estudo hormonal compreende o doseamento de LH, Testosterona, Prolactina, Estradiol, Cortisol plasmático, T3, T4 e TSH (Pimenta, 1987, p: 247).

4) TESTE COM FÁRMACOS VASO-ACTIVOS

Em certos casos faz-se a Prova Terapêutica (Teste da Erecção Farmacológica), com a injecção dentro dos corpos cavernosos de uma substância vasodilatadora como é o caso, designadamente, do Cloridrato de Papaverina ou da PGE1 (Gregoire & Pryor, 1993).

5) TUMESCÊNCIA PENIANA NOCTURNA

A Tumescência Peniana Nocturna (T.P.N.) corresponde a um ciclo recorrente de erecções penianas (2-5 erecções nocturnas com uma duração aproximada de 25 mns.), que ocorrem em associação estreita com a fase REM ("Rapid Eyes Movements") do sono, daí que também sejam denominadas erecções relacionadas com o sono (Karacan et al., 1979). Tais erecções acontecem virtualmente em todos os homens sexualmente activos, constituindo um indíce fiável na avaliação da capacidade eréctil.

Os estudos orientados por Karacan et al. visaram demonstrar a utilidade da TPN, como marcador biológico das disfunções eréctеis, de natureza predominantemente orgânica. Dado o interesse crescente ao longo da década de 70, pela utilização das próteses penianas, impunha-se a definição de critérios de escolha e de diagnóstico rigorosos e objectivos (Singer & Weiner, 1994, pp: 77-99).

O carácter *sui generis* da TPN, enquanto exame não invasivo e natural, contribuiu de sobremaneira para a sua creditação em meios especializados. Os registos que oferecem mais confiança realizam-se durante três noites consecutivas. É feita uma medição da variação da circunferência da ponta e da base do pénis, através da aplicação de uma força deformante de intensidade conhecida. Pode-se também recorrer a um polígrafo, que vai registar não só as erecções nocturnas (frequência, duração e rigidez) mas, também, os impulsos cerebrais que estão na sua origem. Não é normalmente efectuada a monotorização simultânea electroencefalográfica (E.E.G.), electro-oculográfica (E.O.G.) e electromiográfica (E.M.G.), por implicar o internamento em laboratório especializado (Quadro nº 8) (Singer & Weiner, 1994, pp: 77-99).

Quadro nº 8

Registos Polisonográficos

*Monitorização do Sono

EEG

Movimentos horizontais do olho direito

Movimentos horizontais do olho esquerdo

Electromiografia (EMG)

Medidas Cardiopulmonares relacionadas com o sono

Termografia do Fluxo nasal/oral

Movimentos Abdominais

Frequência Cardíaca

*Erecções relacionadas com o sono

Aumento da circunferência da base do pénis

Actividade bulbocavernosa-isquiocavernosa

(adptado de Singer & Weiner, 1994)

O **Rigiscan** é um procedimento de monitorização da T.P.N. bastante vulgarizado.

O **Rigiscan** corresponde a um aparelho capaz de registar, mediante anéis colocados na base do pénis, as modificações, em centímetros, do diâmetro peniano e determinar, em percentagem, a rigidez de um episódio erectivo. O **Rigiscan** permite colher informações em sessões com uma duração de 30 mns., no Teste de Estimulação Erótica Visual ou em três sessões de 10 hrs. cada, durante três noites consecutivas. De preferência a medição da Tumescência Peniana Nocturna, com o **Rigiscan**, deve ser feita com o doente internado e com o apoio de um laboratório de sono. Na perspectiva da Sexologia Médica, este procedimento além das vantagens em termos de diagnóstico, acumula um efeito terapêutico que não deve ser subestimado. Tal deriva da confirmação objectiva, mediante a monitorização da tumescência e da rigidez penianas nocturnas (traçado Electroencefalográfico do sono e registo fotográfico da erecção). Este facto, tem um efeito psicológico muito positivo, quando o doente é confrontado com as suas erecções fisiológicas durante o sono, as quais não ocorrem em estado de vigília, atendendo às inibições/bloqueios psicológicos (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997, pp: 324-327).

Estudos laboratoriais demonstraram que, nem a actividade sexual nem o grau de excitação sexual, prévios ao adormecimento, condicionam de algum modo o padrão de TPN. Assim como, a abstinência sexual, em voluntários saudáveis, não aparece associada a quaisquer alterações nas erecções relacionadas com o sono. Tais dados sugerem, que a TPN fornece dados fiáveis sobre a resposta eréctil, enquanto processo fisiologicamente relevante (Karacan et al., 1979).

É vasto o leque de situações de co-morbilidade que co-existem com a Disfunção Eréctil, confirmada com base na utilização da Tumescência Peniana Nocturna: Diabetes, lesões traumáticas da medula espinal, patologias renais de evolução prolongada, alcoolismo, patologias que originem níveis subnormais de Testosterona ou níveis muito elevados de Prolactina, Hipertensão Arterial e tabagismo (Singer & Weiner, 1994, pp: 92-95). A TPN serve ainda para a comprovação laboratorial, ou, no mínimo, para a definição de algumas suspeitas neuro-fisiológicas (pois, estes exames nunca terão um carácter de prova definitiva !), nos casos de violação e pedofilia (McConaghy, 1993, p: 19).

6) O TESTE DE ESTIMULAÇÃO SEXUAL VISUAL

Corresponde a uma modificação do Teste de Tumescência Peniana Nocturna. O doente é confrontado com estímulos eróticos (visuais), utilizando material de vídeo, e é registada a tumescência e a detumescência peniana e avaliada a qualidade da erecção obtida. Só uma resposta positiva tem valor diagnóstico. Para diminuir o número de falsos negativos tem sido defendida a associação de fármacos com acção intracavernosa (Gregoire & Pryor, 1993). A erecção é registada por rigidometria ou plestimografia, por medida do diâmetro ou do volume do pénis, recorrendo ao Eco-Doppler ou interrogando directamente o doente (Moreira, 1997, p: 175).

7) A AVALIAÇÃO VASCULAR

Uma das causas orgânicas mais frequentes de Disfunção Eréctil, tem a ver com a obliteração parcial das artérias que irrigam o pénis, como acontece na Diabetes Mellitus e na Arteriosclerose. (Gindin, 1989). Compreendendo a importância dos factores arteriais e venosos na etiologia das D.E. importa referir que as alterações arteriais (como causa mais frequente de D.E. de natureza orgânica) e as alterações do mecanismo veno-oclusivo impõem, nos doentes com D.E., uma despistagem cuidada dos factores de risco, como a H.T.A., as dislipidémias, o tabagismo, os traumatismos fechados pélvicos ou perineais e a existência de antecedentes de radioterapia. Este facto contribuiu ainda para o desenvolvimento dos meios de estudo da hemodinâmica circulatória (Lopes, 1993).

A Avaliação Vascular deve incluir os seguintes exames:

a) **Eco-Doppler**: permite o conhecimento do perfil hemodinâmico. Na verdade, quando realizado antes e após a injecção de substâncias vasoactivas intracavernosas (Papaverina e PGE1) irá facilitar a visualização das diferentes fases da erecção (enchimento inicial, tumescência, erecção completa (Moreira, 1997, pp: 179-196). Uma erecção eficaz (5-10 mns. após a injecção intracavernosa e com uma duração aproximada de 45 mns.) confirma a integridade do sistema arterial e referencia os factores neurogénicos e psicossociais como as prováveis causas da Disfunção Eréctil (Lopes, 1993). Actualmente também já é possível recorrer ao Eco-Doppler a Cores (*Triplex Scanning*) que contribui para a visualização individual das artérias do pénis, a medição do diâmetro dos vasos e a determinação das velocidades de fluxo (Pimenta, 1987, pp: 245-247; Moreira, 1997, p: 187).

b) **Cavernosografia Dinâmica**: tem como objectivo o estudo funcional do sistema de drenagem venoso e anatómico dos corpos cavernosos, devendo ser realizada com o pénis em estado de flacidez e em erecção, induzida graças a bomba infusora. É levado a cabo após a administração intravernosa de substâncias vaso-activas que, além de aumentar o aporte arterial, provoca relaxamento do músculo liso dos corpos cavernosos, aproximando-se, assim, às condições fisiológicas da erecção normal. A infusão salina de um produto de contraste vai opacificar os corpos cavernosos e as vias de drenagem venosa (Moreira, 1997, p: 197).

c) **Angiografia**: a radiologia constitui um valioso método auxiliar, quando se pretende localizar qual a artéria obliterada e se projecta realizar uma intervenção cirúrgica sobre a artéria afectada. É igualmente útil no controlo pós-operatório (Moreira, 1997, p: 205).

8) O ESTUDO NEUROLÓGICO

Nas neuropatias (centrais e periféricas) a Disfunção Eréctil vem quase sempre acompanhada de outros sinais neurológicos que orientam o diagnóstico. Num país como Portugal duas neuropatias periféricas se destacam e devem ser pesquisadas: a Diabetes Mellitus e o Alcoolismo. A investigação das causas neurológicas de D.E. devem incluir uma anamnese e um exame físico/ neurológico cuidados. Três exames subsidiários podem ser realizados para a avaliação de uma D.E. de causa neurogénica:

① A electromiografia do reflexo bulbocavernoso: permite detectar as neuropatias que envolvem os nervos pudendos externos.

② A investigação da velocidade de condução do nervo dorsal do pénis: tem interesse, dado que nalgumas neuropatias, ex: nas lesões traumáticas do nervo dorsal, apenas a porção sensorial do arco reflexo fica comprometida.

③ O estudo dos potenciais evocados: contribuem para a exploração das vias sensoriais que ligam o pénis ao córtex cerebral (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997; p: 339-340).

Mediante o estudo da velocidade de condução ou dos potenciais evocados dos nervos penianos, ficamos a saber o modo como os *inputs* neuronais emanam do Sistema Nervoso Central (S.N.C.) para os nervos periféricos e, entre eles, os nervos pénianos. Enquanto que no estudo da velocidade de condução do nervo dorsal do pénis se fica com a ideia da condução sensorial num pequeno segmento, nos potenciais evocados obtem-se um panorama de toda a transmissão neurológica (Gindin, 1989; Cavalcanti & Cavalcanti, 1997; pp: 339-340).

A AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA EM MEDICINA DA SEXUALIDADE

O desconhecimento e o desinteresse revelado, por vezes, pelos médicos em relação à psicometria e a hipervalorização de outros exames subsidiários de diagnóstico conduziu à sofisticação destes e à imprecisão, à pouca eficácia clínica de algumas provas de avaliação psicológica. Entretanto, não podemos deixar de comungar da opinião defendida por Hamilton em 1972, quando referia que a anotação metódica e padronizada dos dados clínicos permite e favorece a salvaguarda da integridade das informações da semiologia e possibilitar a concretização de estudos de follow-up (Hamilton, 1972).

As limitações e as dificuldades constatadas nos diferentes domínios da Medicina, em relação à avaliação psicométrica, são extensivas a uma área tão específica como a da Sexualidade Humana.

Para quem trabalha em Medicina da Sexualidade uma das dificuldades para o trabalho quotidiano pode passar precisamente pela ausência de instrumentos de avaliação psicométrica que permitam a avaliação (quantificação e qualificação/classificação) dos problemas sexuais e facilitem o processo de escolha da terapêutica mais adequada (Jonas et al., 1991, pp: 94-103; Gregoire & Pryor, 1993, pp: 97-104).

Esta carência está reflectida no D.S.M. - IV (A.P.A., 1994), no qual as Disfunções Sexuais se encontram classificadas sob uma forma qualitativa, enquanto que a Debilidade Mental está classificada em termos quantitativos, recorrendo ao Quociente de Inteligência

(Q.I.). No que respeita às perturbações de Personalidade, é empregue uma categorização de tipo qualitativo, mas nesse manual co-existe, em alternativa, a possibilidade de se recorrer a uma classificação dimensional quantitativa.

Apesar do comportamento relacional constituir uma das áreas mais relevantes que as Terapias Sexuais procuram reequilibrar (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974), rareiam os instrumentos psicométricos destinados a medir as modificações do comportamento sexual, que possam servir de controlo á evolução do doente (Gregoir & Pryor, 1993, pp: 97-104).

O interesse crescente, durante as duas últimas décadas, de que foram investidos os meios técnicos (Ecodoppler e outros) de diagnóstico da D.E. levaram a uma subalternização dos questionários e outros instrumentos psicométricos, criticados pela sua natureza subjectiva.

Vantagens da avaliação psicométrica:

1.O interesse principal que preside à aplicação de Questionários, Inventários e Escalas de avaliação relaciona-se directamente com a obtenção rápida e sem grande distorção dos dados clínicos, tornando funcional o seu tratamento estatístico.

2.Facilita a padronização das informações clínicas: todo o experimentado clínico reconhece que o que representa uma Disfunção Sexual para um dado doente afigura-se como aceitável ou normal para outra pessoa. As Escalas e os Questionários contribuem para a objectivação e para a homogeneização dos dados da prática clínica, definindo tendências e reproduzindo noutros contextos e com outros doentes os objectivos em estudo.

3.Apresentam um evidente interesse prático. Em muitas ocasiões, o doente pode sentir-se constrangido pelo *setting* da entrevista e não responder com naturalidade a questões que se prendem com a sua Sexualidade. Esta dificuldade será contornada se o doente em privacidade, e até na sua própria casa, reflectir sobre os temas que lhe são sugeridos. Ao ler as perguntas do Questionário o doente apercebe-se que não é único a padecer daquele problema, o que vai ajudá-lo a adquirir uma perspectiva mais realista sobre a Disfunção Sexual.

4.Servem para complementar os dados da anamnese sexológica (Greoire & Pryor, 1993, pp: 97-98).

Os meios técnicos (invasivos e não invasivos), por ex: estudos hormonais, Tumescência Peniana Nocturna (T.P.N.), podem ser usados no diagnóstico da disfunção eréctil

e na diferenciação entre disfunção orgânica e disfunção psicogénica. No entanto, nalguns casos, requerem um dispêndio significativo de tempo e são onerosos em termos financeiros. Os estudos psicométricos de auto-registo têm, pelo menos, a vantagem de não acarretarem tantos custos económicos e serem bastante acessíveis e funcionais.

Quando a anamnese sugere a existência de problemas psicopatológicos num ou nos dois parceiros sexuais e se esses problemas intervêm na organização/no desencadeamento da Disfunção Eréctil, é aconselhável um estudo mais cuidadoso da Personalidade e da presença de sintomas psiquiátricos com o auxílio dos testes psicológicos, como é o caso dos testes de Personalidade. Esta investigação aprofundada ajuda a separar os sintomas que se relacionam com a Disfunção Sexual em si mesma, dos sintomas que reflectem perturbações psiquiátricas concomitantes e que tanto podem ser causa como consequência da Disfunção Sexual ou, então, são independentes daquela (Palha, 1987, p: 236).

Os testes psicológicos foram igualmente utilizados, ainda que infrutiferamente, para individualizar as D.E. de origem Psicogénica das D.E. de causa Orgânica.

Um instrumento usado com alguma frequência para diferenciar as duas modalidades principais de Disfunção Eréctil (Orgânica e Psicogénica) é o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.) (Beutler et al., 1975; 1976).

Usando dois padrões de classificação:

a) *"Scores"* elevados numa ou em várias escalas do M.M.P.I.;

b) Uma pontuação elevada na Escala de Masculinidade/Feminilidade. Sempre que os dois critérios anteriores são cumpridos existem fortes probabilidades de estarmos perante um diagnóstico de D.E. Psicogénica. Beutler et al. acreditam que é possível diferenciar aqueles dois diagnósticos com uma sensibilidade de 70-80%.

Marshall & Delva (1980) tentaram reproduzir o trabalho de Beutler et al (1975; 1976) e obtiveram resultados perfeitamente opostos: no subgrupo de doentes com D.E. Orgânica é que as pontuações alcançavam níveis elevados. Gregoire & Pryor (1993, p: 100) procuram explicar as limitações do M.M.P.I. no domínio do diagnóstico com base na estrutura da própria Escala. Segundo Gregoire & Pryor (1993, p: 100) o M.M.P.I. está vocacionado para identificar/definir traços psicológicos estáveis e não tanto estados reactivos e transitórios. Todavia, todos os esforços realizados para encontrar uma Personalidade tipo nos doentes com D.E. revelaram-se infrutíferos (Robiner et al., 1982).

Reconhecendo o papel peculiar e significativo que os instrumentos de avaliação psicométrica desempenham, enquanto interface privilegiada, na relação médico-doente importa também não adoptar posições acríticas ou neutras sobre os mesmos. Assim, parece-nos pertinente tecer algumas considerações reflexivas sobre o uso de Escalas e de Questionários em Sexologia Médica.

Desde o final do séc. XIX, que os técnicos que trabalham na área da Saúde Mental, sentiram a necessidade de quantificar e objectivar cientificamente as respostas psicológicas do ser humano em situação de doença.

Do mesmo modo que outras especialidades médicas, também a Psiquiatria tem vindo a conferir uma importância crescente aos exames complementares de diagnóstico. Recorde-se, a propósito, o contributo dado, pelos marcadores biológicos da depressão, para o estudo desta entidade clínica (Ayuso Gutiérrez & Saiz Ruiz, 1987).

A adequada avaliação clínica sexológica, passa hoje em dia, pela utilização de provas médicas e psicológicas que cumpram as exigências de um instrumento de medida ao serviço da práxis clínica quotidiana. Toda a exploração sexológica fica mais pobre se renunciarmos sistematicamente ao emprego de provas psicológicas. Neste âmbito, a avaliação psicológica deve situar-se ao mesmo nível das outras áreas a previlegiar numa boa anamnese: a orgânica, a psicopatológica, a socio-familiar, etc (Conde López, 1988).

Os sintomas sexuais geralmente resultam da interacção entre factores afectivos, comportamentais, cognitivos e biológicos. Assim, nomeadamente a Ansiedade, a baixa da auto-estima e as dificuldades ou perturbações comunicacionais, podem funcionar como factores agravantes e complicar alguma patologia orgânica de que seja portador.

É um imperativo valorizar, na avaliação do doente, todos os processos e condições psicossociais que interferem com o aparecimento e a evolução de uma Disfunção Sexual (Plaud et al., 1996).

O momento mais apropriado para implementar a avaliação psicológica é durante a recolha dos dados mais relevantes da anamnese sexológica. Não perturba o ritmo normal da consulta. Não surge descontextualizada.

O recurso à psicometria constitui uma opção válida e necessária no processo, complexo, que conduz ao diagnóstico de uma Disfunção Eréctil. Reforça a polivalência do acto médico. A objectivação e a quantificação das variáveis psicológicas serve ainda como termo de comparação, aferindo a evolução do quadro clínico ao longo do tempo (Schiavi et al., 1992).

Reconheçam-se, entretanto, as limitações resultantes da aplicação, indiscriminada e sem critérios, das Escalas e Inventários psicológicos no âmbito da pesquisa em Sexualidade Humana. Extensas baterias de questionários não são bem aceites pelos doentes. Alguns dos questionários utilizados para identificar e avaliar o funcionamento sexual não são acessíveis, tendo presente o nível médio de escolaridade da população portuguesa. Logo, um dos problemas que se coloca com a utilização de questionários e inventários na avaliação psicológica, deriva do grau de inteligibilidade dos mesmos atendendo ao nível educacional dos entrevistados (Serdahely & Ziemba, 1984; Patton & Mannison, 1993). Muitos dos nossos entrevistados, sobretudo, em relação ao S.C.L. - R - 90 e às S.E.S., assinalaram uma certa dificuldade em compreender algumas das questões, atendendo ao modo como estavam

formuladas. Jensen et al. (1987) fizeram a mesma ilação em relação à população norte-americana.

Além disso, desconhecemos a existência de algum questionário, que se debruce sobre aspectos gerais ou mais específicos da Sexualidade Humana, e que seja aceite generalizadamente pelos estudiosos/investigadores. A validação de parte destes instrumentos psicométricos é feita em circunstâncias muito definidas. A replicação dos resultados, obtidos por um determinado grupo de trabalho, nem sempre é possível por parte doutras equipas, noutras realidades e noutros contextos socio-culturais (Ackerman et al., 1991).

Em relação à utilização de instrumentos psicométricos no âmbito dos protocolos de estudo da D.E., podem-se apontar insuficiências metodológicas:

1º) Nem sempre têm presente o grau de gravidade ou de perturbação psicopatológica, falhando, mormente, na confirmação do diagnóstico clínico (Abel et al., 1982).

2º) Muitas vezes, a psicometria dá cobertura apenas a um propósito de esclarecimento sobre a natureza etiológica da D.E. (Orgânica versus Psicogénica) (Hatch et al., 1987).

3º) Destacam-se ainda dificuldades de articulação entre as variáveis quantificadas pela psicometria e as outras variáveis clínicas (Segraves et al., 1987).

4º) A maioria dos instrumentos psicométricos sobre a Sexualidade Humana não fazem a distinção entre conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais, domínios que se interpenetram na experiência individual e nas respostas quotidianas, mas que conservam alguma autonomia conceptual (Serdahely & Ziemba, 1984; Patton & Mannison, 1993). É raro encontramos um questionário que inclua todas estas categorias e muito menos que procure relacioná-las entre si.

As S.E.S, ainda que não se inscrevam na perspectiva adoptada, entre outros autores, por Tetrault & Barnett (1987), por Beck (1986), Beck et al. (1986, 1987) e Bancroft et al. (1991) que simulam situações experimentais ou cenários imaginários para testar a relação entre as variáveis estímulos e a interpretação das respostas dadas pelos sujeitos, ou medindo o comportamento em termos de frequência de ocorrência, procuram avaliar a experiência sexual individual na sua globalidade, incorporando as vivências passadas e as mais recentes, os dados cognitivos (crenças sobre a Sexualidade, em geral, e as suas memórias experienciais) e as práticas/rotinas sexuais do sujeito.

Conclusão geral:

Na sequência da análise que levámos a cabo no 2º Capítulo da Parte I ressaltam algumas directrizes em função dos três níveis analisados (nível 1: o modelo Biopsicossocial como modelo clínico em Sexologia Médica; nível 2: a subjectividade na perda de erecção e nível 3: a Disfunção Eréctil na prática clínica):

1. A possibilidade criada pela formulação/conceptualização Biopsicossocial da Sexualidade Humana, em especial, na sua vertente disfuncional ou doente, de integração de dados ou de conceitos de múltiplas disciplinas ou áreas científicas. É, neste sentido, uma formulação integradora.
2. Decorrente do que dissemos no ponto anterior, a sua inserção no actual modelo/paradigma dominante em Sexologia Médica.
3. Decorrente do que dissemos em (1) e em (2) e atendendo ao seu carácter transdisplinar, a capacidade de interrogar as outras disciplinas afins (especificamente na nossa área de investigação, a Andrologia) e integrar os dados delas provenientes, assim como de outros campos disciplinares (por ex: o psicológico e o sociológico). Fica aberta a porta para os dados/métodos/identidade resultantes da Sexologia Médica serem integrados, quer por umas umas quer por outras disciplinas. Nesta medida, a leitura/modelo Biopsicossocial representa um bom exemplo dos desafios que se colocam à Medicina contemporânea.

As directrizes atrás explicitadas funcionam como resposta orientadora paras questões que ficaram pendentes do 2º Capítulo.

A partir de agora estamos em condições para procurar investigar (e compreender!) os mecanismos que fundamentam a patogenia da Disfunção Eréctil, enquanto Modelo de Desregulação Psicobiológica e, em especial, esclarecer os conteúdos impregnantes da experiência humana de conviver com a Disfunção Eréctil, ou seja, aquilatar os contornos do sofrimento do homem com D.E..

3. Estudos Teóricos - A Disfunção Eréctil como Modelo de Desregulação Psicobiológica

Introdução

Os objectivos deste 3º capítulo prendem-se com a necessidade de abordar as condições de aplicação do modelo Biopsicossocial, enquanto instrumento clínico privilegiado para a comprensão complexa da Disfunção Eréctil (D.E.). Por conseguinte, nesta parte, ocupar-nos-emos de aferir a viabilidade e a racionalidade científica do modelo Biopsicossocial ao objecto de estudo que seleccionamos.

Para tal, partiremos de um nível teórico de investigação, procedendo a uma revisão bibliográfica temática que ajude a operacionalizar e dê consistência à natureza psicossomática da Disfunção Eréctil. Esta pesquisa pretende basicamente dar resposta às seguintes questões:

➠ Qual o significado clínico do conceito de D.E. Psicogénica?

➠ Qual a importância relativa dos factores psicológicos e dos factores orgânicos/iatrogénicos na patogenia da D.E.?

A partir destas referências teóricas, que dão corpo às principais linhas de investigação sobre a(s) causalidade(s) ou, dito de uma forma mais realista, sobre os factores "impregnantes" da Disfunção Eréctil, colocam-se múltiplas questões que apelam para a materialização do modelo proposto. As preocupações que nortearam as investigações empíricas, da sua concepção à sua realização e interpretação, cujos resultados apresentaremos no 2º Capítulo da Parte II situam-se no prolongamento das posições teóricas assumidas nos capítulos anteriores, em particular da conceptualização da Sexualidade como resultado de um processo multifacetado, em que as esferas inatas e as esferas psicossociais, obedecem a uma construção de significados e de interacções que organizam as experiências sexuais individuais.

Isto é, tendo presente os princípios fundamentadores do modelo Biopsicossocial, quais são os elementos/dimensões da Sexualidade Humana que melhor traduzem esses princípios? Que aspectos clínicos aferem/avaliam os diferentes desequilíbrios presentes na Disfunção Eréctil?

Na Parte II tentarei dar respostas a estas questões.

3.1.1. A Disfunção Eréctil como objecto de estudo

Em particular, desde os estudos de Kinsey e colab. (1948) que o debate sobre a prevalência e a causalidade da Disfunção Eréctil ganhou notoriedade científica. Uma das consequências mais significativas deste movimento de reflexão organizada, tendo por objecto de estudo o significado clínico e as causas da Disfunção Eréctil (D.E.), decorre das múltiplas descobertas que se têm verificado no plano terapêutico, quer do ponto de vista médico (é o caso das injecções intracavernosas), quer do ponto de vista psicoterapêutico (como sucede com as Terapias Sexuais).

Antes de 1970, ano em que apareceu nos escaparates o livro *Human Sexual Inadequacy*, de Masters & Johnson, e à excepção de tentativas isoladas e pioneiras, por exemplo: W. Reich e os pioneiros das terapias comportamentalistas, a oferta terapêutica para esta Disfunção Sexual não se fundamentava em esquemas coerentes e clinicamente credíveis (Carrobles & Yaque, 1991).

A propósito da causalidade da Disfunção Eréctil surgem diferenças, muito assinaláveis, sobre a responsabilidade dos factores ditos psicogénicos e dos factores orgânicos (Levine, 1988, p: 31).

A década de 70 trouxe consigo uma profunda transformação nas investigações levadas a cabo neste âmbito. Até então, a D.E. era considerada de origem quase exclusivamente psicogénica. Strauss (1950, citado por Gregoire & Pryor, 1993, p: 6), reflectindo as ideias dominantes naquela época, até no campo da Medicina, calculava que 90 a 95% das Disfunções Erécteis teriam uma origem psicogénica.

Estudos mais recentes apontam para, pelo menos, 50% de casos em que as doenças orgânicas têm um papel relevante, em particular, os factores de origem vascular nos indivíduos com mais de 50 anos (Gindin, 1989).

Como se pode constatar pelo Quadro nº 9, que assinala alguns trabalhos publicados ao longo da década de 90, os factores causais de natureza orgânica já assumem, na maioria das séries clínicas, um peso relativo muito grande, ao contrário do que acontecia no passado.

Quadro n 9

Incidência da D.E. Psicogénica e da D.E. Orgânica

Estudo	N	Idade Média ou Faixa Etária	Diagnóstico		
			Orgânica	Psicogé.	Mista
Nogueira et al. 1990	200	47.6	62%	38%	*
Cumming & Pryor 1991	86	19-79	42%	58%	*
Virag et al. 1991	615	48	25.2%	27.5%	47.3%

*valor não calculado

Na actualidade não suscita muitas dúvidas a convicção de que 20% das D.E. serão de responsabilidade orgânica pura e 20% de responsabilidade psicológica pura. Em 60% dos casos estarão presentes ambos os componentes (Requixa, 1991). Nem sempre é fácil identificar uma patologia como a única responsável pela D.E. (Rolo, 1996).

Sistematizando as informações anteriores, procuramos avaliar a atenção que a literatura médica dedica à problemática da causalidade da Disfunção Eréctil. Para tal fomos pesquisar (e quantificar !) numa base de dados bibliográficos os trabalhos publicados, no período 1992/1998, sobre este tema (Quadro nº 10). Reconhecendo que o conceito *"Impotência"* continua a ter grande aceitação na literatura da especialidade, tivemos o cuidado de formular duas alternativas como palavras de pesquisa:

- *"Impotência"* & Etiologia;
- Disfunção Eréctil & Etiologia.

Quadro nº 10

	Impotência & Etiologia	Disfunção Eréctil (D.E.) & Etiologia
1992	106	44
1993	141	41
1994	151	46
1995	140	54
1996	115	62
1997	92	39
1998 (1-6-98)	47	31

(Fonte: MEDLINE, 1992/98)

É possível notar (ver Quadro nº 10) que a maioria dos autores prefere empregar o termo *"Impotência"*, em detrimento do conceito Disfunção Eréctil. Ao mesmo tempo esta pesquisa destaca o interesse que o tema da etiologia continua a merecer no âmbito das investigações sobre a Disfunção Eréctil.

Complementando esta recolha de informações, introduzimos várias palavras-chave, procurando cruzar as etiologias psicológicas com as etiologias médicas, entendidas ambas em sentido genérico. De novo, não subestimámos o desdobramento de conceitos: D.E. versus *"Impotência"*. O Quadro nº 11 revela e quantifica os artigos científicos indexados na base de dados já citada (1992/1998) nos quais é dada alguma ênfase à discussão dos determinantes psicológicos e orgânicos da Disfunção Eréctil.

Quadro nº 11

	Impotência/Psicológica/Etiologia	D.E./Psicológica/Etiologia	Impotência/Orgânica/Etiologia	D.E./.Orgânica/Etiologia
1992	11	8	25	14
1993	7	4	19	11
1994	7	3	35	16
1995	7	2	40	15
1996	13	9	28	17
1997	6	3	23	11
1998 (1-6-98)	6	5	10	6

(Fonte: MEDLINE,1992/98)

Esta pequena amostra, ainda que datada e contextualizada, é representativa das principais linhas de forças da investigação especializada, que tem procurado definir o peso relativo dos factores médicos e o peso relativo dos factores psicológicos, ambos entendidos em sentido genérico, na etiopatogenia da Disfunção Eréctil.

3.1.2 Compreensão multifactorial da Disfunção Eréctil

Numa lógica de organização sistémica da Disfunção Eréctil, enquanto doença do Sistema Pessoa e não tanto como patologia ou desordem dos orgãos genitais ou apenas do

sistema sexual, permitimo-nos destacar alguns dos tópicos mais importantes da literatura temática:

I. Um dos assuntos que tem merecido a atenção dos investigadores prende-se com o debate sobre a *prevalência* da Disfunção Eréctil, contribuindo para a avaliação dos seus custos económicos e sociais.

II. Outros dos aspectos que têm sido submetidos a uma reflexão sistemática, remetem para o envolvimento dos factores *"idade e frequência da actividade sexual"* nos mecanismos causais desta Disfunção Sexual.

III. Entretanto, a literatura da especialidade, sobretudo ao longo das duas últimas décadas, tem-se debruçado especialmente sobre a participação e o peso relativo dos factores/variáveis *psico-sociais* (aspecto que abordaremos neste capítulo) e dos factores/variáveis *orgânicas e iatrogénicas* na etiopatogenia da D.E..

IV. Ainda dentro deste capítulo iremos aprofundar uma dimensão que ajuda a compreender a complexidade dos factores/mecanismos envolvidos na Disfunção Eréctil: a atribuição causal que os doentes fazem da sua D.E..

V. Por último, procura-se conceptualizar um modelo que permita compreender a etiopatogénese da Disfunção Eréctil Psicogénica.

3.1.2.1. Prevalência da Disfunção Eréctil (D.E.): uma revisão crítica da literatura especializada

As dificuldades de erecção constituem uma queixa frequente, quer na população geral, quer em subpopulações médicas (Gindin, 1989). Torna-se difícil adiantar valores rigorosos sobre a prevalência da D.E.

Só nos E.U.A. estima-se que mais de dez milhões de homens padecem de Disfunção Eréctil (D.E.) (Anónimo - NIH, 1993). No Brasil, calcula-se que quinze milhões de homens são portadores desta patologia, mas apenas 5% deste valor procuram a ajuda de um especialista e muitos só o fazem após quatro anos do problema se ter manifestado (Shimma et al., 1996).

Numa citação já clássica, H.S. Kaplan (1974, p: 249) sugere que cerca de metade da população masculina experimentou episódios ocasionais e transitórios de D.E., aceitando que estas intercorrências se enquadram dentro dos limites do comportamento sexual normal. Stekel (citado por Cavalcanti & Cavalcanti, 1997, p: 320) acreditava que somente 50% dos homens adultos teriam uma capacidade de excitação sexual sem quaisquer alterações. Mas os valores reais da prevalência da D.E. na população mundial são difíceis de serem calculados. Nathan (1984) num estudo realizado na população geral, durante um longo intervalo de tempo: 1929-

1981, calcula que 10-20% dos indivíduos do sexo masculino padecerão de D.E.. Num trabalho mais recente, O'Donoghue (1996) sugere que a prevalência exacta das Disfunções Sexuais é desconhecida mas confirma que a mesma aproximar-se-á de 20% na população geral.

Dos poucos trabalhos levados a cabo em Portugal sobre este assunto, Nunes & Sá da Bandeira (citado Gomes et al.,1987, p: 202), numa amostra clínica, verificaram que 22% dos doentes tinham D.E. e 15% Ejaculação Prematura. Gomes (1982) encontrou um valor bastante elevado de D.E.: 74%. Num levantamento realizado na Consulta de Sexologia Clínica e de Aconselhamento Conjugal do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, no período correspondente a 1990-1992, o diagnóstico de Disfunção Eréctil Secundária era o mais frequente entre os indivíduos do sexo masculino (primeiras consultas), abrangendo 72% dos homens consultados (n=75) (Palha & Lourenço, 1994). Noutro Hospital do Porto, a Consulta de Andrologia do Hospital Geral de Santo António, efectuou 211 primeiras consultas em 1995, correspondendo a patologia eréctil a 60% dos pedidos de consulta (Moreira, 1997). Na amostra do Hospital de S.João, após a D.E., o diagnóstico mais frequente era a Ejaculação Precoce, com 14 casos (18.6%), e, finalmente, a Ejaculação Retardada, com 7 doentes (9.3%). Na Consulta de Andrologia do Hospital Geral de Santo António, em 1995, o segundo mais importante pedido de consulta foram as situações de infertilidade, 56 casos (26.5%) e depois as alterações da ejaculação, 8 casos (3.7%) e 20 indivíduos com outras patologias (9.4%).

Os dados epidemiológicos sobre as Disfunções Sexuais são relevantes para a definição e para a racionalização dos recursos necessários ao seu tratamento e para a implementação de programas de prevenção das mesmas.

Os problemas de erecção constituem um dos motivos que mais levam os indivíduos do sexo masculino a solicitar uma consulta da especialidade. Masters & Johnson (1970) categorizaram as dificuldades erécteis em Primárias, isto é, desde sempre, e em Secundárias, isto é, adquiridas, e reportaram que 50% dos homens em tratamento por Disfunção Eréctil apresentavam uma Disfunção Secundária e apenas 8% tinham uma D.E. Primária. Os resultados obtidos por Renshaw (1988) ainda são mais claros: 48% de casos com D.E. Secundária e 3,5% com D.E. Primária.

Bancroft & Coles (1976) verificaram que 36-40% dos homens participando em programas de terapia sexual apresentavam dificuldades de erecção como primeiro diagnóstico. Mais tarde, Hawton (1982), replicando a investigação de Bancroft & Coles, constatou que a prevalência desta disfunção rondava os 53%. A discrepância entre aqueles dois valores aponta para um crescente interesse, ao longo das últimas duas décadas, por parte destes homens em assumir a resolução do problema em causa. Os homens com disfunção sexual já não evitam a procura de ajuda. Outra conclusão a extrair de tal discrepância: a importância de

operacionalizar as definições/os conceitos quando se examinam as taxas das disfunções sexuais.

Nos estudos comunitários, as taxas de prevalência da D.E. oscilam entre 3% e 9% (Schover et al., 1987). Kinsey et al. em 1948 descobriram que a D.E. ocorria em menos de 1% da população masculina com idade inferior a 19 anos mas aumentava para 25% nos indivíduos com 75 anos. Segundo Weizman & Hart (1987) a prevalência da D.E. seria muito variável consoante a idade do seu portador: 1% dos indivíduos aos 30 anos, 2% aos 40 anos, 7% aos 50 anos, 18% aos 60 anos, 27% aos 70 anos, 55% aos 75 anos e 76% aos 80 anos.

A origem da fonte de informações tem grande responsabilidade na determinação dos valores obtidos, globais e relativos, que são atríbuidos às taxas de prevalência das disfunções sexuais. Assim, enquanto alguns dos estudos comunitários põem em destaque a Ejaculação Prematura nos homens não idosos, configurando-a como a dificuldade sexual mais importante na população em geral, os estudos clínicos, pelo menos durante a década de 70, colocam a Disfunção Eréctil em primeiro plano (40%) e a Ejaculação Prematura aparece um pouco mais desvalorizada (20%) (Spector & Carey, 1990).

Autores como Gebhard & Johnson (1979) acreditam que outras variáveis como o factor educação não são irrelevantes no estabelecimento dos valores globais das taxas de prevalência da D.E.. No estudo realizado por estes dois autores, a D.E. era três vezes mais frequente entre os indivíduos sem estudos superiores quando comparados com homens da mesma idade mas apenas com a escolaridade básica (19% versus 5,6%). Este dados apontam para a necessidade de estratificar e selectivizar as amostras em estudo e para a avaliação dos múltiplos factores subjacentes: é o caso da idade e dos factores sociais (ex: grau de educação).

3.1.2.2 Envelhecimento e Disfunção Eréctil

A sexualidade não fica imune às modificações funcionais da resposta sexual humana que são próprias do ciclo biológico.

Já Kinsey et al. em 1948 assinalavam um aumento da incidência da Disfunção Eréctil (D.E.) com a idade:

- Antes dos 25 anos, só 0,4% da população da amostra recolhida;
- Aos 35 anos, 1,3% dos homens apresentam D.E.;
- Aos 50 anos, 6,7% dos homens têm queixas erécteis;
- Aos 60 anos, 18,4% dos homens têm queixas erécteis;
- Aos 70 anos, 27% dos homens;
- Acima dos 70 anos, 55% dos indivíduos (Kinsey et al., 1948).

Rolo (1996) cita um inquérito realizado nos U.S.A. a 1700 homens com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, 50% dos quais referiam algum grau de Disfunção Eréctil. Neste estudo a prevalência da D.E. era de 5% aos 40 anos e de 15% aos 70 anos.

A partir da sétima década de vida ocorre um gradual declínio da rigidez peniana empobrecendo a qualidade da erecção e dificultando o coito vaginal (Kinsey et al., 1948). Em consequência, o indivíduo idoso tende a encurtar a interacção sexual, altera as suas práticas sexuais ou procura ajuda médica. Ainda que a saúde sexual possa prolongar-se até idades muito avançadas, a interferência de um número alargado de factores de risco (ex: H.T.A., Tabagismo, Aterosclerose, Hipercolesterolémia, Obesidade, Sedentarismo, Diabetes Mellitus, etc.) vai acelerar o declínio da função eréctil, mediante mecanismos patogénicos de natureza neurovascular.

O envelhecimento acarreta uma diminuição do fluxo arterial nos corpos cavernosos, facto que surge em estreita ligação com as várias doenças que afectam os grupos etários mais idosos. Regista-se uma diminuição da capacidade de dilatação dos sinusóides e as veias do pénis perdem progressivamente a capacidade de retenção e de "aprisionamento" do sangue no interior do pénis (Gindin, 1989). Estas alterações conduzem a reajustamentos fisiológicos na resposta sexual, que passam pela necessidade de um estímulo sensorial mais prolongado para obter a erecção. A fase de planalto é mais prolongada. Algumas vezes pode até não existir ejaculação. A detumescência é rápida. O período refractário torna-se mais prolongado. Além do mais, a qualidade e a quantidade das erecções nocturnas acabam por ficar prejudicadas.

Para além da dimensão fisiológica, a idade afecta a Sexualidade masculina influenciando a capacidade de elaboração psicológica e as atitudes que se assumem face às exigências existênciais e às progressivas limitações ao nível da resposta individual (Gregoire & Pryor, 1993). Os mitos socio-culturais em torno da Sexualidade do idoso assumem-se como um importante factor de bloqueio a uma vivência salutar da sexualidade (Gomes, 1987, p: 94-103; Gindin, 1989).

Com o aumento da idade, crescem também as probabilidades de a perturbação ter uma origem orgânica. Citando o Urologista Sidney Glina, do Instituto Havelok Ellis, de S. Paulo (Brasil), entre os 20-30 anos 95% dos pacientes sofrem de D. Eréctil psicológica; aos 48 anos esse valor sobe para 70% e entre os 60-70 anos a cifra será 30%. Estes valores foram retirados de uma casuística de 7 000 casos, entre os 15 e 82 anos, observados ao longo de 10 anos (Shimma et al., 1996).

Sistematizando, no idoso as causas mais frequentes de claudicação da função eréctil incluem:

1. Patologias Neurovasculares (combinação de factores causais), 30%;

2. Patologias Vasculares, 21%;

3. Neuropatia Diabética, 17%;

4. Neuropatia não-diabética, 11%;

5. Factores Psicogénicos, 9%;

6. Efeitos secundários de medicamentos, 4%;

7. Hipogonadismo, 3% (Mulligan & Katz, 1989).

A idade constitui um factor que, por múltiplas razões (maior susceptibilidade aos efeitos secundários dos medicamentos, desinteressse, achar que é inútil continuar, não cooperação ou ausência de parceira sexual, etc.) interfere com a *compliance* (adesão) do doente ao tratamento proposto. Slag et al. (1983) numa amostra de 1180 homens, em tratamento ambulatório por Disfunção Eréctil, constatou que a média de idades dos indivíduos que decidiram não dar continuidade ao tratamento em curso era 66.9 anos enquanto que a média de idades dos que confirmaram o interesse em prosseguir com o tratamento era de 59.4 anos.

3.1.2.3. A Frequência da actividade sexual

Martin (1981), após rever vários estudos temáticos, chegou à conclusão ser lógico admitir que para os indivíduos com mais de 40 anos e sobretudo entre os 60 e os 79 anos de idade, a frequência actual de relações sexuais é determinada pela experiência prévia, ou seja, o padrão dominante da actividade sexual na adolescência e no início da vida adulta e a importância conferida à Sexualidade na vida corrente.

Da observação de uma amostra de indivíduos idosos, este autor calcula que 75% dos indivíduos sexualmente pouco activos, 46% dos que têm uma vida sexual moderadamente activa e 19% dos que têm elevada frequência de relações sexuais padeciam de Disfunção Eréctil, nas suas palavras eram: *"(...) parcial ou totalmente impotentes"* (Martin, 1981). Este mesmo autor refere que em relação a uma outra categoria diagnóstica, 21% dos elementos sexualmente pouco activos e 8% dos bastantes activos, eram portadores de um problema recorrente de Ejaculação Precoce.

3.1.2.4 Determinantes Psicológicos da Disfunção Eréctil

*Considerações Gerais

Considerando a Disfunção Eréctil, numa perspectiva heterogénea e multifactorial, à semelhança do que sucede com outras patologias, como é o caso da Hipertensão Arterial (Coelho, 1990, p: 31), devemos posicionar os factores psico-socio-culturais numa interacção contínua, mas não uniforme, com os factores orgânicos e tóxicos, no desencadeamento, na manutenção ou no agravamento da doença.

Hoje em dia, já é possível pôr de lado as crenças de que a D. E. é sempre um indicador de graves e profundas perturbações psicológicas. A etiopatogenia da D.E. é deveras complexa pois, em regra, não abarca um só factor causal, que por si só explique todo o encadeamento de acontecimentos que originam os sintomas. Cada explicação retrata uma pequena parcela do problema. Mas nem sempre é fácil distinguir as causas ditas orgânicas dos factores causais psicológicos, pois, ambos podem co-existir, interagindo na estruturação do problema sexual. São raras as situações em que, de modo insofismável e com segurança, torna-se fácil afirmar que a patogénese da Disfunção Eréctil é puramente psicogénica ou é puramente orgânica. A complexa realidade da prática clínica não se compadece com uma rígida dicotomização entre organogénese e psicogénese (Gindin, 1989; París, 1993). Além do mais, a Sexualidade de um homem disfuncional é sempre o ponto de encontro entre o desejável (pulsões, afectos, prazeres, etc.) e o possível (as capacidades reais de resposta do corpo).

O sub-agrupamento ou a categorização desta entidade clínica, que é na origem heterogénea, visa não só identificar os vários factores etiológicos implicados como ainda procura compreender a dinâmica interacção que se gera entre eles. Apesar dos esforços efectuados para a descoberta de um único ou de vários marcadores biológicos da Disfunção Eréctil orgânica tal revelou-se, até ao momento, infrutífero ou, pelo menos, pouco conclusivo (Gregoire & Pryor, 1993). Semelhante raciocínio deve ser feito, de igual modo, para a Disfunção Eréctil (D.E.) dita psicogénica, pois não se vislumbra a possibilidade de se clarificar, num futuro próximo e em definitivo, o problema da sua origem.

De igual modo, a prática clínica ensina-nos que nas DE primariamente psicogénicas nem sempre os resultados da Tumescência Peniana Nocturna (T.P.N.) são claros e positivos e a resposta às injecções intracavernosas de substâncias vasoactivas pode ser muito precária (Bancroft, 1989).

Um estudo levado a cabo numa amostra de 43 homens franceses com D.E. vasculogénica descobriu-se que 65% dos doentes evidenciavam em simultâneo sintomas da esfera neurótica (Gellman & Gellman-Barroux, 1986).

Estes dois exemplos que acabamos de dar ilustram os múltiplos problemas que um diagnóstico cuidadoso de D.E. pode trazer. Não basta quantificar a capacidade eréctil, é preciso igualmente ter em conta a qualidade dos estímulos eróticos, o contexto que rodeia a interacção amorosa, o padrão habitual de funcionamento sexual do indivíduo em estudo, entre outros aspectos a considerar.

O bom funcionamento sexual requer o envolvimento, a disponibilidade individual, a pessoa tem de estar apta a abandonar-se à experiência erótica. Precisa de ser capaz de eliminar, temporariamente, o controle e algum grau de contacto com o ambiente circundante. O ajustamento erótico com a parceira sexual, o respeito mútuo (Personalidade dos intervenientes, equilíbrio de expectativas, experiências anteriores, capacidade de comunicação, história individual, etc.) modela o sucesso da interacção sexual (Zwang, 1990, p: 217).

A impossibilidade de assegurar os requisitos básicos de uma saudável interacção sexual cria as condições para o aparecimento de uma D.E.. A perda temporária de erecção tem sido relacionada com causas tão díspares como o stress, a fadiga, a Ansiedade associada ao início de uma nova relação amorosa, factores todos eles de natureza iminentemente experiencial (Waynberg, 1994).

Os problemas de erecção, a partir do momento em que aparecem, evoluem no sentido da sua resolução espontânea ou persistem de forma recorrente.

Helen S. Kaplan (1974) sugere um modelo multicausal para a etiologia da Disfunção Eréctil e de outras Disfunções Sexuais, interligando os factores orgânicos com os factores psico-sociais, havendo causas tanto remotas como imediatas/próximas.

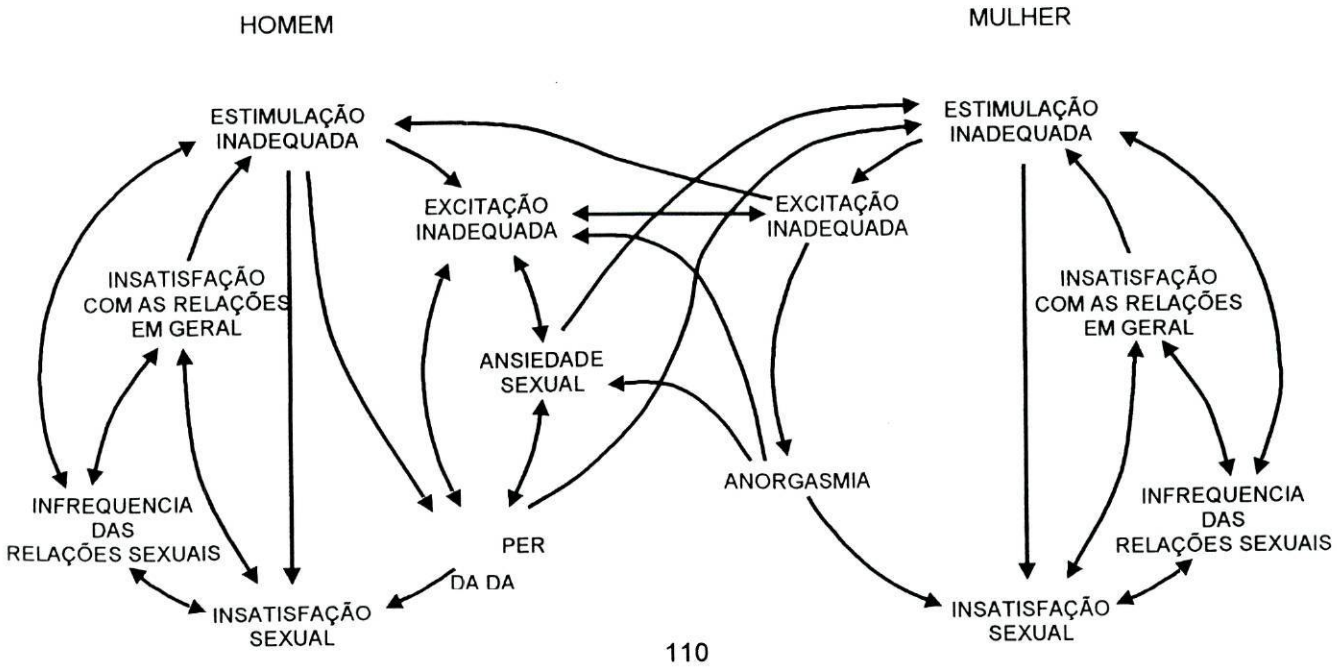
Segundo H.S. Kaplan:

" (...) Estes dois conjuntos de causas (remotas e próximas) operam em níveis diferentes, mas não são incompatíveis nem constituem uma verdadeira dicotomia. De facto, ambos existem num equilíbrio dinâmico um com o outro. (...).

Talvez a melhor relação entre as causas imediatas e as mais profundas possa ser ilustrada pelo papel de espectador. Masters e Johnson chamaram a nossa atenção para uma causa preponderante da Disfunção Sexual, que consiste na observação que o doente faz, de maneira crítica, da sua própria prestação sexual, como se fosse uma terceira pessoa" (Kaplan, 1974; p: 126).

A figura nº 2, adaptação do esquema sugerido por Gregoire & Pryor (1993, p: 90), procura resumir, na linha da conceptualização de H.S. Kaplan, as complexas interacções (individuais e relacionais) subjacentes a uma Disfunção Sexual.

Figura 2



As etiologias ditas psico-sociais, também denominadas de funcionais, por razões didácticas, podem ser sistematizadas em causas imediatas/próximas (aspectos cognitivos, emocionais e relacionais) e em causas ligadas aos Factores do Desenvolvimento Psico-Sexual (causas remotas).

As causas imediatas/próximas costumam inserir-se no quadro dos factores experienciais e, em termos gerais, têm a ver com:

➠ A Ansiedade de execução, o medo de fracassar, por não se sentir à altura das exigências do momento (as suas e as da parceira), o comportamento de evitamento associado que se traduz pelo "papel de espectador" e a consequente fragilização da Auto-estima, prejudicam a resposta sexual masculina (LoPiccolo & Hogan, 1979; Beck & Barlow, 1986; Beck et al., 1987; Barlow, 1988; Gindin, 1989).

➠ As dificuldades relacionais e, entre estas, os problemas comunicacionais na díada homem-mulher (Gregoire & Pryor, 1993, pp: 138-141). Neste aspecto, devemos incluir as deficiências de interacção sexual por ignorância e má informação sexual.

Ainda que a Ansiedade de execução, o "papel de espectador" e a incapacidade do paciente se abandonar às sensações eróticas, surjam como reacções às experiências imediatas, frequentemente, as suas raízes mais profundas radicam nos factores intrínsecos do desenvolvimento psico-sexual, na Personalidade dos intervenientes e nas interacções dissimuladas do casal.

As dificuldades, os problemas, que afectam o Desenvolvimento Psico-sexual têm responsabilidade e participam na etiopatogenia da Disfunção Eréctil.

H.S. Kaplan denomina os factores/causas remotas da Disfunção Eréctil de *"conflito - causas intrapsíquicas (...)"* (Kaplan, 1974, p: 142). A ideia de conflito, em termos sexuais, deriva do pressuposto de que nas sociedades ocidentais a Sexualidade é encarada como um fenómeno não natural. Embora corporizando-se no sujeito, a génese dos conflitos sexuais está para além do indivíduo, é exterior ao indivíduo. A contenção socio-cultural da Sexualidade colide com o *"instinto puro do desejo de prazer sexual"*, nas palavras de H.S. Kaplan (1974, p: 142), e que é inato em todas as pessoas. O conflito sexual é, por isso, fruto do jogo de influências entre os desejos sexuais, constantemente sublimados, e os temores de retaliação pelos deuses, pela sociedade e pela família. Gera-se uma dinâmica patogénica entre os componentes intrínsecos da Sexualidade e os componentes adquiridos, a partir dos factores educacionais e da experiêncial individual. Apesar de se apresentarem como uma realidade não assumida pela consciência, os conflitos sexuais estão omnipresentes em todos os aspectos sexuais e não sexuais da vida humana.

É inegável que os problemas intrapsíquicos inconscientes, por vezes relacionados com conflitos edipianos não resolvidos, acompanhados por medo e culpa, explicam algumas situações de D.E.. A Disfunção Sexual funcionaria como uma defesa contra a Ansiedade que deriva de evocação das vivências psicológicas traumatizantes. Também Helen S. Kaplan, confere um papel decisivo às variáveis afectivas e propõe que a Disfunção Eréctil corresponde a uma organização e à expressão psicofisiológica da Ansiedade, qualquer que seja a sua origem, quando fracassam as defesas psíquicas (Gindin, 1989).

As dificuldades e os problemas que surgem durante o Desenvolvimento Psico-sexual têm responsabilidade na etiopatogenia da Disfunção Eréctil. Devemos enumerar entre eles (causas remotas) os seguintes:

- a) Sentimentos de culpa e medo à Sexualidade;
- b) Ambiente familiar e visão negativa da Sexualidade;
- c) Homofobia e problemas da Identidade Sexual;
- d) Visão negativa da Sexualidade e experiências traumáticas.

As causas psicológicas mais profundas de Disfunção Eréctil co-existem num equilíbrio permanente com as causas imediatas/próximas. Ambas alimentam-se e ampliam-se mutuamente. Em virtude destas relações complexas entre o imediato e o profundo, entre o recente e o antigo, entre factores precipitantes e factores etiológicos, os tratamentos apenas orientados para a resolução dos sintomas actuais encontram obstáculos e estão condenados ao insucesso, não sendo consistentes com os resultados desejados.

Nos próximos itens vamos aprofundar os mecanismos pelos quais os vários factores psico-sociais se organizam e se manifestam clinicamente como Disfunção Eréctil.

Causas imediatas/próximas:

A) O papel da Ansiedade

Nem sempre é grande a visibilidade das várias emoções e sentimentos presentes na Personalidade de um homem disfuncional: a Ansiedade de execução constitui apenas a parte mais objectivável e que é, geralmente, um factor determinante nas dificuldades eréctеis.

O homem com dificuldades eréctеis ocasionais ou contextualizadas (por exemplo, na sequência de problemas relacionais) torna-se mais ansioso em futuras tentativas de coito,

sendo esta Ansiedade de execução acompanhada por um aumento do tónus adrenérgico, capaz de criar ou agravar dificuldades na indução da erecção. Assim, com as modificações ainda que subtis no desempenho sexual podem surgir, num efeito de bola de neve, modificações emocionais e com elas desajustamentos a outros níveis, nomeadamente, no comportamento do casal e levar a uma erosão da sua vida sexual. É possivel adiantar que basicamente, numa D.E. Psicogénica, os mecanismos etiopatogénicos subjacentes correspondem a alterações emocionais que bloqueiam ou interferem com os impulsos cerebrais, responsáveis pelo controlo dos centros medulares que regem a erecção (Gindin, 1989).

Os estudos realizados em contexto laboratorial parecem corroborar a evidência clínica. Por exemplo, Barlow et al. (1983) criaram uma situação experimental, em que vários homens sem problemas sexuais eram expostos a estímulos visuais de conteúdo sexual e instruidos no sentido de procurarem ficar excitados, caso contrário cada um deles seria punido com um choque eléctrico. O grau de excitação foi quantificado avaliando o diâmetro peniano. Este grupo foi comparado com um outro numa situação não contingente. O grupo experimental evidenciou níveis muito superiores de excitação sexual. Posteriormente, esta mesma equipa (Beck & Barlow, 1984) levou a cabo um trabalho de follow-up de um grupo de homens com história de Disfunção Sexual, sujeitando-os individualmente, quer às condições de ameaça de choque eléctrico, quer às condições de ausência de ameaça. Em ambos os casos, os homens disfuncionais revelaram escassa capacidade de excitação sexual. Tais descobertas sugerem que a performance sexual ansiosa tem um carácter eminentemente negativo para a vivência da Sexualidade, sempre que o indivíduo seja portador de uma Disfunção Sexual. Semelhante conclusão não tem um carácter absoluto, não sendo generalizável aos homens não disfuncionais.

O processamento cognitivo das vivências sexuais, desempenha igualmente um protagonismo muito grande na interacção sexual. As teorias cognitivistas opinam que a Disfunção Eréctil instala-se devido à persistência de ideias e pensamentos repetitivos, sem qualquer lógica, relacionados com a frustação e a insegurança sexual. Barlow (1986) estabeleceu um esquema analítico (em *"feedback"* positivo) segundo o qual cada estímulo erótico é percepcionado sensorialmente e faz-se acompanhar por uma dada representação mental. Os diferentes passos deste processo incluiriam, para cada *"input"* informacional, respostas fisiológicas e vivências psíquicas, como sejam: a erecção peniana, a percepção de autocontrolo, afectos agradáveis e gratificantes, a focalização da atenção nos estímulos eróticos, apesar da crescente ansiedade e consequente estimulação do Sistema Nervoso Autónomo (S.N.A.). Os homens disfuncionais tendem a estabelecer um *"feedback"* negativo, consistindo numa inadequada representação do estímulo erótico, expectativa (papel passivo na interacção sexual) e erecção. Os afectos dominantes têm um colorido negativo (sobretudo, Ansiedade), verifica-se uma percepção de perda de autocontrolo e ocorre um desvio da atenção para aspectos secundários da experiência erótica ou não relacionados com esta, por

ex:, uma sobreavaliação das consequências da falta de eficiência sexual, prejudicando e levando a um desinvestimento da comunicação interpessoal.

Desde as décadas de 60 e de 70 que se atribui à Ansiedade um papel crucial na etiopatogenia da Disfunção Eréctil (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974, 1979). Está divulgada a ideia de que a Ansiedade, generalizada ou ligada à execução sexual, vai mediar a resposta neurofisiológica em todos os contextos/situações de Disfunção Eréctil (Masters & Johnson, 1970). A maioria destas contribuições enraízavam-se nos modelos teóricos psicodinâmicos, segundo os quais os problemas de erecção resultam de medos inconscientes de castração estabelecidos nos cinco primeiros anos de vida da criança (McConaghy, 1993). A organização intrapsíquica daquela vivência precoce, sob a forma de conflito neurótico, converte a perturbação sexual num inevitável compromisso entre os impulsos indutores de Ansiedade e determinados mecanismos de defesa. A renúncia à actividade sexual, simbolizada na Disfunção Eréctil, conduz a alguma estabilidade psíquica, ainda com os necessários custos relacionais. Nesta óptica, o problema de erecção é apresentado como uma inibição neurotizada da normal resposta sexual. A fixação edipiana desta Disfunção Sexual vai equipará-la a outras patologias psicossomáticas como é o caso da Asma Brônquica (Adroer, 1996). Já Stekel em 1927 tinha evocado as inibições psicológicas como uma causa major de D.E., sendo esta patologia, por conseguinte, passível de tratamento através da psicoterapia analítica (Gregoire & Pryor, 1993).

Por seu turno, as Teorias Comportamentais sustentam que o comportamento sexual faz parte da aprendizagem: se existe fracasso nas primeiras relações sexuais, as consequências negativas convertem-se num factor etiológico para a Disfunção Sexual, sobretudo se, entretanto, não se aprenderam comportamentos alternativos de natureza gratificante, passíveis de irradicarem a associação: experiência frustante - fracasso sexual - Disfunção Sexual (Gindin, 1989).

Wolpe (1958, citado por McConaghy, 1993, p: 217), não subestimando algumas das referências psicodinâmicas, influenciou a criação das bases das modernas terapias sexuais alicerçadas, aproveitando o que de melhor existe nos modelos cognitivo-comportamentais.

Wolpe sugeriu que a Ansiedade poderia ser condicionada por experiências individuais que ocorreriam em qualquer fase da vida do indivíduo e não apenas nos cinco primeiros anos ou noutra etapa precoce do desenvolvimento humano. Essas experiências tenderiam a incluir cognições distorcidas, obtidas com base em informações incorrectas ou a partir do desenvolvimento de atitudes desajustadas e complexas no relacionamento do indivíduo com as outras pessoas e consigo mesmo. Estas crenças relacionar-se-iam, por exemplo, com a acção mórbida da masturbação, enfraquecendo o corpo e o espírito. Noutros casos, o doente estaria convencido do valor intrinsecamente mau da Sexualidade. Uma outra crença, com alguma divulgação entre os que têm uma visão deturpada da Sexualidade, defende que os comportamentos sexuais são dolorosos ou agressivos. Subjacente a esta convicção podem

estar acontecimentos ou experiências relacionadas com a observação das práticas sexuais dos adultos por parte de uma criança ou de um adolescente. O condicionamento transporta para as experiências actuais toda a ansiedade gerada em torno da actividade sexual, mesmo que os seus factores causais tenham desaparecido por completo e tenham sido esquecidos. Esta Ansiedade condicionada seria capaz de inibir total ou parcialmente, a reactividade sexual do indivíduo (McConaghy, 1993, pp: 209-210).

A partir de uma primeira experiência de insucesso nas relações sexuais o homem com D.E. entra num complexo círculo vicioso: instala-se o receio de voltar a falhar que, por seu turno, tende a aumentar exponencialmente ansiedade actual e condiciona a ansiedade antecipatória, em futuras tentativas de coito (Gregoire & Pryor, 1993, pp: 15-27). Acredita-se que a Ansiedade funciona como causa e como consequência da disfunção sexual, interferindo com o aporte sanguíneo aos vasos penianos (Waynberg, 1994, pp: 11-15).

Ao longo das últimas duas décadas várias tentativas foram realizadas para comprovar laboratorialmente o efeito disruptivo da Ansiedade de *performance* na Sexualidade masculina. Assim, Lange et al. (1981) instruiram 24 homens, sem qualquer Disfunção Sexual, a ficarem sexualmente excitados (condição de exigência de performance) ou a focalizarem a sua atenção nas vivências prazenteiras associadas à experiência sexual (foco sensato) enquanto visionavam videos eróticos. Não se verificaram quaisquer resultados inesperados. Apenas no grupo em situação de exigência ocorreram algumas respostas sugestivas de excitação sexual, nomeadmente, tumescência peniana. Mais tarde (1983), Heiman & Rowland reproduziram as condições e o *"setting"* experimental idealizado por Lange et al., mas acrescentaram um grupo de estudo formado por indivíduos com disfunção sexual. Nesta segunda versão da investigação de Lange et al. o resultado mais consistente deveu-se a uma diminuição da resposta eréctil nos homens disfuncionais.

Talvez o trabalho mais interessante neste domínio seja aquele que Barlow et al. (1983) e (Beck & Barlow, 1984) levaram a cabo, e que já tivemos oportunidade de apresentar logo no início deste item, introduzindo no protocolo experimental a ameaça de aplicação de choques eléctricos, quando os sujeitos não conseguiam obter um mínimo de erecção ao visionarem videos eróticos. Comprovou-se que este condicionamento suscitou uma assinalável resposta eréctil no grupo de indivíduos normais. Mas uma situção não contigente era capaz de produzir precisamente os mesmos resultados. Outras variantes deste modelo de investigação foram igualmente tentadas. Assim, a exposição de indivíduos do sexo masculino a estímulos geradores de ansiedade (ex: filmes documentando acidentes de viação ou choques eléctricos) e depois a sua exposição a videos eróticos é passível de provocar Ansiedade nos sujeitos mas não tem repercussões negativas sobre a respectiva capacidade de excitação sexual (Beck et al., 1987). Seria imperdoável não referenciar o nome de Ramsay que já em 1943 tinha registado erecções em rapazes induzidas por estímulos não-eróticos (ex: o medo associado a acidentes de viação ou a excitação suscitada por perseguições policiais) (McConaghy, 1993).

Outras conclusões podem, entretanto ser obtidas, corroborando as posições das correntes dominantes da Sexologia Norte-Americana das décadas de 60 e 70. Assim, Strassberg et al. (1990), investigando os efeitos de duas modalidades de Ansiedade (o medo a um estímulo doloroso e o receio de inadequação sexual) num grupo de indivíduos 54 saudáveis, com idades compreendidas entre os 21 e os 45 anos, e sem qualquer perturbação sexual, descobriram que os dois tipos de Ansiedade reduziam a capacidade de excitação dos sujeitos. Os autores concluiram que a Ansiedade não precisava de estar directamente associada com a actividade sexual para afectar a capacidade de performance sexual.

Enquanto que a visão sexológica convencional aponta para os efeitos nefastos e generalizados da Ansiedade na Sexualidade dos indivíduos disfuncionais, os estudos laboratoriais neste domínio revelaram resultados inconsistentes e, por vezes, contraditórios (Beck, 1986; Beck & Barlow, 1986; Strassberg et al., 1990). Nesta linha de pensamento, é possível deduzir que a Ansiedade diminui a líbido mas não interfere sistematicamente com a capacidade eréctil, ou seja, nem todos os indivíduos respondem da mesma forma. É legítimo concluir que a exigência de performance exerce um efeito meramente selectivo. Enquanto que nos indivíduos disfuncionais é capaz de provocar um decréscimo na resposta eréctil, os estímulos visuais e as tentativas de sedução por parte das suas parceiras são interpretados como um condicionamento, um apelo à performance, nos indivíduos sem problemas do foro sexual, o mesmo contexto de exigência vai actuar como um aliciante para a interacção sexual. Em contrapartida, outras emoções como a frustação e a raiva têm uma acção disruptiva em qualquer momento do ciclo da resposta sexual masculina (Beck & Bozman, 1995).

Os modelos cognitivistas, embora reconhecendo a interacção entre os diferentes componentes da ansiedade (afectivos, comportamentais, cognitivos e fisiológicos), enfatizam a importância dos elementos ideativos na modelação da Ansiedade, ao descentrar a atenção dos indivíduos em relação às tarefas primordiais e a sua focalização em vivências ou sensações parasitárias associadas ao acto sexual. A distracção surgiria como um mediador dos efeitos disruptivos da Ansiedade na resposta sexual (Beck & Barlow, 1986: Beck et al., 1987).

B) Auto-estima, Depressão e Disfunção Eréctil

A Auto-estima individual representa um factor estabilizador, modelando a qualidade das interacções sexuais. No campo das terapias sexuais, a Auto-estima representa um requisito indispensável para o desfecho satisfatório do tratamento. A Auto-estima faz apelo à maturidade psicológica. A maioria dos autores defende que uma elevada Auto-estima reduz a possibilidade de se manifestarem desequilíbrios nas práticas sexuais, nomeadamente comportamentos de manipulação. Uma boa Auto-estima ajuda os parceiros a procurar a actualização permamente das suas competências relacionais, a autenticidade, o respeito dos sentimentos de cada um dos intervenientes e a busca da mútua satisfação/realização sexual (Gregoire & Pryor, 1993).

Alguém com uma estrutura da personalidade dotada de flexibilidade, imbuída de uma dinâmica de auto-actualização, no sentido que lhe é conferido por Maslow (1970) terá mais facilidade de não reprimir a expressão da sexualidade com receio de ser desaprovado ou criticado por parte das outras pessoas. Paxton & Turner (1978) defendem que uma pessoa com capacidade de auto-actualização não reage em função das necessidades imediatas, é capaz de gerir racionalmente os seus impulsos. Estes autores propõem que a auto-actualização se correlaciona positivamente com a apetência para a prática sexual e com a satisfação sexual. Uma elevada Auto-estima impede que a interacção sexual seja encarada como uma simples experiência comportamental ou fisiológica, que vai tentar apaziguar as pulsões, em que cada um está apenas centrado em interesses e desejos estritamente individualizados, sem se preocupar com as necessidades do outro(a) parceiro(a): *"o sexo feito a dois mas a pensar num só"* (Hughes & Snell, 1990). A interacção sexual auto-centrada facilita o papel de espectador, tão frequente nos quadros clínicos disfuncionais (París, 1993)

A fragilização da Auto-estima aparece associada à expressão de sintomas do espectro depressivo (auto-desvalorização pessoal, a perda de poder, a culpa, a sensação de não se sentir capaz, o achar-se diferente das outras pessoas, etc), prejudicando o envolvimento interpessoal, fundamental para qualquer relação sexual. As repetidas experiências de fracasso sexual e o desespero por se julgar incapaz de obter e de proporcionar prazer, constituem os fundamentos da depressão no homem com dificuldades eréctеis. Noutros casos a Disfunção Sexual é o resultado do estado depressivo em que o doente se encontra (McCarthy, 1992). Estando a depressão na interdependência das monoaminas cerebrais justifica-se que os sintomas depressivos co-existam ou estejam na origem de uma diminuição do desejo sexual o qual, por seu turno, vai afectar a resposta eréctil.

Num trabalho realizado por Snell & Papini (1989) com 296 pessoas, com dificuldades na área da sexualidade, de ambos os sexos (209 mulheres e 87 homens) foi possível provar que a Auto-estima, sobretudo entre os indivíduos do sexo masculino, se correlacionva com a Depressão. Os autores propoem que, no sexo masculino, a Auto-estima e a Depressão se posicionam em pólos opostos de uma mesma dimensão psicológica, enquanto que nas mulheres a Auto-estima e Depressão representam tendências psicológicas distintas.

Em condições experimentais, os indivíduos disfuncionais quando expostos a material erótico (ex: visual), reagiriam com um humor dominante de tonalidade depressiva (Heiman & Rowland, 1983). Tirando partido da estimulação erótica, Byrne (1977) elaborou um instrumento de auto-registo das respostas afectivas dos sujeitos em situações de reactividade sexual, o Sexual Opinion Survey (S.O.S.), que permite agrupar os indivíduos em categorias distintas, num contínuo que vai dos erotofóbicos até aos erotofílicos. Walfish & Myerson (1980) referiram que os indivíduos sexualmente disfuncionais tendem a ter pontuações mais baixas no S.O.S., isto é, são mais erotofóbicos que os homens sem problemas sexuais.

Reconhecendo a influência do humor dominante na reactividade sexual, Meisler & Carey (1991) investigaram os efeitos da elação do humor e do humor depressivo na

capacidade de excitação sexual de 15 homens sem disfunções sexuais. Os sujeitos foram submetidos a estímulos auditivos, adaptados do Velten Mood Induction Procedure (VMIP) (Velten, 1968), que corresponde a uma lista de afirmações que descrevem um determinado humor dominante, progredindo desde as afirmações mais neutras (ex: *"Hoje não me sinto melhor nem pior que nos outros dias"*) até às afirmações mais categóricas (ex: Sinto-me excepcional"). Na sequência de cada estímulo sonoro os sujeitos visionavam um pequeno filme com conteúdo erótico. A resposta sexual (excitação) era registada laboratorialmente mediante a aplicação do "Subjective Sexual Arousal" (S.S.A.), instrumento que quantifica o grau de excitação dos sujeitos numa amplitude de respostas que vai desde a "não excitação" até "extremamente excitado" através da medição do diâmetro peniano (Wincze et al., 1980). Os resultados revelaram que após uma indução/estímulo sonoro sugestivo de Depressão a excitação sexual só era prejudicada nos primeiros momentos de exposição ao material erótico. Passado o condicionamento inicial, à medida que o sujeito apreciava e se deixava envolver pelo filme erótico tendia a ficar gradualmente mais excitado

Habitualmente, a Depressão acarreta um desinteresse generalizado por tudo que tenha a ver com a Sexualidade, um desinvestimento activo na interacção sexual. É frequente a D.E. mas também o Desejo Sexual Hipoactivo serem apresentadas como fenómenos de co-morbilidade com a Depressão Major (Schreiner-Engel & Schiavi, 1986). Nos casos em que os indivíduos deprimidos ainda toleram algum relacionamento sexual, este caracteriza-se pela predominância de estratégias indirectas, pouco activas, de participação: a falta de iniciativa no jogo amoroso, um reportório erótico muito pobre, a incapacidade para fantasiar, a dificuldade em ficar excitado com estímulos visuais, o desejo do fim rápido da cópula, etc (Paris, 1993).

Os sentimentos de inadequação que o homem disfuncional passa a acumular, na maioria dos casos estão desprovidos de uma base real, mas uma vez elaborados cognitivamente servem de suporte, como atribuições, a pretensos defeitos físicos. Um tema favorito tem a ver com o tamanho do pénis. Muitos homens com uma auto-estima fragilizada queixam-se e amarguram-se com as dimensões do seu pénis, responsabilizando-o pelo seu mal estar sexual (Reilly & Woodhouse, 1989).

Numa perspectiva antropológica, o funcionamento sexual do macho da espécie humana requer, a par dos equilíbrios fisiológicos, a presença de algumas competências sociais: a sensação de controlo sobre tudo o que o rodeia, a sensação de poder e de eficácia. Os estudos realizados por Rosen et al. (1975) com primatas, demonstrando de que modo as experiências de vitória e o sucesso social modelam os neuropéptidos cerebrais e a produção de hormonas sexuais. De acordo com este autor, a condição masculina encerra sempre uma determinada necessidade de "potência social", de dominação das fêmeas e de activa competição com os outros machos. Nesse sentido, Gindin (1989) advoga a inclusão, nos programas terapêuticos da D.E., do treino da assertividade, ajudando o homem disfuncional a reencontrar o auto-controlo, o sentimento de eficácia e a reorganizar a sua virilidade abalada pela D.E., sabendo-se que nesta Disfunção Sexual a perda do controlo emocional é um dos

factores que mais acarreta desconforto e produz instabilidade na auto-estima masculina. Sair satisfeito de uma relação sexual é uma intenção que está sempre presente nos desejos, mais ou menos explícitos, de todos os homens (McConaghy, 1993). O receio de perder o controlo emocional pode justificar a inabilidade de muitos destes homens para obter prazer com a relação sexual (Leonelli, 1990).

C) Outras Doenças Psiquiátricas

A relação entre doenças psiquiátricas e D. E. é complexa. Muitos doentes psiquiátricos são capazes de funcionar sexualmente sem quaisquer problemas. A patologia psiquiátrica, por si mesma, poderá afectar o Desejo Sexual e não tanto a resposta genital (Trojan, 1994).

Assim, por exemplo, autores como Rios consideram que não está demonstrado que a Esquizofrenia tenha um impacto negativo sobre a função eréctil (Gomes et al., 1987, p: 229). Contudo, a Disfunção Sexual pode ser o resultado directo da medicação administrada ao doente, como tivemos ensejo de explicitar noutro capítulo .

Gregoire & Pryor (1993, p: 132) atribuem às Perturbações de Personalidade, como é o caso da Personalidade Borderline, alguma relevância na etiopatogenia da D.E.. Entretanto, desconhecemos a existência de qualquer estudo clínico ou epidemiológico que fundamente esta hipótese. Iremos dedicar posteriormente um pouco mais de atenção à relação causal entre Personalidade e Disfunção Sexual.

D)Conflituidade conjugal

A actividade sexual constitui um factor de estabilidade para o casal. Assim, a satisfação sexual tem sido correlacionada positivamente com a satisfação marital e existencial. Os casais sem interacção sexual ou *"sexless marriages"* são socialmente desconsiderados, vistos como categorias desviantes ou subnormais (Masters & Johnson, 1966; 1970; Gindin, 1989). Para estudar a relação existente a inactividade sexual, o grau de estabilidade e a satisfação/felicidade dos dois conjuges, o Laboratório de Pesquisa Familiar da Univ. de New Hampshire seleccionou uma amostra de 6029 casais. No mês que precedeu a realização do inquérito16% dos casais não tiveram qualquer tipo de actividade sexual. A ausência de relacionamento sexual aparecia associada com outras variáveis, nomeadamente:

- insatisfação com o casamento;
- desejo de separação ou ruptura matrimonial;
- escassas tarefas ou actividades domésticas partilhadas pelos cônjuges;
- discussões e conflitos a propósito da sexualidade do casal;
- violência física;

- envelhecimento dos dois parceiros;
- taxa de natalidade reduzida;
- existência de crianças em idade pré-escolar;
- problemas de saúde num ou nos dois cônjuges (Donnelly, 1993).

Rust et al. (1988), discutindo o papel dos problemas relacionais no seio de um casal e a sua implicação nas disfunções sexuais, assinalaram que toda a tentativa de correlacionar as duas variáveis (Disfunção Sexual e problemas conjugais) enfrentará algumas dificuldades metodológicas, nomeadamente a utilização de instrumentos de medida destas duas realidades, o casal e as Disfunções Sexuais, que incluam itens muito similares, alicerçados em factores ou entidades equiparáveis, induzindo, dessa forma, um relacionamento quase que imediato, mas não natural, entre elas. Na investigação levada a cabo por Rust et al. (1988) foi definido o perfil disfuncional de vinte e oito casais, em tratamento numa Clínica de Atendimento Conjugal e Sexológico. A Disfunção Eréctil correlacionava-se com um relacionamento marital problemático, sendo esta constatação assumida pelos dois parceiros. Na Ejaculação Prematura as dificuldades conjugais só eram percebidas/assinaladas pelo marido. Curiosamente, as disfunções sexuais femininas não se correlacionavam fortemente com a variável *problemas maritais*. Quando a insatisfação sexual era assumida pelo homem, mais facilmente a conflituidade conjugal podia ser atribuida aos dois elementos do casal. No caso da insatisfação sexual ser experienciada pela mulher, só esta é que valorizava a importância dos problemas conjugais. Como conclusão os autores admitiam não ser possível assumir que a causalidade destas duas realidades/situações tem características bidireccionais. Assim, os problemas da esfera sexual tanto provocam como são consequência dos conflitos conjugais. No trabalho citado, quando a relação marital era avaliada como pobre pelos dois parceiros, fazia-se acompanhar por uma menor capacidade de comunicação e de partilha sexual. Quando apenas o marido se queixava da pobreza da relação conjugal, a redução na frequência das relações sexuais era outra das correlações que aparecia com significado estatístico.

Os resultados desta pequena amostra clínica indicam que, nos homens, a insatisfação sexual e as disfunções sexuais estão relacionadas com a percepção que ambos os membros do casal têm do estado da relação conjugal. Em contrapartida, nas mulheres, a insatisfação sexual, mas não as Disfunções Sexuais, são influenciadas pela avaliação que elas próprias fazem da díada homem/mulher e dos seus problemas.

A informação esclarecida e os ajustamentos afectivos na díada homem-mulher, contribuem para minimizar a Ansiedade, a baixa auto-estima e os conflitos relacionais provocados pela existência de uma Disfunção Eréctil (París, 1993). H.S. Kaplan (1974, p: 139) considera que a falta de comunicação em si mesma não é uma causa de Disfunção Eréctil. Mas a partir do momento em que passa a estar presente na interacção do casal serve para perpectuar o mau funcionamento sexual e favorece a manutenção da Disfunção Sexual pré-existente.

E) Falta de informação ou uma incorrecta informação sexual

As distorções que a cultura é capaz de introduzir numa prática saudável da Sexualidade passam, nomeadamente, pela transmissão de informações erradas e disruptivas sobre o que é "normal" em termos de prática/técnica sexual (ex: as posições a adoptar no coito, a frequência "normal" de relações sexuais, a exigência de orgasmo simultâneo, etc) (Palha et al., 1992).

H.S. Kaplan afirma que:

" A informação errada cria dificuldades para o marido e para a mulher. Por exemplo, tem causado grande dano a falsa crença de que as mulheres são anormais e inadequadas se não acompanharam o ritmo do marido ou, se no coito, não tiverem o orgasmo rapidamente. A preocupação da mulher com a sua resposta mais lenta pode ser uma força muito destrutiva, que impede o relaxamento, e pode conduzir a uma perene simulação do prazer sexual. Por outro lado, os mitos sexuais preponderantes de masculinidade, na nossa cultura, levam os casais a pensar erradamente que um homem deve funcionar com certa frequência e regularidade, que deve sempre responder com uma erecção instantânea e deve ser sempre capaz de continuar a ter coito por longos períodos de tempo" (Kaplan, 1974, p: 131).

O desconhecimento que a resposta sexual não está sob controlo voluntário, que existem flutuações no desejo sexual e que o stress existencial afecta a capacidade sexual do homem, acarreta transtornos consideráveis, tornando uma passageira e contextualizada perda de erecção num quadro de Disfunção Eréctil de difícil tratamento. Gindin (1989) assinala que a deficiente informação sexual pode ir desde a simples ignorância acerca da fisiologia e da anatomia dos genitais, até aos mitos em torno da Sexualidade ditados pela sociedade de consumo, pela moda, etc..

Factores do Desenvolvimento Psico-Sexual (causas remotas):

a) Sentimentos de culpa e medo à sexualidade

H.S. Kaplan atribui um significado especial aos problemas inerentes ao Desenvolvimento Psico-Sexual.

Destaca o papel dos sentimentos de culpa na disfuncionalidade sexual, justificando-os como um hábito inconsciente de evitar uma Sexualidade gratificante (Kaplan, 1974, p: 131). Factores de ordem educacional-religiosa (ex: a conotação da Sexualidade com a impureza, com o pecado, com o que é vergonhoso), experiências anteriores desagradáveis de vivência da sexualidade e problemas psiquiátricos, contam-se entre os determinantes dos conflitos e dos sentimentos de culpa sobre os desejos/necessidades eróticas. A avaliação negativa que o indivíduo faz de si mesmo baseia-se, em grande medida, nos estereótipos referentes ao desempenho sexual. É o caso do tamanho do pénis ou do número de erecções que é suposto um homem ter (Morris, 1997). O indivíduo que experimenta os sentimentos de culpa fica incomodado por ter pensamentos eróticos e os considerar como obscenos ou pecaminosos, por pretender alcançar o orgasmo durante o coito ou porque os seus genitais não são "normais" (París, 1993). Zwang (1990, p: 218) enquadra os sentimentos de culpa numa vulnerabilidade caracterial. A Sexualidade destes homens precisa, em todos os momentos, de uma caução moral. A fraqueza da personalidade do sujeito leva-o a valorizar apenas os aspectos negativos da Sexualidade e impede-o de viver em plenitude qualquer interacção sexual. Traduz-se, nomeadamente, por um medo constante de engravidar a sua parceira, por inibições injustificadas face à masturbação, por uma ausência de informação sobre a fisiologia da resposta sexual, por uma técnica sexual ineficaz e por uma deficiente comunicação física e verbal.

Autores como Gerrard (1987) destacam a responsbilidade mórbida do factor culpa na patogenia das Disfunções Sexuais ao perturbar os equilíbrios afectivos. A culpa surge nalguns casos como uma predisposição caracterial, pondo em confronto o comportamento individual, os valores e as crenças formuladas em torno da Sexualidade, prejudicando o ajustamento de cada indivíduo às suas práticas sexuais. A culpa espelha sempre o dilema intrapsíquico entre a sexualidade desejável e a sexualidade permitida, socialmente aceite. Os sentimentos de culpa, nesta perspectiva, remetem para a impossibilidade de pôr em prática um vasto número de fantasias sexuais. Giambra & Martin (1977) entrevistaram 277 homens, com idades compreendidas entre 20 e 65 anos, sobre o padrão da sua vida sexual e os conteúdos dos seus sonhos acordados. Os autores descobriram que, em geral, os indivíduos jovens fantasiam mais sobre temas sexuais que os homens idosos. A experiência sexual parece igualmente constituir um aspecto relevante. Assim, independentemente da idade, os homens com maior experiência sexual tendem a fantasiar mais que os homens menos experientes. Quanto aos conteúdos das fantasias sexuais Crépault & Couture (1980) indagaram 94 homens canadianos do Quebec. Cada indivíduo tinha que identificar, numa lista de 46 itens, quais as fantasias sexuais que costumava ter com regularidade durante o coito ou na masturbação. Os autores assinalam a variedade das fantasias que foram seleccionadas. Curiosamente, ou não, fantasias sexuais relacionadas com práticas pedofílicas, voyeurísticas e de violação surgiam, respectivamente, em 61%, 54% e 33% das respostas dadas.

Os sentimentos de culpa trazem consigo um medo crescente face à Sexualidade. Tudo o que evoque as questões sexuais desperta um profundo desconforto. Quase sempre

corresponde a um medo não assumido pelo homem disfuncional. Não admite senti-lo. Nalgumas situações trata-se de um medo inconsciente: conflitos psicológicos profundos, a insegurança pessoal, o medo de fracassar no acto sexual, o medo de não gostar da parceira, etc. Mas a repressão de uma força biológica, como a Sexualidade, transporta consigo consequências inevitáveis. A mais imediata será o aparecimento de sintomas ansiosos. Seja qual for a sua origem, a Ansiedade está sempre presente, como causa ou como consequência, na Disfunção Eréctil (Paris, 1993). As dificuldades em partilhar a intimidade com outra pessoa podem estar subjacentes ao medo à Sexualidade. O medo da intimidade, nalgumas pessoas, deriva de problemas psíquicos remotos, provavelmente de natureza traumática, consubstanciados ou não em medos incestuosos. A perturbação assinalável do ciclo da resposta sexual que daí resulta, acaba por provocar nomeadamente conflituidade conjugal, explícita ou camuflada. Nestas situações o prognóstico da Disfunção Eréctil é contingente e reservado. A incapacidade para partilhar com a pessoa amada as vivências sexuais e a afectividade, em geral, em situações específicas, tem na sua origem predisposições homo ou bissexuais, as Perturbações da Identidade de Género e os comportamentos sexuais bizarros (o fetichismo, o sadomasoquismo, etc) que obviamente vão interferir com a resposta eréctil em contexto heterossexual (Bancroft, 1989; Zilbergeld, 1992). As raízes do medo à intimidade em determinados homens encontram-se em desajustamentos psicológicos mais complexo, como acontece nas situações de heterofobia, o medo em relação ao sexo oposto, em que a ausência de competências relacionais, sexuais e sociais, impede um homem de se aproximar das pessoas do outro sexo, estabelecendo laços relacionais, cultivando a sedução e o enamoramento, criando com uma mulher em particular o envolvimento emocional necessário à intimidade sexual (Pasini, 1991).

Em certos homens o medo à Sexualidade interdepende de um sentimento de perda da atracção sexual, situação que constitui um dilema nem sempre de fácil resolução em qualquer intervenção terapêutica As causas evocadas para o item anterior também estão presentes neste aspecto. Influenciam-se mutuamente. A idade e as crenças que estão associadas à Sexualidade do indivíduo exercem nesta área um efeito bastante negativo (Gregoire & Pryor, 1993).

b) Homofobia e problemas de Identidade Sexual

Byer et al (1988) propuseram que a Homofobia (o medo de um determinado indivíduo ser conotado como Homossexual) e o sexismo (comportamentos relacionais com o outro sexo caracterizados por palavras, por gestos e por atitudes natureza misógena), afectam seriamente as relações heterossexuais. Tal passa pela limitação da liberdade emocional e da expressão quer dos afectos quer dos pensamentos ou dos comportamentos dependentes dos mesmos. O

indivíduo tem o receio de ser rotulado pelos demais. Por isso, evita expressar o que sente ou o que pensa sobre a sexualidade: a sua e a dos outros. É reconhecida a carga moral e até social que a palavra "homossexual" encerra. Para não se passar por "Homossexual" o sujeito é capaz de assumir relações afectivas ou de incorporar comportamentos que são incongruentes com a sua personalidade (Herek, 1984).

Wells (1991) entrevistou 134 estudantes universitários usando um questionário em que surgiam padronizados 15 comportamentos sexuais categorizados como específicos de uma orientação sexual ou não específicos de uma dada orientação sexual e como específicos ou inespecíficos de um determinado género. Os resultados revelam que os 133 estudantes que anuiram colaborar no inquérito eram sensíveis à rotulação dos comportamentos sexuais como sugestivos de uma orientação sexual e/ou específicos de um determinado género. Apelidar um indíviduo de homossexual ou de incongruente com os seus papéis sexuais suscitava nos inquiridos um mesmo grau de receio. O autor conclui que, nos relacionamentos heterossexuais, o receio dos intervenientes de se auto-avaliarem como desempenhando um comportamento sexualmente incorrecto ou inapropriado, empobrece a comunicação interpessoal e a expressão da sexualidade de cada um dos parceiros.

c) Visão negativa da Sexualidade e experiências traumáticas

A Sexualidade nasce da interacção entre os processos neurofisiológicos (genitalidade) e uma variedade muito grande de reacções com o meio circundante (incluindo as atitudes dos pais a propósito da Sexualidade). A Sexualidade das fases mais precoces do desenvolvimento individual é apenas uma das zonas de silêncio que marcou, sobretudo do ponto de vista social, a Sexualidade Humana, durante muito tempo, e que foi absorvida por osmose pelas famílias. O silêncio em torno da Sexualidade contribui para que a criança intua crenças irreais e medos. A curiosidade natural sobre as questões sexuais quando reprimida, favorece uma visão deturpada, desinformada, conotada com tudo o que há de malévolo ou de vergonhoso (Paris, 1993).

Uma atitude negativa face à Sexualidade, combinada com uma repressão das necessidades afectivas, sexuais e da confiança mútua, originam uma Personalidade egocêntrica, narcisista, carente e imatura que vivencia incorrectamente a Sexualidade, o que se pode expressar por comportamentos extremos como a violência sexual.

Muitos dos violadores:

* tiveram uma péssima educação sexual;

* assumem uma atitude negativa face ao sexo e, em particular, face ao (seus) genitais;

* não aceitam a envolvência erótica com outra pessoa, rejeição do contacto físico e da sensualidade.

*adoptam um comportamento sexual violento que não implica necessariamente a obtenção de orgasmo. Este facto sugere que o comportamento sexual violento mais do que um mecanismo agressivo de alívio das tensões sexuais, constitui a manifestação de uma perturbação de Personalidade (Cook & Howells, 1981).

Por outro lado, na literatura da especialidade, as experiências sexuais traumáticas, em fases precoces do desenvolvimento psico-sexual, têm sido apontadas como responsáveis pelo aparecimento durante a vida adulta, de um comportamento sexual disfuncional (Kinzl et al., 1995).

Nestas vítimas de experiências sexuais traumáticas, as dificuldades na área da Sexualidade interpenetram-se com outros problemas, apontando para uma desorganização psíquica mais intensa e profunda.

A pessoa passa a encarar a vida como uma ameaça latente. Por outro lado, em muitos casos, o doente revela-se um grande consumidor dos serviços de saúde, nomeadamente, internamentos hospitalares e intervenções cirúrgicas. Predominam as queixas sugestivas de somatização e de hipocondríase (Salmon & Calderbank, 1996).

É frequente encontrarmos queixas persistentes de perturbação do sono, do apetite, ideias obsessivas sobre a experiência traumática, dificuldades generalizadas de relacionamento interpessoal (evitando os compromissos relacionais e a proximidade afectiva) e diminuição da Auto-estima. Quando a experiência sexual traumática tem a ver com o abuso sexual e este é levado a cabo no seio da família biológica, a desorganização psíquica tem características altamente desestruturantes (Wherry et al., 1994).

Fromuth & Burkhart (1989) encontraram, numa amostra de estudantes universitários com antecedentes de abuso sexual, uma elevada frequência de práticas sexuais não-coitais, de Disfunção Eréctil e "*scores*" elevados indicando stress psicológico na "*Hopkins Symptom Checklist*".

3.1.2.5. A propósito da atribuição causal da Disfunção Eréctil

Uma área que tem merecido alguma atenção por parte dos investigadores refere-se às atribuições causais que os doentes fazem da sua Disfunção Sexual.

Ndetei & Wazome (1986) inquiriram 52 doentes, dos quais 48 do sexo masculino, em tratamento numa Clínica de Terapia Sexual e Familiar em Nairobi, sobre a origem das suas dificuldades sexuais. Na amostra masculina a Disfunção Eréctil era uma das patologias sexuais que mais mobilizava o doente, levando-o a marcar uma consulta e a procurar tratamento. Mais de 50% atribuiram a Disfunção Sexual a uma doença somática. Curiosamente, nenhum doente considerou que os factores psicogénicos poderiam ser relevantes. Segundo os autores, 9 doentes não tinham qualquer explicação para o sucedido e 14 responsabilizaram uma doença venérea pela Disfunção Sexual, 3 acreditavam que a masturbação estava implicada no problema sexual, 2 evocavam factores paranormais (o mau olhado e a magia negra) e 1 doente encontrava nos excessos da juventude uma causa para as suas maleitas. A atribuição causal, feita por cada um dos doentes, não recebeu apoio no estudo clínico levado a cabo para explicar a etiologia da respectiva Disfunção Sexual. Assim, a anamnese e os exames subsidiários comprovaram que em 90% dos casos a Disfunção Sexual era de origem psicogénica. A existência de patologia psiquiátrica foi diagnosticada em 42 doentes, geralmente Depressão ou Ansiedade. Dos indivíduos que estavam casados, 32 no total, 80% tinham problemas conjugais.

Kofoed & Bloom (1982) investigaram as atribuições causais que 35 doentes, dos quais 28 do sexo masculino, faziam da sua Disfunção Sexual: sobretudo dificuldades de erecção (78% dos casos). 30% dos doentes afirmaram desconhecer a etiologia da Disfunção Sexual. Para 12% dos doentes a abstinência sexual prolongada e/ou a doença da sua parceira estavam na origem do problema sexual. As restantes atribuições causais tinham a ver com:

- a idade do doente (12% dos casos);
- a Diabetes (9% dos casos):
- a existência de conflitos conjugais (9% dos casos).

Nenhum indivíduo com menos de 67 anos relacionou o factor idade ou a doença prolongada da esposa com a Disfunção Sexual. Kofoed & Bloom (1982) consideram que uma atribuição causal que escape ao controlo do indivíduo (doença da esposa, intervenção cirúrgica ou qualquer patologia médica, uma dada anormalidade anatómica) funciona como um factor protector, amortizando o sofrimento que o problema sexual acarreta. Em relação à solicitação de ajuda, 21% dos doentes desta amostra nunca tinham procurado tratamento de qualquer natureza, para a Disfunção Sexual, 67% tinham recorrido apenas ao seu Médico de Família e 4 doentes foram acompanhados por Terapeutas (*"counselors"*, no original) e por membros da Igreja. Para os autores, estes dados sugerem que os doentes que mais procuravam tratamento eram aqueles que mais acreditavam que uma intervenção/terapêutica médica seria fundamental na resolução do problema sexual.

3.1.2.6. Compreensão da etiopatogénese da Disfunção Eréctil Psicogénica

Qualquer tentativa de conceptualização da patogénese da D.E. essencialmente Psicogénica implica a aceitação da ideia de que este esforço reflexivo se articula em três níveis determinantes:

1. A compreensão do(s) mecanismo(s) etiopatogénico(s)
2. O conhecimento do papel desempenhado pelos factores psicossociais
3. Os ingredientes necessários à definição de uma estratégia terapêutica eficaz.

Levine & Althof (1991) propõem que a D.E. Psicogénica assenta em bases/mediações psicodinâmicas em que cada sintoma corresponderá a uma defesa adaptativa, algo que na estrutura psíquica de cada indivíduo impede ou bloqueia o seu corpo, que passa a não cooperar. O corpo ficará insensível à estimulação erótica. A origem deste sistema de bloqueio psíquico não é uniforme ou linear, cruzando-se em cada indivíduo causas próximas e causas remotas, causas visíveis e causas implícitas. Concretizando o seu modelo de análise da patogénese da D.E. Psicogénica, Levine & Althof (1991) assumem três dimensões que se interpenetram no desencadeamento dos vários sintomas que integram o quadro clínico:

1. A Ansiedade de excução;
2. Antecedentes de mudanças ou acontecimentos perturbadores na esfera existencial de cada indivíduo;
3. Vulnerabilidades nos processos de desenvolvimento pessoal.

Quando Masters & Johnson (1970) descreveram a Ansiedade de execução, o efervescente mas heterogéneo movimento das terapias sexuais daquela época adoptou este conceito como uma credível explicação etiopatogénica da D.E. Psicogénica. Todavia, dado que a Ansiedade de execução está presente em todos os momentos do ciclo da resposta sexual masculina não deverá ser encarada como um mecanismo específico, que por si só dê suporte à etiopatogenia da D.E. Psicogénica, mas, pelo contrário, afirma-se como a via final de um vasto e, nem sempre claramente definido, conjunto de fenómenos de natureza psicofisiológica (Wincze et al., 1980; Waynberg, 1994).

Já em 1927 Wilhelm Stekel havia alertado para a importância dos acontecimentos existenciais (*"life events"*), a vida do dia a dia, e dos conflitos que ocorrem nesta esfera da vida humana, na gestação das dificuldades eréctes. Acredita-se que as mudanças existenciais exercem uma acção disruptiva na Sexualidade masculina através de uma avaliação cognitiva incorrecta ou disfuncional dos acontecimentos conflituosos, a par de mecanismos de *"coping"* insuficientes ou pouco eficazes (Gregoire & Pryor, 1993).

O indivíduo evita confrontar-se com a natureza perturbadora e, mesmo até, conflituosa destes *"life events"* (ex: problemas conjugais, separação ou divórcio, morte da esposa ou de familiar íntimo, perda do emprego, doença no próprio ou na esposa, etc) os quais põem em causa os equilíbrios afectivos e produzem uma sensação incapacitante de perda de auto-controlo. O indivíduo vai fixar-se numa questão de falta de *performance*, não saber estar à altura das exigências do momento, reduz tudo a uma perda de confiança sexual (Levine & Althof, 1991).

Em contraste com a crescente expansão da literatura especializada sobre os mais recentes desenvolvimentos no plano do diagnóstico e do tratamento da D.E. (Jonas et al., 1991; Gregoire & Pryor, 1993), pouca atenção tem sido dada, relativamente à influência da mulher/parceira destes homens disfuncionais na patogenia da dificuldade sexual (Speckens et al., 1995). Em face de uma D.E. o papel da mulher nunca é neutro. A díada homem-mulher quando confrontada com uma Disfunção Eréctil vai ter alterações, os equilíbrios relacionais, afectivos e sexuais sofrem ajustamentos, nuns casos reforçando o padrão de relação prévia e, noutros casos, gerando o questionamento ou inclusivamente a ruptura da mesma (Schiavi et al., 1992).

Derogatis et al. (1977) foi o primeiro a introduzir o conceito de "parceiro investido", definido como o membro sexualmente sem problemas de um casal em que o outro elemento é portador de uma disfunção sexual. A equipa de investigadores coordenada por Derogatis acompanhou 48 "parceiros investidos". No caso de ser a mulher o parceiro investido aqueles autores constataram que estas mulheres evidenciavam um reportório muito restrito de actividades sexuais assim como um desejo sexual notoriamente menos intenso que o de outras mulheres da população em geral. Nelas, a taxa de prevalência de problemas sexuais era de 62%: anorgasmias primárias e secundárias, vaginismos, dispareunias e líbido diminuída, já mencionada anteriormente. Só em 8% dos casos é que os problemas sexuais das parceiras investidas precediam o surgimento da Disfunção Eréctil. Entretanto, estas mulheres mostravam níveis de stress psicológico inferiores aos das mulheres sexualmente disfuncionais e dos respectivos parceiros investidos (Derogatis & Meyer, 1979).

Renshaw (1988), num trabalho em que procurou caracterizar o perfil psicológico das mulheres parceiras investidas, chegou à conclusão que não era possível a separação clara entre casais com um estilo conflituoso e outros sem um estilo conflituoso de relacionamento interpessoal. Mas constatou que 15% dessas parceiras investidas mantinham ou tiveram no passado experiências de relacionamento extramatrimonial.

Speckens et al. (1995) testando a impacto dos conflitos conjugais no homem com Disfunção Eréctil, seleccionaram 209 homens com D.E. em tratamento na Clínica Urológica (84,4%) ou na Clínica de Disfunções Sexuais (16,6%) do Hospital Universitário de Leiden (Holanda), no período compreendido entre Abril de 1985 e Novembro de 1988, e fizeram uma avaliação clínica sistematizada, quer dos homens disfuncionais (história clínica e exames

subsidiários que permitiram o seu agrupamento em duas categorias diagnósticas: D.E. orgânica e D.E. não-orgânica), quer das respectivas companheiras:

em relação ao funcionamento sexual, caracterizado através da versão para a parceira sexual do *Leiden Impotence Questionnaire* (L.I.Q.);

a informação em relação aos sintomas psicológicos foi quantificada usando a *Symptom Check List-90* (S.C.L.-90);

a informação sobre a apreciação organizada, dos pacientes e das suas parceiras, fazem sobre os principais mitos da sexualidade masculina temas como por ex: a "performance", a necessidade da erecção para a satisfação sexual, os homens não deverão expressar as suas emoções, etc, foi obtida mediante a aplicação *do Sexual Myths Questionnaire.*

Os autores procuraram examinar as possíveis diferenças no padrão de respostas (em áreas específicas como: conflitos conjugais, co-existência de disfunções sexuais femininas, indícios de psicopatologia e crença nos mitos sexuais masculinos) das parceiras investidas de homens com dois tipos de D.E.: orgânica e não orgânica. Aos autores interessava saber em que medida essas áreas específicas contribuíam para o aparecimento ou para a persistência no tempo da D.E. nos indivíduos do grupo não-orgânico. Os resultados revelaram que 67% das parceiras investidas nos casos de D.E. não-orgânica confirmaram a existência de tensão na sua relação conjugal (47% no grupo orgânico), 42% tiveram pensamentos ou, mesmo até, procuraram ter aventuras extramatrimoniais (15% no grupo orgânico), 30% das mulheres de indivíduos com D.E. não-orgânica chegaram a colocar a hipótese da ruptura matrimonial (13% no grupo orgânico). Os autores não conseguiram provar o efeito predictivo da conflituidade conjugal no aparecimento da D.E.. No entanto, a elevada prevalência de problemas relacionais no grupo não-orgânico de algum modo indicia que, em algumas situações, a disfuncionalidade marital favorecerá ou precipitará a disfunção sexual masculina ou, pelo menos, ambas convivem num contexto de complexos problemas psicológicos. A inibição do desejo sexual surgia com mais frequência no grupo orgânico (65% versus 39%), o declínio do desjo sexual após a manifestação da D.E. foi mais perturbador no grupo orgânico (48% versus 32%). No grupo orgânico foi mais intensa a quebra na frequência de relações sexuais pós-D.E.: 59% => 39% (no grupo não-orgânico: 59% => 55%). No grupo não-orgânico a taxa de vaginismo antes do aparecimento da D.E. foi de 35% (13% no grupo orgânico) e após o aparecimento da D.E. foi de 24% (15% no grupo orgânico). Curiosamente, nos dois grupos em estudo, a prevalência de Dispareunia revelava também uma tendência a diminuir após o aparecimento de D.E.: no grupo não-orgânico passou de 34% para 22% e no grupo orgânico passou de 16% para 15%. Com base nos resultados da SC.L.-90 não se provou que as parceiras investidas dos homens com D.E. não-orgânica teriam mais queixas da esfera psicopatológica. A mesma conclusão foi retirada quanto ao *Sexual Myths Questionnaire*.

No tocante às vulnerabilidades individuais, estes factores etiológicos da D.E. Psicogénica podem ser interpretados à luz do pensamento psicodinâmico e envolvem todas as razões pelas quais os conflitos existênciais e todas as atribulações do normal desenvolvimento psíquico são poderosas a ponto de afectarem e desregularem a Sexualidade masculina. Costumam ser apresentadas como "impedimentos no normal desenvolvimento da identidade sexual" (problemas na identidade de género), como "insucessos nas tarefas do desenvolvimento individual", como "questões edipianas não resolvidas", como "deficiências no *self* produzindo vulnerabilidades na auto-estima", como "dificuldades na aprendizagem social", como "transferência" ou como vestígios ou actualizações de experiências remotas de abandono pelos familiares, de violência física e de abuso sexual (Levine & Althof, 1991).

3.1.2.7Conclusões

1) Os trabalhos que se debruçam sobre as taxas de prevalência da D.E. padecem, na sua maioria, de alguns erros metodológicos, para os quais importa chamar a atenção:

* Erros de amostragem: nem sempre a amostra seleccionada é representativa dos diferentes grupos da população. A estratificação da amostra, contemplando os seus factores determinantes como é o caso da idade (Kinsey et al., 1948), da educação (Gebhard & Johnson, 1979), do estado civil dos doentes (Kinsey et al., 1948), ajuda a ultrapassar tal dificuldade. Constituindo as Disfunções Sexuais um fenómeno com um enorme impacto social (esteriótipos, mitos, etc) não é de admirar que muitos homens se furtem a responder a questionários de rua ou quaisquer outros que não salvaguardem a privacidade e confidencialidade das respostas (Rosenthal & Rosnow, 1984).

* Técnicas de avaliação: quer os questionários de auto-resposta quer as entrevistas têm sido usadas como procedimento de avaliação. Se a principal vantagem dos questionários tem a ver com o anonimato das respostas, no caso das entrevistas tira-se partido de um procedimento mais dirigido, mais detalhado e, talvez, mais rigoroso de obter a informação. Em relação a estas últimas, importa reter que sua a fiabilidade e a sua validade podem ser bastante contingentes. Kinsey et al. (1948, 1953/1972) foram dos poucos investigadores a preocuparem-se com esta questão. No tocante aos instrumentos de auto-resposta, também raros autores dedicaram alguma atenção ao estudo das suas características/propriedades e do seu valor científico num terreno tão complexo como é o da epidemiologia sexológica, o que empobrece significativamente a sua aplicação sistematizada (LoPiccolo, 1994).

* Conceitos operacionais: um julgamento clínico superficial ou a apreciação sociocultural tende em muitos estudos, a sobrepor-se à necessidade de objectividade científica. A título de exemplo cite-se o uso ainda generalizado do termo *"impotência"* em vez do conceito de Disfunção Eréctil. Nem sempre os autores clarificam os

respectivos critérios de diagnóstico ou assumem as situações de co-morbilidade em que coexistem distintas disfunções sexuais. Chegam a ser empregues designações equívocas como "por vezes" ou "ocasionalmente" (Athanasiou et al., 1970).

* Taxas de incidência: os estudos epidemiológicos sobre a D.E. têm vindo a aumentar, de forma assinalável, nas últimas décadas mas incidem quase exclusivamente sobre a prevalência da doença. Muito embora os estudos de prevalência ajudem os serviços de saúde a racionalizar a sua capacidade de resposta técnica e humana, as taxas de incidência poderiam contribuir para uma apreciação realista da dimensão e do impacto da doença nas comunidades humanas, dando uma ideia das mutações temporais do número de casos de D.E.. Rareiam os estudos longitudinais e as meta-análises, o que empobrece bastante o campo da investigação científica da D. E. (Spector & Carey, 1990).

2) O diagnóstico desta Disfunção Sexual não se correlaciona com a idade. A D.E. não é uma consequência inevitável do envelhecimento fisiológico, apesar da sua prevalência aumentar com a idade (NIH, 1993). Mesmo em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 40 anos podemos encontrar uma Disfunção Eréctil e com etiologias muito variadas. Donatucci & Lue (1993) demonstraram num universo de 100 homens com D.E., cuja média de idades era 32.2 anos, que as etiologias mais frequentes se distribuiam da seguinte forma:

- D.E. vasculogénica (71%);
- D.E. psicogénica (13%);
- D.E. neurogénica (12%);
- Outras causas (4%).

3) A frequência actual de relações sexuais num homem disfuncional é determinada pela experiência prévia, ou seja, o padrão dominante de actividade sexual antes da Disfunção Eréctil se instalar e a importância que é conferida à Sexualidade na vida corrente.

4) O sofrimento afectivo que o problema eréctil acarreta ao indivíduo, manifesta-se sob a forma de queixas ansiosas e/ou depressivas que suscitam mal estar/desconforto individual e relacional. Além disso, e vendo o problema em sentido inverso, são frequentes as situações prévias de natureza ansiosa ou depressiva que conduzem à Disfunção Eréctil. Mesmo os homens sem qualquer história de D.E. podem ficar em pânico quando "falham" pela primeira vez, em termos de capacidade eréctil.

Por conseguinte, as emoções nas suas diferentes matizes devem ser avaliadas como resposta ou como causa de DE: *"...a two-way process"* (Kaplan, 1987; Bancroft, 1989, Gregoire

& Pryor, 1993, pp:130-148). As alterações do humor, nomeadamente a Ansiedade e a Depressão, constituem um factor de risco e produzem uma vulnerabilidade pessoal sempre que é necessário enfrentar uma Disfunção Sexual.

Na quase totalidade dos textos sobre DE a Ansiedade é apresentada como um factor etiológico de primeira ordem, dado que seria capaz de bloquear a resposta sexual (Patterson & O`Gorman, 1986; 1990).

As manifestações ansiosas sejam quais forem, produzem uma activação do S.N.A. e impossibilitam a primeira fase da activação sexual. O papel central da Ansiedade na patogenia sexual deve-se à sua interferência nos mecanismos de activação autónoma e a nível dos mecanismos perceptivos.

Torna-se cada vez mais necessário conhecer os factores causais da ansiedade no contexto da sexualidade. Assim, a Ansiedade pode atribuir-se ao:

*Medo de falhar;

*Medo de não corresponder às exigências da parceira;

*Medo de perder o controlo;

*Medo causado pela intensidade das sensações experimentadas durante o orgasmo;

*Medo de contraír uma doença venérea.

A Ansiedade de execução é provavelmente a causa mais frequentemente associada com as dificuldades eréctеis situacionais ou temporárias e, nalguns casos, o ciclo Ansiedade ⇔ "falhanço" ⇔ mais Ansiedade, pode gerar uma incapacidade sexual extremamente complexa e de difícil resolução terapêutica.

Com base nos trabalhos clínicos e laboratoriais dos últimos 20 anos, sobre o papel da Ansiedade na D.E., é possível concluir que a Ansiedade não interfere de forma indiscriminada em todas as situações, seja o indivíduo saudável ou portador de uma Disfunção Eréctil. A exigência de performance sexual em si mesma, não inibe necessariamente e em todas as situações a resposta sexual masculina nos indivíduos saudáveis. Mas a partir do momento em que surge uma primeira experiência de fracasso sexual, a Ansiedade de performance passa a exercer um efeito desestruturador, numa cadeia de acontecimentos incontroláveis para o indivíduo disfuncional, qual círculo vicioso: instala-se o receio de voltar a falhar que, por seu turno, tende a aumentar exponencialmente a Ansiedade actual e origina Ansiedade antecipatória, num crescendo de insatisfação e de auto-desvalorização (Strassberg et al., 1990).

A Depressão pode estar na origem e coexistir ou resultar da própria D.E., fruto das múltiplas experiências de fracasso sexual, de auto-desvalorização pessoal e de expectativas negativas sobre as suas capacidades pessoais.

Muitas das vezes, Depressão e D.E. co-existem e relacionam-se no tempo. É sabido que a Depressão actuando centralmente, mediada pelas mono-aminas cerebrais, acaba igualmente por interferir no impulso sexual e na fisiologia da resposta eréctil. A um outro nível, a utilização dos anti-depressivos pode exercer um efeito nefasto sobre a capacidade eréctil.

A complexa simbiose entre a Depressão e a D.E. constitui um obstáculo a ter em conta em qualquer consulta de Sexologia Clínica.

5) Os problemas relacionais no casal podem desempenhar um papel disruptivo na interacção sexual e constituir-se em factor causal da D.E. Retendo a importância da correlacção insatisfação conjugal/Disfunção Sexual e insatisfação sexual/Disfunção Sexual, e tendo presente a auto e a hetero-avaliação de cada um dos parceiros, importa equacionar todos os factores (individuais e inerentes à díada homem/mulher) que participam neste complexo processo psicopatogénico (McCabe, 1994).

6) Por trás de um diagnóstico inicial de D.E. Psicogénica podem encontrar-se outras situações clínicas, induzindo em erro quem está a efectuar o diagnóstico. A aversão ao relacionamento sexual, por conflituidade conjugal não explícita ou quaisquer outros motivos de natureza relacional (Kaplan, 1979) e a inibição do desejo sexual (Levine, 1987), são exemplos de patologias do foro sexual que se podem manifestar como D.E..

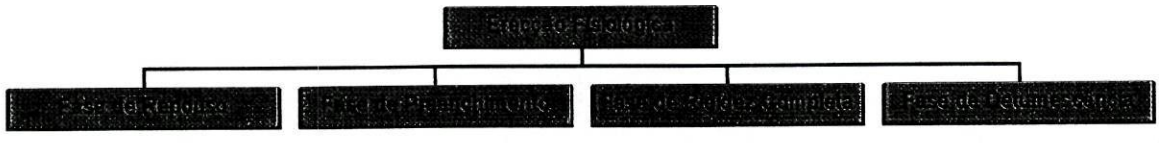
7) Não é possível estabelecer, de forma inequívoca, uma relação de causa/efeito entre as duas variáveis (experiência sexual traumática e Disfunção Sexual), sobretudo, devido a dificuldades de natureza metodológica. A maior parte dos trabalhos evidenciam problemas/incoerências na selecção dos sujeitos estudados e na definição dos grupos de controlo (McConaghy, 1993, p: 250). Assinala-se igualmente a ausência de estudos longitudinais, que permitam aferir o peso relativo dos vários factores psicossociais em análise na etiopatogenia da D.E.

8) Apesar da controvérsia em torno do conceito de D.E. Psicogénica e do papel da Ansiedade na etiologia desta Disfunção Sexual, o trabalho de Heimberg & Barlow (1991) aponta para uma associação específica da Ansiedade com a D.E. Psicogénica, concebendo esta categoria clínica como uma forma de Fobia Social. Os indivíduos com D.E. Psicogénica estariam dotados de processos cognitivos distintos, o que explicaria por que é que em contexto laboratorial os mesmos estímulos ansiógenos teriam consequências inversas nos sujeitos com D.E. e nos homens com bom funcionamento sexual.

3.2. Causalidade orgânica e iatrogénica da Disfunção Eréctil: alguns factores intervenientes

Num indivíduo saudável a erecção é o balanço equilibrado entre um componente psico-neuro-endócrino e um componente neurovascular. A erecção fisiológica comporta 4 fases, como esquematizamos na próxima figura:

Figura 3



A Fase de Repouso é caracterizada pela ausência de impulsos centrais. Apenas uma pequena quantidade de sangue penetra os corpos cavernosos devido à elevada resistência das arteriolas penianas e dos músculos lisos cavernosos.

Na Fase de Prenchimento dá-se um aumento do fluxo sanguíneo. A pressão intracavernosa começa a elevar-se depois dos espaços sinusoidais estarem, em parte, preenchidos.

Na Fase de Rigidez Completa ocorre um bloqueio do retorno venoso. A expansão e o alongamento do pénis são máximas nesta fase que é observada com frequência nas erecções nocturnas, na masturbação e durante o coito.

O que domina a Fase de Detumescência é o esvaziamento dos corpos cavernous, o fluxo de sangue venoso aumenta e o fluxo de sangue arterial, pelo contrário, diminui (adaptado de Pimenta & Moreira, 1987, p: 206; Lue, 1991, pp: 46-47).

Por conseguinte, a erecção masculina requer sempre os seguintes requisitos fisiológicos:

① Uma impregnação hormonal satisfatória (os valores séricos da Testosterona devem ser superiores a 300 ng./100 ml.).

② Abolição permanente do tónus muscular, diminuindo a pressão intracavernosa e facilitando a passagem preferencial do sangue para as artérias helicinas.

③ Integridade do eixo neurológico do cérebro ao pénis e do Sistema Nervoso Autónomo. Importantes descobertas têm vindo a ser feitas esclarecendo o papel da neurotransmissão (central e periférica) na resposta eréctil. Para além da Acetilcolina e de outros "mensageiros" não-adrenérgicos não colinérgicos (N.A.N.C.) tem-se dado um destaque particular ao Óxido Nítrico. Este neurotransmissor é o último de uma longa cadeia. É-lhe reconhecida uma potente acção vasodilatadora. Actua intracelularmente aumentando os níveis de Guanosina Monofosfato cíclica (cG.M.P.), activando o relaxamento do músculo liso e a resposta eréctil (Holmes et al., 1997).

④ Funcionalidade do tecido eréctil e dos sistemas arterial e venoso (Requixa, 1987, p: 46).

É de salientar que o mecanismo veno-oclusivo cavernoso depende da integridade do mecanismo de neuro-controlo local, que inclui a formação de óxido nítrico, do músculo liso corporal, do endotélio lacunar e da normal compliance das trabéculas fibro-elásticas (Moreira, 1997, p: 114).

Todas as alterações que ocorram num dos níveis anteriormente assinalados pode determinar um quadro de Disfunção Eréctil (D.E.).

Sumariando, é possível adiantar que diversas causas orgânicas têm sido evocadas para a Disfunção Eréctil, sendo as mais importantes relacionadas com a patologia endócrina, neurológica, arterial e a patologia dos corpos cavernosos .

O peso relativo das perturbações endócrinas dentro das causas orgânicas é variável, entre um valor mínimo de 3% e um valor máximo de 18% (Gndin, 1989) .

Qualquer doença que afecte o fluxo arterial do eixo hipogastro-pudendo tem reflexos na funcionalidade da erecção, sabendo-se que as artérias penianas, tal como as artérias coronárias ou as artérias cerebrais são vasos de alto risco. A H.T.A., a dislipidémia, o tabagismo e a Diabetes Mellitus são responsáveis por lesões vasculares que provocam uma significativa diminuição do fluxo arterial (Rolo, 1996).

Também desde os trabalhos de Wagner (1979) que sabemos que os fenómenos de fuga ou desvio do sangue venoso dos corpos cavernosos, por falência do mecanismo veno-oclusivo, são responsáveis por 14-54% de todos os casos de D.E..

Sendo a erecção um fenómeno vascular mediado através do controlo nervoso da musculatura lisa dos corpos cavernosos, compreende-se a importância do Sistema Nervoso Autónomo na etiologia da Disfunção Eréctil. A D.E. representa um inegável sofrimento para os

portadores de doença crónica, onde a etiopatogenia neurológica possa estar presente, como na Diabetes Mellitus, na Esclerose Múltipla, na patologia medular traumática, nas simpaticectomias lombares, nas cistectomias, nas linfadenectomias lombo-aórticas, nas prostectomias radicais, nas amputações abdomino-perineais, na cirurgia da uretra, etc. (Rolo, 1996).

Factores iatrogénicos, medicamentos e substâncias adictivas, também são causas de D.E. (Gregoire & Pryor, 1993).

Sistematizando, diremos que as patologias orgânicas perturbam a Sexualidade humana mediante dois mecanismos fundamentais: uma acção directa e uma acção indirecta.

↳ Uma influência directa:

a patologia orgânica impede a normal manifestação da Sexualidade.

↳ Uma influência indirecta:

a doença ocasiona perturbações emocionais que afectam a satisfação/concretização sexual;

o tratamento (medicamentoso ou cirúrgico) apresenta consequências negativas para o exercício da Sexualidade (Lopes, 1993; p: 182).

Procuraremos de imediato, destacar e aprofundar os principais factores/variáveis orgânicos e iatrogénicos, que a literatura da especialidade aponta como responsáveis, pelo aparecimento e pela manutenção da Disfunção Eréctil.

3.2.1. A responsabilidade da Testosterona

Os esteróides sexuais desempenham um papel primordial na regulação hipotalâmica da resposta sexual. Assim, uma diminuição do nível circulante de Testosterona aumentará a libertação da Hormona Libertadora de Gonadotropina (GnRH) a partir do Hipotálamo, que, por sua vez, aumenta a secreção de Hormona Luteinizante (L.H.) e de Hormona Folículo-Estimulante (F.S.H.) a partir da Hipófise anterior. A LH e a FSH aumentam a produção de Testosterona nos testículos, que então diminui a secreção de GnRH pelo Hipotálamo, completando assim o ciclo de *feed back* (Gregoire & Pryor, 1993).

Desde longa data que a Testosterona é considerada como um protagonista biológico essencial na etiopatogenia da D.E.. Há séculos que a remoção iatrogénica dos testículos (acidental, traumática ou como forma de sanção violenta) aparece associada a uma séria afectação do normal funcionamento da sexualidade masculina (McConaghy, 1993). Os trabalhos do fisiologista Brown-Sequard marcaram uma etapa muito importante na compreensão da biologia da sexualidade humana ao identificar o efeito mediador da testosterona nos comportamentos ditos viris. Davidson et al. (1982) provaram que a administração de Testosterona pode ajudar a minimizar os quadros clínicos de hipogonadismo ao melhorar, segundo estes autores, a líbido, a *potência* eréctil, a capacidade ejaculatória e a frequência copulatória. Davidson et al. (1982) avançaram com um mecanismo explicatório para a acção da Testosterona, ignorado por outros investigadores: a Testosterona seria capaz de interferir, directa e indirectamente, na erecção masculina através da manutenção da líbido e da capacidade ejaculatória. Presume-se que os níveis séricos de Testosterona passíveis de assegurar o interesse pela actividade sexual oscilarão de homem para homem, ainda que se convencione que a amplitude sérica normal da Testosterona vai de 3-10 ng/ml. Tendo como referência estes valores, Takefman & Brender (1984) num universo de 15 homens com Disfunção Eréctil e sem alteração nos níveis normais de Testosterona, encontraram níveis desta hormona mais baixos, ainda que dentro do padrão da normalidade, em 7 dos doentes, sendo este o grupo dos que não responderam favoravelmente aos tratamentos psicológicos. Os 8 restantes beneficiaram positivamente com aquele tipo de tratamento e apresentavam níveis hormonais um pouco mais elevados.

Schiavi et al. (1988) testando a operacionalidade do papel Testosterona nos comportamentos sexuais, compararam 26 homens portadores de um quadro de hipogonadismo com 52 indivíduos sem esse problema. Chegaram à conclusão de que não existiam correlações indiscutíveis entre os níveis séricos de Testosterona e a frequência de actividade sexual. O valor sérico da Testosterona, aferido dentro dos limites normais, aparecia negativamente relacionado com a idade da primeira relação sexual e positivamente relacionado com o número de parceiros sexuais, o envolvimento extramarital e os comportamentos sexuais não convencionais. Se nos indivíduos com valores séricos de Testosterona dentro dos limites normais a acção estimulante da sexualidade por parte da Testosterona é pouco consistente (McConaghy, 1993), acredita-se que nas situações de anormalidade dos valores séricos, devido a patologias hormonais (ex: tumores da hipófise ou nos casos de atrofia testicular) a administração exógena de Testosterona exerce um efeito que não é meramente placebo. A prová-lo, Davidson et al. (1982) trataram 6 indivíduos com Hipogonadismo, tendo todos eles os níveis de Testosterona abaixo de 1.5 ng/ml (os limites normais para este ensaio foram: 3-10 ng/ml). Cada doente recebeu dois tipos de injecções: de substâncias placebo e de Testosterona (em dosagens de 100-400 mg). No final, 5 dos 6 doentes registaram um significativo incremento na frequência de erecções e na intensidade do orgasmo. Os resultados eram dependentes da dose aplicada. Também Salminies et al. (1982) defendem que, nos

homens com Hipogonadismo, a Testosterona poderá condicionar positivamente a frequência de erecções e o número de ejaculações.

Segraves et al. (1983) atrevem-se a generalizar, afirmando que os níveis de Testosterona influenciam o interesse sexual, quer em indivíduos saudáveis, quer em indivíduos com disfunção eréctil. Uma questão permanece por resolver e tem a ver com o papel específico da Testosterona: em que medida as baixas dosagens de Testosterona no soro interferem reduzindo apenas o interesse sexual ou também interferem na *potência* eréctil?

McConaghy (1993) demonstrou que a aplicação intramuscular de um supressor dos androgénios, como é o caso da medroxiprogesterona, reduz em cerca de 30% os níveis séricos de Testosterona. Na sua amostra de 16 indivíduos submetidos a semelhante prova terapêutica, estes autores encontraram 14 homens que se queixavam de uma redução no interesse sexual não acompanhada por uma diminuição na qualidade das erecções. Dois indivíduos reportaram dificuldade em manter a erecção e tal facto estava associado a uma redução até 16% ou mais, dos níveis de Testosterona pré-tratamento.

Por seu turno, Davidson et al. (1982) demonstraram que em indivíduos castrados ou com hipogonadismo a função sexual pode manter-se parcialmente preservada em contextos experimentais (capacidade de resposta eréctil após o visionamento de vídeos eróticos), quando comparados com um grupo de indivíduos sem dificuldades sexuais ou quando se adopta como termo de comparação a resposta eréctil de cada um destes doentes após um tratamento com Testosterona. Davidson e colegas concluem que as erecções que ocorrem em condições de anormalidade hormonal (redução da Testosterona sérica), requerem uma acrescida estimulação sensorial (ex: visual), não estão associadas com a presença de sensações genitais de satisfação sexual e tal facto será interpretado pelos indivíduos castrados ou com hipogonadismo como um sinal de mau funcionamento sexual, responsabilizando a erecção por essa anomalia.

3.2.2. Alterações da Tiróide e Hiperprolactinémia

Num trabalho realizado por Spark et al. (1980) dois dos 37 indivíduos com perturbações hormonais e Disfunção Eréctil (D.E.) apresentavam valores elevados de Testosterona e de T3 e T4 (neste caso consistentes com o diagnóstico de Hipertiroidismo), tendo ambos revertido após um tratamento hormonal à disfuncionalidade da tiróide. Spark et al. (1980) concluem que ao Hipertiroidismo não deve ser atribuida a responsabilidade do aparecimento da D.E. e justificam o acréscimo verificado nos níveis de Testosterona com base num aumento na produção da *"protein testosterone-binding globulin"* que ocorre no Hipertiroidismo. A hipertestosteronémia poderia funcionar como um marcador bioquímico de uma desregulação oculta no funcionamento da tiróide. A um outro nível, na amostra de Spark et al. (1980) 7 dos 37 elementos com D.E. tinham valores séricos subnormais de Testosterona e hiperprolactinémia (HPRL). Buvat et al. (1985), argumentam, ao contrário de Spark et al.

(1980), que a interdependência existe entre potência eréctil e prolactina e não tanto entre potência eréctil e Testostosterona, pois, a D.E. nestes doentes só melhora com a administração de bromocriptina. Esta recuperação não é tão evidente nem imediata com a administração de Testosterona e a regularização dos valores séricos desta hormona.

3.2.3. A Diabetes Mellitus

A prevalência da Disfunção Eréctil (D.E.) nos doentes diabéticos varia muito. Slag et al. (1983) apontam um valor próximo dos 9%, enquanto que Buvat, Lemaire et al. (1985) avançam com um número muito mais elevado: 50% dos homens com mais de 10 anos de doença metabólica. Já mais recentemente, Lim & Ng (1992) trataram 313 indivíduos na Clínica de Disfunções Sexuais do Hospital Toa Payoh (Singapura), num período de dois anos, dos quais 227 tinham uma D.E. em que as causas eram de natureza orgânica e 86 de natureza psicogénica. Dentro do subgrupo orgânico, a Diabetes Mellitus e as doenças vasculares assumiam a responsabilidade por 81% das D.E. Hakim & Goldstein (1996) calculam que globalmente a prevalência de D.E. na Diabetes Mellitus pode chegar a 75%.

Ultrapassando a precaridade dos números, importa ressaltar que a Diabetes é talvez o quadro orgânico que mais aparece associado à Disfunção Eréctil (Gomes, 1981). Este autor refere-se à experiência de Masters & Johnson (1970), que encontraram uma prevalência de Diabetes nos homens com D.E. de 200 a 300% superior à da população geral.

A D.E. na Diabetes Mellitus não escolhe idades. Klein et al. (1996) calcularam a prevalência da D.E, numa amostra da população de Wisconsin (U.S.A.), tendo por base os relatos dos próprios doentes diabéticos. Seleccionaram 365 diabéticos insulino-dependentes, tendo a patologia uma evolução nunca inferior a 10 anos e cuja idade não ultrapassava a 3ª década de vida quando a doença foi diagnosticada. Constataram que a prevalência de D.E. era maior com o aumento da idade: 1.1% na faixa etária 21-30 anos, até 47.1% nos diabéticos com idade igual ou superior a 43 anos ($p<0.0001$). Aumentava igualmente com o tempo de evolução da doença ($p< 0.0001$). A D.E. aparecia associada com a presença de retinopatia diabética, com a história de neuropatia periférica, com antecedentes de amputação de um dos membros, com cardiopatia, com a utilização de fármacos antihipertensores, entre outros aspectos clínicos.

Nalguns casos, a D.E. representa a primeira manifestação clínica de uma Diabetes Mellitus. A prová-lo está o trabalho realizado por Deutsch & Sherman (1980) aplicando um Teste de Hiperglicemia em 58 doentes com D.E. Secundária, em 63 indivíduos com função eréctil normal e em 69 pacientes com Ejaculação Prematura. Nenhum destes indivíduos apresentava sinais clínicos de Diabetes. Através de semelhante exame tornou-se possível

identificar a Diabetes em 12,1% dos doentes com D.E. Secundária. Em nenhum dos outros indivíduos participantes na experiência se diagnosticou a doença metabólica (p<0, 001).

A etiologia da D.E. no homem diabético é complexa e certamente multifactorial. Para explorar os factores clínicos com relevância na etiologia da D.E., Bancroft & Gutierrez (1996) compararam 59 homens diabéticos e com D.E. com um grupo de doentes com D.E. mas sem Diabetes. Em ambos os grupos a líbido mantinha-se sem alterações mas correlacionava-se negativamente com a idade no grupo diabético e 29% dos diabéticos evidenciavam uma Tumescência Peniana Nocturna (T.P.N.) satisfatória, apontando para uma provável causalidade psicogénica neste subgrupo. No entanto, no grupo de indivíduos com Diabetes, a resposta eréctil após aplicação de uma injeção intracavernosa de PGE1 foi positiva, sobretudo entre aqueles doentes que apresentaram alterações na T.P.N.

Buvat et al. (1985) consideram que o problema sexual não é uma consequência de um deficiente controlo clínico da Diabetes. Jensen (1981), na mesma linha de Buvat et al. (1985), numa série de 26 diabéticos insulino dependentes não encontrou quaisquer anormalidades hormonais como factor causal da D.E. destes doentes. A existência de uma redução de 43% no fluxo urinário dos diabéticos com D.E., quando comparados com diabéticos sem D.E., levaram Jensen (1981) a sugerir que a D.E. num homem diabético dever-se-á a uma conjugação de factores psíquicos e somáticos:

1. Uma reactividade emocional exagerada, fruto da própria história natural da doença.

2. Uma neuropatia periférica, com um comprometimento específico da região pélvica. A presença de uma bexiga neurogénica (resíduo vesical e distensão vesical) evoca uma lesão no Sistema Nervoso Autónomo (S.N.A.: centros parassimpáticos medulares) e ilustra a estreita interdependência existente entre as funções sexual e urinária. Moreira (1997, p: 158) assinala que a neuropatia autonómica da Diabetes associa-se, em cerca de 20% das situações, a uma neuropatia periférica e a alterações do tempo de latência do reflexo bulbo-cavernoso e da condução do nervo sagrado.

3. Uma microangiopatia que provoca uma diminuição significativa do lúmen das artérias, reduzindo-lhes o fluxo sanguíneo necessário à erecção.

Segundo Waynberg (1994; p: 27) o início da D.E. no diabético é insidioso e após os primeiros episódios de dificuldade de erecção, o curso da doença é progressivo e irreversível. Esta evolução é independente dos equilíbrios glicémicos e do tratamento adoptado. Este autor reforça a ideia de que a angiopatia, na sua forma ateromatosa, impedindo o aporte sanguíneo aos corpos cavernosos, e a neuropatia, hipotecando a funcionalidade dos nervos periféricos e do S.N.A. prefiguram-se como passos importantes na patogenia orgânica da D.E. do diabético. Todavia, não é a angiopatia em si mesma que é específica do diabético com D.E. mas a precocidade com que se manisfesta, citando Waynberg (1994; p: 27):

"(...) mesmo quando jovem o diabético está sobreexposto ao risco de uma claudicação intermitente da erecção".

3.2.4. Hipogonadismo e D.E.

A desregulação hormonal testicular pode ser causada por qualquer anormalidade no eixo hipotálamo-hipófise-gónadas. Fala-se em Hipogonadismo Primário quando se verifica um defeito a nível testicular caracterizado por uma elevação sérica de L.H. e/ou de F.S.H. (Hipogonadismo Hipergonadotrófico). Face à falência testicular, em termos hormonais, o eixo Hipotálamo-Hipófise vai reagir através de uma elevação das gonadotropinas.

O Hipogonadismo Secundário é definido como um defeito no patamar Hipotalámico e Hipofisário tendo como consequência baixos níveis séricos de L.H. e F.S.H., assim como de Testosterona (Hipogonadismo Hipogonatrófico) (McClure & Marshall, 1994, p: 259).

As perturbações no Hipotálamo ou na Hipófise aparecem isoladamente (Hipogonadismo Hipogonatrófico) ou integram uma alteração hormonal mais generalizada (ver Quadro nº 12).

Quadro 12

Anormalidades na Função Hipotalámica-Hipofisária

1. Síndrome de Kallmann (deficiência de L.H.-F.S.H.)
2. Deficiência isolada de L.H.
3. Síndromes Hipogonadotróficos Congénitos (Sind. Prader-Willi, Sínd. Laurence- Moon-Biedl)
4. Panhipopituitarismo Prepuberal Idiopático

(adaptado de McClure & Marsall, 1994 p: 260)

Desafortunadamente, a maioria dos doentes com Hipogonadismo Primário padecem de uma falência testicular severa e irreversível, necessitando de ser tratados com uma terapêutica de substituição hormonal.

Citam-se como as principais anomalias Gonadais Primárias as seguintes (ver Quadro nº 13):

Quadro 13

Perturbações Gonadais Primárias

1.	Anormalidades Cromossómicas
2.	Anorquia Bilateral
3.	Toxicidade Iatrogénica (radiações, drogas, fármacos)
4.	Lesões Traumáticas
5.	Doença Sistémica (renal, hepática, etc)

(adaptado de McClure & Marsall, 1994, p: 261)

3.2.5. A Disfunção Eréctil vasculogénica

Na fase de excitação sexual, nos corpos erécteis, os fenómenos vasculares desenrolam-se em três etapas distintas:

❶ Relaxamento da musculatura lisa: que marca o início da erecção. É marcada pela inibição do tónus α-adrenérgico e pela activação do sistema peptidérgico - Polipeptídeo Vaso-intestinal (VIP).

❷ Vasodilatação arterial com aumento do afluxo sanguíneo;

❸ Bloqueio do retorno venoso. Processa-se através do relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos, da oclusão dos vasos eferentes dos *shunts* arterio-venosos extracavernosos, da compressão das veias circunflexas pela túnica albugínea, do encerramento das válvulas da veia dorsal profunda e outras veias pélvicas, do aumento do tónus muscular e contracções dos músculos isquio e bulbo-cavernosos, comprimindo a base dos corpos erécteis (Requixa, 1987, p: 44).

A D.E. primariamente vasculogénica resulta de doença a nível do aporte de sangue arterial para o pénis, a nível da irrigação venosa, no tecido sinusoidal dos corpos cavernosos ou numa combinação destes três componentes. Doenças Hematológicas, como as Coagulopatias ou a Anemia das Células Falciformes, podem igualmente afectar a função eréctil (Singer &Weiner, 1994).

A vasodilatação arterial está na interdependência directa do sistema parassimpático. O lúmen arterial vai aumentar graças à contracção activa dos feixes musculares de Conti. O débito sanguíneo chega a multiplicar-se mais de 20 vezes. Ao mesmo tempo verifica-se um encerramento dos *shunts* arterio-venosos. Assim, o sangue é desviado para os espaços intracavernosos produzindo a sua replecção (Requixa, 1987, pp: 44-45).

A maioria dos casos de D.E. Arterial deve-se a um processo de progressiva e generalizada arteriosclerose. Nestas situações, a D.E. tem um início insidioso e o doente traz consigo alguns antecedentes como sejam: a H.T.A., a Hipercolesterolémia e o Tabagismo. A insuficiência arterial pode ser acompanhada por disfunção veno-oclusiva.

A importância do envolvimento directo da musculatura e do endotélio sinusoidal na patogénese da D.E. vasculogénica é hoje aceite por todos os investigadores. A alteração do componente trabecular fibro-elástico resulta numa oclusão venosa incompleta com subsequente drenagem venosa anómala e insuficiência eréctil.

O sistema venoso do pénis serve não apenas como canal de drenagem para o sangue arterial, mas também constitui um mecanismo fundamental no processo de erecção. Enquanto o pénis está flácido, as veias drenam livremente a pequena quantidade de sangue que é fornecido ao pénis. À medida que aumenta o volume sanguíneo, os músculos lisos do pénis distendem-se, relaxam, os corpos cavernosos expandem-se e comprimem a túnica albugínea. Como os tecidos cavernosos pressionam a túnica albugínea, as veias são igualmente comprimidas, a pressão dentro dos corpos cavernosos eleva-se e o pénis fica eréctil. A Disfunção Eréctil de causa venosa deve-se à presença ou ao desenvolvimento de uma drenagem anormal pela rede venosa superficial, incontinência da veia dorsal do pénis ou desenvolvimento exagerado da rede acessória pericavernosa-esponjosa (Pimenta & Moreira, 1987, p: 208).

Leriche descreveu em 1923 um síndrome caracterizado por fadiga, claudicação nos membros inferiores após o exercício, ausência de pulsações nas artérias femurais e Disfunção Eréctil, que ficou consagrado com o seu nome. O Síndrome de Leriche aparece conotado com a cirurgia de revascularização aorto-ilíaca. Considera-se que, pelo menos, 33% destes doentes no pós-operatório ficam com D.E. e 3% desenvolvem problemas ejaculatórios, caso se empreguem técnicas cirúrgicas que procurem não ocasionar lesões neurogénicas e se forem excluídos os doentes com aneurismectomias de urgência (Flanigan et al., 1982).

Ao falarmos das causas vasculares da Disfunção Eréctil não devemos subestimar igualmente as patologias cardiovasculares.

Wabrek & Burchell (1980) demonstraram que dois terços dos homens hospitalizados por Enfarte do Miocárdio apresentavam uma qualquer Disfunção Sexual relacionada ou etiologicamente dependente da doença cardíaca. Julga-se que a D.E. pós-enfarte do miocárdio seja provocada pela acção patogénica de múltiplos factores de risco vascular e não pela cardiopatia isquémica em si mesma. Virag et al. (1985) investigaram 440 homens com D.E., averiguando a presença de uma possível causa orgânica e tentando sistematizar os diversos factores de risco (Diabetes, Tabagismo, H.T.A. e Hiperlipidémia). A frequência de D.E. era de 49% nos indivíduos sem quaisquer factores de risco, aumentando para 100% nos doentes com três ou quatro factores de risco.

Existem outras associações entre a Hipertensão Arterial (H.T.A.) e problemas sexuais, com as duas condições partilhando os factores causais, englobando os fenómenos de Stress existencial, a Obesidade, o Tabagismo e o Alcoolismo.

A doença hipertensiva origina um lesão das paredes arteriais, a nível das células endoteliais, em virtude do choque do fluxo sanguíneo aumentado contra a parede vascular. Após a reparação das células endoteliais, estas zonas de pré-dilatação, ficam propensas a novas lesões, dado que as estruturas expostas induzem as plaquetas a tapar a lesão. Além deste mecanismo etiopatogénico, a H.T.A. tende a provocar D.E. através de uma redução da produção dos neurotransmissores que participam na erecção (Moreira, 1997, p: 159).

3.2.6. A Disfunção Eréctil pós-cirurgia pélvica

Os Traumatismos Pélvicos, as lesões perineais e, sobretudo, as cirurgias pélvicas, com atingimento do feixe neurovascular peniano, podem acarretar lesão arterial. Walsh & Doker (1982) foram os primeiros a sugerir que a preservação do feixe peri-uretral neurovascular melhorava de forma significativa a capacidade eréctil dos doentes no pós-operatório de uma prostectomia radical. Walsh & Doker (1982) demonstraram que a capacidade eréctil no pós-operatório é uma função, que depende quer da idade do doente, quer da gravidade da própria neoplasia prostática. Os doentes de cerca de 50 anos de idade com o tumor confinado a um único lóbulo prostático, recuperam a função sexual em 83% dos casos nos 12 meses imediatamente a seguir à cirurgia. Nos doentes de 60-69 anos a taxa de recuperação baixa para 60%. Se o doente é um pouco mais velho, 70-79 anos, a probabilidade de recuperação da função sexual estima-se em 50%. Caso a doença seja mais invasiva, envolvendo os dois lóbulos da próstata, a cirurgia pode estar associada, por vezes, a uma resposta fibrótica nas proximidades do feixe peri-uretral. Nestes casos a capacidade eréctil pós-operatória fica bastante fragilizada, prevendo-se que, para um doente na 6ª década de vida, só 38% da função sexual será recuperada (Walsh & Doker, 1982). Exames subsidiários como a Electromiografia dos corpos cavernosos ajudam a avaliar o grau de lesão do tecido muscular cavernoso e dos nervos penianos.

A Disfunção Eréctil pode resultar da correcção cirúrgica de alterações arteriais do sector aorto-ilíaco (oclusões, aneurismas) por secção de fibras nervosas localizadas na face anterior da aorta e ao longo da artéria mesentérica inferior e da ilíaca esquerda.

Não abundam os estudos prospectivos aplicando uma avaliação objectiva dos problemas sexuais causados pela cirurgia prostática radical (Leach, Zimmern & Roskamp, 1992). Estes trabalhos sugerem que a percepção que o doente tem da sua capacidade eréctil nem sempre é coincidente com a da companheira. Quando se empregam testes diagnósticos como é o caso da administração injectável de substâncias vaso-activas, da Tumescência

Peniana Nocturna ou os Testes de avaliação da Rigidez Peniana (ex: Rigiscan®), a prevalência da D.E. é muito superior aos valores que se baseiam no simples auto-relato do doente. Na série apresentada por Leach, Zimmern & Roskamp (1992) registava-se um valor de apenas 50% na capacidade eréctil nos 24 meses subsequentes à prostectomia radical.

Nas prostectomias transuretrais a prevalência de D.E. é igualmente elevada. Hanbury & Sethia (1995) fizeram o *follow-up* de 268 prostectomizados ao longo de 9 meses. No período pré-operatório, 55,7% não padeciam de nenhuma doença do foro sexual, 17,5% obtinham uma erecção apenas parcial na interacção sexual e 26,8% tinham uma D.E.. Do subgrupo sem Disfunção Sexual, na sequência da cirurgia, 14,6% passaram a ter erecções parciais e 2,9% perderam por completo a capacidade eréctil. No subgrupo com erecções parciais, a prostectomia transuretral provocou D.E. em 37,2% dos casos. Globalmente, a taxa de D.E. foi de 10%. Este número aumentou para 28,1% quando a cápsula prostática foi perfurada durante a intervenção cirúrgica ($p< 0.01$).

Robinson et al. (1997) efectuaram uma meta-análise, abarcando 40 trabalhos temáticos sobre os problemas sexuais em indivíduos tratados a neoplasias da próstata, concluindo que a probabilidade do doente preservar a função eréctil após a radioterapia é de 62% mas apenas de 42% na sequência da cirurgia, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A mesma conclusão não pode ser extraída de outras variáveis, como a idade do doente e o estadio de desenvolvimento da neoplasia.

3.2.7. Doença de Parkinson e Esclerose Múltipla

A D.E. faz parte do espectro da Doença de Parkinson. Singer et al. (1989) reportaram uma elevada prevalência de D.E. nos seus 48 parkinsónicos, quando comparados com uma amostra de indivíduos idosos (60,4% versus 37,5%, $p<0.05$). No entanto, permanecem desconhecidos os mecanismos patogénicos que participam neste subgrupo da D.E., apesar de um número razoável de potenciais factores causais merecer ser tido em consideração:

1. A Depressão: Koller et al. (1990) estabeleceu que a Depressão estava presente em 6 da sua amostra de 36 (19,3%) parkinsónicos.
2. Problemas conjugais: Brown, Jahanhahi & Quin (1990, citado por Singer & Weiner, 1994, p: 122) defende que os conflitos familiares são verbalizados pela esposa e pelo marido quando este é o portador da Doença de Parkinson. Quando a mulher é a paciente identificada, os *scores* de insatisfação marital estão dentro dos limites previsíveis.
3. Os fármacos antiparkinsónicos: Singer et al. (1989) não encontraram qualquer associação entre a D.E. e os medicamentos que o doente estava a tomar, quando cruzou 41 parkinsónicos com 29 homens com Artrite Crónica.

4. A fadiga, a rigidez, a bradicinésia, as dificuldades que o doente tem em movimentar-se na cama desempenham um papel não subestimável na D.E. Todavia, Singer et al. (1989) que restrigiram o seu trabalho a indivíduos com Doença de Parkinson em estádios pouco avançados, consideram que em 5 dos 29 indivíduos com D.E. (17,3%) o problema sexual tinha precedido as queixas sugestivas de Doença de Parkinson, incluindo 2 casos com 10 anos de intervalo.

Valleroy & Kraft (1984) numa amostra de 217 doentes com Esclerose Múltipla, dos quais 68 pertenciam ao sexo masculino, verificaram que 31% destes homens queixavamse de decréscimo da líbido, 41% tinham dificuldades em obter e 34% dificuldades em manter a erecção. Acresce que 28% dos homens tinham problemas a nível do orgasmo e da ejaculação. Em simultâneo, 35% dos doentes referenciavam uma diminuição da sensibilidade genital. Outros investigadores confirmaram a primazia da D.E. entre as Disfunções Sexuais masculinas nos doentes com Esclerose Múltipla. Numa série de doentes europeus, todos com menos de 50 anos e sem acentuadas dificuldades motoras, Minderhoud et al. (1984) referenciaram 63% de D.E., 37% com problemas de ejaculação e 46% com redução da função orgástica.

Na série de Valleroy e Kraft (1984), 58% dos doentes com Esclerose Múltipla associavam/relacionavam a sua Disfunção Sexual com os problemas de força muscular, 34% com a espasticidade e 12% com as contracções musculares. O cansaço generalizado, interferindo com todas as actividades da vida corrente, é outro motivo invocado para explicar as perturbações sexuais nestes doentes. A Depressão, como principal intercorrência psiquiátrica entre os doentes com Esclerose Múltipla, é outra realidade que não deve ser esquecida (Pulton, 1975). A interacção conjugal quando sujeita ao *stress* de uma doença prolongada e progressivamente incapacitante como a Esclerose Múltipla vai sofrer desajustamentos, também eles moldando a disfuncionalidade sexual. Valleroy e Kraft definiram os conflitos conjugais como uma "*major problem area*", um problema da maior importância para a Sexualidade do doente com Esclerose Múltipla (Valleroy & Kraft, 1984).

3.2.8. As lesões da Medula Espinal e os Traumatismos Pélvicos

Os Traumatismos Vertebrais com lesão da Medula Espinal são responsáveis por um sector importante dos problemas sexuais iatrogénicos. A maioria das lesões ocorrem em jovens adultos (80%) (Stover & Fine, 1986). As Disfunções Sexuais devem-se a diferentes factores:

1. Dificuldades na transmissão dos influxos nervosos (simpáticos e para-simpáticos);
2. Falência dos aferentes e dos eferentes somáticos;

3. Alterações na imagem corporal e sentimentos de inadequação sexual;

4.Combinação dos factores anteriores.

Os indivíduos do sexo masculino com lesões localizadas acima de L1, poderão obter as erecções reflexas e, se as lesões forem incompletas, obtêm igualmente as erecções psicogénicas. Se a lesão não atingir o cordão toraco-lombar as erecções psicogénicas mantêm-se apesar do dano dos segmentos S2-S4. É a extensão da lesão traumática que vai condicionar a frequência e a qualidade das erecções, assim como a manutenção da ejaculação. Em geral, as lesões incompletas independentemente da sua localização, são as que apresentam um melhor prognóstico e as lesões completas do neurónio motor inferior as que têm pior prognóstico. Assim, a frequência de erecções bem sucedidas varia de 54% até 95% e a taxa de coitos com orgasmo oscila entre 5%-75%. Apesar da importância das causas orgânicas neste subtipo de Disfunção Eréctil (D.E.), Tay et al. (1996), estimam que, em 10% dos doentes, a D.E. será de causa psicogénica.

Também os traumatismos do pénis ou do períneo estão implicados no aparecimento da Disfunção Eréctil. O traumatismo pode produzir fibrose que acaba por restringir a expansão dos corpos cavernosos e, por conseguinte, a veno-oclusão. Esta alteração é observável na Doença de Peyronie, em consequência de fracturas do pénis, e em traumatismos pélvicos com fractura da bacia (Moreira, 1997, p:114).

3.2.9. Outros factores orgânicos

Nos determinantes neurológicos para além das lesões medulares (englobando as lesões traumáticas com secção medular, os Síndromes da Cauda de Cavalo e do Cone Terminal e a Esclerose em Placas) e das lesões periféricas (com secção dos plexos pélvicos, traumática ou cirúrgica) devemos considerar as lesões cerebrais (nomeadamente, as lesões vasculares cerebrais e do lobo temporal) habitualmente associadas a Disfunção Eréctil (Pimenta & Moreira, 1987, pp: 208-209).

A Uremia Crónica e a Hemodiálise provocam D.E. em 50 a 90% dos doentes (Waltzer, 1981). São variadas as etiologias propostas:

- Deficiência de Zinco;
- Toxinas urémicas;
- Hiperparatiroidismo;

- Redução da Testosterona Livre.

O Transplante Renal produz resultados muito incertos, nem sempre é acompanhado por uma recuperação significativa da função sexual do doente (Salvatierra, 1986).

A Insuficiência Hepática ao provocar alterações hormonais constitui uma etiologia somática que não pode ser ignorada (Pimenta & Moreira, 1987, p: 207).

Por seu turno, a cirurgia colo-rectal, especialmente a resecção abdominoperineal e a protocolectomia para os casos de neoplasia intestinal, pode resultar numa lesão dos nervos e dos vasos que participam na erecção. As primeiras investigações feitas sobre o assunto documentaram uma prevalência de 95% de incapacidade eréctil (Lue, 1991). Revisões mais actualizadas apontam para prevalências um pouco mais reduzidas: 4-15% em indivíduos com menos de 50 anos (Broderick & Foreman, 1994, p: 318). As variações nos valores de D.E. reflectem, em grande medida, o rigor adoptado nos protocolos cirúrgicos, valorizando aspectos como a idade dos doentes, a par de uma melhor qualidade na técnica cirúrgica. Para além dos problemas vasculogénicos ou neurogénicos, a D.E. num doente submetido a uma cirurgia colo-rectal está na dependência directa das alterações da imagem corporal e da auto-estima associadas ao estoma abdominal (Santagelo, Romano & Sassaroli, 1987).

O Priapismo representa sempre uma óbvia incapacidade na natural destumescência peniana, levando a uma lesão directa no sistema arterial dos corpos cavernosos. Por intermédio de vários mecanismos fisiopatológicos, entre os quais a inibição dos neurotransmissores responsáveis pela gradual deserecção ou por inactivação dos co-factores celulares que regulam o tonus dos músculos lisos (por hipóxia ou por acidez metabólica), os músculos lisos cavernosos, ao fim de algum tempo, ainda que impossível de precisar com rigor absoluto, tornam-se refractários ao relaxamento e provocam esta verdadeira urgência urológica que é o Priapismo (Broderick & Foreman, 1994, p: 324). A evolução lógica de um Priapismo não tratado é no sentido do disfuncionamento eréctil, por destruição dos sinusóides endoteliais (cerca de 24 hrs. após o início do processo mórbido) e formação de um trombo nos espaços sinusoidais e transformação fibroblásticas dos músculos lisos. A rapidez de actuação é mandatória no tratamento do Priapismo (Macaluso & Sullivan, 1985).

A Doença de Peyronie tem sido associada com a perda da rigidez da erecção. Torna-se necessário uma completa avaliação para determinar a influência da dor na incapacidade eréctil do doente e reconhecer a presença ou ausência de insuficiência arterial ou de disfunção veno-oclusiva. A Doença de Peyronie corresponde a uma lesão degenerativa do tecido eréctil que se traduz clinicamente por três sintomas:

1. A deformação do pénis, podendo chegar a uma verdadeira angulação, impossibilitando a penetração vaginal;

2. O endurecimento do pénis, de consistência e volume variáveis, desde a raíz púbica até à parte mais distal dos corpos cavernosos.

3. A dor, acompanhando uma erecção incompleta (Waynberg, 1994, pp: 37-38).

3.2.10. Factores Medicamentosos e Tóxicos

Atendendo ao número crescente de pessoas que tomam fármacos, com fins terapêuticos ou que recorrem a eles e a substâncias tóxicas com fins estimulantes ou de outra natureza, importa apreciar convenientemente o impacto dessas substâncias na função sexual.

Os efeitos secundários a nível sexual representam uma importante causa de não adesão ao tratamento médico. As mutações que ocorreram nas expectativas das pessoas sobre a Sexualidade levam a que, hoje em dia, grande parte dos homens e das mulheres, após os 50 anos, continuem a atribuir à Sexualidade um papel significativo para a sua qualidade de vida. Coincide esta faixa etária com um período em que o recurso aos fármacos é uma realidade preocupante, com consequências sociais e económicas que não podem ser desprezadas (Riley et al., 1993, p: v).

Antes de responsabilizarmos um determinado fármaco ou substância pela Disfunção Sexual torna-se necessário obter uma História Psico-sexual pormenorizada, estabelecendo o padrão anterior de funcionamento sexual, determinando, na medida do possível, os diferentes factores risco e suspendendo eventualmente o fármaco durante uns dias. A monotorização do doente, recorrendo à avaliação da Tumescência Peniana Nocturna e mediante a aplicação de injecções intracavernosas de PGE1 ou Papaverina, contribui para o esclarecimento da possível relação causal fármaco/Disfunção Sexual (Bancroft et al., 1991). Um exemplo que revela a necessidade de se proceder a uma avaliação clínica cuidadosa e completa, antes de implicar uma dada substância ou produto na etiologia da D.E., é o que acontece no caso específico das Radiações. A irradiação da pélvis, na sequência de uma neoplasia da pélvis, aparece associada a D.E.. Acredita-se que este subgrupo de D.E. se deve, sobretudo, a uma vasculopatia provocada pela radiação, pois não é vulgar uma diminuição generalizada da Testosterona nestes doentes (Martins, 1987, p: 219). Carrier et al. (1995) relacionaram a aplicação de radiação na próstata com o aparecimento de incapacidade eréctil, sendo a inibição da produção de Óxido Nítrico um provável mecanismo causal.

Os efeitos adversos dos fármacos na Sexualidade Humana podem ser reportados por iniciativa do próprio doente, através de uma descoberta ocasional durante uma consulta ou exame de rotina ou mediante questionários dirigidos para a avaliação directa do problema. Os relatos espontâneos dos doentes constituem o método mais insatisfatório de avaliação. A interpelação directa do doente pelo seu médico assistente representa a aproximação mais

fiável, ainda que possa ser influenciada pela relação médico-doente, pelo estado clínico do doente, pelo seu nível cultural e outros factores de ordem subjectiva. O doente tende a maximizar a importância da sua dificuldade sexual e vai referir apenas os efeitos negativos do medicamento em avaliação. Num estudo comparativo de três fármacos antihipertensores, a incidência de Disfunção Eréctil foi detectada em 10% dos casos por relatos do próprio doente e em 26% dos sujeitos por interrogatório directo do doente (Riley et al., 1993, p: 114). O doente é capaz de omitir informações significativas por não se sentir à vontade e não conseguir relatá-las directamente ao médico assistente. Costa et al. (1979) assinalaram, num grupo de doentes em tratamento da H.T.A., a ausência de queixas verbais relacionadas com a diminuição da líbido mas, curiosamente, 37% reportaram esse sintoma quando preencheram um questionário de auto-avaliação.

Os Antidepressivos

A Depressão, por si mesma, é um factor etiopatogénico de D.E.. Entretanto, desde a década 79 que os investigadores têm relacionado as Disfunções Sexuais com os fármacos antidepressivos. As alterações provocadas pelos Antidepressivos afectam todas as fases da resposta sexual (Gindin, 1989).

No final da década de 80, com a introdução no mercado mundial dos Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (I.S.R.S.), os estudos publicados sobre a iatrogenia sexual dos antidepressivos aumentou significativamente (McGilp, 1993). Existe um modelo que propõe uma interacção entre Serotonina e Dopamina na regulação da actividade sexual, segundo o qual a Serotonina actuaria como inibidora e a Dopamina como estimuladora (Gitlin, 1994). Por outro lado, está descrita a acção inibidora da Serotonina sobre as vias Dopaminérgicas, mediada pelos receptores 5-HT2A (Kapur & Remington, 1996), sabendo-se que a Ritanserina, um inibidor selectivo dos receptores 5-HT2A, é capaz de aumentar a transmissão das vias dopaminérgicas. Embora recorrendo aos modelos animais, sabe-se hoje em dia, que os antagonistas 5-HT2A estimulam a actividade sexual, sobretudo os comportamentos copulatórios em ratinhos, enquanto os agonistas fazem o oposto (Forman et al., 1989).

Os estudos realizados com placebo demonstraram uma associação clara da utilização dos antidepressivos e o surgimento de Disfunção Sexual. Com o placebo é quase nula a sua incidência, tendo-se até comprovado semelhante efeito secundário com voluntários saudáveis (Fuell, 1992). Steiger (1988) reportou o efeito nefasto da Clomipramina na Tumescência Peniana Nocturna (T.P.N.) em indivíduos jovens e saudáveis, que receberam inicialmente placebo, Clomipramina de seguida e placebo de novo, na fase final do ensaio. Um decréscimo

na amplitude e na duração das erecções nocturnas foi confirmada a dosagens de 20 a 75 mg/dia. Constatou-se uma correlação inversa mas significativa entre as concentrações plasmáticas de Clomipramina e o grau de T.P.N.

Acredita-se que a incidência de Disfunções Sexuais seja mais elevada com os IMAOS (Inibidores da Mono-amino-oxidase), os ISRS, a Venlafaxina e as substâncias heterocíclicas, em especial os que possuem um perfil elevado de recaptação da Serotonina (como é o caso da Clomipramina) mas também, em menor grau, os que interferem com a recaptação da Nortriptilina (Schubert, 1992).

O bloqueio dos receptores α-adrenérgicos e colinérgicos a nível periférico no aparelho urogenital produz alterações na função sexual. Os antidepressivos com uma potente acção anticolinérgica e/ou bloqueante dos receptores α-1 possuem uma grande capacidade para alterar o processo de excitação sexual (Sorscher & Dilsaver, 1986). A activação das fibras colinérgicas contribui para o preenchimento dos corpos cavernosos. Assim, o efeito anticolinérgico, interferindo com o controlo para-simpático da erecção, desencadeia uma perda de erecção. Pelo contrário, os receptores α-1-adrenérgicos contribuem para o esvaziamento dos corpos cavernosos, daí que os bloqueantes α-1-adrenérgicos, como o Trazodone sejam capazes de provocar Priapismo. Kowalski et al. (1985) verificaram que a diminuição das erecções nocturnas em doentes a tomar Amitriptilina e Mianserina se devia a um aumento do *turnover* da Nora-adrenalina, dado que a Mianserina tem um efeito anticolinérgico mínimo e interfere muito pouco com a recaptação central de Serotonina. Quanto aos IMAOS atendendo a que têm uma reduzida afinidade pelos receptores muscarínicos, presume-se que estes fármacos recorrem à neurotransmissão noradrenérgica para perturbar a função sexual. Fármacos com antagonismo 5-HT2A, especialmente o Trazodone, têm sido empregues no tratamento da Disfunção Eréctil (Jonas et al., 1994).

Outros fármacos como o Bupropion, Nefazodona, Moclobemida e a Amineptina não terão uma acção tão nefasta sobre a função sexual (Montejo et al., 1996). O Bupropion, um antidepressivo que actua inibindo a recaptação de Dopamina ajuda a reverter as Disfunções Sexuais induzidas pela Fluoxetina. A Nefazodona, inibidor da recaptação da Serotonina e antagonista 5-HT2A, tem sido empregue no tratamento da Anorgasmia induzida pela Sertralina (Montejo, 1996).

Esta constatação faz supor que o mecanismo neuroquímico no efeito clínico de cada psicofármaco pode estar directamente relacionado com o despoletar do problema sexual iatrogénico.

Se bem que o mecanismo definitivo do impacto na sexualidade dos I.S.R.S. ainda esteja por esclarecer, existe a evidência que estes fármacos, dado que aumentam a transmissão serotoninérgica, exercem uma acção deletéria na sexualidade humana, sobretudo na líbido e no orgasmo. Até ao momento não se encontraram diferenças significativas comparando a Disfunção Sexual causada pelos diferentes I.S.R.S., apesar das respectivas

especificidades quanto à farmacocinética, selectividade de acção e eficácia clínica (Gregoire & Pryor, 1993).

Procurando estudar a real incidência de Disfunção Sexual nos doentes tratados com I.S.R.S. e tentando estudar comparativamente estes efeitos adversos em distintos I.S.R.S. (Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina e Sertralina), Montejo et al. (1996), entrevistaram 308 doentes, sem antecedentes de Disfunção Sexual, que estavam a ser submetidos, quer a um tratamento em regime de monoterapia, usando o I.S.R.S. exclusivamente, quer a um esquema terapêutico, em que o I.S.R.S. aparecia associado com Benzodiazepinas. O estudo envolveu 169 mulheres e 139 homens, com uma média de idades de 41 anos e práticas prévias auto ou heterossexuais. O questionário utilizado: "Cuestionario para la evaluación de la Disfunción Sexual Secundária a Psicofármacos", foi desenhado pelos autores expressamente com este propósito e contemplava perguntas sobre os seguintes itens:

1. Descida da Líbido;
2. Atraso no Orgasmo/ Ejaculação;
3. Anorgasmia/Impossibilidade de Ejacular;
4. Disfunção Eréctil;
5. Satisfação geral com a função sexual.

Os resultados revelaram que existe um incremento significativo na incidência de Disfunção Sexual quando o doente é interpelado nesse sentido (55,29%) em comparação com a incidência de Disfunções Sexuais comunicadas espontaneamente (14,2%). A Paroxetina foi o I.S.R.S que apresentou mais atraso na Ejaculação/Orgasmo e maior número de casos de D.E. ($p<0,05$). Só 22,6% dos doentes mostraram boa tolerância perante a Disfunção Sexual. Existe uma correlação positiva entre a Disfunção Sexual e a dose utilizada, já que os pacientes experimentaram uma melhoria importante quando a dose foi diminuida ou o fármaco foi retirado. Os homens comunicaram a Disfunção Sexual com mais frequência que as mulheres.

Entre os recursos para minorar a Disfunção Sexual secundária ao emprego dos antidepressivos contam-se:

1. Esperar com expectativa a sua remissão espontânea;
2. Diminuição da dose;
3. Administração de um "antídoto", como seja o caso da Pentoxifilina;
4. Mudança para outro antidepressivo, com um perfil farmacológico distinto;
5. Suspender o antidepressivo 48-72 hrs. antes da relação sexual. Esta medida aplica-se com a Sertralina e com a Paroxetina mas não com a Fluoxetina devido à sua longa semi-vida (Rothschild, 1995).

Os Neurolépticos

Ao controlar a ansiedade psicótica, a desorganização do pensamento, as alterações comportamentais, o medo ao contacto com outras pessoas, aspectos que podem hipotecar o funcionamento sexual, os Neurolépticos possibilitam uma reestruturação da vida do doente psicótico e, como tal, exercem indirectamente uma acção positiva na sua própria Sexualidade. É consensual entre os investigadores da Esquizofrenia, assinalar que a era pós-neurolépticos trouxe um aumento indiscutível das taxas de fertilidade entre os doentes psicóticos (Tsai, 1996).

Mas os Neurolépticos podem também deteriorar a saúde sexual do doente psicótico e têm sido relacionados com a perda do desejo sexual, dificuldades a nível da erecção e da ejaculação, Priapismo e inibição do orgasmo. A D.E. pode ser causada pela Clorpromazina, pela Tioridazina, Flufenazina e pelo Haloperidol (Barnes, 1984).

Kotin et al. (1976, citado por Riley, 1993, p: 179) analisaram 87 doentes psicóticos (idades compreendidas entre 21 e 68 anos), dos quais:

- 23 só estavam a tomar Tioridazina;
- 30 tomavam outros Neurolépticos mas não a Tioridazina;
- 34 tomavam a Tioridazina e outros antipsicóticos (de outras famílias químicas).

Globalmente, 44% dos doentes, cujo esquema terapêutico incluia a Tioridazina há pelo menos duas semanas, referiram "insuficiência eréctil". Dos antipsicóticos pertencentes a outras famílias químicas só 19% evidenciaram problemas erécteis.

Verhulst & Schneidman (1981), numa pequeníssima série de 8 doentes esquizofrénicos do sexo masculino, encontraram 4 doentes queixando-se de Inibição do Desejo Sexual, 3 com Disfunção Eréctil ocasional e 1 com Inibição da Ejaculação. Este último doente estava medicado com Tioridazina.

Ghadirian et al. (1982) provaram, num estudo que incluiu 26 esquizofrénicos, com uma média de idades de 34 anos, que a Flufenazina *per os* e *Depot* era responsável respectivamente por 38% e 42% dos casos de D.E..

Supõe-se que os mecanismos teóricos da D.E. induzida pelos Neurolépticos se prendam com o efeito anticolinérgico e o bloqueio da actividade α-adrenérgica comprometendo o controlo neurofisiológico da erecção através do sistema para-simpático, responsável pela vasodilatação, e do sistema simpático responsável pela vasoconstrição venosa (Riley et al., 1993, p: 180). Gregoire & Pryor (1993, p: 70) defendem que o Sulpiride, um Neuroléptico que actua selectivamente nos receptores dopaminérgicos D2, é capaz de provocar D.E.. Todos os antipsicóticos, excepto os Neurolépticos de nova geração como é o caso da Clozapina,

aumentam consistentemente os níveis plasmáticos de Prolactina (por bloqueio de D2) e podem ainda reduzir os níveis de Testosterona (Ghadirian et al., 1982).

A Metaclopramida, um neuroléptico da família das Benzamidas com um forte poder anti-emético, acumulando também uma significativa acção estimulante da libertação Prolactina, foi igualmente responsabilizada no aparecimento de D.E., sobretudo, quando é feita uma administração prolongada do fármaco (Tsai, 1996).

A prevalência e a severidade destas Disfunções Sexuais induzidas pelos Neurolépticos estão mal documentadas na literatura médica. Segraves (1989) estima que a prevalência da D.E. causada por Neurolépticos oscila entre 23% e 54%. Não é fácil a avaliação das perturbações da saúde sexual entre os doentes psicóticos. Os doentes só raramente as relatam por livre vontade e não compreendem com objectividade a interdepedência Neuroléptico/Disfunção Sexual. Os médicos não encaram a Sexualidade como uma área a privilegiar no tratamento do doente psicótico. A utilização a par dos Neurolépticos de outras substâncias, interferindo com a Sexualidade masculina, dificulta o processo de responsabilização de um Neuroléptico num dado problema sexual evidenciado pelo doente (Riley et al., 1993, p: 178).

As Benzodiazepinas

As Benzodiazepinas actuam no Sistema Nervoso Central S.N.C.) ligando-se ao receptor do complexo GABA (Ácido Gama-Aminobutirico).

A maioria dos estudos não atribui aos Ansiolíticos uma grande responsabilidade na etiologia das Disfunções Sexuais (Riley et al., 1993, p: 177). Entretanto, estudos de casos isolados sugerem que as Benzodiazepinas, nomeadamente o Clorodiazepóxido, o Lorazepam, o Alprazolam e o Diazepam podem interferir com a Ejaculação e com o Orgasmo (McWaine & Procci, 1988).

Existe a evidência que a estimulação dos receptores GABA no cordão lombosagrado da Medula Espinal inibe a resposta eréctil em ratinhos (Bitran et al., 1988).

Num trabalho comparativo dos efeitos secundários de vários ansiolíticos, a D.E. aparece apenas relatada por doentes em tratamento com Clorazepato e Lorazepam (Gregoire & Pryor, 1993, p: 71).

A Nicotina

No passado, os fabricantes de tabaco procuravam apresentar esta substância como um produto inócuo para a saúde em geral, e em particular para a saúde sexual. O consumo do tabaco fazia, e ainda faz hoje em dia, parte dos rituais de socialização. A publicidade conotava o tabaco com imagens sugestivas de Virilidade. Todavia, os estudos epidemiológicos apontam no sentido de que o Tabagismo constitui um importante factor causal de D.E. (Virag et al., 1985). Trabalhos experimentais atribuem ao efeito vasoconstritor da Nicotina um papel importante na etiopatogenia da D.E. provocada pelo Tabagismo (Gregoire & Pryor, 1993, p: 71).

Gilbert et al. (1986) examinaram o efeito da Nicotina em 42 fumadores, com idade mínima de 18 anos e máxima de 44 anos. Os sujeitos foram divididos em três grupos:

- Níveis elevados de Nicotina (0,9 mg.);
- Níveis baixos de Nicotina (0,002 mg.);
- Grupo de Controlo.

Cada sujeito foi exposto a sucessivos estímulos visuais eróticos (vídeos), enquanto fumavam cigarros doseados com 0,9 mg. e com 0,002 mg. de Nicotina, consoante os grupos. Os indivíduos do grupo de controlo deliciaram-se com caramelos. De seguida, procedeu-se à avaliação de diferentes parâmetros fisiológicos: Frequência Cardíaca, Diâmetro Peniano, Amplitude da Pulsação Radial.

Os autores comprovaram que quando os sujeitos fumavam sequencialmente dois cigarros com Nicotina doseada a 0,9mg. apresentavam um decréscimo no Diâmetro Peniano. Este resultado não era observado se o sujeito fumava um único cigarro com excesso de Nicotina. O consumo deste tipo de cigarros provocava vasoconstricção, objectivada pela fraca amplitude da pulsação radial. As respostas fisiológicas do grupo de indivíduos que fumavam cigarros com Nicotina a baixas doses não se distinguiam das do grupo de controlo.

A Nicotina vai ainda inibir a secreção da Prostaciclina, um potente vasodilatador que se supõe intervir como mediador local da erecção. Em paralelo com o efeito relatado, a Nicotina inibe a erecção farmacológica induzida pela Papaverina e pode causar falsos negativos nos resultados do Teste Diagnóstico com a Papaverina. Quando o risco cardiovascular é elevado, a simples suspensão do consumo de tabaco não conduz à reversão automática do quadro de Disfunção Eréctil (Forsberg et al., 1979).

O Álcool

Já Shakespeare tinha alertado para os potenciais efeitos sexuais do Álcool ao afirmar que o mesmo *provoca o desejo mas tira o desempenho* (Macbeth (Acto II, Cena II).

Num estudo controlado de 40 homens, os que estavam convictos de ter ingerido uma bebida alcoólica, experienciaram uma clara resposta sexual, quando expostos a um vídeo erótico, enquanto que os indivíduos que não acreditavam estar sob o efeito do Álcool não evidenciaram qualquer resposta. Este efeito era independente da bebida supostamente ingerida (Wilson & Lawson, 1976).

Ainda está bastante generalizada a ideia do efeito facilitador do Álcool em relação às capacidades sexuais masculinas. Um argumento desta natureza serve para legitimar o consumo abusivo de Álcool, sobretudo quando o indivíduo se sente condicionado pela pressão grupal, como sucede entre os adolescentes e os jovens. As "*Raves*"são um exemplo actual de contextos grupais em que se tira partido da acção pretensamente socializadora do Álcool e de outras substâncias tóxicas. De um modo geral, pequenas doses de Álcool têm propriedades ansiolíticas e temporariamente exercem um efeito desinibidor aumentando o desejo sexual, mas doses maiores diminuem a actividade psicomotora e a função sexual (Riley et al., 1993).

O efeito agudo do Álcool na excitação sexual é provavelmente mediado por uma desregulação medular e por um decréscimo transitório da Testosterona plasmática. Ocorre sempre que os níveis de alcoolémia são superiores a 40 mg/l (Bancroft, 1989). Supõe-se que o Álcool não exerce nenhuma acção tóxica directa sobre o eixo Hipotálamo-Hipófise-Supra-Renais-Gónadas (Gindin, 1989). A perda ocasional da erecção, devido a uma intoxicação alcoólica aguda, é capaz de produzir Ansiedade prejudicando futuras interacções sexuais. Tan et al. (1984) investigaram 13 alcoólicos padecendo de Disfunção Eréctil e verificaram que em 7 desses indivíduos os problemas de erecção eram de origem psicológica.

Foram os italianos Corda & Silvestrini, em 1925, quem primeiro descreveram o impacto da doença hepática crónica de origem alcoólica na função gonádica, definindo a tríada clássica:

1. Atrofia testicular;
2. Ginecomastia;
3. Cirrose hepática (Bannister & Lowosky, 1987).

No alcoólico crónico com Cirrose hepática 60-80% têm perturbação da líbido com Disfunção Eréctil (Boda-Buccino, 1994).

O Alcoolismo Crónico ocasiona perturbação da Sexualidade sabendo-se que o eixo Hipotálamo-Hipófise-Supra-Renais-Gónadas constitui uma via determinante (Riley et al., 1993; Waynberg, 1994). Os níveis de Testosterona estão reduzidos e esta alteração no homem é

independente do grau de lesão hepática. Entretanto, na Cirrose Alcoólica verifica-se uma baixa na Testosterona livre, por aumento da sua ligação à SHBG, mantendo-se o Estradiol inalterado. Também o etanol através do seu metabolito, o acetaldeído, provoca lesão testicular com atrofia do mesmo. Daí a diminuição da produção de Testosterona (Waynberg, 1994).

A maior parte dos trabalhos referem que 44-59% dos Alcoólicos Crónicos sofrem de Disfunção Eréctil (Gindin, 1989).

Durante a abstinência alcoólica verifica-se um aumento da Prolactina sérica, o que indirectamente sugere uma deplecção da Dopamina. O consumo de Álcool aumenta a tendência para uma maior estrogenicidade e inibição da espermatogénese. Os níveis séricos de Testosterona e de LH medidos antes, durante e depois da ingestão aguda de Álcool demonstraram que, à medida que os níveis sanguíneos de Álcool aumentam, a Testosterona plasmática diminui e aumentam os níveis de LH. Este fenómeno sugere a existência de um mecanismo periférico que interfira com a biossíntese da Testosterona nos testículos, originando uma diminuição da biotransformação de Prenanolona em Testosterona. Outro mecanismo periférico que contribui para a Disfunção Eréctil envolve a deterioração dos reflexos espinais pelo Álcool , o que leva a uma diminuição da sensação que provoca a erecção (Riley et al., 1993; Gregoire & Pryor, 1993).

A Cocaína

A Cocaína é um excitante do Sistema Nervoso Central que activa de forma aguda os sistemas neuronais dopaminérgicos através de um bloqueio da recaptação. A retirada da Cocaína pode envolver uma deplecção central de Dopamina despertando o desejo de consumo compulsivo. A deplecção de Dopamina nos cocainómanos é ainda reforçada pela demonstração de Hiperprolactinémia em doentes a quem foi retirada a Cocaína. Em geral ocorre ainda um aumento do *turnover* de Acetilcolina. Pelo que, a deplecção de Catecolaminas induzida pela Cocaína pode activar a Acetilcolina, que, por seu turno, leva a um aumento de Prolactina (Cocores & Dackis, 1986). Estes mesmos autores fizeram o *follow-up* de 10 cocainómanos crónicos e constataram que 7 apresentavam Hiperprolactinémia e Disfunção Eréctil (Cocores & Dackis, 1986). Um outro trabalho envolvendo uma amostra de 39 dependentes de Cocaína, revelou que 14 referiram flacidez do pénis mas sem afectação da líbido (Sandler & Giessa, 1975, p: 63). Os efeitos da Cocaína sobre a função sexual dependem da dose e da frequência dos consumos. O consumo abusivo prolongado provoca diminuição da líbido, Disfunção Eréctil e Inibição da Ejaculação (Riley et al., 1993).

A Heroína

O consumo de Heroína tem sido implicado em diversos problemas sexuais: Perturbação do Desejo Sexual, Ejaculação Retardada e Disfunção Eréctil. Palha et al. (1997) numa amostra hospitalar de heroinodependentes concluiram que o consumo crónico de opiáceos provoca uma deterioração da líbido, da erecção, do orgasmo e da satisfação sexual global.

Cushman (1972, citado por Riley, 1993, p: 201) encontrou as seguintes Disfunções Sexuais entre heroinodependentes consumidores, em tratamento de manutenção com Metadona e em fase de abstinência de Heroína (o grupo de controlo é formado por 14 indivíduos não Toxicodependentes) (ver Quadro.nº 14):

Quadro 14

Grupo	N	Dimin. da Líbido	D.E.	Ejac. Retardada
Consumidores	13	61%	39%	70%
Com Metadona	27	25%	32%	22%
Abstinentes	13	0%	0%	0%
Controlo	14	0%	7%	0%

(adaptado de Cushman, 1972)

Dimin. da Líbido = Diminuição da Líbido; D.E. = Disfunção Eréctil; Ejac. Retardada = Ejeculação Retardada

As investigações nesta área procuram explicar as Disfunções Sexuais dos heroinodependentes com base no desequilíbrio hormonal, envolvendo a Testosterona e a Prolactina, verificando-se uma baixa das Gonadotrofinas, com consequente baixa da Testosterona e aumento da Prolactina. Os opiáceos ao bloquearem os receptores dopaminérgicos, ocasionam um aumento da produção de Prolactina pela Hipófise. Os níveis de Testosterona estão consistentemente baixos nos dependentes de Metadona, mas não é clara a correlação entre o decréscimo da Testosterona e o grau de gravidade da Disfunção Eréctil. Os consumos agudos causam uma acentuada elevação na Prolactina. Mas não é possível generalizar a mesma conclusão relativamente aos consumos prolongados de Heroína. A Hormona Luteinizante (L.H.) e a Hormona Folículo Estimulante (F.S.H.) não sofrem alterações

significativas, quer na dependência aguda, quer na dependência crónica de Heroína. Não descurando os outros efeitos benéficos, a Naltrexona, um antagonista dos opiáceos, contribui para a resolução da D.E do consumidor de Heroína, não sendo raro encontrarem-se erecções espontâneas durante o tratamento com o antagonista de opiáceos (Fabbri et al., 1989).

Os Fármacos Antihipertensores

Os efeitos sexuais das substâncias anti-hipertensoras e de outros fármacos com acção a nível cardiovascular (veja-se Quadro nº 15), tem vindo a merecer um interesse crescente, por parte dos investigadores e, sobretudo, na prática clínica (Riley et al., 1993).

Quadro 15

Disfunção Sexual devida a fármacos com acção cardiovascular

Fármaco	D.E.	Anejaculação	Dimi. Líbido
Tiazidas	+	-	?
β-Bloqueadores	+	-	?
Inibidores da E.C.A.	-	-	-
Bloqueadores Canais Ca+	?		
Metildopa	+	?	?
Vasodilatadores	?		
α-Bloqueadores		+	
Espiranolactona	?		?
Digoxina	+		+

(adaptado de Riley et al., 1993, p: 150),

+ => estudos controlados revelando Disfunção Sexual;

- => estudos controlados não revelando a existência de Disfunção Sexual;

? => estudos de casos clínicos ou estudos não controlados

A ponderação sobre o uso racional dos fármacos anti-hipertensores leva à consideração dos riscos e do respectivo impacto a nível da sexualidade. Quanto a esta última dimensão, interessa avaliar a relação da medicação anti-hipertensora com a *compliance* do

doente ao tratamento, ponderando o balanço entre os benefícios e os inconvenientes, e o seu impacto na qualidade de vida do doente. A iatrogenia sexual dos anti-hipertensores, quando ignorada pelo doente e pela sua parceira sexual, é responsável por um mal estar psicológico inevitável (pessoal e relacional) mas acaba também por provocar o abandono do próprio tratamento, agravando os riscos cardiovasculares (Lopes, 1993, p: 301). Existe igualmente o consenso de que a função sexual é desregulada por força de uma sobreposição dos efeitos patogénicos da doença cardiovascular com os efeitos iatrogénicos das terapêuticas seleccionadas (Riley et al., 1993).

No estudo realizado por Slag et al. (1983), cerca de um terço dos 1180 dos doentes, de média idade, após uma consulta hospitalar evidenciaram dificuldades sexuais e, entre estas, Disfunção Eréctil (64%), aparentemente relacionadas com os anti-hipertensores. Bulpitt et al. (1976) demonstraram que a prevalência de Disfunção Eréctil nos hipertensos em tratamento é mais elevada que em indivíduos normotensos (25% versus 7%).

A Metildopa é um dos Anti-hipertensores que mais tem sido relacionado com o aparecimento de Disfunções Sexuais. Grande parte dos novos anti-hipertensores, à excepção do Captopril e da Nifedipina, provocam Disfunção Eréctil. Ainda se desconhece a etiopatogenia da Disfunção Eréctil nestes anti-hipertensores de nova geração. Acredita-se, entretanto, que estes fármacos ao interferirem com a irrigação vascular podem precipitar a Disfunção Sexual. Existe a evidência clínica de que os doentes hipertensos não tratados e sem Disfunção Eréctil (D.E.) têm uma redução no fluxo sanguíneo que chega ao pénis (Gregoire & Pryor, 1993, p: 67). Karacan et al. (1989) estudaram a hemodinâmica peniana durante a avaliação da Tumescência Peniana Nocturna (T.P.N.) em doentes hipertensos não tratados, com e sem D.E.. Como grupo de controlo foi seleccionada uma amostra de indivíduos normotensos sem D.E.. O fluxo sanguíneo do pénis diferia bastante durante a fase *R.E.M.* (*Rapid Eye Movment*) do sono:

* Os indivíduos normotensos exibiam as amplitudes mais elevadas;

* Os hipertensos com D.E. tinham os valores mais baixos na amplitude da T.P.N.;

* Os hipertensos sem D.E. apresentavam amplitudes intermédias quando comparados os outros dois grupos.

Karacan et al concluiram que os valores obtidos nos doentes hipertensos sem Disfunção Eréctil (D.E.) fazem presumir a existência de uma D.E.vasculogénica em fase subclínica.

Os estudos longitudinais referem que os doentes que recebem medicação anti-hipertensora (por ex: diuréticos ou simpaticolíticos) têm mais probabilidade de padecer de Disfunção Sexual quando comparados com placebos ou outros medicamentos. As doses da terapêutica anti-hipertensora, o tipo de fármaco prescrito, o tempo de utilização, a idade e o

estado geral do doente são dados a considerar na avaliação dos seus efeitos nefastos (Rosen et al., 1994).

Para clarificar a relação entre a Hipertensão Arterial (H.T.A.) e a Disfunção Eréctil, Jaffe et al. (1996) avaliaram 32 doentes portadores de Hipertensão Arterial e 78 normotensos, acumulando ambos os grupos a H.T.A. e o diagnóstico de Disfunção Eréctil. Os doentes com H.T.A. eram mais velhos e tomavam mais medicamentos que o grupo de normotensos. Os dois grupos não diferiam quanto à existência de história de tabagismo e de Doença Vascular Periférica. A prevalência de Depressão, de alterações na Tumescência Peniana Nocturna e de diminuição na irrigação arterial no pénis foi similar nos dois grupos. A Testosterona total (tT) e a sua fracção activa (fT) apareciam com níveis séricos inferiores nos doentes com H.T.A.. A Prolactina, a Hormona Folículo Estimulante (F.S.H.) e a Hormona Luteinizante (L.H.) não diferiam nos dois grupos. Ao contrário da convicção tradicional, e à excepção dos níveis de fT, este estudo não revelou diferenças significativas no perfil clínico dos dois grupos. Um estudo mais cuidado da vascularização do pénis afigura-se como necessária para uma posterior clarificação dos mecanismos subjacentes à Disfunção Eréctil em doentes hipertensos (Jaffe et al., 1996).

Outros Fármacos

Supõe-se que os medicamentos anti-epilépticos interferem com a função sexual através dos seus efeitos nos níveis séricos das hormonas sexuais. Alguns trabalhos sugerem que os anti-epilépticos provocam um aumento da Globulina de Ligação das Hormonas Sexuais (*"Sex-hormone-binding Globulin"*) e um decréscimo nos níveis da Testosterona Livre, surgindo esta alteração, quer nos doentes epilépticos, quer em voluntários saudáveis (Riley et al, 1993). Todavia, não é possível generalizar estes resultados, dado que a maioria das séries estudadas incluem um número reduzido de doentes, não estabelecem com objectividade a relação causa-efeito entre o fármaco anti-epiléptico aplicado em doses terapêuticas e a redução dos níveis séricos de Testosterona Livre (estando o doente, muitas vezes, polimedicado: vários anti-epilépticos e/ou anti-epilépticos e outros fármacos) e não se detectam alterações noutras hormonas sexuais, como a Prolactina e a Hormona Luteinizante (Jensen et al., 1990). Em doentes epilépticos com vida sexual, acredita-se que o Valproato de Sódio será o anti-epiléptico que menos provoca dificuldades erécteis (Gindin, 1989).

A Apomorfina, um agonista dopaminérgico, é capaz de induzir erecção estimulando os receptores pré-sinápticos D2 a baixas doses e os receptores D1 pós-sinápticos a elevadas

doses. Semelhantes efeitos sugerem a possibilidade da erecção ocorrer quando a transmissão dopaminérgica não está estimulada. A injecção de Apomorfina, a nível cerebral, no núcleo paraventricular, que contem células dopaminérgicas, provoca erecção em ratinhos. Se a injecção for aplicada nas células situadas na vizinhança do núcleo paraventricular esse efeito já não é obtido (Melis et al., 1987).

Também a administração de Bromocriptina, a baixas doses (2.5 - 3.75 mg./dia) melhora a capacidade eréctil nalguns indivíduos com D.E. (Lal et al. 1989). Nestes pacientes é possível detectar valores ligeiramente elevados de Prolactina, próximos dos limites normais. Como a Dopamina fisiologicamente intervem frenando a libertação de Prolactina, as alterações encontradas nestes doentes sugerem um disfuncionamento dopaminérgico central. Pequenas elevações da Prolactina têm sido relacionadas com os mecanismos do Stress, constituindo para certos autores um provável suporte neurobiológico da D.E. Psicogénica (Gregoire & Pryor, 1993).

O tratamento da Doença de Parkinson com Levo-dopa (um precursor da Dopamina) em certos doentes contribui para uma melhoria dos desempenhos sexuais. Gregoire & Pryor (1993, p: 64) sugerem que nos doentes parkinsónicos, o reequilíbrio da vida sexual está interdependente da reabilitação das capacidades motoras e da melhoria do estado mental do doente. Uitti et al. (1989) descreveram alguns casos clínicos, incluindo doentes parkinsónicos submetidos a tratamento com Levo-dopa, em que se verificava uma mudança positiva da líbido mas com persistência da D.E.. As tentativas realizadas para generalizar a utilização da Levo-dopa em doentes com D.E. têm produzido resultados transitórios e muito incertos.

Nos seres humanos constata-se que a Cimetidina, um bloqueador dos receptores histaminicos H2, ocasiona alterações hormonais compatíveis com um efeito anti-androgénico (Riley et al., 1993). A utilização parentérica da Cimetidina em doses elevadas tem sido relacionada com o aumento dos níveis séricos de Prolactina. A par da Cimetidina, a Ranitidina, Nizatidina e a Famotidina, apenas nalguns estudos, também têm sido implicadas com a D.E. (Kassianos, 1989). O aparecimento de Ginecomastia foi descrito por Gifford et al. (1980) em 18 indivíduos de uma amostra de 9907 doentes tratados com Cimetidina.

Existem numerosos relatos de casos de D.E. provocados pela Cimetidina administrada em doses terapêuticas, desaparecendo com a suspensão do medicamento (Kassianos, 1989). Jensen et al. (1983) levaram a cabo uma investigação em vinte e dois doentes tratados com doses elevadas de Cimetidina, nove dos quais reportaram D.E. (confirmada com o Estudo da Tumescência Peniana), nove queixaram-se de Ginecomastia e sete apresentaram D.E. e Ginecomastia. Ambas as situações manifestaram-se após dois meses do início do tratamento. Cada paciente estava, em média, a tomar 5mg./dia de Cimetidina. A D.E. reverteu ao fim de um mês com a mudança para uma dose equivalente de Ranitidina.

Hedley et al. (1978, citado por Riley, 1993, p: 170) descreveram 35 casos de D.E. relacionados com as doses, possivelmente provocados pelo Baclofen, em doentes com

Esclerose Múltipla. Dosagens de 30 mg./dia seriam responsáveis pelo aparecimento de um quadro de D.E. reversível com a suspensão do Baclofen, num prazo de 15 dias.

Chapman et al. (1979) fizeram um estudo retrospectivo dos efeitos dos Citostáticos (M.V.P.P.: Mostarda nitrogenada, Vinblastina, Procarbazina e Prednisolona) na função sexual de 54 homens portadores de Linfomas de Hodgkin. Durante o tratamento quimioterápico todos revelaram azoospermia, 59% mantinham pouca ou nenhuma actividade sexual e 46% Perturbação do Desejo Sexual que persistiu mesmo após a conclusão do tratamento. Os níveis séricos de Testosterona permaneceram inalterados e não evidenciavam qualquer correlação com a diminuição da líbido. Apenas seis indivíduos apresentaram uma afectação da capacidade eréctil. Neste subgrupo, a D.E. foi considerada de natureza psicogénica em quatro casos e dois doentes tinham valores baixos dos níveis de Testosterona.

Existe a evidência directa de que o Dissulfiram causa Disfunção Eréctil. Snyder & Karacan (1981, citado por Riley et al., 1193, p: 168) avaliou a Tumescência Peniana Nocturna em dois grupos distintos:

* trinta alcoólicos abstinentes, tratados com 250 mg./dia de Dissulfiram;

* trinta alcóolicos abstinentes, tratados com placebo.

Registou-se um nítido decréscimo na frequência e na duração das erecções no grupo de doentes em tratamento com Dissulfiram.

O Clofibrato, um medicamento utilizado no tratamento da Dislipidémia, foi responsabilizado por causar D.E. num estudo multicentrico abrangendo mil doentes (Riley et al., 1993, p: 169): 14.1% destes doentes referiram sofrer de diminuição da líbido ou de diminuição da capacidade eréctil.

3.2.11. Conclusões

Ao longo deste capítulo, procurámos fazer uma revisão da literatura científica especializada e temática, sobre os principais factores orgânicos e tóxicos, que participam na etiopatogenia da Disfunção Eréctil.

Da pesquisa bibliográfica chamamos a atenção para os seguintes aspectos:

*Os avanços verificados e as descobertas realizadas no campo da fisiologia da erecção contribuiram para a implementação de protocolos de diagnóstico cada vez mais rigorosos e minuciosos. O diagnóstico de uma Disfunção Eréctil requer uma abordagem multidisciplinar e plural, estando a anamnese e o exame físico no centro de toda a observação (Palha, 1989). Davis et al. (1995) provaram que a história clínica e o exame físico apresentam 95% de sensibilidade e 50% de especificidade na monitorização de um doente com D.E..

Procura-se atender, numa hierarquia de procedimentos, aos dados obtidos directamente da clínica e aos resultados dos exames subsidiários de diagnóstico. É o que acontece, por exemplo, na correlação entre as erecções espontâneas reportadas pelo doente (número e qualidade) e as avaliações feitas com o Rigiscan® (Ackerman et al., 1991).

O aperfeiçoamento dos protocolos clínicos favorece a definição da importância específica dos vários factores responsáveis pela Disfunção Eréctil, sendo hoje frequente ouvir falar em factores que são a única causa detectada, em factores que são a causa mais importante e em factores que contribuem para a etiologia da D.E. (Veves et al., 1995).

* Compreender os mecanismos neuronais que controlam a função eréctil é fundamental para a descoberta de novos fármacos para o tratamento da D.E..

*Desde os trabalhos de Garthwaite et al. (1988) que se tem destacado o papel desempenhado pelo Óxido Nítrico (O.N.) na fisiologia da erecção. As investigações sugerem que a erecção ocorre na sequência da libertação de O.N. a partir dos nervos periféricos, o que provoca relaxamento do músculo liso do tecido cavernoso, mediante uma elevação de Guanosina Monofosfato cíclica (GMPc), que inibe a fosforilação da miosina e diminui a concentração do Cálcio intracelular. Os mecanismos que, a nível central, participam na estimulação dos nervos periféricos ainda não estão suficientemente esclarecidos. No entanto, julga-se que estas vias neuronais (envolvendo nomeadamente, a área pré-óptica medial do Hipotálamo) são auto-reguladas e sensíveis aos *inputs* inibitórios provenientes de outras localizações do Sistema Nervoso Central (S.N.C.). Uma alteração na activação destas vias neuronais poderá provavelmente estar implicada na D.E. Psicogénica nos jovens adultos. No idoso, acredita-se que a D.E. esteja relacionada com uma deficiente libertação de O.N. ou com modificações na capacidade contráctil da musculatura cavernosa (Moncada et al., 1991; Marson et al., 1993).

* Os estudos realizados sobre a interferência da Testosterona na resposta eréctil não esclarecem, de forma inequívoca, em que medida as baixas dosagens de Testosterona no soro participam reduzindo apenas o interesse sexual ou também põem em causa a capacidade eréctil (Davidson et al., 1982). É importante não subestimar a avaliação subjectiva e a atribuição causal que o doente faz da Disfunção Eréctil.

*Estando aceite a natureza multifactorial da D.E. no doente diabético, vislumbra-se como um desafio significativo a definição do peso relativo de cada um dos componentes ou factores etiopatogénicos, assim como uma clarificação do perfil clínico específico de cada sub-grupo. Na literatura da especialidade nem sempre se esclarece se os doentes com Diabetes Mellitus Insulino Dependente e os doentes com Diabetes Mellitus não-Insulino Dependente têm os mesmos antecedentes psico-sexuais, se o grau de disfuncionalidade eréctil é comparável, se a reactividade das parceiras é idêntica ou se os mecanismos para lidar com a doença (ou

mecanismos de coping) têm o mesmo impacto adaptativo nas duas entidades clínicas (Dunsmuir & Holmes, 1996).

*A descoberta da acção intracavernosa da Papaverina e da PGE1 e a compreensão dos fenómenos vasculares envolvidos na função eréctil modificou, de forma significativa, os procedimentos de diagnóstico da D.E., reduzidos até meados da década de 80 à anamnese, ao exame físico, à avaliação psico-sexual, aos estudos da Tumescência Peniana Nocturna e à Arteriografia (Moreira, 1997, p: 141).

* As descobertas feitas sobre a fisiologia da erecção permitiram identificar dois dados hemodinâmicos fundamentais de uma erecção normal: a integridade do tecido eréctil cavernoso e a integridade da rede arterial.

*A ênfase que tem vindo a ser dada ao componente vascular das D.E. não permite esclarecer, na maior parte dos trabalhos publicados nos últimos anos, os casos em que os factores vasculares são os únicos responsáveis pela D.E., daquelas outras situações em que a responsabilidade causal é partilhada pelos factores orgânicos e pelos factores psico-sociais. Os protocolos de diagnóstico, em regra, não revelam se estamos perante uma D.E. exclusivamente orgânica ou de natureza mista.

*Na Disfunção Eréctil pós-cirúrgica ainda está por avaliar, de modo sistematizado, a influência (negativa ou positiva) nas características clínicas e, sobretudo, no prognóstico da D.E., da informação que é fornecida ao doente, antes dele ser submetido à intervenção cirúrgica, sobre a possibilidade de vir a ficar com um problema sexual.

No caso concreto da D.E. pós-prostectomia trabalhos como o de Hanbury & Sethia (1995), vêm comprovar que a relação entre a lesão cirúrgica e a D.E. não é linear nem simples. A capacidade eréctil é influenciada, neste subgrupo de doentes, pelo padrão de actividade e de performance sexual anteriores à intervenção cirúrgica.

*Os trabalhos que incidem a atenção sobre a D.E. associada a patologias neurológicas (ex: Doença de Parkinson e Esclerose Múltipla) apontam para uma origem multifactorial da Disfunção Sexual. Nalguns destes estudos, não é tida em conta a correlacção entre a Disfunção Sexual e a duração da doença (Lilius et al., 1976). Noutras séries de doentes não é avaliado o peso relativo da Depressão e do sintoma fadiga no despoletar e na manutenção da D.E..

* A provar que a relação entre D.E. e antidepressivos Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina não é simples nem unívoca, existem descrições clínicas apontando para o efeito benéfico, designadamente da Fluoxetina, nos doentes com o duplo diagnóstico de D.E. e Depressão ou Doença Obsessivo-Compulsiva, em que a melhoria na resposta eréctil não depende do tratamento da doença psiquiátrica de base (Smith & Levitte, 1993).

* A responsabilidade do tabaco na etiologia da D.E. suscita diferentes interpretações. Mannino et al. (1994) provaram, numa amostra de 4.462 de veteranos da guerra do Vietnam, que a prevalência de D.E. nos não fumadores era de 2.2%, 2.0% nos ex-fumadores e 3.7% nos

actuais fumadores (p = 0.005). A ausência de associação da D.E. com outras variáveis em estudo (doenças vascular, doença psiquiátrica, factores hormonais, toxicodependência, estado civil, raça e idade) levou os autores a supor que o tabaco pode constituir um factor de risco independente.

* A Disfunção Sexual pode ser em simultâneo causa e consequência do abuso do Álcool. Isto é, o Álcool pode ser ingerido com o intuito de minimizar o sofrimento e o mal estar resultante das dificuldades sexuais. Mas, ao mesmo tempo, o Álcool contribui para o aparecimento do problema sexual. O Álcool, em si mesmo, não é o único factor causal da Disfunção Sexual do doente alcoólico. Num estudo prospectivo Van Thiel et al. (1982) demonstraram que 25% dos alcoólicos abstinentes recuperam a função sexual ao fim de 6 meses, em particular,aqueles sem atrofia testicular e que respondem normalmente aos testes de estimulação (LHRH).

Nem todos os alcoólicos são iguais entre si. A reprodução do protocolo adoptado e a comprovação dos resultados obtidos por Boda-Buccino (1994), noutros contextos clínicos e socio-culturais, contribuirá para a particularização dos diferentes desequilíbrios somáticos, psicopatológicos e psico-sexuais do indivíduo alcoólico consoante o doente pertença à categoria alfa (bebedor problema), à categoria beta (bebedor social), à categoria gama (alcoolismo psiquiátrico) ou à categoria delta (alcoolismo por interacção, de tipo hepatodigestivo).

*O devido enquadramento do papel das endorfinas no ciclo da resposta sexual humana irá facilitar, num futuro próximo, a compreensão das perturbações que os opiáceos, a cocaína e outros tóxicos exercem na função sexual masculina (Vincent, 1988, pp: 190-199; Valdés & Flores, 1990, p: 12).

*A associação entre H.T.A./fármacos antihipertensores e problemas sexuais é complexa (Gindin, 1989; Lopes, 1993).

Em média, é possível afirmar que ocorrem Disfunções Sexuais em 15 a 20% dos hipertensos não tratados e 25 a 30% dos pacientes já submetidos a qualquer esquema terapêutico (Lopes, 1993, p: 301).

Contrariando o ponto de vista, geralmente aceite, de que os fármacos antihipertensores provocam D.E., Rosen et al. (1994) demonstraram (ainda que numa pequena amostra de 13 pacientes), que os doentes com Disfunção Sexual não representam um grupo de risco acrescido para os potenciais efeitos sexuais dos antihipertensores de acção central ou dos diuréticos.

Refira-se ainda que a maioria dos estudos sobre esta problemática, baseiam-se apenas nos relatos do próprio doente. Nem sempre são excluídas as doenças/alterações sexuais prévias. Rareiam as avaliações laboratoriais padronizadas. Desconhecem-se trabalhos que estudem o impacto da H.T.A. e dos fármacos anti-hipertensores nas hormonas masculinas e na fertilidade masculina (Davidson & Rosen, 1992).

Conclusão geral:

Atendendo aos desenvolvimentos teóricos que se verificaram ao longo dos três primeiros capítulos desta investigação (Parte I - Estudos Teóricos), cumprindo o objectivo geral enunciado na Introdução, recusamos a fragmentação da experiência sexual humana em áreas estanques, perspectiva que não admite a possibilidade da interdependência entre os domínios biológicos e todos os outros (psíquicos, sociais e culturais). O entendimento científico da Sexualidade Humana na sua vertente disfuncional ou *"doente"*, pressupõe a necessidade de identificarmos os diferentes parâmetros que moldam e participam na objectivação da D.E.. Concretizando, as respostas orgânicas e psico-sociais do homem com uma Disfunção Eréctil devem ser encaradas tendo presente os desequilíbrios biológicos, que a doença acarreta directamente, mas, também, as vivências afectivas, os parâmetros culturais, as estruturas relacionais, as motivações e os esquemas mentais subjacentes, que dão significado às aptidões individuais e organizam as experiências sexuais .

A partir dos conteúdos definidos (teóricos-conceptuais) estão criadas condições para o estabelecimento de uma grelha de interrogação Biopsicossocial da Disfunção Eréctil que guiará o restante desenvolvimento desta investigação (Parte II).

1. Material e Métodos

1.1 Introdução

O presente trabalho pretende contribuir para a clarificação da relação dos factores psico-sociais com a Disfunção Eréctil, mediante a adopção modelo metodológico rigoroso. Assim:

O material clínico é constituido por doentes diagnosticados com D.E. e sob vigilância clínica numa consulta hospitalar.

A análise dos factores psicólogicos contempla o Auto-conceito, as alterações ao estado do Humor, o Stress psicológico geral e as vivências associadas com a Sexualidade.

Os módulos que aferem a Sexualidade da pessoa doente abarcam todo o espectro da experiência sexual e não apenas aqueles que incidem sobre a *"performance"* sexual.

O diagnóstico da D.E. foi sujeito a critérios padronizados e amostras estudadas foram homogeneizadas em relação a determinadas variáveis.

Preocupação com a problemática relativa à associação entre D.E. e algumas variáveis psicológicas.

1.2 Objectivos do Estudo

São objectivos gerais deste trabalho:

Contribuir para o estudo do Autoconceito, da Ansiedade Estado/Traço, dos níveis de Depressão, e das experiências de interacção sexual em homens portadores de Disfunção Eréctil Secundária.

Comprovar a utilidade clínica das Escalas/Inventários Psicológicos em Sexologia Médica.

Procurar incorporar os resultados obtidos num modelo integrado de interpretação da desregulação psicobiológica que ocorre na Disfunção Eréctil (D.E.) e extrair algumas ilações de natureza terapêutica.

São objectivos específicos deste trabalho:

Esclarecer quais são os factores psicológicos que permitem discriminar os sujeitos com Disfunção Eréctil. Este objectivo será alcançado através do estudo das características psico-sociais que contribuem para a definição do perfil dos doentes com Disfunção Eréctil. Iremos operacionalizar esta questão recorrendo às três primeiras hipóteses de trabalho.

Contribuir para a caracterização do perfil sindromático da Disfunção Eréctil Psicogénica. Este objectivo vai concretizar-se mediante a resposta à última hipótese de trabalho.

1.3. Hipóteses de Trabalho

Colocamos como hipóteses de trabalho as seguintes:

Será que do ponto de vista psico-social os homens com Disfunção Eréctil orgânica são diferentes dos homens sem doença identificada?

Será que do ponto de vista psico-social os homens com Disfunção Eréctil psicogénica são diferentes dos homens sem doença identificada?

Existem diferenças em relação aos factores psico-sociais entre os doentes com Disfunção Eréctil orgânica e os doentes com D.E. psicogénica?

Quais são as variáveis psico-sociais que ajudam a individualizar os doentes com Disfunção Eréctil Psicogénica?

1.4. População de Estudo e Métodos

***Material Clínico**

Foram estudados 116 doentes com Disfunção Eréctil Secundária seleccionados nas consultas de Sexologia Clínica e de Aconselhamento Conjugal do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João (H. S. J.) e da Consulta de Andrologia do Serviço de Urologia.do H.S.J., no período compreendido entre Setembro de 1994 e Dezembro de 1997.

Esta amostra experimental está distribuída por quatro subgrupos:

"Diabéticos", que abarca 34 doentes com Diabetes Mellitus tipo II e Disfunção Eréctil.

"Orgânicos Não-Diabéticos", contemplando 30 doentes com Disfunção Eréctil e patologias orgânicas que não a Diabetes Mellitus tipo II. Nesta série de doentes estão incluidas situações tão diversas como: Traumatismos Pélvicos com fractura da bacia, Prostatectomia, Alcoolismo Crónico, Paramiloidose, Enfarte do Miocárdio, Úlcera Péptica e Esclerose Múltipla.

"Psicogénica", este sub-grupo diz respeito a uma população de 31 doentes, nos quais foram excluidas as possibilidades de organicidade, mediante a aplicação do Protocolo que elaboramos para a presente Investigação mas que, em simultâneo, sofreram a influência dos factores que tradicionalmente têm sido relacionados com a psicogenia da Disfunção Eréctil e que tivemos a oportunidade de desenvolver no capítulo correspondente da Revisão Bibliográfica.

"Mista", este sub-grupo é representado por 21 doentes em que co-existem os factores indicadores ou sugestivos de organicidade e algumas situações ou fenómenos que apontam para uma causalidade psicogénica.

O Grupo de Controlo é formado por também 116 indivíduos dos quais 33 são doentes diabéticos sem Disfunção Eréctil ou outra Disfunção Sexual e 83 indivíduos sem qualquer doença identificada, seleccionados na regiões norte e centro de Portugal. A amostra de

doentes Diabéticos não Insulino-dependentes, sem problemática sexual, foi obtida graças à colaboração de vários colegas de Clínica Geral.

O quadro 16 revela a caracterização genérica dos indivíduos com Disfunção Eréctil (Grupo de Estudo) e dos sujeitos sem Disfunção Eréctil (Quadro Grupo de Controlo).

Quadro 16

Caracterização geral das amostras estudadas

	Grupo de Estudo (N = 116)	**Grupo de Controlo** (N = 116)
Morada		
Porto	61 (52,6%)	67 (57,8%)
Fora do Porto	55 (47,4%)	49 (42,2%)
Trabalho		
Ocupado	91 (78,4%)	101 (87,1%)
Não Ocupado	25 (21,6%)	15 (12,9%)
Classe Socio-profissional		
Serviços	19 (16,4%)	22 (19%)
Liberais	2 (1,7%)	2 (1,7%)
Operariado	53 (45,7%)	61 (52,6%)
Estudantes	1 (0,9%)	0 (0%)
Outras	41 (35,3%)	31 (26,7%)
Classe Social		
Superior	1 (0,9%)	0 (0%)
Média	16 (13,8%)	15 (12,9%)
Inf. Alta	51 (44%)	39 (33,6%)
Inferior	48 (41,4%)	62 (53,4%)
Escolaridade		
Básica	101 (87,1%)	103 (88,8%)
9º- 12º ano	10 (8,6%)	12 (10,3%)
Superior	5 (4,3%)	1 (0,9%)

A média de idades dos doentes disfuncionais foi de 49,63 (desvio padrão de 10,72; âmbito de 26-69), enquanto que a média de idades dos homens não disfuncionais foi de 50,97 anos (desvio padrão de 9,00: âmbito de de 25-70), Levene's Test: $F = 4,21$, $p = 0,041$.

A média de anos de casados/relação marital estável foi de 25,02 para os homens disfuncionais (desvio padrão de 9,37; âmbito de 4-45) e de 27,35 para os sujeitos não disfuncionais (desvio padrão de 7,75; âmbito de 9-45), Levene's Test: F = 4,24, p = 0,040.

Na população final incluida neste estudo a comparação dos homens disfuncionais (N = 116) com os indivíduos não disfuncionais (N = 116) não revelou diferenças estatisticamente significativas quanto à área de residência, vínculo laboral, classe socio-profissional, classe social e escolaridade.

No que se refere ao ordenamento dos indivíduos examinados por área de residência apurámos que 52,6% dos sujeitos da amostra experimental e 57,8% do Grupo de Controlo habitavam na área metropolitana do Porto (X^2 = 0,627, p = 0,428).

No Grupo Experimental 78,4% dos sujeitos tinham vínculo laboral. O mesmo sucedia com 87,1% dos elementos do Grupo de Controlo. A comparação de frequências entre as duas amostras não revelou diferenças significativas (X^2 = 3,020, p = 0,082).

Quer no Grupo de Estudo (45,7%) quer no Grupo de Controlo (52,6%) predominaram os elementos pertencentes ao operariado, (X^2 = 3,169, p = 0,529).

Enquanto que na amostra experimental predominaram os sujeitos pertencentes à classe social inferior alta (44%) no Grupo de Controlo imperaram os indivíduos que integram a classe social tipificada como inferior (53,4%), (X^2 = 4,414, p = 0,220).

A maioria dos sujeitos de ambos os grupos tinha pelo menos o 4º ano de escolaridade: respectivamente, 87,1% no Grupo de Estudo e 88,8% no Grupo de Controlo (X^2 = 2,868, p = 0,238).

*** <u>Método de Estudo</u>**

Todas as avaliações foram realizadas pelo autor, utilizando sempre o mesmo espaço físico, semanalmente, nos horários de funcionamento das consultas de Andrologia e de Sexologia Clínica e durante o período de tempo estipulado no Plano de Trabalho da presente investigação.

A observação foi individual e obedeceu às mesmas normas em todos os doentes:

- Cada doente foi previamente esclarecido sobre os objectivos da presente investigação, tendo sido solicitado o respectivo consentimento verbal, na presença de uma testemunha (quase sempre a mulher, e, noutros casos, o consentimento foi obtido com a colaboração do Médico de Família ou do especialista em Andrologia). Os inventários que integram a presente investigação são anónimos: o doente era

expressamente instruido a não preencher o seu nome no cabeçalho de cada questionário.

- Instruções estandartizadas: "Esta consulta destina-se a esclarecer em que medida determinadas características das pessoas e certas dificuldades de vida podem contribuir para alterar o estado de saúde e os motivos que o touxeram a uma consulta da especialidade".
- Recolha dos dados clínicos relevantes de acordo com um protocolo pré-definido e auto-preenchimento de várias escalas e inventários psicológicos por parte do examinado(ver mais à frente).
- Presença sempre de um mesmo entrevistador, ajudando os doentes a esclarecer eventuais dúvidas, respondendo a questões interpretativas de linguagem com definições denotativas (significar por meio de certos sinais, indicar, mostrar, simbolizar, anunciar).
- Dada a enorme quantidade de questões em análise, quase sempre, a aplicação dos vários questionários era repartida por 2 tempos de consulta.
- As circunstâncias e os procedimentos que rodearam a aplicação do protocolo investigacional foram sobreponíveis nas duas amostras seleccionadas (grupo clínico e indivíduos não disfuncionais). O grupo de indivíduos não disfuncionais foi constituido de forma aleatória, sendo a sua participação voluntária e espontânea. Também neste grupo de entrevistados cada elemento foi devidamente informado dos objectivos do estudo.

Procurámos que os sujeitos seleccionados tivessem presente as vivências mais recentes, como aquelas que dominavam as respectivas interacções sexuais antes da manifestação/começo da Disfunção Eréctil (D.E.). Ao incluir na história clínica um item sobre os possíveis acontecimentos existênciais, nos 12 meses que precederam a Disfunção Eréctil, e ao utilizar um Inventário psicológico como o STAI, em que a forma Estado foi situado no momento actual e o questionário do Traço foi remetido para um período anterior à D.E., queríamos averiguar se o doente conseguia distinguir claramente estes 2 momentos distintos e actualizar as suas vivências passadas (Mota Cardoso, 1984).

Com vista à caracterização pormenorizada de todos os doentes, cada avaliação incorporou igualmente parâmetros sociodemográficos de acordo com os seguintes itens:

❶ ocupação/profissão;

❷ classe social;

❸ zona de residência;

❹ nível educacional. Neste item agrupámos os sujeitos de acordo com os níveis de escolaridade prevalecentes no nosso país: menor que o ensino obrigatório (segundo a designação: "<9º ano"), ensino médio (designado como "9º-12º ano") e ensino superior (designado como ">12º ano").

No item ocupação/profissão sistematizámos duas categorias principais:

① "Ocupado" (categoria que inclui os sujeitos que exercem qualquer actividade profissional) versus "não ocupado" (categoria que abrange os indivíduos desempregados e os reformados)

② Profissão, que compreende 5 grandes áreas de actividade profissional: Serviços, Profissões Liberais, Operariado, Estudantes e Outras.

Foram consideradas 4 classes sociais, segundo a classificação de Sedas Nunes (1970): I (superior), II (média), inferior alta (III) e IV (inferior).

Quanto à zona de residência os sujeitos estão distribuídos por 2 categorias: Porto (os que habitam na área metropolitana do Porto) e Fora do Porto (outras zonas do norte e centro de Portugal).

O item "nível educacional" agrupa os sujeitos de acordo com os níveis de escolaridade prevalecentes no nosso país: menor que o ensino obrigatório (<9º ano) => aparecendo codificado como "Básica", ensino médio (codificado como "9º-12º ano") e ensino superior (>12º ano) => codificado como "Superior".

Num momento inicial do nosso trabalho iremos proceder a uma descrição sistemizada do perfil clínico dos indivíduos incluídos numa amostra experimental, em função dos quatro subgrupos já enunciados.

De seguida, para explorar as hipóteses de trabalho que enunciámos anteriormente iremos estabelecer um desenho factorial 2 x 3 em que as variáveis independentes (V.I.) são a categoria "Função Eréctil" (sendo admitidas duas variantes: normal e com D.E.) e a categoria "Etiologia" (com três entradas pssíveis: orgânicos/diabéticos, psicogénicos e sem doença médica identificada) (ver Quadro 17).

Quadro 17

Desenho Experimental

V.I. = Função Eréctil (normal + com D.E.) x **Etiologia** (orgânicos/diabéticos + psicogénicos + sem doença identificada)

Consideramos como variáveis dependentes (V.D.) todas as escalas utilizadas: o Inventário Clínico de Auto-conceito, a *Symptom Distress Checklist 90 - Revised* (SCL - 90 - R), as Escalas de Experiência Sexual (S.E.S.), o Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB).

Excluimos desta fase de avaliação os indivíduos pertencentes às categorias: "Orgânicos Não-Diabéticos" e "D.E. Mista", atendendo à impossibilidade de homogeneizarmos estes grupos, pelo menos, em relação a algumas variáveis.

As amostras com doentes diabéticos foram contrabalançadas relativamente ao tipo de diabetes (privilegiámos os doentes com Diabetes Mellitus Tipo II), ao tempo de evolução, à área de residência, à escolaridade, à idade e à classe social.

Por seu turno, as amostras formadas por indivíduos com Disfunção Eréctil foram contrabalançadas quanto ao tempo de evolução, quanto à área de residência, quanto à inexistência de antecedentes de tratamentos especializados, quanto à escolaridade, quanto à escolaridade, quanto à idade e quanto à classe social.

Na amostra de indivíduos sem doença identificada foram contrabalançadas as variáveis: área de residência, escolaridade e idade.

Critérios de Inclusão:

*Indivíduos portadores de Disfunção Eréctil, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos, casados ou com uma relação marital estável.

*Os doentes foram classificados como tendo uma Disfunção Eréctil de acordo com os critérios definidos pelo D.S.M.-III-R., operacionalizados da seguinte forma:

Incapacidade parcial ou completa, persistente ou recorrente, num homem de atingir ou manter erecção até concluir o acto sexual ou

Falta persistente e recorrente da sensação subjectiva de excitação e prazer sexual, durante a actividade sexual.

A perturbação não ocorre exclusivamente durante a evolução de outra perturbação do Eixo I (outra que não Disfunção Psicossexual) como é o caso da Depressão Major.

*Tempo mínimo de evolução continuada do problema sexual: 6 meses.

*Os doentes seleccionados estavam a ser observados pela primeira vez numa consulta da especialidade e não fizeram qualquer tratamento à Disfunção Eréctil.

Critérios de Exclusão:

- Doentes com antecedentes de patologia psiquiátrica.
- Doentes com idade inferior a 18 anos ou superior a 70 anos.
- Não cumprimento dos critérios do D.S.M. - III - R..
- Tempo mínimo de evolução do problema sexual inferior a 6 meses.

Foram excluídos os examinados que, na altura da entrevista, estavam a tomar medicamentos passíveis de interferir com a precisão das respostas comportamentais, nomeadamente psicofármacos.

A nossa causuística total está constituída por 184 doentes com Disfunção Eréctil, observados em consulta hospitalar no período compreendido entre Outubro de 1994 e Dezembro de 1997, dos quais 116 cumpriram os critérios de selecção previstos para presente investigação, todos de raça causóide.

Instrumentos de avaliação

O Protocolo clínico foi aplicado de modo sistemático em todos os doentes que cumpriam os critérios de inclusão e abrangia:

① Avaliação Andrológica com os seguintes itens:

a) o exame físico (peso, estatura, palpação da tiróide, despiste da presença de ginecomastia e galactorreia, avaliação do pénis, do escroto, dos testículos e do cordão espermático, medição da Tensão Arterial.

b) O exame Neuro-Urológico, incluindo a avaliação da sensibilidade do pénis, o estudo dos Pulsos Periféricos e dos Reflexos Bulbocavernosos, a avaliação da sensibilidade peri-anal e a execução do toque rectal: tónus esfincteriano e avaliação da próstata.

c) Exames Laboratoriais: Hemoleucograma, Bioquímica, incluíndo: Ureia, Glicose, Creatinina, Sódio e Potássio, T.G.O. e T.G.P., Gama-GT, Colesterol, T3, T4, TSH, Testosterona, F.S.H., L.H.e Prolactina, Estradiol, Teste com PGE1 e Eco-Doppler.

② Avaliação Sexológica

Na avaliação clínica, torna-se necessário encarar o indivíduo como um todo, portador de uma história vital e perfil próprios, exigindo a integração de toda a informação obtida num contexto individualizado para a correcta apreciação da situação disfuncional (Palha, 1987). Nesse sentido, no protocolo investigacional, a anamnese do(s) problema(s) sexual(ais), englovava: a identificação da situação disfuncional, circunstâncias em que começou, frequência, modo de evolução, existência de orgasmo nos dois parceiros, comprovação da existência de erecções espontâneas, nomeadamente nocturnas ou matinais, mas também noutras situações: ao visionar material erótico, nas práticas masturbatórias e em eventuais relações extramaritais. Procurava-se confirmar a existência de dor durante a actividade sexual. Identificava-se o grau de exigência da parceira durante o acto sexual, a coexistência de outros problemas sexuais no indíviduo e averiguava-se a possível disfuncionalidade sexual da parceira. O doente era interpelado para confirmar ou não a presença de acontecimentos existênciais perturbadores recentes. Enumeravam-se as patologias orgânicas concomitantes (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Insufeciência Renal, Doença Hepática, Doença Cardíaca, Doença Isquémica Periférica, etc), lesões traumáticas, intervenções cirúrgicas e a toma habitual de fármacos e substâncias tóxicas (por exemplo: álcool, drogas, tabaco). O doente era interrogado se experienciava a Disfunção Eréctil como uma doença ou como um problema e se sentia menos homem que os outros homens (afectação da virilidade).

Também foi feita a recolha de dados sobre a interacção conjugal e sobre a dinâmica relacional no seio da família, pesquisando, por exemplo, o tipo de planeamento familiar adoptado pelo casal e a existência de conflitualidade entre os parceiros.

A pesquisa de conflitos conjugais valoriza, entre outros, os seguintes parâmetros:

1) a existência de agressão física e/ou verbal;

2) comunicação interpessoal: pobre ou hostil;

3) falta de respeito pelo outro;

4) ressentimento;

5) divergência de valores/preferências sexuais e em relação à educação dos filhos.

6) desejo ou ameaça de separação;

7) história recente de separação temporária.

A presença de três ou mais destes parâmetros apontam para a existência de conflito conjugal.

Para completar o perfil da situação disfuncional apurava-se quem decidiu pedir ajuda, procurar o tratamento médico, e como os parceiros lidam com a Disfunção Eréctil.

 # <u>Instrumentos Psicométricos escolhidos para a Avaliação Psico-Sexual</u>

Cada sujeito foi submetido a uma bateria de testes, seguindo sempre uma mesma ordem de apresentação e o mesmo conjunto de instruções.

Os instrumentos de avaliação psicométrica foram agrupados em dois módulos:

✓O módulo que avalia a estabilidade do EU: Personalidade e Afectos, operacionalizado no Inventário de Auto-Conceito (ICAC), na *Symptom Distress Checklist 90 - Revised* (SCL - 90 - R), no Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T) e no Inventário de Depressão de Beck (IDB),

✓O módulo que contempla a caracterização de algumas das vertentes da experiência sexual humana: a moral sexual, a estimulação psicossexual, a motivação sexual e a atracção pelo casamento. Utilizámos as "Escalas de Experiencia Sexual" (S.E.S.) concebidas por Frenken & Vennix (1981).

O critério adoptado para a selecção das escalas, que incorporam o presente estudo, teve em conta a validade e a fiabilidade das mesmas. Muito embora a sua divulgação no meio científico português não alcance a mesma dimensão que nos seus congéneres estrangeiros, assinale-se que a utilização destas escalas, em trabalhos de autores nacionais, não evidenciou discrepâncias nas propriedades dos mesmos (Vaz Serra & Pio de Abreu, 1973 a-b-c; Simões 1980; Coelho, 1990; Ribeiro da Fonte, 1993).

Passamos a descrever os diferentes questionários aplicados:

1) O INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO DE VAZ SERRA (ICAC)

De acordo com Gecas (1982) o Auto-Conceito define-se como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral, por conseguinte, esta noção afirma-se como um elemento integrador, o núcleo estável da personalidade.

A formação do Auto-Conceito indica a capacidade que o ser humano tem de se constituir como objecto de observação(definindo as suas auto-imagens) e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a si mesmo (Vaz Serra, 1986).

O Auto-Conceito surge como um constructo teórico, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais mas, passível de facilitar a descrição, a explicação e a predicção do comportamento humano e, a partir daí, conhecer como o Sistema Pessoa se percebe e se considera a si próprio em interacção com o meio .

Shavelson et al. (1976) destacou que na formação do Auto-Conceito intervêm factores como:

*a experiência individual;

*os reforços e as avaliações das pessoas significativas do meio ambiente, ou seja, as avaliações reflectidas, aquelas que os outros formulam do seu próprio comportamento, funcionando o auto-conceito como um espelho, o sujeito ao observar-se a si próprio tende a ver-se como os outros o olham;

*as atribuições que o indivíduo faz do seu comportamento.

É possível, em termos conceptuais, encontrar as origens do Auto-Conceito na Psicologia do Eu, como factor significante, nele estando indissociados elementos afectivos, cognitivos e psico-motores. Para William James (1890, citado por Vaz Serra, 1986) o conhecimento do Eu obtinha-se tendo em conta os seus constituintes, as emoções e os sentimentos por eles evocados .

Segundo Shavelson e Bolus (citados por Vaz Serra, 1986) o Auto-Conceito estrutura-se de acordo com as seguintes variáveis:

*é multi-facetado, valorizando o sistema de categorias adoptado por um dado indivíduo e/ou compartilhado por um grupo, ocorrendo uma evolução dessa aquisição desde a infância até à idade adulta;

*é hierarquizado, pois, as percepções e as avaliações do comportamento nas situações específicas vão permitir inferências que vão ascendendo progressivamente, até atingir os níveis superiores;

*está organizado, segundo categorias da quantidade de informação que cada um tem de si próprio;

*é descritivo e possui um poder de avaliação, uma grelha de leitura que o sujeito aplica nas diferentes áreas da sua existência.

O Inventário Clínico de Auto-conceito de Vaz Serra (1986) utilizado no nosso trabalho de investigação pretende ser um instrumento de medida de traço de Personalidade, como dimensão estável, procurando registar os dados significativos relacionados com o Auto-Conceito social e emocional.

O autor procurou elaborar uma escala padronizada, independentemente das condições em que é concretizada, os seus processos de avaliação são equivalentes para todas as pessoas. Deseja que a escala seja objectiva, os resultados obtidos não devem ser influenciados por quem administra a escala. A valoração quer-se quantitativa, a cada atributo/variável é dada uma pontuação determinada (Vaz Serra, 1986). O autor teve, ainda, o cuidado de incluir itens que não proviessem de população considerada como perturbada, de modo a constituir uma referência, em termos informativos, para qualquer pessoa, quando se descreve na sua vida quotidiana.

O Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra é uma escala de auto-aplicação, composta por 20 questões, face às quais se espera que o examinado se posicione escolhendo uma resposta, entre cinco possíveis (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito, concordo muitíssimo), os diferentes items, por conseguinte, devem ser respondidos numa escala tipo Likert, de 5 pontos. Os 20 itens estão agrupados segundo 4 factores temáticos:

*o factor 1 tem a ver com a aceitação/agrado social ou a rejeição/desagrado social (cada item tem um duplo sentido de variação, tanto positivo como negativo);

*o factor 2 é formado por 6 questões que realçam os aspectos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades, logo, avalia a auto-eficácia;

*o factor 3 tem itens que se prendem com a maturidade psicológica;

*o factor 4 procura avaliar a impulsividade-actividade ("quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática", "sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece", "gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço").

2) <u>O Inventário de Ansiedade Estado/ Traço de Spielberg</u>

O Inventário de Ansiedade Estado/ Traço (STAI) de C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch & R.E. Lushene, compreende 2 escalas separadas de auto-avaliação que medem dois conceitos independentes da Ansiedade, como estado (E) e como traço (T). A principal qualidade do STAI

reside precisamente na sua capacidade para investigar os fenómenos da Ansiedade, mediante uma auto-avaliação de 2 conceitos independentes da mesma (Spielberger et al., 1970; Spielberger et al., 1971; Fonte, 1993). Ainda que originalmente tenha sido idealizado como instrumento para investigar os fenómenos da Ansiedade em adultos "normais" (sem alterações psiquiátricas), o STAI demonstrou ser útil para medir ambos os conceitos tanto em indivíduos provenientes de grupos clínicos como em pessoas sem quaisquer antecedentes psicopatológicos.

A Ansiedade Estado (A/E) está conceptualizada como um estado ou condição emocional transitória do organismo humano, que se caracteriza por sentimentos subjectivos, conscientemente parcebidos, de tensão e apreensão, assim como por uma hiperactividade do Sistema Nervoso Autónomo (Ponciano, 1980). Pode variar no tempo e em intensidade. Logo, esta sub-escala (A/E) ajuda a determinar os níveis actuais de intensidade da Ansiedade induzidos por procedimentos experimentais carregados de tensão ou stress, ou como um índice do nível de impulso (ou "drive") (Moreno, 1978).

A Ansiedade Traço (A/T) assinala uma propensão ansiosa relativamente estável. Estes sujeitos tendem a perceber grande parte das situações existênciais como ameaçadoras e a elevar, consequentemente, a sua Ansiedade Estado (A/E). Como conceito psicológico, a A/T possui características similares aos constructos que Atkinson chama "motivos" (essas disposições que permanecem latentes até que são activadas por alguns estímulos da situação) e que Campbell alude como "disposições comportamentais adquiridas" (resíduos de experiências passadas que predispõem tanto a ver o mundo de uma determinada maneira como a manifestar algumas tendências de resposta vinculadas ao objecto) (Balboa, 1982).

Em geral, os sujeitos A/T+ (com maior Ansiedade traço) apresentarão um A/E+ (maior Ansiedade estado) que os sujeitos A/T-, porque as pessoas A/T+ avaliam muito mais situações como ameaçadoras. Por conseguinte, os A/T+ são mais propensos a responder com um aumento de A/E em situações de relações interpessoais que impliquem alguma ameaça à auto-estima (por exemplo, enfrentar uma situação nova ou difícil) (Moreno, 1978).

O desenvolvimento do STAI foi iniciado por Spielberger e Gorsuch, em 1964, na Universidade de Vanderbilt, após o que foi aplicado a diferentes amostras de indivíduos, tendo sofrido um longo processo de depuração e de validação, acabando por dar lugar às diversas formas progressivamente aperfeiçoadas, do Inventário de Ansiedade Estado/Traço: Forma A, Forma B, Forma B revista e Forma X (Spielberger et al., 1970).

O STAI - Estado é constituido por 20 itens. As instruções requerem que os indivíduos descrevam como se sentem "num determinado momento" e classifiquem cada um dequeles em função com quatro alternativas de resposta: "Nada", "Um pouco", "Moderadamente" e "Muito".

Também o STAI - Traço é composto por 20 itens. Nesta escala o sujeito é instruido a responder conforme "se sente habitualmente", classificando as respostas de acordo com 4 possibilidades: "Quase nunca", "Às vezes", "Muitas vezes" e "Quase sempre".

Este instrumento de avaliação psicológica já foi utilizado em amostras da população portuguesa, nomeadamente por Mota Cardoso (1984) e Ribeiro da Fonte (1993).

3) Escalas de Experiência Sexual (S.E.S.)

Os instrumentos psicométricos para o estudo da experiência e do comportamento sexual são pouco abundantes (Schiavi et al., 1979).

Para responder a esta carência Frenken & Vennix (1981) elaboraram as Escalas de Experiência Sexual (S.E.S.), que pretendem ser um contributo importante para a prática clínica em Sexologia Médica. Podem complementar a entrevista clínica no diagnóstico das disfunções sexuais, ajudando a despistar quais são os problemas específicos subjacentes numa relação sexual insatisfatória. Permitem a comparação dos grupos clínicos (com Disfunção Sexual) com amostras de sujeitos sem qualquer perturbação sexual. Em doentes submetidos a Terapia Sexual, as S.E.S., são um instrumento útil para avaliar as fases de Pré e de Pós-tratamento (testando as mudanças em diversas áreas da experiêcia sexual), servindo também para comparar diferentes métodos de tratamento.

As Escalas, englobando 182 itens no total, contemplam as situações com e sem interacção sexual, e foram construidas partindo do pressuposto de que todas as pessoas desenvolvem respostas não indiferentes face à Sexualidade, ou a aceitam ou a rejeitam. Procuram determinar a tendência dominante no comportamento sexual dos sujeitos, padronizada na procura ou no evitamento. Tentam assumir os afectos (positivos ou negativos) que a experiência sexual é capaz de suscitar. Inquerem sobre as opiniões, as normas e os valores em termos de uma valoração positiva ou negativa dos vários aspectos da Sexualidade. As Escalas foram concebidas em torno dos seguintes temas: vivência da experiência corporal (do próprio e da sua parceira sexual, de acordo com a versão masculina, dado que, também existe uma versão feminina), estimulação sexual, comportamentos sexuais mais relevantes, comunicação interpessoal tendo o sexo como tema, importância relativa da Sexualidade na vida do sujeito, experiências sexuais pré-conjugais e extra-conjugais, comportamento e experiência pessoal em situações de jogo sexual, capacidade de excitabilidade sexual, comportamento e experiências associadas com o coito, compatibilidade dos parceiros durante o orgasmo e expriências relacionadas com o mesmo.

Estas Escalas analisam 4 dimensões da experiência sexual:

S.E.S. 1: a moralidade sexual (permissiva versus restrictiva). Os itens representam normas e valores indicadores de uma aceitação ou de uma rejeição duma moral sexual tradicional (restrictiva). Uma pontuação elevada nesta Escala reflecte uma moral sexual

restrictiva: *"scores"* com sinal negativo apontam no sentido da permissividade e *"scores"* com sinal positivo apontam no sentido de uma posição restrictiva.

S.E.S. 2: estimulação psicossexual (procura versus evitamento dos estímulos psicossexuais). Está definida uma dupla tendência: busca a estimulação do imaginário (fantasias) erótico ou afastamento/evitamento e desincentivo do mesmo. Uma pontuação elevada nesta Escala corresponde a uma tendência de não-envolvimento, evitamento ou rejeição da estimulação sexual.

S.E.S. 3: motivação sexual (interesse/procura versus desinteresse/evitamento na interacção sexual com a parceira(o)). Os itens abarcam quer a possibilidade do indivíduo valorizar a expressão das suas necessidades/vivências sexuais e das emoções positivas e agradáveis, que lhe estão associadas durante a interacção com a sua(seu) parceira(o), quer a tendência oposta. Uma pontuação elevada nesta Escala configura uma forte tendência de evitamento ou de aversão sexual

S.E.S 4: atracção pelo seu próprio casamento (baixa versus elevada). Aborda 3 razões específicas pelas quais uma pessoa se sente ou não ligada ao seu casamento:

- atracção emocional e relacional pela(o) parceira(o);
- não aceitação moral e social do rompimento do contrato matrimonial;
- atracção sexual pela(o) parceira(o).

Uma pontuação elevada nesta Escala subentende a existência de fortes vínculos socio-afectivos e sexuais entre os parceiros, a resistência moral face à ruptura do casamento e/ou a ausência de alternativas minimamente gratificantes ou atractivas para o indíviduo.

Estas 4 Escalas principais incluem 14 subescalas, englobando aspectos que vão desde a moral sexual dentro do casamento, a experência sexual pré-marital, a satisfação conjugal, a avaliação da parceira(o) como parceira(o) sexual, a inibição durante a interacção sexual, a avaliação da experiência de orgasmo até à confirmação ou não do papel de espectador e à avaliação da necessidade de actividade sexual com a sua(seu) parceira(o). O S.E.S 3 e S.E.S 4 só devem ser administrados a indivíduos possuidores de uma relação interpessoal (marital) mais ou menos estável (Frenken & Vennix, 1981, p: 5).

As Escalas de Experiência Sexual devem ser administradas individualmente, demorando cerca de 20 mns. (em média) a serem preenchidas. A cada pergunta estão associadas geralmente 5 hipóteses de resposta/escolha, solicitando-se que o indivíduo seleccione a que lhe parece mais adequada. A tradução portuguesa destas 4 escalas foi realizada por Pacheco Palha e colaboradores (1991), estando o processo de validação das mesmas ainda em curso.

4) **Inventário de Depressão de Beck (I.D.B.)**

O I.D.B. é uma escala que pretende diferenciar os elementos/sujeitos deprimidos dos elementos/sujeitos não deprimidos. O I.D.B. (Beck et al., 1961) foi elaborado com a finalidade de avaliar as manifestações comportamentais da Depressão. É formado por vinte um grupos de sintomas e atitudes, seleccionados tendo por base a observação clínica de numerosos doentes deprimidos. O I.D.B. serve para avaliar o estado depressivo nos seus aspectos afectivos, motivacionais, cognitivos e físicos. O I.D.B. proporciona uma categorização dos sintomas e atitudes presentes (Fonte, 1993, p: 143). Cada categoria corresponde a uma manifestação comportamental específica da Depressão. É formada por 4 a 6 frases dispostas segundo uma ordem crescente de intensidade. O doente selecciona a frase que melhor define a forma como se sente ou sentiu na semana anterior. As várias frases estão ordenadas de modo a melhor traduzirem a amplitude da gravidade do sintoma (de intensidade neutra a máxima) (Coelho, 1990, p: 101). Cada categoria (agrupamento sintomatológico) recebe uma pontuação (de zero a três) segundo a opção/escolha do doente. A soma dos agrupamentos confere a pontuação pontual. Assim, faz-se uma classificação da Depressão de acordo com a sua intensidade. Os vários itens respeitam as manifestações observáveis (comportamentais) do Síndrome Depressivo. Não reflectem qualquer teoria etiopatogénica da Depressão.

No I.D.B. encontramos seis "componentes depressivos" principais: componente afectivo (CA) (insatisfação, ódio a si mesmo, períodos de choro, irritabilidade, afastamento social), cognitivo (CC) (pessimismo, sentimentos de fracasso e de culpabilidade, auto-acusação, distorção da imagem corporal,, incapacidade para tomar decisões) motivacional (CM) (desejos suicidas, incacidade para trabalhar), delirante (CD) (sentimento de punição), físico (CF) (astenia, hipocondria) e desvio funcional depressivo (DFD), referente a alterações no sono, anorexia, perda de peso e diminuição da líbido (Coelho, 1990, p: 101). Vaz Serra aferiu este Inventário para a população portuguesa (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973 a-b-c-).

5) **Symptom Checklist 90-Items - Revised (S.C.L.- 90 - R)**

A S.C.L. - 90 - R é um questionario elaborado por L.R. Derogatis cuja versão portuguesa já foi empregue por autores como M. Simões (1978; 1980), Mota Cardoso (1984) e Coelho (1990). Consta de 90 itens, pontuados numa escala de cinco pontos, que indicam quantitativamente o nível de mal estar psicológico do indivíduo (Derogatis, 1977). É de fácil aplicação. O doente deverá indicar em que medida tem sofrido de determinadas queixas

representadas, ao longo de um período de tempo convencionado (por exemplo: os 8 dias que antecederam a consulta). A pontuação em qualquer dos itens pode ter uma amplitude de zero ("nunca") a quatro ("muitíssimo").

Esta escala é composta por 3 índices globais de stress psicológico (G.S.I., P.S.T. e P.S.D.L.) e nove subescalas (SOM, OBS, IPS, DEP,ANX, ANG, PHO, PAR,PSY).

- Índice Sintomático Geral (G.S.I.) - corresponde à combinação da informação do número de sintomas positivos, pontuação diferente de zero, com os indicadores da intensidade do *stress* nesses mesmos sintomas (de um a quatro).
- Total de Sintomas Positivos (P.S.T.) - identifica o número de sintomas positivos (iguais ou superiores a 1).
- Índice de *"Stress"* dos Sintomas Positivos (P.S.D.L.) - define o grau de intensidade do *stress* ajustado ao número de sintomas presentes, ou seja, de pontuação positiva.
- Somatização (SOM) - diz respeito ao mal estar derivado da percepção da disfunção corporal, em diferentes aparelhos e sistemas sob mediação do Sistema Nervoso Autónomo.
- Obsessão-Compulsão (OBS) - inclui sintomas ou queixas relacionadas ou conotadas com a Perturbação Obsessiva-Compulsiva: pensamentos persistentes e irresistíveis, não desejados pelo sujeito e vivenciados como estranhos pelo mesmo. Os 10 itens desta variável incluem, igualmente, comportamentos indiciadores de uma disfunção cognitiva mais geral.
- Sensibilidade Interpessoal (IPS) - traduz os sentimentos de inferioridade e de insegurança pessoal nos relacionamentos sociais (desconforto, auto-depreciação, expectativas negativas).
- Depressão (DEP) - engloba queixas tradutoras de um Síndrome Depressivo (humor dominante, desmotivação, desinteresse, perda de energia vital, autodesvalorização pessoal, sentimentos de desespero, futilidade e ideação suicida).
- Ansiedade (ANX) - abarca sintomas e comportamentos compatíveis com um quadro clínico de Ansiedade: nervosismo, tremor, inquietação e tensão emocional. Esta sub-escala contempla ainda itens avaliando os Ataques de Pânico, a Ansiedade livre flutuante e sentimentos de dissociação.
- Agressividade-Hostilidade (ANG) - envolve sentimentos, pensamentos ou atitudes característicos de um comportamento hostil (aborrecimento, desejo de destruir objectos e episódios de ira.

- Ansiedade Fóbica (PHO) - menciona medos desproporcionados (nalguns casos desmotivados), persistentes, irracionais perante um dado estímulo, gerando um enorme descomforto pessoal e habitalmente comportamentos de fuga.
- Ideação Paranóide (PAR) - é uma sub-escala que, acima de tudo, alude a um modo alterado do pensamento: desconfiança, egocentrismo, grandiosidade e actividade delirante.
- Psicoticismo (PSY) - reune indícios num espectro de sintomas que se coadunam com um certo modo de vida esquizóide mas também com um comportamento psicótico. Dez itens fazem parte desta última sub-escala.

* **Análise Estatística:** hierarquização de procedimentos

A análise estatística teve vários passos.

Num primeiro passo foi feita uma descrição da amostra através da análise de frequências. Este primeiro passo visava obter uma padronização da amostra experimental em função das variáveis da anamnese sexológica.

No segundo passo, pretendemos verificar se os 3 subgrupos homogenizados divergem entre si quanto aos diferentes resultados das variáveis dependentes. Para tal, procedeu-se a uma Análise de Multivariância (MANOVA) do tipo 2 x 3 (Função Eréctil x Etiologia) através das várias escalas de avaliação psicométrica: Inventário Clínico de Auto-conceito, a *Symptom Distress Checklist 90 - Revised* (SCL - 90 - R), as Escalas de Experiência Sexual (S.E.S.), o Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB). Nestes cálculos utilizamos o critério de Wilks com um valor de α a 5%.

Quando estas computações apresentaram valores significativos na variação intergrupal procedemos, então, ao terceiro passo da análise estatística. Neste passo computámos através de Testes de Univariância a contribuição dada por cada factor das duas variáveis independentes para a variação global Deste modo, podemos definir quais as condições que concorreram para a diferenciação inter-grupal, através das várias escalas psicométricas.

Todos estes procedimentos foram efectuados com o programa SPSS para WINDOWS, versão 6.0. (Norusis, 1988).

2. Resultados

No presente capítulo de Resultados, optamos por restringir os comentários, reservando-nos para o capítulo da Discussão dos Resultados a necessidade de realizar uma leitura de perspectivação global do trabalho e a sua articulação com os capítulos precedentes da Revisão Bibliográfica.

A exposição dos resultados está organizada de acordo com os seguintes objectivos:

- Apresentar as diferenças clínicas encontradas entre os diferentes grupos de indivíduos que compõem a amostra experimental (Quadros 18 a 39).
- Definição das possíveis assimetrias psico-sexuais, concretizada através de uma comparação intergrupos (Quadros 40 a 48). Seleccionámos previlegiamente três subgrupos da amostra experimental: diabéticos com D.E. (codificados como "Orgânicos), doentes com D.E. psicogénica (codificados como "Psicogénicos") e indivíduos sem doença identificada (codificados como "Controlo"), Nestas amostras foram controladas algumas variáveis, nomeadamente as socio-demográficas.

Num primeiro momento procedemos a uma caracterização do Grupo de Estudo (N = 116), considerando os vários itens da História Clínica. Para tal, ordenámos a amostra experimental em quatro subgrupos: doentes com Diabetes Mellitus e D.E. ("Diabéticos"), doentes com D.E. mas sem Diabetes ("Orgânicos Não Diabéticos"), doentes com D.E. Psicogénica ("Psicogénica") e doentes com D.E. Mista ("Mista").

Quadro18

Quem marcou a consulta hospitalar

	DIABÉTICOS		ORGÂNICOS NÃO DIABÉTICOS		PSICOGÉNICA		MISTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
O doente	25	73,5%	23	76,7%	17	54,8%	18	85,7%
A parceira	2	5,9%	5	16,7%	11	35,5%	2	9,5%
Os dois	7	20,6%	2	6,7%	3	9,7%	1	4,8%

Qui-quadrado (Pearson): 262,5; p = 0,000

É clara a distinção entre os 4 subgrupos, sendo a comparação de frequências significativa do ponto de vista estatístico (X^2 = 262,5, p = 0,000) (Quadro 18).

O Quadro 18 revelou igualmente que nos 4 subgrupos foi, sobretudo, o doente quem tomou a iniciativa de marcar a consulta hospitalar: 73,5% dos doentes "Diabéticos", 76,7% dos doentes "Orgânicos Não Diabéticos", 54,8% dos doentes "Psicogénicos" e 85,7% dos elementos do subgrupo "Mista".

Depois de termos agrupado as amostras iniciais: "Diabéticos" e "Orgânicos Não Diabéticos" num único sub-grupo, que designámos genericamente por "Orgânica" procedemos a sua análise comparativa com os outros dois sub-grupos ("Psicogénica" e "Mista"). A interacção "Orgânica" e "Psicogénica" foi significativa do ponto de vista estatístico (X^2 = 8,96, p = 0,011). Tal resultado não é extensível à comparação entre o sub-grupo "Orgânica" e o sub-grupo "Mista" (X^2 = 1,426, p = 0,490) nem à interacção entre o sub-grupo "Psicogénica" e o sub-grupo "Mista" (X^2 = 5,54, p = 0,062).

Quadro 19

Modo de aparecimento da Disfunção Eréctil

	Diabéticos	**Orgânicos NãoDiabéticos**	**Psicogénica**	**Mista**
	N = 34 %	N = 30 %	N = 31 %	N = 21 %
Súbito	1 2,9%	16 53,3%	24 77,4%	7 33,3%
Progressivo	33 97,1%	14 46,7%	7 22,6%	14 66,7%

Qui-quadrado (Pearson) = 296,56; p = 0,000

No tocante à variável "Modo de aparecimento da Disfunção Eréctil" a amostra experimental revelou a existência de diferenças significativas entre os 4 sub-grupos (X^2 = 296,56, p = 0,000) (Quadro 19).

A maioria (53,3%) dos doentes do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos" e do subgrupo "Psicogénica" (77,4%) tiveram um início súbito da doença. O mesmo não ocorreu nos restantes subgrupos. A interacção parcelar entre os sujeitos com D.E. orgânica (Diabéticos e Orgânicos não diabéticos) e os doentes com D.E. psicogénica foi significativa (X^2 = 14,75, p = 0,000). Comparando a distribuição de frequências nos grupos: "D.E. orgânica" e "D.E. mista" obtivemos um efeito não significativo (X^2 = 0,357, p = 0,549). Por último, a interacção "D.E. psicogénica"/"D.E. mista" é significativa (X^2 = 5,964, p = 0,014).

Quadro 20

Tempo de Evolução da Disfunção Eréctil

	Diabéticos	Orgânicos NãoDiabéticos	Psicogénica	Mista
	N = 34 %	N = 30 %	N = 31 %	N = 21 %
Menos de 1 ano	2 5,9%	11 36,7%	5 16,1%	6 28,6%
>1 ano <5 anos	22 64,7%	16 53,3%	10 32,3%	12 57,1%
Mais de 5 anos	10 29,4%	3 10%	16 51,6%	3 14,3%

Qui-quadrado (Pearson) = 22,99; p = 0,000

O Quadro 20 dá testemunho que relativamente à variável "Tempo de Evolução da Disfunção Eréctil", verificaram-se diferenças significativas entre os 4 sub-grupos (X^2 = 22,99, p = 0,000).

De destacar que os resultados mostraram que na categoria "Menos de 1 ano" predominam os sujeitos do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos".

A maioria dos homens dos subgrupos: "Diabéticos" (53,3%), "Orgânicos Não Diabéticos" (53,3%) e "DE Mista" (57,1%) têm D.E. há mais de um ano mas há menos de 5 anos e 3 (10%) há mais de 5 anos. Na categoria "Mais de 5 anos" predominam os sujeitos com D.E. psicogénica.

A interacção entre os subgrupos: Orgânica/Psicogénica (X^2 = 9,93, p = 0,006) e Psicogénica/ Mista (X^2 = 7,52, p = 0,023) evidenciou a existência de diferenças significativas. O mesmo não ocorreu para a interacção: Orgânica/Mista (X^2 = 0,800, p = 0,669),

Quadro 21

Momento da Relação Sexual em que ocorre a D.E.

	Diabéticos	Orgânicos NãoDiabéticos	Psicogénica	Mista
	N = 34 %	N = 30 %	N = 31 %	N = 21 %
Preliminares	5 14,7%	9 30%	10 32,3%	6 28,6%
Introdução	3 8,8%	3 10 %	12 38,7%	3 14,3%
Após Introd.	7 20,6%	3 10 %	3 9,7%	1 4,8%
1+2/1+3/2+3	19 55,9%	15 50 %	3 9,7%	11 52,4%

Qui-quadrado (Pearson) = 284,14; p = 0,000

Preliminares: corresponde à fase do jogo amoroso; Introdução: corresponde à fase que coincide com a penetração vaginal; Após Introd.: Após a pentração vaginal; 1+2(Preliminares + Introdução) / 1+3 (Preliminares + Após Introd.) / 2+3 (Introdução + Após Introd.): associação de diferentes momentos da interacção sexual

Destacamos que a maioria dos doentes dos subgrupos "Diabéticos", "Orgânicos Não Diabéticos" e "Mista" apontaram a co-existência de diferentes momentos para a D.E. se manifestar, variando de interacção para interacção sexual (Quadro 21).

O teste do X^2 (X^2 = 284,14) foi significativo a um nível de probabilidade de 0,000, pelo que pode concluir-se que há uma diferença significativa entre os 4 subgrupos da população disfuncional em relação à variável "Momento da Relação Sexual em que Ocorre a DE".

Tendo em conta o momento da relação sexual em que ocorre a D.E., as diferenças entre os doentes com D.E. orgânica e com D.E. psicogénica foram altamente significativas (X^2 = 20,57, p = 0,000). A interacção "orgânica/mista" não evidenciou um efeito significativo (X^2 = 2,104 , p = 0,550). As diferenças entre os subgrupos "psicogénica" e "mista" revelaram-se significativas (X^2 = 13,10, p = 0,004).

Quadro 22

Existência de Erecções Matinais Espontâneas

	Diabéticos		**Orgânicos NãoDiabéticos**		**Psicogénica**		**Mista**	
	N = 34	%	N = 30	%	N = 31	%	N = 21	%
Sim	3	8,8%	3	10%	15	48,4%	3	14,3%%
Não	26	76,5%	17	56,7%	11	35,5%	10	47,6%
Ocasionais	5	14,7%	10	33,3%	5	16,1%	8	38,1%

Qui-quadrado (Pearson) = 283,81; p = 0,000

Dos 4 subgrupos, apenas 15 doentes (48,4%) dos que estão incluidos na categoria "Psicogénica", 3 doentes (8,8%) do sub-grupo "Diabéticos", 3 doentes (10%) do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos" e 3 doentes (14,3%) do subgrupo "Mista" declararam ter tido erecções espontâneas ao acordar, nos três meses que antecederam a consulta. Entre os

doentes dos subgrupos: "Diabéticos", "Orgânicos Não Diabéticos" e "Mista" predominam os doentes que não tiveram erecções espontâneas matinais .

A comparação de frequências das 4 sub-populações evidenciou um elevado significado estatístico (X^2 = 283,81, p = 0,000) (Quadro 22).

Verificou-se que os doentes com D.E. orgânica diferiram significativamente dos doentes com D.E. psicogénica (X^2 = 18,60, p = 0,000) em relação à existência de erecções espontâneas. O mesmo não ocorreu na interacção entre os subgrupos "orgânica" e "mista" (X^2 = 2,58, p = 0,274). A interacção entre os subgrupos "psicogénica"/"mista" foi significativa do ponto de vista estatístico (X^2 = 7,07, p = 0,029).

Quadro 23

Outras Erecções

	Diabéticos		**Orgânicos NãoDiabéticos**		**Psicogénica**		**Mista**	
	N = 34	%	N = 30	%	N = 31	%	N = 21	%
Não	32	94,1%	13	43,3%	6	19,4%	9	42,9%
Sempre	0	0	2	6,7%	5	16,1%	0	0
Ocasionais	2	5,9%	15	50%	20	64,5%	12	57,1%

Qui-quadrado (Pearson) = 43,20; p = 0,000

De acordo com o Quadro 23 torna-se perceptível que a grande maioria dos doentes "Diabéticos" não tiveram, ao longo dos três últimos meses (antes da consulta), erecções nocturnas (durante o sono), na masturbação, ao visionar vídeos eróticos, com outras parceiras sexuais, etc.. Sete doentes responderam afirmativamente, dos quais, 2 (6,7%) pertenciam ao sub-grupo "Orgânico mas sem Diabetes" e 5 (16,1%) ao sub-grupo "Psicogénica". A maioria dos "Orgânicos Não Diabéticos", dos elementos do subgrupo "Psicogénica" e dos doentes do subgrupo "Mista" adimitiram que ocasionalmente tinham erecções noutros contextos sexuais.

As diferenças obtidas entre os 4 sub-grupos têm um elevado significado estatístico (p = 0,000). Na categoria "Sempre" as células correspondentes aos subgrupos "Diabéticos" e "Mista" estão ocupadas por ocupadas por zeros.

Através da Prova do X^2 constatámos que as diferenças entre os doentes do sub-grupo "orgânica" e do sub-grupo "psicogénica" foram altamente significativas (X^2 = 21,10, p = 0,000). Também na comparação entre os subgrupos "orgânica" e "mista" existiam diferenças

significativas (X^2 = 6,86, p = 0,032). Para a interacção entre os subgrupos "psicogénica" e "mista" obtivemos um resultado não significativo do ponto de vista estatístico (X^2 = 5,897, p = 0,624).

Quadro 24

Presença de outras Difunções Sexuais

	Diabéticos		Orgânicos NãoDiabéticos		Psicogénica		Mista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ejac.Precoce	4	11,8%	6	20%	11	35,5%	4	19%
Dimin. Desejo	14	41,2%	7	23,3%	9	29,9%	6	28,6%
1 + 2	4	11,8%	8	26,7%	6	19,4%	8	38,1%
Não	12	35,3%	9	30%	5	16,1%	3	14,3%

Qui-quadrado (Pearson) = 260,51; p = 0,000

Ejac. Precoce: Ejaculação Precoce; **Dimin. Desejo**: Desejo Sexual Hipo-activo; **1 + 2**: Ejaculação Precoce em associação com o Desejo Sexual Hipo-activo;

Não: ausência de outras Disfunções Sexuais associadas

Os resultados revelaramm que entre os doentes pertencentes à categoria "Diabéticos" 12 (35, 3%) não assinalaram a existência de outra Disfunção Sexual concomitantemente com a D.E.. Situação idêntica se deparou em 9 doentes (30%) do sub-grupo "Orgânico Não Diabéticos, em 5 doentes (16,1%) do sub-grupo "Psicogénico" e em 3 doentes (14,3%) da categoria "DE Mista". As diferenças registadas entre os 4 subgrupos alcançaram significado estatístico (X^2 = 260,51, p = 0,000) (Quadro 24).

Na comparação entre os sub-grupos "orgânica" e "psicogénica" não obtivemos um efeito significativo (X^2 = 5,94, p = 0,114). Idêntico resultado se verificou na interacção "orgânica" e "mista" (X^2 = 4,63, p = 0,200) e para a interacção entre os subgrupos "psicogénica" e "mista" (X^2 = 2,83, p = 0,471).

Quadro 25

Factores de Risco Vascular de D.E.

	Diabéticos		Orgânicos NãoDiabéticos		Psicogénica		Mista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	0	0	2	6,7%	31	100%	4	19%
Tabagismo	4	11,8%	7	23,3%	0	0	8	38,1%
HTA	8	23,5%	1	3,3%	0	0	3	14,3%
Dislipidémia	4	11,8%	10	33,3%	0	0	2	9,5%
HTA+Dislipid.	6	17,6%	4	13,3%	0	0	0	0
Outras	12	35,3%	6	20%	0	0	4	19,4%

Qui-quadrado (Pearson) = 468,42; p = 0,000

*Não: sem factores de risco; HTA+Dislipid.: Hipertensão Arterial e Dislipidémia: Outras: outras associações de factores de risco

No subgrupo "Diabéticos" 35,3% dos doentes acumulavam dois ou mais factores de risco (Quadro 25).

Por seu turno, no subgrupo "Orgânico Não Diabéticos", a Dislipidémia foi o factor de risco vascular detectado em 33,3% dos doentes, o Tabagismo em 23,3% dos sujeitos e a Hipertensão Arterial associada à Dislipidémia afectava 13,3% da amostra.

Entre os doentes com D.E. Psicogénica não encontrámos qualquer factor de risco vascular.

Por fim, nas histórias clínicas de 4 (19%) dos doentes com "D.E. Mista" não encontrámos nenhum dos factores de risco listados, 8 doentes (38,1%) tinham uma história de Tabagismo, 3 doentes (14,3%) evidenciavam antecedentes de HTA, 2 doentes (9,5%) de Dislipidémia e 4 doentes (19,4%) outras associações de factores de risco.

A comparação de frequências entre os vários subgrupos alcançou uma elevada significância estatística ($X^2 = 468,42$, $p = 0,000$).

A aplicação da Prova do X^2 evidenciou que os subgrupos: "D.E. orgânica" e "D.E. psicogénica" apresentavam entre si diferenças significativas ($X^2 = 86,45$, $p = 0,000$). O mesmo se verificou quando comparámos o sub-grupo "D.E. orgânica" com o subgrupo "D.E. Mista" ($X^2 = 13,83$, $p = 0,016$). A interacção "psicogénica"/"mista" evidenciou um efeito significativo ($X = 37,28$, $p = 0,000$).

Quadro 26

Presença de Factores Tóxicos

	Diabéticos		Orgânicos - NãoDiabéticos		Psicogénica		Mista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	8	23,5%	11	36,7%	15	48,4%	7	33,3%
Não	26	76,5%	19	63,3 %	16	51,6%	14	66,7%

Qui-quadrado (Pearson): 4,44; p = 0,217

Em 76,5% dos doentes "Diabéticos " não foi possível apurar a existência de um padrão de consumo habitual ou abusivo de substâncias com uma potencial acção nefasta sobre a função sexual, nomeadamente: Álcool, drogas, psicofármacos ou outros medicamentos. Idêntica conclusão deve ser feita em relação a 63,3% dos homens do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", em 51,6% dos indivíduos do subgrupo "Psicogénica" e 66,7% das situações de "Mista". Não detectámos diferenças com significado estatístico entre os 4 subgrupos estudados (p = 0,217) (Quadro 26).

A interacção entre os sub-grupos: "orgânica" e "psicogénica" foi significativa do ponto de vista estatístico (X^2 = 3,85, p = 0,049). O mesmo já não aconteceu na interacção entre os subgrupos: "orgânica" e "mista" (X^2 = 0,09, p = 0,753). O subgrupo "psicogénica" não diferiu significativamente do sub-grupo "mista" (X^2 = 1,162, p = 0,280).

Quadro 27

Factores Tóxicos: Medicamentos anti-HTA

	Diabéticos		Orgânicos NãoDiabéticos		Psicogénica		Mista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nifedipina	0	0	1	3 ,3%	0	0	0	0
Captopril	1	2,9%	2	6,7%	0	0	0	0
Tiazidas	2	5,9%	3	10%	0	0	1	4,8%
Não	31	91,2%	24	80%	31	100%	20	95,2%

Qui-quadrado (Pearson): 9,86; p = 0,361

Globalmente, no conjunto das 4 sub-amostras, só 1 doente, do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", estava medicado com Nifedipina, 3 doentes (1 do subgrupo "Diabéticos" e 2 do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos") estavam a tomar Captopril, 6 doentes (2 do subgrupo "Diabéticos", 3 do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos" e 1 do subgrupo "Mista") tomavam Hidroclotiazida (Quadro 27). Entretanto, verificámos que a maioria dos elementos das 4 populações clínicas estudadas não tomavam qualquer tipo de anti-HTA.

Realizada a prova do Qui-Quadrado para os valores obtidos, constata-se a inexistência de resultados com significado estatístico entre os 4 sub-grupos experimentais (X^2 = 9,86, p = 0,361).

A comparação entre os sub-grupos "orgânica" e "psicogénica" não obteve significado estatístico (X^2 = 4,58, p = 0,204). Também a comparação entre os sub-grupos: "orgânica" e "mista" não permitiu detectar diferenças significativas (X^2 = 1,67, p = 0,642). O mesmo se verificou para a interacção "psicogénica"/"mista" (X^2 = 1,50, p = 0,220).

Quadro 28

Medo durante a Interacção Sexual

	Diabéticos		**Orgânicos NãoDiabéticos**		**Psicogénica**		**Mista**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	3	8,8%	3	10%	6	19,4%	1	4,8%
Sempre	19	55,9%	19	63,3%	18	58,1%	7	33,3%
Ocasional	12	35,3%	8	26,7%	7	22,6%	13	61,9%

Qui-quadrado (Pearson) = 11,46; p = 0,750

A existência recorrente e persistente de "Medo de falhar" (o receio de perder a erecção) em plena relação sexual foi assumido, como uma presença permanente, por 55,9% (19 doentes) dos elementos da amostra "Diabéticos", por 63,3% (19 doentes) elementos da amostra "Orgânica Não Diabéticos", por 58,1% (18 doentes) da sub-população "Psicogénica" e por 33,3% (7 doentes) da amostra "Mista" (Quadro 28). Assinala-se que estas diferenças não têm significado estatístico (X^2 = 11,46, p = 0,750). A frequência observada na célula correspondente à categoria "Não" do sub-grupo "Mista" é apenas de 1.

A Prova do X^2 não foi significativa para a comparação "orgânica"/"psicogénica" (X^2 = 2,32, p = 0,313). Os doentes com D.E. orgânica não diferiram significativamente dos doentes com D.E. mista quanto à existência de medo durante a interacção sexual (X^2 = 6,26, p = 0,043). A interacção entre os subgrupos "psicogénica" e "mista" evidenciou um efeito significativo (X^2 = 8,60, p = 0,013).

Quadro 29

Grau de Exigência da Parceira na Interacção Sexual

	Diabéticos		Orgânicos NãoDiabéticos		Psicogénica		Mista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Elevado	3	8,8%	4	13,3%	6	19,4%	1	4,8%
Fraco	28	82,4%	16	53,3%	17	54,8%	11	52,4%
Médio	3	8,8%	10	33,3%	8	25,8%	9	42,9%

Qui-quadrado (Pearson) = 12,63; p = 0,491

Esta variável especifica a vivência do doente, no acto sexual, em relação ao grau de exigência de exigência/envolvimento da respectiva parceira. O item "Médio" correponde à padronização da expressão empregue frequentemente pelos doentes, quando interpelados sobre este tema: "... nem muito grande nem muito pouco, é normal ou médio" (sic).

Abarcando as 4 subpopulações que incorporam o grupo de estudo constatámos que: 8,8% dos "Diabéticos", 13,3% dos "Orgânicos Não Diabéticos", 19,4% dos elementos do subgrupo "Psicogénica" e 4,8% dos doentes com "D.E. Mista" assumiram que as respectivas parceiras eram muito exigêntes no acto sexual (Quadro 29). Entretanto, a maioria dos indivíduos dos 4 subgrupos verbalizaram que o grau de exigência da suas parceiras durante a relação sexual era fraco. O grau de exigência nem fraca nem elevada (=> "Médio") foi referido por 8,8% dos "Diabéticos", por 33,3% dos "Orgânicos Não Diabéticos", por 25,8% da amostra "Psicogénica" e por 42,9% dos doentes do subgrupo "Mista".

A célula que diz respeito à categoria "Elevado" dos doentes com D.E. mista obteve o valor de 1 (frequência residual = - 0,3). A Prova do Qui-quadrado (X^2) apresentou os seguintes resultados: $X^2 = 12,63$, $p = 0,491$.

Em relação à variável "Grau de exigência da parceira durante a interacção sexual" não obtivemos diferenças significativas no que se refere ao ordenamento dos doentes de acordo com as interacções: "orgânica"/"psicogénica" ($X^2 = 2,49$, $p = 0,286$) e "orgânica"/"mista" ($X^2 = 4,400$, $p = 0,110$). Os doentes do subgrupo "psicogénica" não diferiram significativamente dos doentes do subgrupo "mista" quanto ao "Grau de Exigência da Parceira na Interacção Sexual" ($X^2 = 3,10$, $p = 0,211$).

Quadro 30

Presença de "Acontecimentos de Vida" associados ao aparecimento da D.E.

	Sim		Não	
	N	%	N	%
DE em Diabéticos	2	5,9%	32	94,1%
***não Diabéticos**	9	30%	21	70%
DE Psicogénica	19	61,3%	12	38,7%
DE Mista	14	66,7%	7	33,3%

Qui-quadrado (Pearson) = 30,18; p = 0,000

*não Diabéticos => sub-grupo de doentes com DE Orgânica mas sem Diabetes Mellitus

O Quadro 30 revela que a incidência de "Acontecimentos de Vida" (*"Life events"*), ocorridos nos 6 meses que precederam o aparecimento desta Disfunção Sexual, é maior na D.E. Psicogénica (61,3%) e na D.E. Mista (66, 7%). Entre os doentes orgânicos, 30% dos indivíduos não diabéticos tiveram um ou mais problemas existênciais, avaliados como perturbadores dos equilíbrios psicológicos, coincidindo temporalmente com o despoletar da Disfunção Eréctil mas só 5,9% dos "Diabéticos" passaram por essa experiência desagradável.

Na Prova do Qui-quadrado as diferenças obtidas tiveram um elevado significado estatístico (X^2 = 30,18, p = 0,000).

O subgrupo "orgânica" diferiu significativamente do sub-grupo "psicogénica" em relação à variável "Acontecimentos de Vida" (X^2 = 20,46, p = 0,000). Também o subgrupo "orgânica" diferiu significativamente do sub-grupo "mista" (X^2 = 18,64, p = 0,000). O mesmo se verificou para a interacção "psicogénica"/"mista" (X^2 = 0,156, p = 0,693)

Quadro 31

Conflitos Relacionais

	DIABÉTICOS		ORGÂNICOS - NÃODIABÉTICOS		PSICOGÉNICA		MISTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	3	8,8%	6	20%	11	35,5%	13	61,9%
Não	31	91,2%	24	80%	20	64,5%	8	38,1%

Qui-quadrado (Pearson): 19,78; p = 0,000

Face a diferenças altamente significativas (X^2 = 19,78, p = 0,000) verifica-se, neste Quadro 31, que 91,2% dos homens com "Diabéticos", 80% dos homens com "Orgânicos Não

Diabéticos", 64,5% dos doentes com "D.E. Psicogénica" e 38,1% dos elementos com "D.E. Mista" ("Mista") negaram a existência de problemas afectando a relação homem-mulher.

A comparação de frequências dos subgrupos: "orgânica"/"psicogénica" e "orgânica"/"mista" em função da variável "Conflitos Relacionais" revelou respectivamente, diferenças significativas (X^2 = 3,97, p = 0,046) e altamente significativas (X^2 = 18,86, p= 0,000). Não obtivemos um efeito significativo para a interacção "psicogénica"/"mista" (X^2 = 3,51, p = 0,060).

Quadro 32

Disfunção Sexual da Parceira

	DIABÉTICOS		ORGÂNICOS NÃO DIABÉTICOS		PSICOGÉNICA		MISTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	4	11,8%	4	13,3%	8	25,8%	16	76,2%
Não	30	88,2%	26	86,7%	23	74,2%	5	23,8%

Qui-quadrado (Pearson): 32,19; p = 0,000

O Quadro 32 procura precisar a co-existência de Disfunção Sexual da parceira sexual dos homens portadores de DE. A distribuição de frequências é altamente significativa para as 4 sub-populações do grupo experimental (X^2 = 32,19, p = 0,000).

Constata-se que na categoria "Psicogénica" obtivemos uma resposta positiva em 25,8% dos casos, confirmando a existência de Disfunção Sexual na parceira. Este resultado foi ampliado para 76,2% dos achados no sub-grupo "Mista". A maioria dos doentes dos 3 subgrupos ("Diabéticos", "Orgânicos Não Diabéticos" e "Psicogénica") negou que as respectivas parceiras tivesse uma Disfunção Sexual.

O ordenamento dos doentes dos subgrupos: "orgânica" e "psicogénica" e dos subgrupos: "orgânica" e "mista" revelou respectivamente, diferenças não significativas (X^2 = 3,02, p = 0,082) e diferenças altamente significativas (X^2 = 31,65, p = 0,000). Também obtivemos diferenças altamente significativas para a interacção "psicogénica"/"mista" (X^2 = 12,78, p = 0,000).

Quadro 33

Tratamentos Prévios

	DIABÉTICOS		ORGÂNICOS NÃO DIABÉTICOS		PSICOGÉNICA		MISTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	6	17,6%	10	33,3%	19	61,3%	8	38,1%
Não	28	82,4%	20	66,7%	12	38,7%	13	61,9%

Qui-quadrado (Pearson): 258,96; p = 0,000

Tendo presente as 4 sub-populações é possível constatar que 17,6% dos "Diabéticos", 33,3% dos "Orgânicos Não Diabéticos", 61,3% dos sujeitos do subgrupo "Psicogénica" e 38,1% dos doentes da amostra "Mista", na ocasião da primeira entrevista hospitalar, confirmaram ter-se submetido previamente a um tratamento, específico ou não, para minimizar os inconvenientes da Disfunção Eréctil (Quadro 33). Pelo contrário, nos subgrupos: "Diabéticos", "Orgânicos Não Diabéticos" e "Mista" predominam os sujeitos que negaram qualquer tratamento prévio.

Entre os 4 subgrupos verificaram-se diferenças significativas ($X^2 = 13,48$, $p = 0,037$).

A interacção entre o subgrupo "orgânica" e "psicogénica" revelou a existência de diferenças significativas entre ambas as populações ($X^2 = 11,82$, $p = 0,000$). O mesmo não se verificou em relação à comparação entre os doentes do subgrupo "orgânica" e "mista" ($X^2 = 1,33$, $p = 0,247$) e na interacção "psicogénica"/"mista" ($X^2 = 2,69$, $p = 0,100$).

Quadro 34

Como o Casal Lida com a Disfunção Eréctil

	DIABÉTICOS		ORGÂNICOS NÃO DIABÉTICOS		PSICOGÉNICA		MISTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diálogo	25	73,5%	20	66,7%	7	22,6%	8	38,1%
Ajuda	6	17,6%	4	13,3%	12	38,7%	2	9,5%
Conflito	3	8,8%	6	20%	12	38,7%	11	52,4%

Qui-quadrado (Pearson): 28,36; p = 0,000

A estratégia do diálogo foi adoptada por 73,5% dos elementos enquadráveis na categoria "Diabéticos", por 66,7% dos sujeitos pertencentes ao subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", por 22,6% dos elementos com "D.E. Psicogénica" e 38,1% dos sujeitos com "D.E.Mista" (Quadro 34).

No conjunto das 4 sub-populações só um número muito reduzido de doentes (24 ao todo) confidenciaram que o diálogo no interior do casal gerou uma clara e mutamente assumida relação de inter-ajuda para enfrentar a situação problema que representa a Disfunção Eréctil (D.E.). O desentendimento e o conflito relacional na sequência do aparecimento da D.E. (*"coping"* disfuncional e negativo) predomina em 8,8% dos "Diabéticos", em 20% dos sujeitos pertencentes ao subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", em 38,7% dos elementos "Psicogénicos" e 52,4% dos sujeitos com "DE Mista".

A Prova do Qui-quadrado revelou diferenças altamente significativas entre os 4 sub-grupos ($X^2 = 28,36$, $p = 0,000$).

A interacção parcelar entre os subgrupos: "orgânica"/"psicogénica" evidenciou um efeito altamente significativo (X^2 = 17,47, p = 0,000). Também no caso da interacção: "orgânica"/"mista" obtivemos diferenças significativas entre ambas populações (X^2 = 8,79, p = 0 ,012). O subgrupo "psicogénica" não diferiu significativamente do subgrupo "mista" (X^2 = 5,53, p = 0,062).

Quadro 35

Virilidade afectada

	Diabéticos		**Orgânicos Não Diabéticos**		**Psicogénica**		**Mista**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	20	58,8%	11	36,7%	26	83,9%	9	42,9%
Não	14	41,2%	19	63,3%	5	16,1%	12	57,1%

Qui-quadrado (Pearson): 15,94; p = 0,001

O quadro 35 esclarece até que ponto os elementos da nossa amostra se sentem diferentes dos outros homens, verbalizando que a sua Virilidade foi afectada a partir do momento em que a Disfunção Eréctil se manifestou. Assim, 58,8% dos elementos "Diabéticos", 36,7% dos sujeitos "Orgânicos Não Diabéticos", 83,9% dos homens com DE "Psicogénica" e 42,9% dos elementos com "DE Mista" consideraram que o aparecimento da Disfunção Eréctil veio prejudicar/lesar a sua Virilidade.

A comparação de frequências entre os 4 subgrupos alcançou um elevada significância estatística (X^2 = 15,94, p = 0,001).

A Prova do X^2 desvendou que as diferenças entre o subgrupo "orgânica" e o subgrupo "psicogénica" são estatisticamente significativas(X^2 = 9,94, p = 0,001). Idêntico resultado não foi possível obter na interacção entre o subgrupo "orgânica" e o sub-grupo "mista" (X^2 = 0,19, p = 0,656). Entretanto, já obtivemos obtivemos um efeito significativo para a interacção "psicogénica"/"mista" (X^2= 9,57, p = 0,001).

Quadro 36

Avaliação da D.E. como Doença

	Sim		**Não**	
	N	%	N	%
Diabéticos	34	100%	0	0%
***não Diabéticos**	17	56,7%	13	43,3%
Psicogénica	15	48,4%	16	51,6%
Mista	5	23,8%	16	76,2%

Qui-quadrado (Pearson) = 36,32; p = 0,000

*não Diabéticos => sub-grupo de doentes com DE Orgânica mas sem Diabetes Mellitus

A totalidade dos doentes "Diabéticos" classificou a D.E. como uma doença (Quadro 36). A maioria dos sujeitos "Orgânicos Não Diabéticos" adoptou igual posição. Atitude oposta foi assumida pela maioria dos elementos com "D.E. Psicogénica" e com "D.E. Mista".

As diferenças obtidas entre os 4 subgrupos tiveram um elevado significado estatístico (X^2 = 36,32, p = 0,000).

Tendo presente a "Avaliação da D.E. como Doença", a comparação de frequências dos subgrupos: "orgânica" e "psicogénica" revelou diferenças significativas entre ambas as amostras (X^2 = 7,84, p = 0,005). A interacção "orgânica"/"mista" permitiu igualmente apreciar diferenças significativas entre os dois subgrupos (X^2 = 21,96, p =0,000). O subgrupo "psicogénica" não diferiu significativamente do subgrupo "mista" (X^2= 3,19, p = 0,074).

Quadro 37

Sentir-se doente

	Diabéticos		**Orgânicos Não Diabéticos**		**Psicogénica**		**Mista**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	18	52,9%	14	46,7%	23	74,2%	14	66,7%
Não	16	47,1%	16	53,3%	8	25,8%	7	33,3%

Qui-quadrado (Pearson): 5,88; p = 0,117

O Quadro 37 revela que 52,9 % dos elementos "Diabéticos" assumiram sentir-se doentes. Idêntica posição foi tomada por 46,7% dos elementos do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", por 74,2% dos doentes ditos "Psicogénicos" e por 66,7% dos elementos do subgrupo "DE Mista".

O ordenamento dos doentes em função desta variável não evidenciou diferenças com significado estatístico entre os 4 subgrupos (X^2 = 5,88, p = 0,117).

A comparação entre os subgrupos: "orgânica" e "psicogénica" revelou a existência de diferenças significativas (X^2 = 6,33, p = 0,011). O mesmo não se verificou para a comparação entre o subgrupo "orgânica" e o subgrupo" "mista" (X^2 = 85,00, p = 0,388). O subgrupo "psicogénica" não diferiu significativamenre do subgrupo "mista" (X^2 = 0,34, p = 0,556).

Quadro 38

Origem da Disfunção Eréctil

	Diabéticos		Orgânicos NãoDiabéticos		Psicogénica		Mista	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Causas Psico.	1	2,9%	0	0	2	6,5%	1	4,8%
Causas Orgân.	22	64,7%	15	50%	14	45,2%	8	38,1%
Anomalias	2	5,9%	8	26,7%	2	6,5%	4	19%
Probl. Conj.	5	14,7%	0	0	5	16,1%	2	9,5%
Orgân. e Psic.	4	11,8%	7	23,3%	8	25,8%	6	28,6%

Qui-quadrado (Pearson) = 17,95; p = 0, 117

Causas Psico.: Causas Psicológicas; **Causas Orgân.**: Causas Orgânicas; **Anomalias**: Anomalias Anatómicas; **Probl. Conj.**: Problemas Conjugais; **Orgân. e Psico.**: Causas Orgânicas e Psicológicas

Os conteúdos categoriais expressos no Quadro 38 dizem respeito às atribuições causais que o doente faz sobre a sua Disfunção Eréctil. A listagem padronizada foi elaborada a partir das escolhas mais frequentes habitualmente enunciadas pelos doentes na primeira consulta de avaliação hospitalar. Estava prevista a possibilidade do doente eleger mais do que uma atribuição causal.

Verificou-se que a etiologia orgânica, em sentido genérico, foi seleccionada, como a escolha mais importante. Esta opção está distribuída da seguinte forma pelos 4 sub-grupos:

- 22 sujeitos (64,7%) "Diabéticos";
- 15 doentes (50%) "Orgânicos Não Diabéticos";
- 14 elementos (14%) do subgrupo "Psicogénica";
- 8 indivíduos (38,1%) com "DE Mista".

A comparação de frequências entre os 4 subgrupos não alcançou significado estatístico ($X^2 = 17,95$, $p = 0,117$).

A interacção parcelar dos subgrupos, no que se refere a origem da D.E., revelou que na comparação "orgânica" e "psicogénica" (X^2 = 4,64, p = 0,352) e na comparação "orgânica" e "mista" (X^2 = 3,04, p = 0,550) não se verificaram diferenças significativas. O mesmo aconteceu para a interacção entre o subgrupo "psicogénica" e o subgrupo "mista" (X^2 = 2,37, p = 0,667).

Quadro 39

Alterações nos Exames Subsidiários

	Sim		Não	
	N	%	N	%
DE em Diabéticos	31	91,2%	3	8,8%
***não Diabéticos**	21	70%	9	30%
DE Psicogénica	0	0	31	100%
DE Mista	11	52,4%	10	47,6%

X^2: Qui-quadrado = 348,95, p = 0,000

*não Diabéticos => sub-grupo de doentes com DE Orgânica mas sem Diabetes Mellitus

O Quadro 39 corresponde a uma Tabela de Frequências das alterações encontradas nos Exames Subsidiários incluindos no Protocolo Andrológico, de acordo com as diferentes amostras.

A comparação de frequências dos 4 subgrupos que compõem a amostra experimental, em função das alterações dos exames subsidiários, apresentou diferenças significativas entre os 4 subgrupos (X^2 = 248,95, p = 0,000). Apesar de uma célula apresentar o valor zero, não deixa de ser clara a distinção entre "Sim" (correspondendo à existência de alterações) e "Não" (identificando a inexistência de alterações nos exames complementares de diagnóstico).

Constatámos que é nos subgrupos "D.E. e Diabetes" (91,2%), "Orgânico mas sem Diabetes" (70%) e "DE Mista" (52,4%) que se verificaram mais alterações no protocolo de exames complementares de diagnóstico.

A comparação inter-grupos revelou efeitos estatisticamente significativos para as interacções: "orgânica"/"psicogénica" (X^2 = 55,64, p = 0,000) e "orgânica"/"mista" (X^2 = 6,86, p = 0,008). Também o sub-grupo "psicogénica" diferiu significativamente do subgrupo "mista" (X^2 = 20,59, p = 0,000).

Na parte final do tratamento estatístico dos dados obtidos levámos a cabo várias comparações intergrupos segundo o modelo factorial definido no capítulo 4 (Material e Métodos) (ver Quadro 17).

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil (Orgânicos: Diabéticos e Psicogénicos) (Grupo de Estudo) e homens sem doença identificada (Grupo de Controlo)

Procurando individualizar os doentes com Disfunção Eréctil, testando esta categoria nosológica enquanto entidade clínica, e, assim, equacionar uma resposta para ao primeiro objectivo específico desta investigação realizámos, num primeiro momento, a uma Análise de Multivariância do tipo 2 x 3 (Função Eréctil x Etiologia) (ver Quadro 17), segundo o critério de Wilks.

Escolhemos como Grupo de Estudo duas amostras: doentes com Diabetes Mellitus e Disfunção Eréctil (N = 34), codificada com o nome "DE ORGÂNICA", e doentes com Disfunção Eréctil Psicogénica (N = 31), codificada com o nome de "DE PSICOGÉNICA". O Grupo de Controlo é formado por 83 indivíduos sem qualquer doença identificada e surge codificado sob de "CONTROLO".

Esta Análise de Multivariância revelou um efeito significativo: $F(2,66) = 270,00$, $p = 0,000$, segundo o critério de Wilks, para a interacção: Grupo de Estudo versus Grupo de Controlo.

De seguida, com vista ao esclarecimento dos itens que induzem as diferenças obtidas recorremos a uma Ánálise Univariância (F-teste) para cada uma das seguintes condições:

- ICAC x Tipo de Grupo;
- SCL-90-R x Tipo de Grupo;
- IDB x Tipo de Grupo.
- SES1 x Tipo de Grupo;
- SES2 x Tipo de Grupo;
- SES3 x Tipo de Grupo;
- SES4 x Tipo de Grupo.

O Quadro 40 permite visualizar os resultados obtidos e as diferenças significativas.

Quadro 40

	DE ORGÂNICA		DE PSICOGÉNICA		*CONTROLO*			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
AutoC Total	57,35	11,99	60,83	1,02	71,65	5,30	40,74	0,000
GSI	1,33	0,41	1,63	0,29	0,95	0,35	45,25	0,000
PST	55,79	14,74	61,03	21,13	51,31	6,97	6,55	0,002
PSDL	1,92	0,38	1,93	0,18	1,59	0,13	40,46	0,000
STAIE	55,61	8,19	55,83	5,20	26,71	10,26	190,73	0,000
STAIT	49,50	7,57	47,09	9,88	25,57	9,32	115,27	0,000
IDB TOTAL	17,85	5,53	13,12	4,69	8,49	2,18	77,27	0,000
SES1 TOTAL	0,04	0,38	0,18	0,66	-0,11	1,06	1,41	0,247
SES2 TOTAL	0,08	0,64	-0,08	0,82	-0,33	0,69	4,56	0,012
SES3 TOTAL	0,35	0,90	0,27	0,92	-0,40	0,93	11,26	0,000
SES4 TOTAL	-0,11	0,94	-0,19	1,15	-0,06	1,07	0,17	0,840

M: Médias SD: Desvio Padrão

AutoC Total: Pontuação total do Auto-Conceito (ICAC)

GSI: Índice Sintomático Geral (SCL -90 - R)

PST: Total de Sintomas Positivos (SCL - 90 – R)

PSDL: Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos (SCL – 90 – R)

STAIE/STAIT:Inventário de Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T)

IDB TOTAL: Inventário de Depressão de Beck (Totais).

SES 1 Total: Escala "Moral Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 2 Total: Escala "Estimulação Psico-sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 3 Total: Escala "Motivação Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 4 Total: Escala "Atracção pelo Casamento" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

O Quadro 40 mostra que as duas amostras de doentes que integram o Grupo de Estudo se diferenciam significativamente do Grupo de Controlo nas seguintes escalas:

- ICAC (Totais): $F(2,145) = 40,7$, $p = 0,000$;
- GSI: $F(2,145) = 45,25$, $p = 0,000$;
- PST: $F(2,145) = 6,55$, $p = 0,002$;
- PSDL: $F(2,145) = 40,46$, $p = 0,000$;
- STAIE: $F(2,145) = 190,73$, $p = 0,000$;
- STAIT: $F(2,145) = 115,27$, $p = 0,000$;
- IDB: $F(2,145) = 77,27$, $p = 0,000$;
- SES2: $F(2,145) = 4,56$, $p = 0,012$;
- SES3: $F(2,145) = 11,26$, $p = 0,000$.

Todas as restantes escalas não diferenciaram significativamente os doentes das amostras com Disfunção Eréctil (Grupo de Estudo) dos elementos do Grupo de Controlo:

- SES1: $F(2,145) = 1,41$, $p = 0,247$;
- SES4: $F(2,145) = 0,17$, $p = 0,840$.

Quadro 41

Análise de Univariância

(Pontuações das várias sub-escalas do Inventário Clínico de Auto-Conceito)

	DE ORGÂNICA		DE Psicogénica		CONTROLO			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
F1	13,94	3,98	15,16	4,78	18,27	3,19	19,05	0,000
F2	15,70	5,12	17,67	4,88	19,45	2,61	11,88	0,000
F3	14,75	3,65	15,67	3,07	19,42	2,82	35,19	0,000
F4	12,94	3,99	12,09	2,99	14,10	3,96	3,52	0,032

M: Médias; DP: Desvio Padrão

ICAC - Inventário Clínico de Auto-Conceito; F1: aceitação/agrado social ou rejeição/desagrado social; F2: auto-eficácia; F3: maturidade psicológica; F4: impulsividade/actividade.

A Análise de Univariância dos quatro factores que compõem o Inventário de Auto-Conceito (I.C.A.C.) revelou (Quadro 41) a existência de diferenças com significado estatístico entre os grupos estudados, sendo os sujeitos sem doença identificada favorecidos em todos os *"scores"* parciais:

* Aceitação/agrado social (F1) => F(2,145) = 19,05, p = 0,000;

* Auto-eficácia (F2) => F(2,145) = 11,88, p = 0,000;

* Maturidade psicológica (F3) => F(2,145) = 35,19, p = 0,000;

* Impulsividade/actividade (F4) => F(2,145) = 3,52, p = 0,032.

Quadro 42

Análise de Univariância

(Pontuações das várias sub-escalas da Symptom Distress Checklist 90 - Revised (SCL - 90 – R)

	DE ORGÂNICA		DE Psicogénica		CONTROLO			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
Somatização	1,88	1,34	2,54	1,39	1,23	1,34	11,27	0,000
Depressão	2,22	1,64	1,73	0,88	0,95	0,66	21,06	0,000
Fobia	2,24	1,06	2,73	1,03	1,02	0,54	62,55	0,000
Ocompulsão	1,69	0,62	2,78	0,90	0,95	0,58	85,32	0,000
Ansiedade	1,75	1,04	2,39	1,11	0,68	0,28	68,17	0,000
Paranóide	0,80	0,30	0,93	0,58	0,34	0,20	44,84	0,000
Sensibilidade	1,54	0,65	1,46	0,74	0,67	0,77	23,06	0,000
A/Hostilidade	1,07	1,17	0,92	0,73	0,88	0,51	0,75	0,747
Psicoticismo	0,93	0,50	0,95	0,77	0,42	0,34	19,81	0,000

*SCL90 Somatizaç: sub-escala Somatização da SCL-90-R; SCL90 Depressão: sub-escala Depressão da SCL-90-R; SCL90 Fobia: Ansiedade Fóbica; SCL90 Ocompuls: Obsessão/Compulsão; SCL90 Ansiedade: Ansiedade; SCL90 Paranóid: Ideação Paranóide; SCL90 Sensibilid: Sensibilidade Interpessoal; SCl90 A/Hostilid: Agressividade/Hostilidade; SCL90 Psicoticism: Psicoticismo.

Através da Análise de Univariância das sub-escalas da S.C.L. – 90 R verificámos que os homens disfuncionais obtiveram valores significativamente mais elevados que os elementos sem doença identificada nos seguintes itens:

⇨ Somatização => $F(2,145) = 11,27$ $p = 0,000$;

⇨ Depressão => $F(2,145) = 21,06$, $p = 0,000$;

⇨ Ansiedade Fóbica => $F(2,145) = 62,55$, $p = 0,000$;

⇨ Obsessão-compulsão => $F(2,145) = 85,32$, $p = 0,000$;

⇨ Ansiedade => $F(2,145) = 68,17$, $p = 0,000$,

⇨ Ideação Paranóide => $F(2,145) = 44,84$, $p = 0,000$;

⇨ Sensibilidade Interpessoal => $F(2,145) = 23,06$, $p = 0,000$;

⇨ Psicoticismo => $F(2,145) = 19,81$, $p = 0,000$.

A sub-escala Agressividade/Hostilidade da S.C.L.-90-R não permitiu diferenciar significativamente o Grupo de controlo do Grupo de estudo: $F(2,145) = 0,75$, $p = 0,747$ (Quadro 42).

Quadro 43

Análise de Univariância

(Pontuações das várias sub-escalas do Inventário de Depressão de Beck (IDB)

	DE ORGÂNICA		DE Psicogénica		CONTROLO			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
AFECTVO	5,58	2,96	3,54	2,12	1,18	1,06	69,60	0,000
COGNITIV	3,23	3,08	6,12	2,89	1,37	1,19	55,07	0,000
MOTIVACI	1,67	1,68	1,06	2,33	1,62	1,42	1,40	0,248
DELIRANT	0,70	1,08	0,29	0,69	0,55	0,92	1,68	0,189
FÍSICO	1,97	2,91	0,48	0,92	2,08	1,69	8,07	0,000
DESVIOFD	4,55	1,69	1,90	2,44	1,69	1,70	29,38	0,000

AFECTVO: componente afectivo; COGNITIV: componente cognitivo; MOTIVACI: componente motivacional; DELIRANT: componente delirante; FÍSICO: componente físico; DESVIOFD: desvio funcional depressivo

Graças à Análise de Univariância dos vários componentes do Inventário de Depressão de Beck constatámos a existência de diferenças significativas entre os três subgrupos estudados nos seguintes itens dol.D.B.:

↳ Afectivo => F(2,145) = 69,60, p = 0,000;

↳ Cognitivo => F(2,145) = 55,07, p = 0,000;

↳ Físico => F(2,145) = 8,07, p = 0,000;

↳ Desvio Funcional Depressivo => F(2,145) = 29,38, p = 0,000.

Nos restantes dois componentes do I.D.B.. não apurámos diferenças significativas entre os sub-grupos:

↳ Motivacional => F(2,145) = 1,4, p = 0,248;

↳ Delirante => F(2,145) = 1,68, p = 0,189 (Quadro 43).

Quadro 44

Análise de Univariância

(Pontuações das várias sub-escalas da S.E.S.2: Escala de "Estimulação Psico-sexual")

	DE ORGÂNICA		DE Psicogénica		Controlo			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
IS	-0,12	0,75	-0,09	0,71	-0,22	0,69	0,50	0,604
EE	-0,12	0,58	-0,48	0,52	-0,19	0,66	3,25	0,041
AE	-0,41	0,78	-0,64	0,81	-0,42	0,53	1,39	0,251

M: Médias; DP: Desvio Padrão

"Atracção Sexual Interpessoal" (IS), "Avaliação da Exposição às Fantasias Sexuais" (EE), "Excitação pelas Fantasias Sexuais" (AE)

Em duas das sub-escalas da S.E.S.2 (Estimulação Psico-sexual) não apurámos diferenças significativas entre os sub-grupos: Atracção Sexual Interpessoal (IS) => F(2,145) = 0,50, p = 0,604 e Excitação pelas Fantasias Sexuais (AE) => F(2,145) = 1,39, p = 0,251. Na sub-escala: Avaliação da Exposição às Fantasias Sexuais (EE) verificaram-se diferenças significativas entre as amostras em análise: F(2,145) = 3,25 p = 0,041 (Quadro 44).

Quadro 45

Análise de Univariância

(Pontuações das várias sub-escalas da S.E.S. 3: Escala de "Motivação Sexual")

	DE ORGÂNICA		DE Psicogénica		CONTROLO			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
EP	0,50	0,84	0,36	0,75	-0,80	0,68	51,73	0,000
OE	0,87	0,74	0,74	0,71	-0,81	1,04	57,17	0,000
SR	0,61	0,61	0,18	0,71	-0,85	0,75	59,96	0,000
LF	0,57	0,72	0,30	0,75	-0,11	0,78	10,73	0,000
NP	0,52	0,99	0,33	1,09	-0,14	0,90	6,77	0,002

EP: Satisfação potencial obtida através da Interacção Sexual; OE: Adequação orgástica durante a interacção sexual e sua avaliação; SR: Papel de espectador; LF: Duração do jogo amoroso; NP: Necessidade de sexo com a parceira.

Por seu turno as várias sub-escalas da S.E.S.3 (Motivação Sexual) apresentaram diferenças significativas entre os homens com D.E. e os sujeitos sem doença identificada:

Satisfação potencial obtida através da interacção sexual (EP) => $F(2,145) = 51,73$, $p = 0,000$;

Adequação orgástica durante a interacção sexual e sua avaliação (OE) => $F(2,145) = 57,17$, $p = 0,000$;

Papel de espectador (SR) => $F(2,145) = 59,96$, $p = 0,000$.

Duração do jogo amoroso (LF) => $F(2,145) = 10,73$, $p = 0,000$;

Necessidade de Sexo com a Parceira (NP) => $F(2,145) = 6,77$, $p = 0,002$ (Quadro 45).

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil (Orgânicos: Diabéticos) (Grupo de Estudo) e homens sem doença identificada (Grupo de Controlo)

Para esboçar uma resposta à 1ª hipótese de trabalho tipificámos o perfil diferencial dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II e com Disfunção Eréctil (Grupo de doentes Orgânicos) (N = 34) face aos sujeitos sem qualquer patologia, médica ou psiquiátrica, nem tão pouco, sem qualquer Disfunção Sexual (Grupo de Controlo) (N = 83). Para tal, realizámos, num primeiro momento, a uma Análise de Multivariância do tipo 2 x 3 (Função Eréctil x Etiologia) (ver Quadro 17), segundo o critério de Wilks.

Esta Análise de Multivariância revelou um efeito significativo: F(1,37) = 76,00, P = 0,000, segundo o critério de Wilks, para a interacção: Doentes Orgânicos (diabéticos com D.E.) versus Grupo de Controlo. De seguida, com vista ao esclarecimento dos itens que induzem as diferenças obtidas recorremos a uma Análise Univariância (F-teste) para cada uma das seguintes condições:

- ICAC x Tipo de Grupo;
- SCL-90-R x Tipo de Grupo;
- IDB x Tipo de Grupo.
- SES1 x Tipo de Grupo;
- SES2 x Tipo de Grupo;
- SES3 x Tipo de Grupo;
- SES4 x Tipo de Grupo.

O Quadro 46 permite visualizar os resultados obtidos e as diferenças significativas.

Quadro 46

	ORGÂNICOS		CONTROLO			
	M	DP	M	DP	F	p
AutoC Total	57,35	11,99	71,65	5,30	78,97	0,000
GSI	1,33	0,41	0,95	0,35	25,22	0,000
PST	55,79	14,74	51,31	6,97	4,82	0,030
PSDL	1,92	0,38	1,59	0,13	47,71	0,000
STAIE	55,61	8,19	26,71	10,26	211,08	0,000
STAIT	49,50	7,57	25,57	9,32	173,52	0,000
IDB TOTAL	17,85	5,53	8,49	2,18	171,76	0,000
SES1 Total	0,04	0,38	-0,11	1,06	0,70	0,402
SES2 Total	0,08	0,64	-0,33	0,69	8,92	0,003
SES3 Total	0,35	0,90	-0,40	0,93	17,13	0,000
SES4 Total	-0,11	0,94	-0,06	1,07	0,10	0,741

M: Médias SD: Desvio Padrão

AutoC Total: Pontuação total do Auto-Conceito (ICAC)

GSI: Índice Sintomático Geral (SCL -90 - R)

PST: Total de Sintomas Positivos (SCL - 90 – R)

PSDL: Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos (SCL – 90 – R)

SES 1 Total: Escala "Moral Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 2 Total: Escala "Estimulação Psico-sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 3 Total: Escala "Motivação Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 4 Total: Escala "Atracção pelo Casamento" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

STAIE/STAIT:Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T)

IDB TOTAL: Inventário de Depressão de Beck (Totais).

Os elementos do Grupo de Controlo evidenciaram um maior "Auto-Conceito": F(1,114) = 78,97, p = 0,000, e obtiveram pontuações significativamente mais baixas que os doentes orgânicos nos índices globais de *"stress"* psicológico sintomático: Índice Sintomático Geral da SCL-90-R (GSI): F(1,114) = 25,22, p = 0,000; Total de Sintomas Positivos da S.C.L. - 90 - R (PST): F(1,114) = 4,82, p = 0,030; Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos da S.C.L. - 90 - R. (PSDL): F(1,114) = 47,71, p = 0,000 (Quadro 46).

Em contrapartida, os indicadores de Ansiedade (Estado e Traço) são significativamente mais elevados (p = 0,000) nos doentes orgânicos. Também, os totais do Inventário de Depressão de Beck privilegiaram os doentes do sub-grupo "Orgânicos", F(1,37) = 171, 76, p = 0,000.

A Escala de Moral Sexual (S.E.S.1): F(1, 114) = 0,70, p = 0,402, e a Escala de Atracção Sexual pelo Casamento (S.E.S.4): F(1; 114) = 0,10, p = 0,741, não definiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. O contrário aconteceu com as Escalas de Estimulação Psico-sexual (S.E.S.2): F(1, 114) = 8,92, p = 0,003, e de Motivação Sexual (S.E.S.3): F(1, 114) = 17,13, p = 0,000.

Em relação aos 4 factores que integram o Inventário Clínico de Auto-Conceito (I.C.A.C.) os indivíduos das duas amostras apenas não diferiram significativamente, no item F4 (Factor Impulsividade/Actividade) => F(1,114) = 1,84, p = 0,117. Nos restantes factores obtivemos diferenças estatísticas entre os dois grupos: Aceitação/Rejeição (F1) => F(1,114) = 37,92, p = 0,000; Auto-eficácia (F2): F(1,114) = 27,13, p = 0,000; Maturidade Psicológica (F3) => F(1,114) = 55,09, p = 0,000. Em todos os factores do Inventário de Auto-Conceito os sujeitos sem doença identificada tiveram pontuações mais elevadas que os doentes Diabéticos com Disfunção Eréctil (D.E.).

A Análise de Univariância da *Symptom Distress Checklist 90 - Revised* (SCL - 90 – R) revelou que os sujeitos com Diabetes e Disfunção Eréctil (sub-grupo "Orgânicos") apresentaram valores superiores de *"stress"* sintomático: Somatização: F(1,114) = 5,53, p = 0,020; Ansiedade: F(1,114) = 73,99, p = 0,000; Depressão: F(1,114) = 35,73, p = 0,000; Fobia: F(1,114) = 65,02, p = 0,000; Agressividade/hostilidade: F(1,114) = 1,48, p = 0,226; Obsessão-Compulsão: F(1,114) = 38,14, p = 0,000; Ideação Paranóide: F(1,114) = 94,00, p = 0,000; Sensibilidade interpessoal: F(1,114) 0 32,78, p = 0,000; Psicoticismo: F(1,114) = 39,63, p = 0,000. De notar que ambos os grupos não diferiram significativamente na sub-escala "Agressividade/Hostilidade" => F(1,114) = 1,48, (p = 0,226).

O sub-grupo "Orgânicos" ultrapassa em seis das subescalas o limiar de 1,5, indicador de psicopatologia clínica:

- Somatização;
- Depressão;
- Ansiedade Fóbica;
- Obsessão/Compulsão;
- Ansiedade;
- Sensibilidade Interpessoal.

A aplicação da Análise de Univariância ao Inventário de Depressão de Beck serviu para evidenciar que os doentes da amostra clínica (Diabéticos com D.E.) registaram pontuações significativamente mais elevadas nos seguintes componentes do B.D.I.: Afectivo: $F(1,114) = 139,01$, $p = 0,000$; Cognitivo: $F(1,114) = 22,20$, $p = 0,000$; Desvio Funcional Depressivo: $F(1,114) = 67,15$, $p = 0,000$.

Nos restantes componentes não foi possível estabelecer assimetrias, com significado estatístico, entre as duas amostras: Motivacional: $F(1,114) = 0,01$, $p = 0,891$; Delirante: $F(1,114) = 0,61$, $p = 0,433$; Físico: $F(1,114) = 0,03$, $p = 0,856$.

Nos *"scores"* parciais das três sub-escalas da S.E.S.2 (Escala de Estimulação Psicossexual) verificámos que não foi possível diferenciar os dois grupos: Atracção Sexual Interpessoal (IS)=> $F(1,114) = 0,58$, $p = 0,447$, Avaliação da Exposição às Fantasias Sexuais (EE)=> $F(1,114) = 0,18$, $p = 0,664$, e Excitação pelas Fantasias Sexuais (AE) $F(1,114) = 0,00$, $p = 0,967$.

Os doentes com Disfunção Eréctil (sub-grupo "Orgânicos") obtiveram pontuações mais elevadas e com significado estatístico em todas as sub-escalas da S.E.S.3 (Escala da Motivação Sexual): Satisfação potencial obtida através da Interacção Sexual (EP) => $F(1,114) = 75,01$, $p = 0,000$, Adequação orgástica durante a interacção sexual e sua avaliação (OE) => $F(1,114) = 73,80$, $p = 0,000$; e Papel de Espectador (SR) => $F(1,114) = 100,27$, $p= 0,000$, Duração do jogo amoroso (LF) => $F(1,63) = 19,15$, $p = 0,000$ e Necessidade de sexo com a parceira (NP) => $F(1,114) = 0,51$, $p = 0,001$.

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil Psicogénica (Grupo de Estudo) e homens sem doença identificada (Grupo de Controlo)

Procedemos a uma Análise de Multivariância do tipo 2 x 3 (Função Eréctil x Etiologia) (ver Quadro 17), segundo o critério de Wilks, tendo em vista a caracterização diferencial dos doentes com D.E. psicogénica (N = 31) face aos indivíduos sem qualquer doença identificada (N = 83) e, dessa forma, procurar responder à 2ª hipótese de trabalho. O primeiro grupo de doentes foi codificado com o nome "PSICOGÉNICOS" e o segundo com o nome de Grupo de CONTROLO, de acordo com as características tipificadas anteriormente.

Esta Análise de Multivariância revelou um efeito significativo: $F(1,33) = 69,00$, $p = 0,000$, segundo o critério de Wilks, para a interacção: doentes com D.E. psicogénica versus indivíduos sem doença identificada.

De seguida, com vista ao esclarecimento dos itens que induzem as diferenças obtidas recorremos a uma Análise Univariância (F-teste) para cada uma das seguintes condições:

- ICAC x Tipo de Grupo;
- SCL-90-R x Tipo de Grupo;
- IDB x Tipo de Grupo.
- SES1 x Tipo de Grupo;
- SES2 x Tipo de Grupo;
- SES3 x Tipo de Grupo;
- SES4 x Tipo de Grupo.

O Quadro 47 permite visualizar os resultados obtidos e as diferenças significativas.

Quadro 47

	PSICOGÉNICOS		CONTROLO			
	M	DP	M	DP	F	p
AutoC Total	60,83	11,02	71,65	5,30	49,62	0,000
GSI	1,63	0,29	0,95	0,35	92,09	0,000
PST	61,03	21,13	51,31	6,97	13,73	0,000
PSDL	1,93	0,18	1,59	0,13	118,79	0,000
STAIE	55,83	5,20	26,71	10,26	226,97	0,000
STAIT	47,09	9,88	25,57	9,32	116,38	0,000
IDB TOTAL	13,12	4,69	8,49	2,18	51,51	0,000
SES1 Total	0,18	0,66	-0,11	1,06	2,10	0,149
SES2 Total	-0,08	0,82	-0,33	0,69	2,56	0,112
SES3 Total	0,27	0,92	-0,40	0,93	12,09	0,001
SES4 Total	-0,19	1,15	-0,06	1,07	0,32	0,570

M: Médias SD: Desvio Padrão

AutoC Total: Pontuação total do Auto-conceito (ICAC)

GSI: Índice Sintomático Geral (SCL -90 - R)

PST: Total de Sintomas Positivos (SCL - 90 – R)

PSDL: Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos (SCL – 90 – R)

SES 1 Total: Escala "Moral Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 2 Total: Escala "Estimulação Psico-sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 3 Total: Escala "Motivação Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES 4 Total: Escala "Atracção pelo Casamento" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

STAIE/STAIT:Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T)

IDB TOTAL: Inventário de Depressão de Beck (Totais).

Os doentes do Grupo de Controlo evidenciaram um maior "Auto-Conceito" => F(1,112) = 49,62, p = 0,000 e obtiveram pontuações significativamente mais baixas que os doentes psicogénicos nos índices globais de *stress* psicológico sintomático: Índice Sintomático Geral da SCL-90-R (GSI): F(1,112) = 92,09, p = 0,000; Total de Sintomas Positivos da S.C.L. - 90 - R (PST): F(1,112) = 13,73, p = 0,000; Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos da S.C.L. - 90 - R. (PSDL): F(1,112) = 118,79, p = 0,000 (Quadro 47).

Do mesmo modo, os indicadores de Ansiedade (Estado e Traço) foram significativamente mais elevados (p = 0,000) nos doentes psicogénicos:

*STAIE => F(1,112) = 226,97, p = 0,000;

*STAIT =>F(1,112) = 116,38, p = 0,000.

Também, os totais do Inventário de Depressão de Beck privilegiaram os doentes do grupo de doentes com D.E. psicogénica => F(1,112) = 51, 51, p = 0,000.

A Escala de Moral Sexual (S.E.S.1) => F(1,112) = 2,10, p = 0,149; a Escala de Estimulação Psico-sexual (S.E.S.2) => F(1;112) = 2,56, p = 0,112 e a Escala de Atracção Sexual pelo Casamento (S.E.S.4) => F(1;112) = 0,32, p = 0,570, não definiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Por seu turno, na Escala de Motivação Sexual (S.E.S.3), F(1;112) = 12,09, p = 0,001 o grupo experimental obteve pontuações significativamente mais elevadas.

Os indivíduos das duas amostras diferiram significativamente nos quatro itens do Inventário de Auto-Conceito de acordo com aplicação da Análise de Univariância: Aceitação/Rejeição (F1) => F(1,112) = 16,11, p = 0,000; Auto-eficácia (F2) => F(1,112) = 6,27, p = 0,014; Maturidade Psicológica (F3) => F(1,112) = 37,82, p = 0,000; Impulsividade /Actividade (F4) => F(1,112) = 6,55, p = 0,012. Em todos os factores do Inventário de Auto-Conceito os sujeitos do Grupo de Controlo tiveram pontuações mais elevadas que os doentes com Disfunção Eréctil psicogénica.

Só não foi possível obter diferenças com significado estatístico entre os dois grupos em apenas uma das nove sub-escalas que compõem a S.C.L.-90-R: Agressividade/Hostilidade => F(1,114) = 0,10, p = 0,747. Os sujeitos com D.E. Psicogénica apresentaram valores superiores de *"stress"* sintomático nas seguintes sub-escalas: Somatização: F(1,114) = 5,53, p = 0,020; Depressão => F(1,112) = 24,84, p = 0,000; Ansiedade: F(1,114) = 161,09, p = 0,000; Depressão: F(1,114) = 3,15, p = 0,078; Fobia: F(1,114) = 65,02, p = 0,000; Obsessão-Compulsão: F(1,114) = 38,14, p = 0,000; Ideação Paranóide: F(1,114) = 65,24, p = 0,000;

Sensibilidade Interpessoal: $F(1,114) = 24,17$, $p = 0,000$; Psicoticismo: $F(1,114) = 39,63$, $p = 0,000$. De notar que ambos os subgrupos não diferiram significativamente na sub-escala "Agressividade/Hostilidade": $F(1,114) = 0,10$, $p = 0,747$.

O sub-grupo Psicogénico ultrapassa em seis das subescalas o limiar de 1,5:

- Somatização;
- Depressão;
- Ansiedade Fóbica;
- Obsessão/Compulsão;
- Ansiedade.

Nas sub-escalas: Somatização (pontuação média: 2,54), Obsessão/Compulsão (pontuação média: 2,78) e Ansiedade (pontuação média: 2,39) os *"scores"* excedem o valor 2, sinalizando um perfil sintomático de frequência e intensidade moderadas.

Os doentes das duas amostras só não diferiram significativamente em três componentes do I.D.B.: componente Motivacional => $F(1,112) = 2,42$, $p = 0,122$; Delirante => $F(1,112) = 1,86$, $p = 0,175$, e Desvio Funcional Depressivo => $F(1,112) = 0,25$, $p = 0,615$. Nos componentes: "Afectivo" => $F(1,112) = 62,16$, $p = 0,000$, e "Cognitivo" => $F(1,112) = 154,96$, $p = 0,000$, a amostra de doentes com D.E. psicogénica obteve pontuações significativamente mais elevadas. No componente "Físico" => $F(1,112) = 23,44$, $p = 0,000$, as pontuações foram significativamente mais elevadas no Grupo de Controlo.

A aplicação da Análise de Univariância revelou que os doentes com Disfunção Eréctil psicogénica alcançaram pontuações mais elevadas e com significado estatístico em todas as sub-escalas da S.E.S.3 (Escala de Motivação Sexual): Satisfação potencial obtida através da Interacção Sexual (EP) => $F(1,112) = 61,85$, $p = 0,000$; Adequação orgástica durante a interacção sexual e sua avaliação (OE) => $F(1,112) = 59,14$, $p = 0,000$; Duração do jogo amoroso (LF) => $F(1,112) = 0,64$, $p = 0,011$; Papel de espectador (SR) => $F(1,112) = 44,03$, $p = 0,000$, e Necessidade de sexo com a parceira (NP) => $F(1,112) = 5,65$, $p = 0,019$.

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil (Orgânicos e Psicogénicos)

Com vista à caracterização e à definição das possíveis assimetrias existentes entre os doentes com Disfunção Eréctil de etiologia marcadamente orgânica e os indivíduos com Disfunção Eréctil psicogénica, respondendo assim, à 3ª hipótese de trabalho realizámos uma MANOVA do tipo 2 x 3 (Função Eréctil x Etiologia) (ver Quadro 17), obedecendo ao critério de Wilks. A amostra de doentes com Disfunção Eréctil orgânica é composta pelos 34 doentes diabéticos não insulino-dependentes já considerados anteriormente e aparecem codificados como "ORGÂNICOS". O sub-grupo de doentes com D.E. psicogénica inclui 31 elementos que cumprem os critérios de diagnóstico para esta entidade clínica, segundo o protocolo utilizado. Este sub-grupo foi codificado como "PSICOGÉNICOS".

Esta Análise de Multivariância revelou um efeito significativo para interacção delineada, $F(1,26) = 55,00$, $p = 0,006$, segundo o critério de Wilks. De seguida, com vista ao esclarecimento dos itens que induzem as diferenças obtidas recorremos a uma Ánálise Univariância (F-teste) para cada uma das seguintes condições:

- ICAC x Tipo de Grupo;
- SCL-90-R x Tipo de Grupo;
- IDB x Tipo de Grupo,
- SES1 x Tipo de Grupo;
- SES2 x Tipo de Grupo;
- SES3 x Tipo de Grupo;
- SES4 x Tipo de Grupo.

O Quadro 48 permite visualizar os resultados obtidos e as dieferenças significativas.

Quadro 48

	ORGÂNICOS		PSICOGÉNICOS			
	M	DP	M	P	F	p
AutoC Total	57,35	11,99	60,83	11,02	1,47	0,229
GSI	1,33	0,41	1,63	0,29	11,09	0,001
PST	55,79	14,74	61,03	21,13	1,36	0,248
PSDL	1,92	0,38	1,93	0,18	0,02	0,871
STAIE	55,61	8,19	55,83	5,20	0,01	0,898
STAIT	49,50	7,57	47,09	9,88	1,22	0,273
IDB TOTAL	17,85	5,53	13,12	4,69	13,62	0,000
SES1 Total	0,04	0,38	0,18	0,66	1,08	0,302
SES2 Total	0,08	0,64	-0,08	0,82	0,90	0,345
SES3 Total	0,35	0,90	0,27	0,92	0,13	0,716
SES4 Total	-0,11	0,94	-0,19	1,15	0,10	0,747

M: Médias SD: Desvio Padrão

AutoC Total: Pontuação total do Auto-Conceito (ICAC)

GSI: Índice Sintomático Geral (SCL -90 - R)

PST: Total de Sintomas Positivos (SCL - 90 – R)

PSDL: Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos (SCL – 90 – R)

SES 1 Total: Escala "Moral Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

SES2 Total: Escala "Estimulação Psico-sexual" das Escalas de Experiência Sexual(SES) (Totais)

SES 3 Total: Escala "Motivação Sexual" das Escalas de Experiência Sexual (SES)(Totais)

SES4 Total: Escala "Atracção pelo Casamento" das Escalas de Experiência Sexual (SES) (Totais)

STAIE/STAIT:Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T)

IDB TOTAL: Inventário de Depressão de Beck (Totais).

Os doentes do grupo psicogénico obtiveram pontuações significativamente mais elevadas que os doentes orgânicos no Índice Sintomático Geral da SCL-90-R (GSI): $F(1,63) = 11,09$, $p = 0,001$, mas não nos outros índices globais de *stress* psicológico sintomático. Em contrapartida, os totais do Inventário de Depressão de Beck (BDI) privilegiaram os doentes do

subgrupo orgânico: F(1,63) = 13,62, p = 0,000. Nas restantes escalas não detectámos diferenças significativas entre as duas amostras seleccionadas (Quadro 48).

Graças à Análise de Univariância da Symptom Distress Checklist 90 - Revised (SCL - 90 – R) obtivemos valores significativamente mais elevados nos homens com D.E. Psicogénica apenas na sub-escala Obsessão/compulsão => F(1,63) = 32,85, p = 0,000 e na sub-escala Ansiedade => F(1,63) = 5,59, p = 0,021. Nas restantes sub-escalas não detectámos diferenças significativas entre as duas amostras: Somatização => F(1,63) = 3,78, p = 0,056; Depressão => F(1,63) = 2,17, p = 0,145; Fobia => F(1,63) = 3,64, p = 0,061; Ideação Paranóide => F(1,63) = 1,24, p = 0,268; Sensibilidade Interpessoal => F(1,63) = 0,20, p = 0,652; Agressividade/Hostilidade => F(1,63) = 0,36, p = 0,546; Psicoticismo => F(1,63) = 0,43, p = 0,934.

O grupo de doentes com D.E. orgânica ultrapassa em 6 das subescalas o limiar de 1,5:

- Somatização;
- Depressão;
- Ansiedade Fóbica;
- Obsessão/Compulsão;
- Ansiedade;
- Sensibilidade Interpessoal.

As subescalas: Somatização, Depressão, Ansiedade Fóbica, Obsessão/Compulsão e Ansiedade da amostra de indivíduos com D.E. psicogénica também excedem o limiar de 1.5.

Através da Análise de Univariância do Inventário de Depressão de Beck torna-se perceptível que as várias sub-escalas, (excepto nos componentes: Motivacional => F(1,63) = 1,48, p = 0,227, e Delirante => F(1,63) = 3,30, p = 0,074) apresentaram diferenças estatísticas significativas entre as duas amostras: Afectivo => F(1,63) = 9,98, p = 0,002; Cognitivo => F(1,63) = 15,12, p = 0,000); Físico => F(1,63) = 7,36, p = 0,009 e Desvio Funcional Depressivo => F(1,63) = 26,38, p = 0,000.

Os *"scores"* dos componentes: Afectivo, Físico e Desvio Funcional Depressivo são significativamente mais elevados nos elementos com D.E. orgânica. Pelo contrário, a pontuação do componente Cognitivo é favorável à categoria D. E. psicogénica.

3. Discussão dos Resultados

1º Parte: DISCUSSÃO SOBRE OS ITENS DA HISTÓRIA CLÍNICA

QUEM MARCOU A CONSULTA HOSPITALAR

À excepção do subgrupo "Psicogénico" (54,8% dos elementos), em mais de 70% dos casos dos restantes subgrupos foi o próprio doente quem tomou a iniciativa de marcar a consulta hospitalar (ver Quadro 18). Curiosamente, é no subgrupo "Psicogénico" que a parceira do homem disfuncional assume mais protagonismo, solicitando ao Médico de Família o documento necessário para a requisição da consulta especializada (P1) e deslocando-se posteriormente ao hospital mais próximo para a marcação da consulta de Andrologia ou de Sexologia Médica: 35,5% dos homens do subgrupo "D.E. psicogénica" assinalaram que foi a parceira quem assumiu essa responsabilidade, o mesmo sucede em 16,7% dos casos do subgrupo "Orgânico mas sem Diabetes", em 9,5% dos casos com "DE Mista" e em 5,9% dos casos da amostra diabética. Considerando todo o grupo experimental, registámos 13 casos (11,2%) em que os dois membros do casal tomaram a decisão de marcar a consulta no médico especialista, estando este resultado distribuido da seguinte forma: 20,6% dos elementos do subgrupo "DE e Diabetes", 9,7% dos elementos "Psicogénicos", 6,7% dos sujeitos do subgrupo "Orgânico mas sem Diabetes" e 4,8% dos casos com "DE Mista". Uma das células da categoria: "Os dois" do sub-grupo "Mista" tem um valor pequeno (1), o que retira robustez à comparação de frequências entre os 4 subgrupos da amostra clínica.

Em trabalho anterior, Palha et al. (1992) tinhamos constatado que, numa amostra de 54 homens com DE Secundária observados em consulta hospitalar no triénio 1990/92, em 15% das situações foram os dois parceiros que assumirram a iniciativa (e a responsabilidade!) de solicitar um tratamento especializado. Esta atitude de co-rsponsabilização indicia a disponibilidade dos dois parceiros para se envolverem na resolução de uma situação problema que afecta os dois membros do casal. A motivação para o tratamento é influenciada pelo *"stress"* decorrente da Disfunção Sexual, encarada como um processo mórbido, intra-pessoal e relacional, mas é também condicionada por outras circunstâncias ou factores envolventes,

como sejam os horários de trabalho dos dois parceiros, a distância que têm de percorrer para se deslocar ao hospital e o interesse do respectivo Médico de Família.

MODO DE APARECIMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL

É clara a distinção entre "Súbito" e "Progressivo". Os resultados obtidos revelaram que: 1 doente do sub-grupo "DE e Diabetes", 16 doentes do sub-grupo "Orgânicos Não Diabéticos", 21 doentes da amostra "DE Psicogénica" e 7 do sub-grupo "DE Mista" tiveram um início súbito dos sintomas (ver Quadro 19). A literatura da especialidade sugere que o começo súbito é um dos critérios a ter em conta na discussão sobre uma provável etiologia psicogénica da Disfunção Eréctil (Moreira, 1997; Cavalcanti & Cavalcanti, 1997; ESIR, 1998).

No subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", nalguns casos, o aparecimente súbito da D.E. deve-se causas especificamente orgânicas e agudas: fracturas da coluna e cirurgia radical da próstata.

Os valores que obtivemos não coincidem com outros trabalhos recentes (Skhiri et al., 1997). Na amostra tunisina globalmente 56% dos casos tiverem um início súbito enquanto no nosso caso só 41,3% dos sujeitos da amostra experimental se coadunam com este modo de instalação da D.E.. Entretanto, ressalve-se que nesta amostra tunisina de Disfunções Sexuais masculinas (N = 71) além da Disfunção Eréctil (N = 43) existiam outras patologias, nomeadamente Ejaculação Precoce (N = 4), Inibição do Desejo Sexual (N = 15) e outras alterações da Ejaculação (N = 9). Colson (1996), numa amostra de 1001 casos de Disfunção Eréctil, seleccionados entre 1987 e 1995, verificou que 55,7% das situações tiveram um início rápido (com menos de 1 mês) e 35,4% um início progressivo.

TEMPO DE EVOLUÇÃO

Constatámos que no conjunto dos 4 subgrupos (ver Quadro 20) só 24 doentes (20,7%) confirmaram que o Tempo de Evolução da Disfunção Eréctil (D.E.) é igual ou inferior a 12 meses, dos quais 11 (36,7%) pertencem ao subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", 6 (28,6%) ao subgrupo "D.E. Mista", 5 (16,1%) ao subgrupo "Psicogénica" e 2 ao subgrupo "Diabéticos" o que, em certa medida, testemunha a resistência dos doentes em procurar ajuda especializada logo após as primeiras experiências de perda da erecção (Skhiri et al., 1997). O recurso a outras abordagens não médicas precede, por vezes, a vontade assumida pelo doente e/ou pelo casal de resolver de modo satifatório o problema sexual.

Em simultâneo, a demora em marcar a consulta da especialidade corresponde a uma clara ambivalência sobre a natureza da Disfunção Eréctil (DE). O doente e/ou respectivo Médico de Família sobre-estimando a possível psicogenia da D.E. protelam a decisão de procurar ajuda, na expectativa de que o problema sexual venha a ter uma resolução espontânea.

Soderdahl et al. (1997) defendem que a variável "Tempo de Evolução" é um dos critérios que contribuem objectivamente para o prognóstico da Disfunção Eréctil (DE). A sua amostra de 44 homens com D.E. (com uma média de idades de 62,3 anos) revelou que os doentes com idade inferior a 60 anos, uma duração da DE inferior a 12 meses e uma etiologia orgânica (DE secundária a prostectomia radical) foram os que responderam mais favoravelmente a um tratamento com injecções intracavernosas ($p < 0,05$).

MOMENTO DA RELAÇÃO SEXUAL EM QUE OCORRE A DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Também em relação a esta variável, se referenciarmos o conjunto dos 4 subgrupos da amostra experimental, verificámos que 48 doentes (41,3%) têm Disfunção Eréctil em diferentes momentos da interacção sexual, constatação que é, sobretudo, evidente nos subgrupos em que os factores orgânicos têm mais influência. Encontrámos a seguinte distribuição por ordem decrescente:

1. "Diabéticos", abarcando 55,9% dos casos registados;
2. "DE Mista", correspondendo 52,4% dos doentes deste sub-grupo;
3. "Orgânico Não Diabéticos", englobando 50% dos doentes (ver Quadro 21).

Anteriormente tinhamos concluido, numa amostra de 30 homens com Disfunção Eréctil Secundária, que a perda de erecção durante os preliminares se correlacionava positivamente com o grau de conflituidade conjugal ($r = 0,311$, $p = 0,014$) (Palha et al., 1996).

Na categoria "Após a introdução" do subgrupo "Mista" obtivemos uma célula só com um valor, o que poderá suscitar algumas dúvidas quanto à significância da variação.

EXISTÊNCIA DE ERECÇÕES MATINAIS ESPONTÂNEAS E OUTRAS ERECÇÕES

A consciência que o doente tem da presença ou da ausência da erecção, ao levantar-se pela manhã, é uma função da apreciação que faz da qualidade da rigidez peniana. A confirmação da erecção pelo doente capacita-o das suas eventuais possibilidades para ter relações sexuais bem sucedidas.

A manutenção das erecções espontâneas, apesar da existência da Disfunção Eréctil, foi detectada, sobretudo, em 15 (48,4%) dos doentes pertencentes à amostra "Psicogénica. Refira-se ainda que 11 (isto é, 35,5%) dos indivíduos pertencentes a este mesmo sub-grupo referem nos três últimos meses não se recordam de ter qualquer erecção matinal espontânea (ver Quadro 22).

A ausência de erecções espontâneas matinais, é mais notória nos subgrupos que apontam para uma provável causalidade orgânica:

⇨ 76,5% dos homens com "Diabéticos";

⇨ 56,7% dos elementos "Orgânicos Não Diabéticos";

⇨ 47,6% dos sujeitos com "DE Mista".

Estes mesmos resultados aproximam-se dos que são divulgados pela literatura especializada (Swang, 1990, p: 219).

De igual modo, 94,1% dos homens com "DE e Diabetes", 43,3% dos "Orgânicos Não Diabéticos", 42,9% dos doentes do sub-grupo "DE Mista" e 19,4% dos sujeitos "Psicogénicos" negaram a ocorrência de erecções durante o sono, na masturbação, ao visionar materiais com conteúdos eróticos ou com outras parceiras sexuais (ver Quadro 23). Como vimos só 2 (6,7%) doentes do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos" e 5 doentes (16,1%) do subgrupo "Psicogénica" admitiram ter "Sempre" erecções, que não as matinais. O aparecimento ocasional de erecção foi assinalado, sobretudo, pelos elementos dos subgrupos: "Mista" e "Orgânicos Não Diabéticos". O recurso ao registo da Tumescência Peniana Nocturna e a aplicação do Rigiscan® permitiriam confirmar, de uma forma mais objectiva, a exclusão de organicidade (Singer & Weiner,1994, p: 231).

Quanto mais minucioso é o exame clínico do doente maior é a probabilidade de serem detectadas causas ou factores patogénicos de natureza orgânica. Segraves et al. (1987) com base na existência ou ausência de adequadas erecções matinais propõem que é possível diagnosticar 86% dos doentes com D.E. psicogénica e 100% dos casos de D.E. orgânica. Todavia, a descoberta de uma determinada patologia não implica, forçosamente, que esta seja a única responsável pela etiopatogenia da Disfunção Eréctil do doente em causa.

Como podemos verificar no Quadro 23 referente à caracterização da variável "Outras erecções", a existência na categoria "Sempre" de duas células ocupadas por zeros retira alguma robustez à variação intergrupal.

PRESENÇA DE OUTRAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Nem sempre a DE está presente isoladamente. O *Stress* (individual e relacional) continuado, associado à recorrência da insatisfação sexual, "por reacção em cadeia", acabará por afectar as outras fases do ciclo da resposta sexual masculina.

Na nossa amostra só 29 doentes (25%) admitiram não possuir qualquer Disfunção Sexual. Esta conclusão é, sobretudo, pertinente nos indivíduos pertencentes às duas categorias orgânicas ("Diabéticos" e "Orgânicos Não Diabéticos") (ver Quadro 24).

A Ejaculação Precoce foi o co-diagnóstico encontrado essencialmente entre os doentes do subgrupo "Psicogénica" que forneceu 11 elementos (44%).

Detectámos o co-diagnóstico de Desejo Sexual Hipoactivo nos indivíduos "Diabéticos" 14 casos (41,2%) e nos elementos da amostra "Psicogénica" 9 casos (29,9%).

A co-morbilidade: Ejaculação Precoce + Desejo Sexual Hipoactivo afectava especialmente os indivíduos do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos": 8 casos (26,7% e do sub-grupo "Mista": também com 8 casos (38,1%).

Numa investigação anterior com uma amostra de doentes hospitalares obtivemos resultados semelhantes, excepto em relação à prevalência de co-morbilidade acumulada (Ejaculação Precoce e Desejo Sexual Hipoactivo) em que os valores para esta variável aproximavam-se de 9 % (Palha et al., 1992).

Nesta variável (patologias associadas) verificam-se algumas divergências entre os nossos resultados e os que foram alcançados por outros autores (Skhiri et al., 1997; Moreira 1997).

Na sua investigação Moreira (1997) obteve a seguinte distribuição de patologias associadas:

* Alterações Ejaculatórias: 49 casos (15%), incluindo 42 situações de Ejeculação Precoce (13%) e 7 casos (2.1%) de Ejaculação Retardada.

* Alteração da Líbido 22 casos (6,7%).

FACTORES DE RISCO VASCULAR E DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Conhecendo a existência de Factores de Risco na Insuficiência Eréctil Vasculogénica, importava identificá-los e avaliar a sua frequência na nossa amostra com vista ao estabelecimento de um dos possíveis mecanismos patogénicos da DE.

Partindo de estudos com um carácter mais epidemiológico, como o estudo de Framingham, e de outros trabalhos mais específicos, incidindo sobre a natureza e etiologia da DE Vasculogénica (Moreira, 1997), considerámos 4 categorias principais (Tabagismo, Hipertensão Arterial, Diabetes e Dislipidémia), e as respectivas associações. Seguimos os critérios adoptados por Moreira (1997) para o mesmo procedimento:

1. Considerou-se a existência de Hipertensão Arterial (HTA) quando a pressão sistólica excedia 160 mm Hg. e/ou a pressão diastólica era superior a 90mm Hg.
2. Valorizaram-se as concentrações de Colesterol total superiores a 280 mg/dl e/ou as concentrações de Triglicerídios excedendo 150 mg/dl.
3. Adoptámos os critérios do DSM – III - R como referência para a avaliação da avaliar a Dependência da Nicotina.
4. Aceitou-se como confirmado um quadro de Diabetes Mellitus do Tipo II quando duas determinações, em jejum, da Glicemia revelavam valores superiores a 140 mg/dl, ao abrigo dos critérios actualmente definidos pela *"American Diabetes Association "*.

Os resultados que obtivemos na amostra de doentes com Diabetes Mellitus e D.E., ajudam a reforçar os resultados de outras as investigações levadas a cabo por Slag et al. (1983), Virag et al. (1985), Buvat, Lemaire et al. (1985), Lim & Ng (1992) e Moreira (1997). Nestes doentes diabéticos verificam-se numerosas alterações na vascularização peniana, incluindo proliferação fibrosa da íntima, fibrose da túnica média, calcificação e estreitamento e obliteração do lúmen (Jensen, 1981; Waynberg, 1994).

A composição heterogénea da amostra de doentes Orgânicos mas sem Diabetes Mellitus está bem patente na dispersão dos factores de risco vascular por nós encontrados, indiciando que, neste subgrupo de D.E., existirão múltiplos mecanismos etiopatogénicos subjacentes (ver Quadro 25). Entretanto, destaque-se o peso relativo assinalável da Hipertensão Arterial quando considerada isoladamente ou em associação com a Dislipidémia.

Um idêntico raciocínio poderá ser feito em relação ao subgrupo de doentes com DE Mista (conjugação de factores causais orgânicos e psicogénicos). A dimensão orgânica desta categoria clínica abarca diferentes factores de risco vascular, apontando para a importância desta etiologia, entre outros mecanismos causais.

De destacar o assinalável peso relativo dos antecedentes de H.T.A. nos doentes diabéticos (afectando 23,5%) em comparação com o peso relativo do Tabagismo (11,8%), ao contrário dos valores noutras séries (Virag, 1985; Moreira, 1997, pp: 155-159). De notar, entretanto, a prevalência elevada de doentes com antecedentes de Tabagismo, no subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos": 23,3% dos doentes. Acresce que no sub-grupo "Mista" o

Tabagismo foi o factor de risco vascular mais detectado: 38,1% (Virag, 1985; Moreira, 1997, pp: 155-159). Acredita-se que o Tabagismo tem um efeito nefasto na função eréctil acentuando os efeitos de outros factores de risco, como é o caso da Hipertensão Arterial (NIH, 1993).

Nos resultados da nossa amostra a existência de várias células com valores de um e zero poderá levantar algumas dúvidas quanto à significância da variação intergrupal.

FÁRMACOS E OUTROS FACTORES TÓXICOS

A caracterização dos diferentes subgrupos quanto à presença ou não de Factores Tóxicos, chama a atenção para a existência, em todos os grupos estudados, de percentagens não subestimáveis, assinalando um padrão utilização periódica de substâncias passíveis de interferir com a função eréctil (ver quadro 26). Estes resultados reforçam as conclusões a que chegaram outros investigadores (Lopes, 1993; McGilp, 1993; Boda-Buccino, 1994; Gitlin, 1994; Skhiri et al., 1997). Nomeadamente, Othmer & Othmer (1987) procuraram definir o perfil psico-sexual, tendo presente os antecedentes médicos e o contacto com substâncias tóxicas, de um grupo de 30 doentes de um ambulatório de Psiquiatria e compararam-no com as alterações evidenciadas por 30 estudantes de Medicina e trabalhadores hospitalares (Grupo de Controlo). Os autores aperceberam-se que na sua amostra existiam quatro factores relevantes que descriminavam o funcionamento sexual: o interesse sexual, a excitação, as *"performances"* e o contacto sexual. A análise comparativa dos factores intervenientes indicava que as *"performances"* sexuais relacionavam-se directamente com os efeitos iatrogénicos dos medicamentos e das perturbações psiquiátricas.

Não devemos esquecer a responsabilizar os fármacos pelo aparecimento da Disfunção Eréctil. Sobretudo, os hipotensores de acção central estão associados ao aparecimento da D.E., acreditando-se que o mecanismo subjacente envolva um decréscimo dos níveis de Norepinefrina no tecido eréctil e um aumento de Prolactina (Rosen et al., 1994). Dos fármacos anti-hipertensores prescritos aos doentes que compõem a nossa amostra experimental, as Tiazidas afiguram-se como os mais utilizados: no conjunto da amostra (N = 116) 6 doentes (5,1%) tomavam esta molécula anti-hipertensora, 3 (2,5%) estavam em tratamento com Captopril e apenas 1 doente (0,8%) tomava Nifedipina (ver Quadro 27).

De notar (cf. com o Quadro 25) que nos nos subgrupos em que a H.T.A. estava presente como factor de risco nem todos os doentes estavam medicados com anti-H.T.A..

Os nossos resultados estão em consonância com os da literaturatura especializada em relação à acção negativa na erecção dos diuréticos tiazidicos. O mesmo não poderá ser dito no tocante à Nifedipina e ao Captopril (Kostis, 1988; Huws, 1993). Ressalve-se, entretanto, que a constatação da toma diária de Captopril ou de Nifedipina não implica directamente e em exlusividade estes dois fármacos pelo aparecimento da Disfunção Eréctil.

Fogelman (1988) descreveu o caso clínico de um doente de 45 anos internado com um quadro depressivo e com D.E., alegadamente relacionados o Verapamil. A descontinuação do medicamento, prescrito 4 meses antes para o tratamento da Hipertensão Arterial (H.T.A.), e a sua substituição por outro hipotensor (Hidroclorotiazida-Triamtereno) melhorou os sintomas depressivos e a Disfunção Eréctil, em 72 hrs..

Chamámos a atenção para o facto de em relação à variável "Medicamentos anti-HTA" termos encontrado várias células com valores pequenos: zero e um, enfraquecendo a robustez da variação inter-grupal.

MEDO DE FALHAR

Constata-se que o "Medo de Falhar", isto é, o receio de vir a perder a erecção durante o acto sexual existe de forma constante ou ocasional em 91,1% (valor obtido associando as frequências observadas correspondentes às células "Sempre" e "Ocaional") dos homens diabéticos, em 90% dos doentes "Orgânicos Não Diabéticos", em 80,6% dos indivíduos da categoria "Psicogénica" e em 95,2% dos doentes com "DE Mista" (ver Quadro 28).

Os resultados obtidos dão corpo à ideia de que a Ansiedade de execução está presente na interacção do homem com Disfunção Eréctil, independentemente da mesma ter uma etiologia orgânica ou psicogénica. Estes resultados são consistentes com as inferências clínicas realizadas por Barlow et al. (1983), Barlow (1986), Beck & Barlow (1984; 1986). A constância deste padrão de resposta na D.E. tem naturais implicações nas escolhas terapêuticas, seja estas de natureza farmacológica ou de natureza psicoterapêutica.

GRAU DE EXIGÊNCIA DA PARCEIRA NA INTERACÇÃO SEXUAL

Esta variável é recheada de ambiguidade e susceptível de diferentes interpretações.

Antes de mais, corresponde à avaliação sumamente subjectiva, por parte de um homem fragilizado, inseguro, com uma clara afectação do humor dominante, incapaz de satisfazer as suas expectivas pessoais e de estar à altura das expectativas da sua parceira. É através do olhar do homem disfuncional que vamos apreciar o comportamento, a participação da parceira na interacção sexual.

Por outro lado, é uma realidade que faz apelo às influências contextuais que rodeiam a interacção sexual: as condições em que decorre a interacção sexual e o grau de envolvimento dos mesmos no jogo amoroso.

Constituido o casal um sistema interactivo por excelência e aceitando que a Disfunção eréctil acarreta um desgaste incontornável para a díada homem/mulher, não suspreende que quando o homem disfunçional avalia o grau de exigência da sua parceira também está a apreciar o estado da relação de casal e o modo como o casal lida com a própria Disfunção Eréctil.

Muito embora as diferenças entre os quatro subgrupos não tenham significado estatístico, é, sobretudo, nos doentes incluidos na amostra psicogénica que a intervenção da parceira é avaliada como exigente (19,4%), logo acompanhados por 13,3% dos sujeitos do sub-grupo "Orgânicos mas não Diabéticos" (ver Quadro 29).

ACONTECIMENTOS DE VIDA E DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Está demonstrada a importância dos acontecimentos de vida no estado de saúde dos seres humanos (Holmes & Rahe, 1967). Os resultados que obtivemos comprovam a importância dos acontecimentos de vida no despoletar da Disfunção Eréctil e estão de acordo com a literatura mais recente. Assim, num trabalho levado a cabo por Aharonian et al. (1994) numa população de 100 indivíduos com D.E., empregando um Questionário de *"Lyfe Events"*, com 70 itens, abarcando sete áreas da vida corrente: vida afectiva, saúde, estilo de vida, trabalho, problemas judiciais, finanças e diversos, revelou que a acumulação destas situações existenciais perturbadoras, num curto intervalo de tempo, moldava as suas consequências *stressantes*. O impacto emocional e o significado que o sujeito atribuia ao acontecimento de vida jogavam um papel relevante. O domínio afectivo foi o mais assinalado pelos homens com D.E. e aquele que suscitava mais dificuldades, dispondo os sujeitos de poucos recursos capazes para lhe fazer face.

Os elementos da nossa amostra clínica valorizaram os acontecimentos de vida como desfavoráveis, nos últimos cinco anos e assinalaram que os mesmos evoluiram paralelamente com o aparecimento da D.E.. As atribulações existenciais recentes (nos 12 meses precedentes) foram hierarquizadas como as mais perturbadoras. Os resultados obtidos apontam para a existência de um maior número de "Acontecimentos de Vida " entre os elementos da amostra "Psicogénica" (61,3%) e da amostra "Mista" (66,7%) (ver Quadro 30).

CONFLITOS RELACIONAIS

Apesar de 83 doentes (71,5%) do grupo experimental terem negado a existência de conflitos conjugais noutras áreas que não a sexual, os mesmos foram revelados ou exteriorizados por 61,9% dos indíviduos do sub-grupo "D.E. Mista", por 35,5% dos sujeitos com "D.E. Psicogénica", por 20% dos "Orgânicos Não Diabéticos" e por 8,8% dos elementos com

"DE e Diabetes" ("Diabéticos") (ver Quadro 31). Ressalta destes resultados que não é na amostra de doentes psicogénicos que os problemas da conjugalidade aparecem com mais frequência. A composição heterogénea da categoria "DE Mista", com a co-existência de factores stressantes de natureza orgânica acumulados/sobrepostos com acontecimentos/fenómenos stressantes psico-sociais, de alguma forma, justifica a importância que é conferida por estes doentes às dificuldades relacionais.

A insatisfação marital tem sido apontada como responsável pela manutenção da Disfunção Eréctil, agravando exponencialmente o desconforto afectivo e comportamental do indivíduo e impossibilitando qualquer tentativa de interacção sexual (McConaghy,1993, p: 185).

Na amostra seleccionada por Cole (1993, pp: 142-143), 31,7% dos sujeitos com Disfunção Eréctil tinham antecedentes de desajustamento conjugal ou de problemas relacionais. O autor assinala nomeadamente, os seguintes factores como caracterizadores da disfuncionalidade conjugal:

*incompatibilidade sexual específica;

*receio da intimidade;

*perda da atracção sexual (rotina, habituação);

*pobreza na comunicação interpessoal.

As lutas pelo poder na relação conjugal, a ausência de confiança no(a) parceiro(a), a competição de papeis, a probreza da comunicação interpessoal e os problemas a nível da intimidade vão destruir o equilíbrio relacional necessário para que a díade mulher/homem harmonize as expectativas dos intervenientes (Rosen & Leiblum, 1992). Uma boa qualidade da erecção (de per si) nunca será capaz de reverter um sistema (des)relacional não-competente e não-gratificante, ainda que esta ideia esteja subjacente à motivação não explícita de alguns pedidos de intervenção sexológica.

DISFUNÇÃO SEXUAL DA PARCEIRA

A maioria dos homens com Disfunção Eréctil considerou a respectiva parceira como não disfuncional, do ponto de vista sexual. Este valor foi obtido, sobretudo, graças às respostas de 88,2% dos sujeitos "Diabéticos", de 86,7% dos elementos "Orgânicos Não Diabéticos" mas também de 74,2% dos homens "Psicogénicos" e de 23,8% dos sujeitos com "DE Mista" (ver Quadro 32).

A resposta positiva foi assinalada designadamente por 76,2% sujeitos da categoria "DE Mista" e por 25,8% dos elementos com "DE Psicogénica" que mencionaram a existência de uma Disfunção Sexual nas suas parceiras.

Correlacionando a variável "Medo" com a variável "Conflitos Relacionais" obtivemos uma associação positiva e significativa entre ambas: r = 0,216, p = 0,050. O mesmo ocorreu para a correlação entre a variável "Medo" e a variável "Disfunção Sexual na parceira": r = 0,239, p = 0,055. Estes resultados apontam para uma influência não negligenciável dos comportamentos relacionais e do papel específico da problemática sexual da parceira na organização da interacção sexual destes homens e na modelação da qualidade das respostas afectivas.

Na amostra que seleccionámos em 1992 (Palha et al., 1992) apenas 9,3% dos homens disfuncionais referiram a existência de co-morbilidade sexual nas respectivas parceiras. Cole (in Gregoire & Pryor, 1993, pp: 142-143) detectou uma prevalência de 0,8% de co-morbilidade sexual feminina na sua amostra de 284 homens com Disfunção Eréctil. Carrol & Bagley (1990) adiantam que muitas destas mulheres se sentem directamente responsáveis pela existência/manutenção da Disfunção Eréctil (D.E.).

TRATAMENTOS PRÉVIOS

Não é raro o médico especialista apurar, durante da primeira consulta hospitalar, que o homem portador de uma Disfunção Eréctil tentou previamente "remediar a situação", expressão que muitos doentes utilizam para caracterizar os tratamentos não sexológicos. Na nossa amostra constata-se que 61,3% dos doentes do subgrupo "Psicogénica", 38,1% do subgrupo "Mista", 33,3% do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos" e 17,6% do subgrupo "Diabéticos" submeteram-se a tratamentos prévios (ver Quadro 33). Num trabalho anterior estabelecemos um perfil específico dos doentes psicogénicos e dos doentes orgânicos, apontando no sentido dos primeiros solicitarem mais vezes a intervenção terapêutica e recorrerem mais vezes a terapêuticas indiferenciadas (Palha et al., 1992).

COMO O CASAL LIDA COM A DISFUNÇÃO ERÉCTIL

A comunicação desinteressada, compreensiva e afectuosa por parte dos dois parceiros face à Disfunção Eréctil (DE) foi a estratégia de *"coping"* adoptada essencialmente pelos doentes das categorias orgânicas ("Diabéticos" e "Orgânicos mas sem Diabetes), denotando que entre estes doentes existe uma maior capacidade, por parte do casal, de partilha (pelo menos verbal!) das dificuldades inerentes ao próprio processo da doença. É no subgrupo "Psicogénico" que o diálogo é menos escolhido como modo privilegiado para lidar com o *"stress"* inerente à existência da D.E.: só 22 doentes (22,6%) desta amostra recorreram ao

diálogo (ver Quadro 34). O diálogo na díada mulher-homem disfuncional envolve, por excelência, uma boa comunicação interpessoal mas não acarreta necessariamente o envolvimento directo, o apoio, da parceira na necessidade do casal enfrentar/tratar a D.E.. No entanto, nos doentes psicogénicos prevalecem dois outros estilos de *"coping":*

A relação inter-ajuda, o que subentende a existência de uma aptidão relacional positiva e corresponde a uma vivência não "stressada" da situação problema que constitui a Disfunção Eréctil. É uma estratégia assumida por 12 doentes (38,7%).

enfrentamento conflituoso da dificuldade sexual, reflectindo o desinteresse e até a hostilidade manifesta. É o estilo de *"coping"* dominante em 12 casos (38,7%).

O conflito corresponde ao estilo de *"coping"* dominante nos sujeitos com "DE Mista" e no sub-grupo "Psicogénico", como vimos, reparte a dominância com a inter-ajuda.

Estes resultados não reforçam os que obtivemos anteriormente (Palha et al., 1994). Na altura verificámos que entre os doentes psicogénicos (N = 23) as estratégias de *"coping"* dominantes estavam distribuidas da seguinte forma: conflito em 76% dos casos, diálogo em 14% dos sujeitos e a interajuda em 10% das situações. As discrepâncias registadas entre os resultados mais recentes e os de 1994 compreendem-se em função do tamanho das amostras trabalhadas e, sobretudo, tendo em consideração que em 1994 todos doentes seleccionados apresentavam a Disfunção Eréctil há mais sete anos.

VIRILIDADE AFECTADA

Ao todo, 66 doentes, isto é 57% do grupo de estudo (ver Quadro 35), reconhecem que a manutenção da Disfunção Eréctil lhes provoca um acentuado desconforto, desânimo e incómodo, a ponto de considerarem que já não são suficientemente "viris", com a conotação comum que esta palavra tem no contexto socio-cultural português, no sentido de varonil, corajoso, destemido, enérgico, forte, robusto, másculo, sedutor, macho, etc.. A vivência de mal-estar é especialmente manifestada pelos elementos da amostra psicogénica (83,9%). Em todos os outros subgrupos a Virilidade afectada é assumida, pelo menos, por 36% dos sujeitos dessa amostra. A Virilidade afectada não fica indiferente ao tempo de evolução da Disfunção Eréctil, obtivemos uma correlação significativa mas negativa entre as duas variáveis: $r = -0,313$, $p = 0,001$. Estes dados relevam a importância que devemos conceder a este constructo (vivência!), ainda não conceptualizado do ponto de vista psicopatológico, na abordagem médica e psicoterapêutica da Disfunção Eréctil.

AVALIAÇÃO COMO DOENÇA E CAUSALIDADE DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Todos os doentes diabéticos assumiram que vivenciam a Disfunção Eréctil como doença (ver Quadro 36). A convivência continuada com uma doença de curso arrastado e com repercussões em diferentes orgãos, induz no doente a aceitação inevitável de que a doença metabólica poderá também ser responsável pelo aparecimento da Disfunção Eréctil, no imaginário do doente esta evolução: Diabetes Mellitus => Disfunção Eréctil não suscita muitas dúvidas. Uma posição análoga é adoptada por 56,7% doentes do subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", por 48,4% elementos do subgrupo "Psicogénica" e por 23,8% do subgrupo "Mista" (Quadro 36).

Dos doentes que negam a rotulação da Disfunção Eréctil como doença, 13 (43,3%) estão integrados no subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos", 16 (51,6%) fazem parte da amostra "Psicogénica" e 16 (76,2%) pertencem à categoria "DE Mista".

Quando interpelado se, no momento em que a entrevista se realizou e nos nos dias que a precederam, o indivíduo sentiu estar doente, 69 (59,4%) elementos do grupo experimental responderam afirmativamente e 47 (40,5%) negaram tal vivência (ver Quadro 37). O resultado afirmativo foi construido, essencialmente, à custa das respostas do subgrupo "psicogénico" (74,2% de respostas "sim"), do subgrupo "DE Mista" (66,7% de respostas "sim") e do subgrupo diabético (52,9% de respostas "sim"). No subgrupo "Orgânicos Não Diabéticos" só 46,7% indivíduos responderam afirmativamente. A presença de circunstâncias ou de factores influenciadores da estrutura psíquica do sujeito contribuiu para um posicionamento tão claro por parte dos sujeitos pertencentes às categorias "Psicogénica " e "Mista".

Sobre a origem da Disfunção Eréctil verifica-se que a opção "organicidade" recebeu a preferência de 50,9% de todos os doentes da amostra experimental (ver Quadro 38). Assinale-se que nem todos os elementos, dos subgrupos em que a hipótese orgânica é a mais plausível ("Diabéticos" e "Orgânicos Não Diabéticos"), estão convencidos que esta constitui o processo etio-patogénico prevalecente: só 37 doentes (isto é, 58% dos elementos daqueles 2 subgrupos) assumem a hipótese orgânica. De igual modo, 45,2% dos doentes do subgrupo "Psicogénica" acreditam que a Disfunção Eréctil terá uma causalidade orgânica. Ao todo 16 (13,7%) doentes dos 4 subgrupos consideraram que a Disfunção Eréctil se deve a uma "anomalia congénita", sendo a população "Orgânicos Não Diabéticos" que mais contribuiu para o resultado obtido: 8 doentes. Estes resultados corroboram os que foram alcançados por Ndetei & Wazome (1986).

Constatámos que só 2,9% doentes do subgrupo "Diabéticos", 6,5% da amostra "Psicogénica" e 4,8% do subgrupo "DE Mista" atribuem aos factores psicológicos, considerados em sentido lato, um papel determinante na causalidade da D.E.. Especificamente, os problemas da conjugalidade receberam uma atribuição causal por parte de 14,7% dos

indivíduos da amostra diabética, 16,1% do subgrupo "DE Psicogénica" e 9,5% da população "DE Mista". A discrepância verificada nos resultados sobre as estas duas atribuições causais dão a entender que os doentes conferem mais importância aos problemas conjugais do que às dificuldades psicológicas, encaradas genericamente. Apesar de previsível, esta conclusão terá de ser feita com o máximo de cuidado, atendendo a que as diferenças entre os vários subgrupos não têm significado estatístico. Na amostra de Kofoed & Bloom (1986) só 9% dos sujeitos responsabilizaram os "conflitos conjugais" como causa da Disfunção Eréctil .

A associação de factores causais ditos orgânicos e de fenómenos ou acontecimentos psicológicos foi a opção adoptada por 11,8% dos doentes diabéticos, por 23,3% dos outros doentes diagnosticados como orgânicos, por 25,8% dos elementos avaliados como psicogénicos e por 28,6% dos sujeitos com "DE Mista".

Ao contrário de Kofoed & Bloom (1986) nenhum doente da nossa amostra hospitalar referenciou a prolongada abstinência sexual ou a idade como factor etiológico. Nas consultas não é raro ouvirmos expressões como:

"Apesar da idade, eu suponho que sou capaz ter reacção..." sic.

As influências socio-culturais legitimam no homem português a necessidade de não relacionar com a idade um possível problema ou dificuldade sexual. Este pressuposto cria no doente com Disfunção Eréctil a expectativa, tantas vezes desmedida, de encontrar no tratamento médico uma resposta (cura!) infalível que reponha o desempenho sexual anterior.

Em relação à variável "Origem da Disfunção Eréctil" assinalámos a presença de várias células com valores de 0 e 1, enfraquecendo a significância da variação inter-grupal (ver Quadro 38).

ALTERAÇÕES NOS EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O protocolo de avaliação de cada doente englobava os seguintes exames subsidiários de diagnóstico: Hemograma, Bioquímica (Ureia, Glicose, Creatinina, Sódio e Potássio, T.G.O. e T.G.P., Gama-GT, Colesterol, T3, T4, TSH, Testosterona, F.S.H., L.H.e Prolactina, Estradiol), Teste com PGE1 e Eco-Doppler. Por sua vez o exame Neuro-Urológico abrangia o estudo da sensibilidade do pénis, a avaliação dos Pulsos Periféricos e dos Reflexos Bulbocavernosos, o estudo da sensibilidade peri-anal e a execução do toque rectal: tónus esfincteriano e avaliação da próstata. Sempre que necessário o médico andrologista procurava complementar o exame clínico do doente com com outros procedimentos que facilitavam o diagnóstico: a Electromiografia do reflexo bulbocavernoso, a investigação da velocidade de condução do nervo dorsal do pénis e o estudo dos Potenciais Evocados.

Nos vários subgrupos de doentes, nomeadamente nos diabéticos com D.E., excluimos dos registos os procedimentos relacionados com a avaliação neurofisiológica da D.E., essencialmente, por duas razões:

1. Os estudos existentes oferecem uma escassa fiabilidade (Singer & Weiner, 1994, p: 114).

2. A sua aplicação não é indiscriminada, não tivemos a possibilidade de os implementar em todos os doentes seleccionados (Jonas, 1991, p: 178-185).

A constatação de que 81,3% dos elementos das amostras: "Diabéticos" e "Orgânicos Não Diabéticos", quando considerados em associação sob o rótulo "orgânica" (globalmente estes 2 subgrupos são formados por 64 indivíduos) têm alterações nos exames subsidiários (valorizámos essencialmente as alterações verificadas no estudo hormonal, no Teste com PGE1 e no Eco-Doppler) é um dado a ter conta quanto a uma possível etiologia orgânica para a Disfunção Eréctil nestes doentes, apesar da Prova do X^2 não nos permitir presumir a causalidade das alterações analíticas (ver Quadro 39).

2ª Parte: COMPARAÇÕES INTER-GRUPOS

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil (Orgânicos e Psicogénicos) (Grupo de Estudo)e homens sem doença identificada (Grupo de controlo)

Com base nos resultados obtidos é perceptível um perfil diferencial entre os três subgrupos estudados em todas os instrumentos de avaliação psicométrica, excepto na Escala "Moral Sexual (S.E.S.1) e na Escala "Atracção pelo Casamento"(S.E.S.4) das Escalas de Experiência Sexual. Entre os homens disfuncionais e os homens não disfuncionais são mais as diferenças do que as semelhanças (ver Quadro 40).

Podemos evidenciar a existência de diferenças assinaláveis entre os três grupos quanto ao Auto-Conceito, sendo este mais elevado nos sujeitos sem doença identificada. Todos os componentes do I.C.A.C. ajudam a individualizar os três subgrupos, sendo a hierarquização das pontuações parciais idêntica à da pontuação total do I.C.A.C.: em primeiro lugar, surgem os sujeitos do grupo de controlo e só depois os doentes com Disfunção Eréctil (ver Quadro 41).

Os três índices globais da S.C.L.-90-R também permitiram individualizar de forma expressiva os subgrupos estudados. As diferenças globais só não foram corroboradas pela sub-escala "Agressividade/hostilidade" (p = 0,747), em todas as outras sub-escalas os homens pertencentes às duas amostras clínicas (doentes orgânicos e psicogénicos) apresentaram pontuações mais elevadas que os sujeitos do grupo de controlo. Esses valores apontam no sentido de psicopatologia clínica nos seguintes itens: Somatização, Depressão, Ansiedade Fóbica, Obsessão/compulsão, Ansiedade e Sensibilidade interpessoal (só para os doentes orgânicos) (ver Quadro 42). Este perfil diferencial indicia que os indivíduos com D.E. representam um grupo de pessoas mais perturbadas, com sofrimento manifesto e inevitáveis prejuízos, do ponto de vista dos equilíbrios indivíduais e a nível das relações interpessoais.

A categoria Ansiedade contribuiu para a clarificação das diferenças existentes entre os sub-grupos. Quer em relação à Ansiedade Estado quer em relação à Ansiedade Traço constata-se que existem assimetrias entre os homens disfuncionais e os elementos não disfuncionais (ver Quadro 40)

Verifica-se que o valor total do I.D.B., representativo do traço Depressão, individualiza significativamente os três sub-grupos na maioria das interacções possíveis, aparecendo os homens disfuncionais favorecidos pelas seguintes pontuações parciais, componentes: Afectivo, Cognitivo e Desvio Funcional Depressivo. O mesmo ocorreu para os homens sem doença identificada em relação ao componente Físico. No entanto, os componentes do B.D.I.: "Motivacional" (p = 0,248) e "Delirante" (p = 0,189) não dão corpo a dissemelhanças entre os sub-grupos estudados (ver Quadro 43).

Também Tondon et al. (1991) constataram que 24 homens com Disfunção Eréctil diferiam significativamente de 13 homens com Ejaculação Prematura, em diferentes perfis do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (M.M.P.I.). Os pacientes com D.E. apresentavam cotações mais elevadas nas escalas de Depressão e de Ansiedade. Evidenciavam igualmente mais lentificação psicomotora, menor tolerância à frustação, menos auto-confiança, menor tolerância à frustação e uma elevado grau de expectativas pessoais. Levenson et al. (1986) estudaram 41 indivíduos (média de idades de 57 anos) candidatos à colocação de uma prótese peniana, utilizando o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI). O perfil geral dos doentes revelou a existência de queixas sugestivas de Somatização, de Depressão e de negação da doença. O MMPI revelou-se incapaz de discriminar os doentes orgânicos dos doentes psicogénicos, equiparando-se os dois grupos do ponto de vista psicopatológico.

Do pontode vista da experiência sexual (S.E.S.) geraram-se diferenças significativas entre as amostras consideradas, em relação à Estimulação Psico-sexual (S.E.S.2) e à Motivação Sexual (S.E.S.3). Dos parâmetros configuradores da "Estimulação Psico-sexual" foi a sub-escala "Avaliação da exposição às fantasias sexuais" a única que diferenciou os três grupos: quer os sujeitos disfuncionais quer os homens sem doença identificada valorizaram positivamente a exposição às fantasias eróticas. Em relação à "Motivação Sexual" todas as

sub-escalas incorporam as diferenças significativas entre os três subgrupos. O perfil dos doentes das amostras clínicas é caracterizado por uma marcada desmotivação sexual que se traduz por uma insatisfação potencial em relação à interacção sexual (EP), por uma inadequação orgástica durante a interacção sexual (OE), por uma clara presença do papel de espectador (SR), por uma escassa duração do jogo amoroso (LF) e por uma desconsideração da actividade sexual com a respectiva parceira (NP) (ver Quadros 44 e 45).

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil (Orgânicos: Diabéticos) (Grupo de Estudo) e homens sem doença identificada (Grupo de Controlo)

Esta caracterização ajuda a situar as assimetrias verificadas quando comparámos genericamente os homens disfuncionais com os homens não disfuncionais e permite singularizar a Disfunção Eréctil enquanto sintoma orgânico. Os resultados obtidos estabelecem uma resposta positiva à 1ª hipótese de trabalho: os doentes com Diabetes e Disfunção Eréctil são basicamente diferentes dos homens sem doença identificada. Foi possível definir apenas duas simetrias entre as amostras estudadas: na Escala "Moral Sexual" (S.E.S.1) e na Escala "Atracção pelo Casamento" (S.E.S.4) das Escalas de Experiência Sexua (ver Quadro 46).

Os resultados desvendaram que os doentes do grupo designado como "Orgânicos" têm globalmente um Auto-Conceito mais baixo ($p = 0,000$) que os sujeitos sem qualquer problemática sexual e sem qualquer outra doença. Três dos factores que com compõem o Inventário de Auto-Conceito de Vaz Serra (ICAC) suportam esta evidência:

1. Aceitação/Agrado social (F1), apontando os resultados no sentido da rejeição/desagrado social ($p = 0,000$), considerando os sujeitos da categoria "Orgânicos" que não são pessoas simpáticas e afáveis, o que lhes causa um acentuado mal estar.
2. Auto-eficácia (F2), vivenciando os elementos da amostra clínica um sentimento de dependência relacional, por dificuldade em enfrentar e resolver os respectivos problemas e dificuldades existênciais ($p = 0,000$).
3. Maturidade psicológica (F3), competência que os homens com D.E. orgânica não conseguem assumir tão adequadamente quanto os elementos "saudáveis" ($p = 0,000$). Esta aptidão sustenta-se na franqueza que os sujeitos colocam ao exprimir as suas opiniões, na tolerância que cultivam no relacionamento com outras pessoas, na coerência como adoptam decisões e assumem responsabilidades e a autenticidade das suas posições em questões importantes.

No trabalho de Snell et al. (1992) os factores configuradores do Auto-Conceito correlacionavam-se negativamente com a Depressão ($p<0.05$), avaliada com o Inventário de Depressão de Beck (I.D.B.), negativamente com a Ansiedade ($p<0.005$) e com os sentimentos

de culpa ($p<0.01$), mas de modo positivo um Locus de Controlo interno (constatação sem significado estatístico). Segundo aqueles autores, estes resultados apontam para uma tipificação muito clara das resposta masculinas, face às questões da Sexualidade. Os homens tenderão a não diferenciar o Auto-Conceito da Depressão, no âmbito da Sexualidade. Auto-Conceito e Depressão não constituirão tendências psicológicas opostas e claramente definidas.

Na nossa amostra os scores totais do Auto-Conceito nos homens diabéticos com D.E. correlacionaram-se negativamente com os totais do B.D.I. (r = - 0,566, p = 0,000), correlacionaram-se negativamente com a Ansiedade Estado (r = - 0,420, p = 0,000) e, do mesmo modo, correlacionaram-se negativamente com a Ansiedade Traço (r = - 0,521, p = 0,000).

É na amostra de doentes com Diabetes e D.E. que se verificaram globalmente *"scores"* mais elevados de *"stress"* psicológico, construindo-se o perfil destes doentes a partir dos factores:

- Somatização (p = 0,020);
- Ansiedade (p = 0,000);
- Depressão (p = 0,000);
- Fobia (p = 0,000);
- Obsessão-Compulsão (p = 0,000);
- Ideação Paranóide (p = 0,000);
- Psicoticismo (p = 0,000).

Nos itens "Depressão" e "Fobia" os valores obtidos ultrapassam o limiar 2 indicando a existência de *"stress"* psicológico sintomático de frequência e intensidade moderadas.

Os homens com Diabetes e D.E. individualizaram-se sgnificativamente dos sujeitos sem doença identificada por serem mais ansiosos (p = 0,000) e mais deprimidos (p = 0,000). A Ansiedade (estado e traço) surge como uma vivência psicológica esperada atendendo às diversas dificuldades e às limitações recorrentes impostas pela doença orgânica (restrições alimentares, controlos continuados dos precários equilíbrios metabólicos, medo de ficar com hipoglicemia durante a interacção sexual, medo face ao futuro, etc.).

Por seu turno, o padrão claramente depressivo (p = 0,000) decorre do desgaste inerente à evolução arrastada da doença orgânica e da privação relacional significativa imposta pela Disfunção Eréctil. A perda de confiança em si mesmo e a desvalorização assumida das suas capacidades sexuais (não se achar atraente, incapaz de seduzir a esposa e, em consequência, inapto a satisfazê-la sexualmente) legitimam o aparecimento do humor depressivo e manifestam-se, nomeadamente, através de um acentuado evitamento da estimulação psicossexual (p = 0,003), de uma fraca motivação sexual (p = 0,000) e de um desinteresse quase que sistemático em relação ao envolvimento sexual específico com a sua parceira (p = 0,001). Sempre que o doente diabético com D.E. procura o relacionamento sexual

este não lhe suscita qualquer satisfação (p = 0,000), verificando-se uma reduzida valorização do jogo amoroso (p = 0,000), prevalecendo o papel de espectador (p = 0,000) e uma clara inadequação orgástica (p = 0,000).

Apesar de muitos autores chamarem a atenção para os mecanismos vasculogénicos na etiologia da D.E. no homem diabético, os sintomas da esfera depressiva (diminuição da Auto-estima, sentimentos de culpa, etc) podem igualmente co-existir e desempenhar um papel causal significativo (Young & Wlodarczyk, 1986).

Numa amostra de 117 doentes com o diagnóstico primário de Disfunção Eréctil (dos quais 67% com antecedentes de Diabetes), Plaud et al. (1996) concluiram que 48% dos doentes evidenciavam pontuações compatíveis com Depressão Moderada.

Comparação entre doentes com Disfunção Eréctil Psicogénica (Grupo de Estudo) e homens sem doença identificada (Grupo de Controlo)

Através desta comparação procurámos avaliar o que distingue os indivíduos com D.E. psicogénica dos indivíduos sem qualquer doença identificada, ou seja, tentámos definir as possíveis assimetrias entre os homens disfuncionais e os homens não disfuncionais e sem qualquer outra patologia médica em situações de base psicológica. Os resultados obtidos ajudam-nos a sustentar uma resposta afirmativa à 2ª hipótese de trabalho: os homens com D.E. psicogénica apenas não se individualizam dos sujeitos sem doença identificada em relação a três das Escalas que avaliam a experiência sexual:"Moral Sexual" (S.E.S.1), "Estimulação Psico-sexual" (S.E.S.2) e "Atracção pelo Casamento" (S.E.S.4). Estes resultados facilitam igualmente o esclarecimento da questão subjacente à 4ª hipótese de trabalho, ou seja, a tipificação psico-social dos homens com Disfunção Eréctil psicogénica (ver Quadro 47).

O perfil específico dos doentes com D.E. psicogénica assenta num Auto-Conceito mais baixo (p = 0,000) e índices globais de *"stress"* psicológico sintomático mais elevados: Índice Sintomático Geral da SCL-90-R (GSI): p = 0,000; Total de Sintomas Positivos da S.C.L.-90-R (PST): p = 0,000; Índice de "Stress" dos Sintomas Positivos da S.C.L. - 90 - R. (PSDL): p = 0,000. Várias das sub-escalas da S.C.L.-90-R evidenciaram pontuações tradutoras de morbilidade psicopatológica: Somatização (p = 0,020); Depressão (p = 0,000); Ansiedade Fóbica (p = 0,000); Obsessão/Compulsão p = 0,000) e Ansiedade p = 0,000

Acontece ainda que estes doentes com D.E. psicogénica são claramente mais ansiosos (STAIE/T, p = 0,000) e mais deprimidos (BDI Totais, p = 0,000) que os sujeitos integrantes do Grupo de Controlo. O padrão depressivo ganha sentido graças à dimensão afectiva (variações do humor e isolamento social) (p = 0,000) e ao componente cognitivo (ideação auto-depreciativa e de culpa, distorção da imagem corporal e dificuldades em tomar decisões) (p = 0,000). Em consonância com o humor dominante destes doentes compreende-

se que, em todos os factores do ICAC, os doentes psicogénicos apresentem pontuações significativamente mais baixas que os homens sem doença identificada. Obtivemos as seguintes correlações entre o BDI e os vários factores componentes do ICAC: F1: aceitação/agrado social ou rejeição/desagrado social (r = -0,342, p = 0,000); F2: auto-eficácia (r = -0,274, p = 0,000); F3: maturidade psicológica (r = -0,325, p = 0,000); F4: impulsividade/actividade (r = -0,079, p = 0,230).

Também Schiavi et al. (1992) compararam um grupo de doentes com Desejo Sexual Hipoactivo ou com D.E., tendo presente as pontuações obtidas no Inventário de Função Sexual de Derogatis e no ajustamento relacional/conjugal, com as pontuações das suas parceiras não-disfuncionais. O resultado de maior realce prende-se com a constatação de que os doentes com Disfunção Eréctil apresentavam pior imagem corporal e uma menor satisfação sexual.

Globalmente os homens com D.E. psicogénica, à semelhança dos doentes com Diabetes e Disfunção Eréctil, evidenciaram uma motivação sexual mais fraca que os sujeitos sem doença, consubstanciada na fraca satisfação potencial obtida através da interacção sexual, na inadequação orgástica durante a interacção sexual, na persistência do papel de espectador, na apreciação negativa da duração do jogo amoroso e na não valorização da actividade sexual com a respectiva parceira.

Comparação Disfunção Eréctil orgânica versus psicogénica

Os nossos resultados sugerem que os doentes orgânicos e os doentes psicogénicos têm um perfil diferencial apenas em relação a duas Escalas, considerando apenas os resultados com valor estatístico: Índice Sintomático Geral (G.S.I. => SCL -90 - R) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Totais) (ver Quadro 48). Assim, é possível inferir que os doentes psicogénicos tendem a manifestar, a objectivar, com mais frequência o mal estar psicológico associado ao problema sexual, enquanto que nos doentes orgânicos predominam as queixas depressivas. Torna-se inviável avançar com uma resposta afirmativa à 3ª hipótese de trabalho.

Os resultados alcançados no Inventário Clínico de Auto-Conceito não permitiram diferenciar significativamente os sujeitos com Disfunção Eréctil (D.E.) orgânica dos pacientes com D.E. psicogénica. Estes resultados reforçam outros anteriores nos quais comparámos doentes com diversas Disfunções Sexuais: os indivíduos portadores de Disfunção Eréctil (D.E.) tinham pontuações muito semelhantes às dos homens com Ejaculação Precoce, sempre que a evolução da Disfunção Sexual não ultrapassava os 10 anos (Palha, 1992). Numa fase preliminar da presente investigação, concluimos que o Auto-Conceito dos homens portadores de D.E. de aparecimento recente, menos de 3 anos (Média das pontuações globais: 71,78;

Desvio Padrão: 7,06), se situava muito próximo do Auto-conceito de uma amostra de indivíduos sem qualquer Disfunção Sexual (Média: 72,11; Desvio Padrão: 7,11) (Palha & Lourenço, 1995).

É a existência da Disfunção Sexual em si mesma, enquanto fenómeno *stressante*, quem vulnerabiliza a percepção que a Pessoa tem em relação a si própria e constitui uma fonte de inquietação. No doente com Diabetes Mellitus ou qualquer patologia orgânica, a D.E. é parte integrante da sintomatologia clínica e do processo primário da doença, contribuindo para a patoplastia da doença.

Vaz Serra & Firmino (1986) inferiram a importância do Auto-Conceito na determinação do ajustamento das relações interpessoais, defendendo que o Auto-Conceito intervém na mediação dos comportamentos: quanto melhor é o Auto-Conceito de um indivíduo mais efectivamente ele funciona. Assumindo-se a interacção sexual como um espaço privilegiado de aferição dos desempenhos individuais, compreende-se o papel central desta competência psicológica na padronização dos comportamentos sexuais. Seguindo os padrões convencionados, por obediência aos esteriótipos dominantes, existem vários pré-requisitos para um funcionamento sexual masculino dito "normal": sentido de Poder/dominância, competência e um bom Auto-Conceito (Morris, 1997).

Os indivíduos com D.E. psicogénica individualizaram-se dos doentes com D.E. orgânica apenas num dos índices globais de stress psicológico: o Índice Sintomático Geral (GSI), que traduz a combinação de informação do número de sintomas positivos (com pontuação diferente de zero) com a informação respeitante à intensidade do stress psicológico nesses mesmos sintomas (de um a quatro). Assim, os homens com D.E. psicogénica evidenciaram *"scores"* significativamente mais elevados de stress sintomático ($p = 0,001$) que se consubstancia em dois parâmetros da S.C.L.-90-R: "Obsessão/Compulsão" ($p = 0,000$) e Ansiedade ($p = 0,021$). Este resultado contribui para o esclarecimento da 4ª hipótese de trabalho.

A vivência continuada da D.E. acarreta para os doentes um sofrimento manifesto, interferindo com a sua estabilidade psíquica e prejudicando as práticas relacionais, os desempenhos sociais e familiares. É possivel inferir que o perfil sintomático estruturado em torno dos itens "Obsessão/Compulsão" e "Ansiedade" corresponderá a um mecanismo (des)adaptação à Disfunção Eréctil psicogénica, impedindo o homem com D.E. de se confrontar com a doença e adoptar os mecanismos de "*coping*" (para lidar com o stress) mais ajustados e eficazes.

Comprovando a natureza psicossomática da Disfunção Eréctil (D.E.) também Gellman & Gellman-Barroux (1986) diagnosticaram, em 43 doentes com D.E. de origem vascular, a existência de vários índices sugestivos de psicopatologia: Ansiedade Generalizada, Ansiedade Fóbica, Ideias Obsessivas, Perturbações Somatoformes e problemas relacionais.

Os resultados obtidos não permitiram definir um perfil diferencial entre as duas categorias de Disfunção Eréctil (orgânicos versus psicogénicos) quer em relação à Ansiedade Estado (p = 0,898) quer em relação à Ansiedade Traço (p = 0,273).

Os homens disfuncionais com D.E. orgânica revelaram uma pendor depressivo significativamente maior que os doentes psicogénicos (p = 0,000), alicerçado em três agrupamentos sintomatológicos do B.D.I. :

1. Componente Afectivo (p = 0,002), expressando a afectação do humor dominante e a tendência para o isolamento social.
2. Componente Físico (p = 0,009), manifestando o desgaste físico que a doença orgânica acarreta mas, em simultâneo, as vivências hipocondríacas, fruto de uma elaboração sensoperceptiva desajustada, mas compreensível à luz de uma claudicação progressiva dos diferentes equilíbrios integradores do Sistema Pessoa, quando confrontado com um processo de sofrimento generalizado.
3. Desvio Funcional Depressivo (p = 0,000), englobando as várias alterações dos ciclos biológicos proporcionadas pela doença orgânica.

O padrão depressivo destes doentes poderá explicar a correlação positiva (r = 0,477, p = 0,000) que se verificou entre a pontuação total do B.D.I. e o factor "Papel de espectador" (SR) da Escala de Experiência Sexual nº 3 ("Motivação Sexual").

A elaboração cognitiva (ideias de auto-desvalorização pessoal, de pessimismo, de culpa, de incapacidade para tomar decisões, de distorção da imagem corporal, de auto-acusação) associada ao malogro/frustação que constitui a presença da Disfunção Eréctil justifica a hegemonia do Componente Cognitivo do BDI nos doentes com D.E. psicogénica (p = 0,000).

Os nossos resultados não permitem delinear um perfil diferencial, entre os doentes com Disfunção Eréctil (D.E.) orgânica e os sujeitos com D.E. psicogénica nas quatro Escalas que avaliam a experiência sexual (S.E.S.).

3ª Parte: DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS

Apesar de não ter sido possível evitar a possível influência no doente do conhecimento prévio do seu diagnóstico (efeito de rotulação) e a impossibilidade de homogenizar todas as amostras clínicas, mormente os subgrupos: "Orgânicos não Diabéticos" e "D.E. Mista" , a investigação que levámos a cabo, utilizando o modelo biopsicossocial como referência de base, procurou ultrapassar algumas das lacunas metodológicas detectáveis em trabalhos anterior, a saber:

1. A co-existência de um diagnóstico de D.E. e de um diagnóstico psiquiátrico (Meisler & Carey, 1991).
2. A indefinição do perfil socio-demográfico e do nível educacional dos doentes (Bancroft, 1989)
3. A dimensão das amostras (Goldman & Carroll, 1990; Hawton et al., 1992; Lourenço et al., 1996). Amostras de pequena dimensão impossibilitam a extrapolação dos dados e o seu aproveitamento numa estratégia clínica coerente.
4. A não utilização de instrumentos de avaliação psico-social (Moreira, 1997). A ênfase desmesurada que, por vezes, é dada aos "marcadores biológicos" da Disfunção Eréctil enferma de um vício formal: a subestimação da natureza genuinamente psico-somática desta Disfunção Sexual.
5. Com frequência, para o estudo das variáveis psico-sociais, recorrem-se a instrumentos não padronizados, com escassa divulgação nos meios especializados e de difícil aplicação na prática clínica (Gregoire & Pryor, 1993, pp: 97-104).
6. Noutros casos, verifica-se uma notória dispersão e falta de coerência nos protocolos clínicos, devido, sobretudo, ao emprego de uma grande variedade de métodos de avaliação: entrevista clínica, testes projectivos, testes para apreciar as crenças/comportamentos sexuais, testes para quantificar a D.E., testes para diferenciar a D.E. Psicogénica da D.E. Orgânica, escalas para caracterizar a relação marital, testes auto-administrados e testes aplicados pelo entrevistador (Jonas et al., 1991, pp: 93-103). Na nossa investigação optámos pela auto-administração das várias escalas. Este processo permite uma maior objectividade no registo das informações, ao reduzir a possibilidade de subjectividade por parte do entrevistador/terapeuta. Contribui, ainda, para uma indubitável economia de tempo e de meios, factores relevantes em contextos clínicos (Coelho, 1990).

7. A não individualização de categorias diagnósticas: D.E. Psicogénica versus D.E. Orgânica, indivíduos disfuncionais versus indivíduos não disfuncionais (Hawton, 1992).

8. Na literatura existente registam-se incorrecções, a nível metodológico, quanto à escolha ou selecção do grupo de controlo, o qual, por vezes, não está sequer previsto (Plaud et al., 1996).

9. Existem estudos em que o factor idade é determinante, inscrevendo doentes de apenas determinadas faixas etárias (Goldman & Carroll, 1990).

Os resultados do nosso trabalho de investigação apontam para a convergência efectiva entre os factores psicológicos e a experiência de uma Sexualidade disfuncional. Não foi nossa preocupação estudar a responsabilidade etiológica dos factores psico-sociais na Disfunção Eréctil. Se o fizessemos, entre outros aspectos, a metodologia da investigação teria de ser outra.

Apesar de nem todos os itens possuirem igual valor discriminante, as Escalas usadas neste trabalho de investigação revelaram capacidade para discriminar entre as amostras formadas por homens com D.E. e o grupo de controlo (sem doença identificada), assim como entre os doentes considerados como psicogénicos e os doentes considerados como orgânicos. Desta forma, alcançamos o segundo objectivo geral do trabalho de investigação, mediante o qual se procurava determinar a utilidade clínica das Escalas/Inventários Psicológicos em Sexologia Médica.

A nossa amostra é representativa dos doentes que habitualmente solicitam uma consulta hospitalar. Os elementos seleccionados correspondem a uma amostra muito particular dos indivíduos com D.E.: aqueles que desejam submeter-se a tratamento e que procuram a ajuda por parte de um técnico especializado. A condição de *doente motivado*, numa investigação na área da Sexualidade, encerra idiosincrasias que não devemos escamotear, das quais a motivação é apenas uma entre muitas. Por exemplo: o estatuto de doente (a Disfunção Eréctil como doença), a proximidade do centro hospitalar, a carga simbólica que encerra a realização do tratamento num Hospital Central, etc.. Outros investigadores (é o caso de Beck et al., 1991) evidenciaram que os sujeitos (voluntários) que aderem por vontade própria a estudos sobre questões sexuais apresentam um perfil específico: têm atitudes mais liberais sobre a Sexualidade e possuem experiências sexuais mais consistentes e mais variadas.

Os resultados obtidos, satisfazendo o primeiro objectivo específico do Projecto de Investigação, sugerem a existência de assimetrias claras entre os homens disfuncionais e os indivíduos não disfuncionais não tanto ao nível da experiência sexual mas, sobretudo, no Auto-

conceito, no "stress" psicológico sintomático e na reactividade afectiva (Ansiedade e Depressão) (ver Quadro 40).

Os valores totais do I.D.B. são significativamente mais elevados nos sujeitos com D.E.. O padrão depressivo dos homens disfuncionais (orgânicos e psicogénicos) materializa-se à custa dos seguintes componentes do I.D.B.: Afectivo, Cognitivo e Desvio Funcional Depressivo. A elevação dos *"scores"* da Depressão traduz a natureza específica das amostras seleccionadas. Quando os doentes orgânicos (Diabetes e D.E.) são comparados directamente com os doentes considerados como psicogénicos, no perfil daqueles prevalecem três dos componentes do I.D.B.: Afectivo, Físico e Desvio Funcional Depressivo. Mas se a comparação é feita com os indivíduos sem doença identificada já se destacam os componentes: Afectivo, Cognitivo e Desvio Funcional Depressivo. Na Depressão dos doentes com Diabetes e D.E. é de admitir uma estrutura de complexidade variável, abarcando sintomas psíquicos e somáticos, relacionados com a natureza metabólica da doença, a evolução arrastada da mesma e as repercussões na Personalidade e nas diferentes áreas da vida de relação.

Enquanto isso, nos doentes com D.E. psicogénica a Depressão é suportada pelo componente Cognitivo (na interacção orgânicos/psicogénicos) e pelos componentes Afectivo e Cognitivo (na interacção psicogénicos/grupo de controlo). Assim, não parece improvável que o quadro sindromático reflicta os sintomas psico-sociais intínsecos à própria Disfunção Eréctil psicogénica. Nestes casos em que as causas orgânicas não são objectiváveis é de aceitar que a organização e o desenvolvimento da situação clínica vai ocorrer à custa de uma diminuição ou perda da líbido, de factores constitucionais, de uma certa imaturidade psicológica, de desequilíbrios/dificuldades existênciais e de desajustamentos no âmbito da própria relação sexual (Fonseca, 1985, pp: 491-492). Assim, a Depressão acaba por manifestar-se pela tendência do sujeito a avaliar-se negativamente, achando que são insuficientes os seu recursos, não investindo na transmissão/partilha de sensações ou de afectos com a sua parceira.

Para Snell et al. (1992) os indivíduos deprimidos teriam uma auto-estima mais baixa, imaturidade da Personalidade revelada através dos traços: instrumentalidade e assertividade e seriam tendencialmente mais ansiosos: a Depressão correlacionava-se de forma positiva e significativa com a Ansiedade emergente das práticas sexuais (por exemplo: medo de falhar) ($p<0.001$). Em consonância com Snell et al. na nossa amostra experimental apuramos as seguintes correlações:

- Auto-Conceito (totais) e I.D.B. (Totais): $r = - 0,362$, $p = 0,000$;
- Auto-Conceito (totais) e STAIE: $r = - 0,017$, $p = 0,853$;
- Auto-Conceito (totais) e STAIT: $r = - 0,282$, $p = 0,002$;
- I.D.B. (Totais) e STAIE: $r = 0,215$, $p = 0,021$;

↣ I.D.B. (totais) e STAIT: r = 0,559, p = 0,000.

A afectação do Auto-conceito dos homens com D.E. corresponde a uma tendência de grupo e ocupa um lugar priveligiado na mediação do comportamento/experiência disfuncional, facilitando o entendimento da desorganização generalizada da sua actividade psiquica. A forma como se auto-percepcionam vai impedir que possam assumir comportamentos relacionais gratificantes. A vivência prazenteira da intimidade está-lhes vedada, dada a sua insegurança pessoal e o seu elevado sentido de inadequação. Não surpreende que na nossa amostra em todos os factores do Inventário Clínico de Auto-Conceito (I.C.A.C.) os indivíduos disfuncionais tenham alcançado as pontuações mais baixas. A relação existente Auto-Conceito e sintomas depressivos é negativa e significativa. O mesmo acontece entre Auto-Conceito e Ansiedade Traço. Entre as três Escalas comparadas com o I.CA.C. é o I.D.B. que se apresenta com uma correlação mais elevada, logo seguida pelo S.T.A.I.T.. Tais resultados sugerem que as percepções que os homens com D.E. vinculam a si mesmos e os desequilíbrios afectivos se influenciam mutuamente na vivência da sua Sexualidade disfuncional, revelando as vulnerabilidades do Sistema Pessoa nesta situação específica de doença.

Sendo a interacção sexual um acontecimento iminentemente não estruturado e sujeito a múltiplas contigências (factores individuais, factores relacionais e contextuais) compreende-se que nos homens disfuncionais a presença da Ansiedade corresponda a uma dificuldade em viver e lidar com a incerteza, por claudicação dos mecanismos endógenos do Sistema Pessoa, como o comprova a associação "Auto-Conceito e Ansiedade Traço". Em consequência, esta incapacidade em descodificar a incerteza faz da Ansiedade uma presença comum a todos os homens disfuncionais e não apenas um exclusivo dos indíviduos com D.E. psicogénica, como é apanágio das teorias dominantes na Sexologia contemporânea (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974; Gindin, 1989; Levine & Althof, 1991). A Ansiedade afirma-se como a via final de um complexo conjunto de fenómenos psicofisiológicos (Wincze et al., 1980; Waynberg, 1994).

Num trabalho realizado por Meisler & Carey (1991), sobre o impacto de estímulos de natureza depressiva na resposta eréctil, foi possível definir os elementos intervenientes e a sua organização sequêncial:

1. A priori, o humor dominante, prévio à interacção sexual.
2. O nível subjectivo de excitação sexual (isto é, afectivo/cognitivo).
3. O nível objectivo de excitação sexual (isto é, a erecção peniana).
4. O estado afectivo subsequente.

Os autores sugerem que o humor depressivo provoca alterações no componente subjectivo (afectivo/cognitivo) mas não imediatamente no seu equivalente fisiológico (a erecção peniana), a não ser que intervenham outros factores, como por exemplo: um fracasso sexual recente, ou o desinteresse face ao estímulo erótico utilizado.

A redução dos níveis de Ansiedade e de Depressão decorre dos objectivos imediatos do tratamento da D.E., ajudando a melhorar o padrão de satisfação sexual e marital.

Sabendo que a experiência clínica nos revela muitos casos em que o homem com D.E. refere que "perdeu um pouco da sua Virilidade", pareceu-nos importante procurar entender o significado desse vocábulo, tão enraízado na nossa cultura, e averiguar o seu interesse para o estudo clínico da Disfunção Eréctil. De algum modo, a perda da capacidade eréctil forçaria, estes doentes a abdicar de características aprendidas, desde tenra idade e que os ajudam a identificar-se com os seus iguais, conseguindo com isso obter o ajustamento social e o equilíbrio pessoal necessários à manutenção de uma realidade invariável.

O ideal de Virilidade que é costume associar ao esteriótipo masculino fixou-se no final do séc. XVIII. Ao homem "bem nascido" da aristocracia em declínio, a burguesia substituiu por um "homem de bem", que alia as qualidades físicas às qualidades morais. Intocável e ambicioso. O sentido de humor, a coragem e a vontade de alcançar e gerir o Poder (político, económico, familiar, etc.) passam a figurar na imagem que o "macho" humano transmite de si mesmo. A capacidade para seduzir as mulheres e procriar decorre dos atributos anteriores. Mesmo que a voracidade das sociedades modernas tenha conduzido à erosão de muitos dos pressupostos deste esteriótipo viril, subsistem "as imagens de marca": o desembaraço, o desejo de auto-afirmação, a dominância relacional e uma Sexualidade genitalizada e pulsional (París, 1993; Bly, 1994; Morris, 1997).

A manutenção do termo *"impotência"* na literatura médica das duas últimas décadas, em vez da expressão Disfunção Eréctil, radica em justificações socio-culturais. Na verdade, a Sexualidade masculina tem sido tradicionalmente equacionada como uma questão de afirmação pessoal, de poder. O termo *"impotência"* recolhe a essência da "perda de poder", que transcende a área da Sexualidade e abarca todos os outros domínios da vida masculina. Assim, se compreende que a eficácia/sucesso no desempenho sexual ocupe um lugar não negligenciável nos comportamentos masculinos. A posse de genitais é necessária mas não suficiente para o homem afirmar a sua condição masculina. Uma regra básica da condição masculina advém do facto da masculinidade poder ser questionada e mesmo até perdida. A identidade masculina é sempre condicional. Supostamente, o homem viril encarna a actividade. A interiorização da actividade como um componente determinante da Virilidade explica o mal estar subjacente à interacção sexual do homem disfuncional. A Disfunção Eréctil impede-o de protagonizar essa actividade. É o momento em que o sofrimento e o medo da feminilidade e da passividade começam a tornar-se evidentes (Badinter, 1993, p: 83). A persistêcia da Disfunção Eréctil deixa a dúvida latente, levanta uma suspeita de feminilidade.

As correntes de orientação psicanalítica são as que mais insistem na associação entre D.E. e a alteração da Virilidade, invocando o medo de castração e a Ansiedade fálica como mecanismos etiológicos de primeira ordem. Assim, o homem com D.E. teria que se preocupar não apenas com a sua Sexualidade mas, também, com a sua masculinidade (Mehler, 1992).

Na nossa amostra experimental a variável Virilidade correlaciona-se da seguinte forma com as variáveis Auto-Conceito (Totais), I.D.B. (Totais), STAIE, STAIT, S.E.S.1 (Totais), S.E.S.2 (Totais), S.E.S.3 (Totais) e S.E.S.4 (Totais):

- Virilidade /Auto-Conceito (Totais): r = - 0,056, p = 0,549;
- Virilidade /I.D.B. (Totais): r = - 0,035, p = 0,703;
- Virilidade /STAIE: r = - 0,221, p = 0,017;
- Virilidade /STAIT: r = 0,057, p = 0,543;
- Virilidade/S.E.S.1 (Totais): r = 0,008, p = 0,931;
- Virilidade /S.E.S.2 (Totais): r = - 0,126, p = 0,178;
- Virilidade /S.E.S.3 (Totais): r = 0,062, p = 0,509;
- Virilidade /S.E.S.4 (Totais): r = 0,030, p = 0,744.

Dos valores acima mencionados podemos destacar, nomeadamente, que a variável Vrilidade se correlaciona de forma negativa com a Ansiedade Estado. De todas as associações aquela que se estabelece relacionando a Virilidade e a Ansiedade Estado é a menos fraca além de significativa. Entre as correlações não significativas encontramos coeficientes negativos para a associação linear da Virilidade com: a Depressão (I.D.B.), o Auto-Conceito (I.C.A.C.) e a Estimulação Psico-sexual (S.E.S.2). Os coeficientes não significativos mas positivos foram detectados na correlações da Virilidade com: a Ansiedade Traço (S.T.A.I.T.), a Moral Sexual (S.E.S.1), a Motivação Sexual (S.E.S.3) e a Atracção pelo Casamento (S.E.S.4).

A Virilidade é uma das qualidades que mais facilmente se fragiliza nas competências masculinas, sobretudo em contextos de exigência (como acontece por exemplo: no relacionamento sexual ou no cumprimento do serviço militar) (Barak et al., 1994). A associação da Virilidade à Ansiedade Estado remete para a Ansiedade manifesta emergente da interacção e do desempenho sexual e, talvez, para a falta de assertividade (Granero, 1990). Todavia, a ausência de correlações significativas da variável Virilidade com os diferentes factores do I.C.A.C. não nos permite explorar esta hipótese. Mas compreende-se que por força das imposições comportamentais, dos requisitos e das competências relacionais subjacentes à vivência da Virilidade, os homens disfuncionais não conseguem suportar e lidar com a incerteza que resulta da interacção sexual. A Ansiedade Estado vai expressar esta incapacidade.

Os resultados obtidos ainda que não inconclusivos, fornecem escassas informações sobre o significado da Virilidade em contextos de disfuncionalidade sexual. Em futuras investigações importava mormente averiguar, a partir da psicopatologia, a associação deste conceito, cujo impacto na saúde mental masculina é inegável, com a imagem corporal dos sujeitos, procurar definir o peso específico das alterações hormonais (a saber: níveis séricos de testosterona) e outras variáveis fisiológicas no seu estabelecimento, assim como correlacionar a variável Virilidade com a Personalidade prévia dos homens portadores de Disfunção Eréctil.

Síntese reflexiva:

Disfunção Eréctil: Claudicação do Sistema Pessoa

Fruto dos resultados obtidos e tendo por suporte basilar o modelo Biopsicossocial que fundamentou a presente investigação é verosímil aceitar que o quadro clínico de uma Disfunção Eréctil é influenciado, logo à partida, pela perda de erecção, o dado semiológico que vulgarmente mais perturba o doente. A par da dificuldade/perda de erecção outros sintomas afiguram-se como relevantes:

✓ um marcado comportamento de auto-controlo que acaba por se traduzir num desinvestimento progressivo das interacções eróticas. O homem disfuncional procura sempre "forçar" o seu corpo que se recusa a obedecer. A ausência de resposta fisiológica leva-o a abandonar as práticas relacionais num domínio privilegiado como é o da intimidade amorosa (Pasini, 1991).

✓ Uma vida fantasmática empobrecida, equivalente ao pensamento operatório que vamos encontrar nos doentes psicossomáticos (Gindin, 1989). O homem disfuncional não consegue fantasiar, não é capaz de se confrontar com a experiência de insucesso sexual. Não faz a representação mental dos seus conflitos.

✓ As perturbações emocionais, indissociáveis da própria D.E., vão organizar e dar sentido aos múltiplos desequilíbrios que ocorrem a diferentes níveis do Sistema Pessoa. Os afectos constituem um elemento determinante de uma intrincada cadeia de acontecimentos que rodeiam a apresentação e a manutenção do quadro clínico da Disfunção Eréctil. A disfuncionalidade dos afectos, fenómeno iminentemente individual e contextualizado, tanto serve para reforçar a Disfunção Sexual como pode permitir a sua resolução. Entre os afectos desagradáveis a Ansiedade e a Depressão são duas presenças constantes e representam um verdadeiro ponto de encontro entre, por um lado, um fenómeno somático a nível periférico: a perda/dificuldade de erecção e, por outro lado, uma rede de interconexões complexas que envolvem os centros cerebrais e o tálamo, o hipotálamo, númerosas áreas corticais, e os mecanismos neuro-hormonais (impregnação de testosterona, equilíbrio do sistema dopaminérgico) (Requixa, 1991).

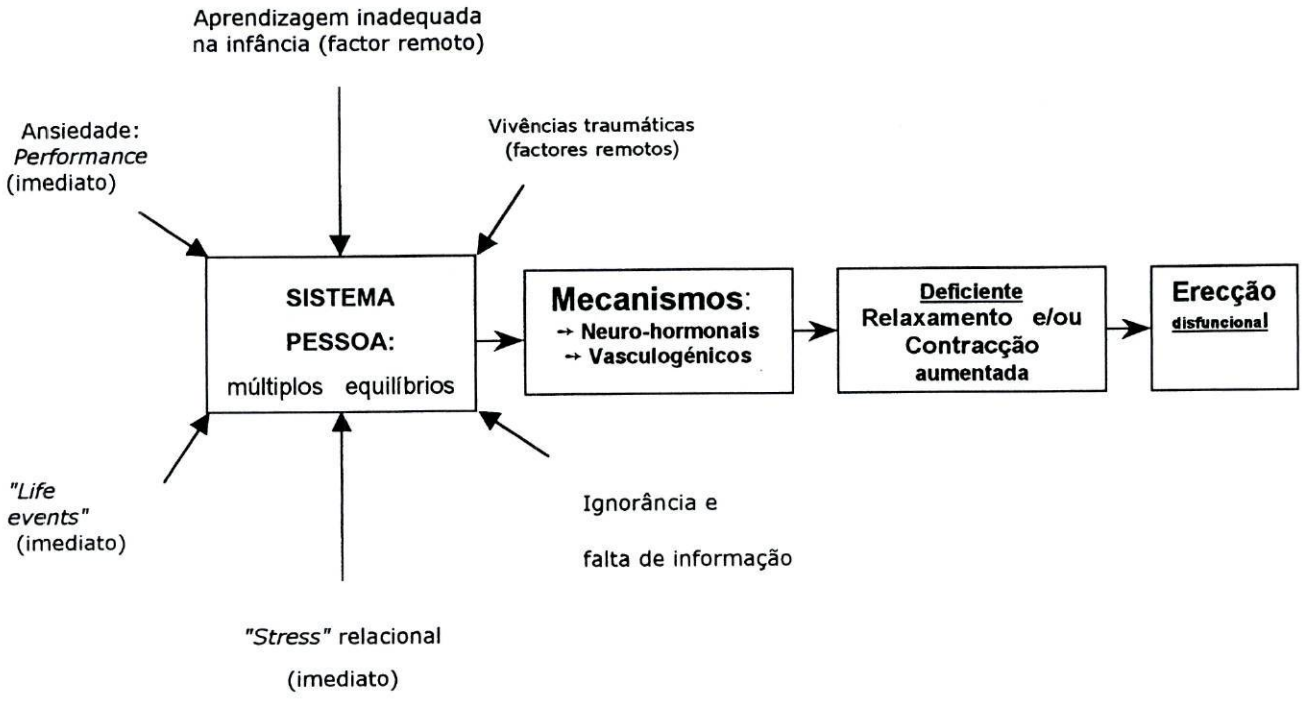
O homem com problemas erécteis começa a experienciar uma intensa Ansiedade de execução, imediatamente após um primeiro episódio de fracasso sexual. Não é capaz de racionalizar e descodificar o modo como as emoções desagradáveis, associadas aos *"life events"* (ou quaisquer outras intercorrências individuais ou relacionais), e as respectivas representações cognitivas, competem com as emoções prazenteiras intrínsecas ao jogo

amoroso, neutralizando-as e bloqueando, assim, os mecanismos neuronais da erecção. A erecção para acontecer requer que o homem fique excitado durante o envolvimento erótico e seja capaz de controlar o medo natural e o nervosismo que advém da necessidade, culturalmente definida, de obter prazer e de proporcionar prazer à sua companheira. Nos homens disfuncionais esta segunda exigência não se concretiza, o que dá azo a que a Ansiedade de execução aumente exponencialmente após cada experiência de fracasso sexual e a vivência depressiva que a mesma suscita. O homem disfuncional não consegue interpretar com exactidão as sensações eróticas. Por conseguinte, as perturbações de natureza afectiva vão interferir com a avaliação subjectiva que é feita da excitação sexual, não se verificando a estimulação neuronal do pénis e a obtenção da erecção.

Dados recentes apontam como relevantes os seguintes aspectos na disfuncionalidade da erecção: o relaxamento dos músculos dos corpos cavernosos e a erecção peniana dependem de um delicado equilíbrio entre os factores que contribuem para a vasoconstricção e os que facilitam a vasodilatação. Sempre que é ultrapassado um determinado limiar do relaxamento dos músculos dos corpos cavernosos o pénis transita de um estado de flacidez para um estado de erecção. Independemente da etiologia subjacente (orgânica ou psicogénica) acredita-se que na Disfunção Eréctil ocorre um profundo desequilíbrio entre relaxamento e contracção muscular nos corpos cavernosos. Se o tónus muscular está muito aumentado o nível máximo de relaxamento dos corpos cavernosos poderá ser insuficiente para permitir o aumento do fluxo sanguíneo necessário para aconteça uma erecção fisiológica. Quando aquele limiar de relaxamento não é alcançado ou mantido a venooclusão é incompleta, assim como a própria rigidez peniana (Lerner et al., 1993).

Reunindo as descobertas efectuadas sobre a fisiologia da erecção com os factores que tradicionalmente se associam à causalidade da Disfunção Eréctil (factores remotos e factores imediatos) e apoiando-nos nas reflexões feitas no 3º capítulo da Parte I e o que foi desenvolvido ao longo da Parte II, é plausível admitir que esta doença se processe de acordo com os mecanismos esquematizados na próxima Figura:

Figura 4



Ao empreender esta investigação e recorrendo a metodologias científicas, procuramos sistematizar as informações e as experiências que resultam da prática clínica. Esta, só poderá ser eficaz e produtiva, se tiver consequências ao nível das terapêuticas a implementar, fechando o círculo que se inicia, se esboça, com a recolha dos dados da História Clínica. Assim, daremos resposta aos anseios, às solicitações, do doente que, em última análise, se organizam em torno do pedido de consulta (de ajuda!). De igual modo, estaremos a cumprir o terceiro objectivo geral da presente investigação.

As implicações do modelo Biopsicossocial no plano das escolhas terapêuticas passam pela adopção de Tratamentos Combinados e Individualizados (Guldner & Guldner, 1991; Goulet & Blanchette, 1995)

Tirar partido de todos os recursos terapêuticos disponíveis (farmacológicos e psicoterapêuticos) favorece a resolução da Disfunção Eréctil e coloca a qualidade de vida como o objectivo mais importante a alcançar com qualquer intervenção em Sexologia Médica.

Estes pressupostos traduzem-se, na hora de elaborarmos um programa terapêutico exclusivo para cada doente, pela necessidade de maximizar a realização pessoal/relacional, a par, da maximização da própria satisfação sexual. Assim, muito mais do que a simples resolução sintomática, importa:

- Salvaguardar os valores, as convicções e as práticas habituais de cada doente.
- Desdramatizar e reformular o impacto negativo da D.E. nos equilíbrios individuais.
- À luz da experiência individual, ajudar o doente a descobrir recursos eficazes para fazer face à Disfunção Eréctil.
- Melhorar a expressão das aptidões especificamente masculinas: reforçar a masculinidade.
- Ajustar, sempre que possível, o funcionamento da díada homem/mulher, em todos os domínios relacionais.
- Aperfeiçoar a qualidade da interacção sexual (a comunicação parceiro-parceira, a partilha de afectos, etc.).

A utilização de tratamentos combinados: farmacológicos (baseados, sobretudo, em substâncias activas de administração *per os*: a Apomorfina e o Sildenafil) e psicoterapêuticos (em particular a Terapia de Casal) oferece a vantagem de rentabilizar as potencialidades intrínsecas de cada doente, tira partido da sua motivação, enquadra o funcionamento sexual na dinâmica global do Sistema Pessoa e não ignora o papel não passivo da mulher na apresentação clínica da Disfunção Eréctil (Stravynski et al.,1997; Burnett, 1997; Segraves, 1998) .

4. Conclusões

Julgamos ser possível sistematizar alguns dos conhecimentos relativos à importância da Sexualidade nos equilíbrios dinâmicos do Sistema Pessoa, procurando, em função disso, compreender melhor as características clínicas da Disfunção Eréctil (D.E.) e do perfil dos doentes com D.E., nas seguintes conclusões:

1. Os resultados obtidos apontam para a existência de uma associação significativa da categoria diagnóstica "D.E. psicogénica", nomeadamente, com as seguintes variáveis da História Clínica: modo de aparecimento da Disfunção Eréctil, erecções matinais espontâneas, outras erecções, presença de acontecimentos de vida associados ao aparecimento da D.E. e conflitos relacionais. Enquanto isso, verificou-se uma associação também significativa da categoria diagnóstica "D.E. orgânica", especialmente, com as seguintes variáveis da História Clínica: avaliação da D.E. como doença, sentir-se doente, alterações nos exames subsidiários, factores de risco vascular, presença de factores tóxicos, virilidade afectada, avaliação da D.E. como doença. Tendo por suporte os resultados desta investigação é plausível concluir que a História Clínica, ao tirar partido da relação médico-doente, constitui um instrumento de trabalho importante para a distinção entre doentes "orgânicos" e doentes "psicogénicos".

2. Tal como já adiantamos ao longo da discussão dos resultados, e cumprindo o primeiro objectivo específico do Projecto de Investigação, verificou-se que globalmente, os doentes disfuncionais (D.E. orgânica e psicogénica) têm um Auto-conceito mais baixo, evidenciam índices de *"stress"* psicológico sintomático significativamente mais elevados, são mais ansiosos e deprimidos, apresentam uma estimulação psico-sexual mais fraca e uma clara desmotivação sexual.

3. Os doentes com Diabetes Mellitus e Disfunção Eréctil são basicamente diferentes dos sujeitos sem doença identificada. Apenas não se individualizam nas Escalas: "Moral Sexual" (S.E.S.1) e "Atracção pelo Casamento"(S.E.S.4.). Este perfil diferencial concretiza uma resposta favorável à primeira hipótese de trabalho.

4. Os doentes com Disfunção Eréctil psicogénica são basicamente diferentes dos sujeitos sem doença identificada. Não se detectam assimetrias apenas nas Escalas: Moral

Sexual (S.E.S.1), Estimulação Psico-sexual (S.E.S.2) e Atracção pelo Casamento (S.E.S.4). Fica confirmada a segunda hipótese de trabalho.

5. Os doentes com Disfunção Eréctil orgânica (diabéticos) divergem dos doentes com Disfunção Eréctil psicogénica essencialmente, nas pontuações do B.D.I. e no Índice Sintomático Geral (G.S.I. => SCL -90 - R). Logo, do ponto de visto psico-social estes dois subgrupos de homens disfuncionais são basicamente semelhantes. Os resultados obtidos não sancionam uma resposta favorável à terceira hipótese de trabalho e esclarecem parcialmente a quarta hipótese de trabalho.

6. As três conclusões anteriores sub-entendem uma outra, esta mais de carácter geral: a compreensão clínica integral da D.E. só será possível a partir da segmentação dos homens disfuncionais em subgrupos de indivíduos fisiopatologicamente definidos, pois que, do ponto de vista psicopatológico, são mais as semelhanças do que as diferenças entre doentes "orgânicos " e doentes "psicogénicos".

7. Os nossos resultados são consistentes com o pressuposto geral de que os homens costumam sobrevalorizar a dimensão "desempenho sexual". O carácter indissociável do Auto-Conceito e da Depressão no homem com D.E. justifica que o mesmo viva com desagrado pessoal a inadequação sexual e adopte uma avaliação auto-focalizada da experiência erótica, tendendo a culpabilizar-se pelas suas incapacidades.

8. Como decorre dos resultados da presente investigação é possível concluir que o homem com D.E. não escapa aos efeitos nefastos e generalizados da Ansiedade. A Ansiedade de execução/performance é fruto das vicissitudes da relação sexual: a preocupação com o estado da sua erecção, a genitalização excessiva das vivências sexuais, a hipersensibilidade aos "sinais" do corpo, a passividade no jogo amoroso, a antecipação do insucesso do coito. O homem disfuncional vive a Ansiedade como um indicador do malogro da relação sexual, acabando por forçá-lo a certificar-se da sua própria Virilidade. No entanto, os nossos resultados não permitem esclarecer o papel específico e eventualmente estruturante do conceito "Virilidade" na consolidação da Personalidade do homem com Disfunção Eréctil.

9. Podemos admitir que o componente psicogénico da Disfunção Eréctil seja modelado por dois processos patogénicos distintos:

   ↣Em condições normais, o *"drive"* sexual existe e será elevado, a não ser que subsistam resistências e obstáculos de vários géneros. É o que se verifica nos homens saudáveis, em que é possível, pelo menos, um certo grau de reactividade sexual, dado que as inibições não são suficientemente fortes a ponto anularem o *"drive"* sexual. Mas na Disfunção Eréctil, as inibições, os receios e a Ansiedade são tão fortes, poderosos, complexos e generalizados que anulam um *"drive"* sexual de intensidade normal (o controlo inibitório é mais forte que o *"drive"* sexual).

↣Noutros casos, o que prevalece, acima de tudo, é uma perturbação da Líbido, esta é tão baixa que não é suficiente para gerar um *"drive"* sexual.

10. Embora o nosso estudo acrescente informação e clarifique algumas objecções de outros trabalhos anteriores (designadamente, a questão da homogeneização das amostras estudadas e a dicotomia: Psicogenia versus Organogenia, tão generalizada na literatura da especialidade e até na prática clínica), exige continuidade porquanto desperta novas hipóteses de trabalho. A saber:

    - A necessidade de esclarecer o mecanismo pelo qual as emoções negativas actuam na resposta eréctil em contextos de disfuncionalidade.
    - Relativamente às atribuições causais que o doente faz da Disfunção Eréctil interessa avaliar o impacto das mesmas no humor dominante e na *"compliance"* ao tratamento.
    - A questão da Virilidade requer maior investigação e clarificação conceptual no âmbito de uma Sexualidade organizada disfuncionalmente.

RESUMO

Contributo para o estudo clínico da Disfunção Eréctil: a Pessoa em interacção

Sabemos ainda relativamente pouco sobre o modo como os factores psico-sociais interferem na Disfunção Eréctil (D.E.). Também é fácil constatar que não são frequentes nem muito divulgados os estudos sobre a tipificação do perfil psicológico do homem com D. E.. A investigação que levámos a cabo insere-se num esforço comum (nomeadamente, Gomes et al., 1987; Moreira, 1997) de clarificação de conceitos e experiências neste campo específico da Sexologia Médica. Partindo das premissas anteriores o principal objectivo desta investigação centrou-se na determinação das principais características dos padrões de resposta psicológica nos doentes com Disfunção Eréctil, quando estudados mediante a aplicação de determinados instrumentos de avaliação psicométrica e não ignorando as idiossincrasias socio-culturais do nosso país.

Para materializar esta investigação, estudámos uma população constituída por 116 doentes com Disfunção Eréctil Secundária (média de idades: 49,63 anos), de acordo com os critérios do D.S.M.-III-R, e seguidos em consulta hospitalar. A amostra experimental incluiu quatro subgrupos: doentes com Diabetes Mellitus tipo II (obedecendo aos critérios definidos pela *"American Diabetes Association "*) e D.E., doentes com D.E. de outras causas orgânicas que não a Diabetes Mellitus, doentes com D.E. psicogénica e sujeitos com D.E. mista. Cada doente foi submetido a um Protocolo Investigacional que englobava uma História Clínica pormenorizada, a realização do exame físico, do exame Neuro-Urológico e a implementação de algumas provas laboratoriais. Foram utilizados os seguintes instrumentos psicométricos para a avaliação psico-sexual: Inventário de Auto-Conceito (ICAC), a *Symptom Distress Checklist 90 - Revised* (SCL - 90 - R), o Inventário da Ansiedade Estado/Traço (STAI/E/T), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e as Escalas de Expêriencia Sexual (S.E.S.).

Os resultados obtidos apontam para a existência de uma associação significativa das categorias diagnósticas: "D.E. psicogénica" e "D.E. orgânica" com determinadas variáveis da História Clínica de cada doente, relevando que a mesma representa um instrumento de trabalho importante para individualização preferencial dos subgrupos que integram a Disfunção Eréctil.

Verificou-se que globalmente, os doentes disfuncionais (D.E. orgânica e psicogénica) têm um Auto-conceito mais baixo, evidenciam índices de *"stress"* psicológico sintomático significativamente mais elevados, são mais ansiosos e deprimidos, apresentam uma estimulação psico-sexual mais fraca e uma clara desmotivação sexual.

Os doentes com Diabetes Mellitus e Disfunção Eréctil e os indivíduos com D.E. psicogénica são basicamente diferentes dos sujeitos sem doença identificada. Apenas não se individualizaram respectivamente nas Escalas: "Moral Sexual" (S.E.S.1) e "Atracção pelo Casamento"(S.E.S.4.), e S.E.S.1, S.E.S.2 ("Estimulação Psico-sexual") e S.E.S.4.

Os doentes com Disfunção Eréctil orgânica (diabéticos) divergem dos doentes com Disfunção Eréctil psicogénica essencialmente, nas pontuações do B.D.I. e no Índice Sintomático Geral (G.S.I. => SCL -90 - R). Logo, do ponto de visto psico-social estes dois subgrupos de homens disfuncionais são basicamente semelhantes.

Os resultados obtidos demonstraram a estreita ligação do Auto-Conceito com a Depressão no homem com D.E. ($r = - 0,362$, $p = 0,000$) o que justifica que o mesmo viva com desagrado pessoal a inadequação sexual e adopte uma avaliação auto-focalizada da experiência erótica. Não podemos comprovar o pressuposto generalizado na literatura temática de que a Ansiedade é um mecanismo patogénico exclusivo da Disfunção Eréctil psicogénica.

Não foi possível esclarecer o papel específico e eventualmente estruturante do conceito "Virilidade" na consolidação da Personalidade do homem com Disfunção Eréctil, sendo este uma das áreas a explorar em futuras investigações.

Este trabalho de investigação ao afirmar a Disfunção Eréctil como uma patologia do Sistema Pessoa apontou para a necessidade de serem elaborados protocolos clínicos interdisciplinares como a vista à compreensão da mesma, assim como para a implementação de esquemas terapêuticos combinados (farmacológicos e psicoterapêuticos).

SUMMARY

CONTRIBUTION TOWARDS THE CLINICAL RESEARCH OF ERECTILE DISFUNCTION: THE PERSON INTERACTING.

We still know relatively little about the manner in which psycho-social factors interfere with Erectile Disfunction (E.D.). It is also easy to verify that research on the prototype of psychological profile of a man with E.D. is not very common, much less published. The research undertaken is part of a common effort (viz. Gomes et al., 1987; Moreira, 1997) to clarify concepts and experiences in this specific field of Medical Sexology. Drawing on these premises, the principal objective of this research was centered in determining what the main characteristics of psychological standards are in patients with E.D., when research is based on the application of known instruments of psychometric evaluations, without ignoring the socio-cultural idiosincrasies of our country.

In order to carry out this research, we studied a population sample of 116 patients with Secondary Erectile Disfunction (average age: 49.63 years old), in accordance with the criteria of D.S.M.-III-R, followed through in hospital consultations. The experimental sample is composed of four sub-groups: patients with Diabetes Mellitus, Type II, (in conformity with the criteria defined by the American Diabetes Association) and E.D.; patients with E.D. from other organic causes, not Diabetes Mellitus; patients with psychogenic E.D. and subjects with mixed E.D. Each patient was described in a research record which included his detailed clinical history, findings from physical examinations, neuro-urological examinations and results of some laboratory tests. The following psychometric methods were used towards a psycho-sexual evaluation: Inventory of Self-Concept (I.C.A.C.); a Symptom Distress Checklist 90 - Revised (S.C.L. - 90 - R); an State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I./E./T.), Beck's Depression Inventory (B.D.I.) and Scales Sexual Experience Scales (S.E.S.).

The results obtained point to the existence of a significant association of the diagnostic categories "Psychogenic E.D." and "Organic E.D." with determined variables in the Clinical History of each patient. They reveal this as an important working tool towards a preferential individualization of the sub-groups that make up E.D.

On the whole, it was ascertained that disfunctional patients (organic and psychogenic E.D.) have a very low Self-Concept, evidencing significantly higher symptomatic psychological stress indexes, they are more anxious and depressed; they present a weaker psycho-sexual stimulation and a clear sexual demotivation.

Patients with Diabetes Mellitus and E.D. and individuals with psychogenic E.D. are basically different from those without an identifiable illness. They only stuck out individually in

certain Scales: "Sexual Morality" (S.E.S.1) and "Attraction to Marriage" (S.E.S.4) and S.E.S.1, S.E.S.2 "Psycho-sexual Stimulation" and S.E.S.4.

Patients with organic E.D. (diabetics) differ from those with psychogenic E.D. mainly in the points obtained in B.D.I. and the General Symptomatic Index (G.S.I. => S.C.L. – 90 - R).

The results obtained show the close connection of Self-esteem with Depression in a man with E.D. ($r = 0.362$, $p = 0.000$) which justifies his living with a personal discontent towards his sexual inadequacy, adopting a self-centered evaluation of the erotic experience. We cannot prove the general assumption in thematic literature that Anxiety is a pathogenic mechanism exclusive to psychogenic E.D.

We were unable to clarify the specific role, and eventually the structural concept of "Virility" in consolidating the Personality of a man with E.D.; this is one of the areas to inquire into in future research.

This research study, affirming E.D. as a pathology of the Person System, pointed to the need to draw up inter-disciplinary clinical protocols with a view to undertanding it, as well as to establishing combined therapeutical schemes (both pharmacological and psychotherapeutical).

RÉSUMÉ

Contribution pour l' étude clinique de la Disfonction Erectile: La Personne en interaction

Nous connaisons encore relativement peu de l' Interférence des facteurs soclaux sur la Disfonction Erectile (D.E.). Aussi il est facil de constater qu'ils ne sont pas fréquents, ni trop divulguer les études sur le type de profil psychologique chez l'homme yant une D.E.. La rechercheque nous menons à terme, s'insère dans un effort commun (notamment, Gomes et AL., 1987; Moreira, 1997) de clarifier les concepts et les expériences dans ce domáine spécifique Qui est la Sexologie Médicale. En partant des critères antérieurs, le principal objectif de cette recherche s'est concentré sur la détermination des principales caractéristiques de référence de la réponse psychologique chez les patients ayant une D.E., quand étudié selon l'application d'instruments d'évaluation psychométriques bien déterminés sans ignorer les idiosyncrasies socio-culturelles de notre pays.

Afin de matérialiser cette recherche, nous avons étudiée une population constituée par 116 patients ayant une D.E. Secondaire (moyenne d'âge: 49-63 ans), en accord avec les critères de D.S.M.-III-R, et suivie en consultations hospitalières. L'échantillon expérimentale est suivie en consultations hospitalières. L'échantillon expérimentale est constitué par quatre sous-groupes: patients ayant des diabètes Mellitus type II (selon les critères définis par "*American Diabetes Association*") et une D. E., patients ayant une D. E. dû à d'autres causes organiques et non aux diabètes Mellitus, patients ayant une D. E. psychogéne et sujets ayant une D. E. mixte. Chaque patient a été soumis à un protocole d'investigation que englobe une Histoire Clinique détaillée, comme à la réalisation d'examen physique, d'examen Neuro-Urologique et à la réalisation de certains tests de laboratoire. Ont été utilisés les instruments psychométriques suivants pour l'évaluation psycho-sexuelle: Inventaire de l'Auto-Concept (I.C.A.C.), de *Symptom Distress Checklist -90 - Revised* (S.C.L.-90-R), l'Inventaire de l'Anxiété Etat/Trait (STAI/E/T/), l'Inventaire de la Dèpression de Beck (I.D.B.) et les échelles d'expériences sexuelles (S.E.S.).

Les résultats obtenus montrent l'existence d' une association significative des catégories diagnostiquées: "D.E. psychogène" et "D.E. organique" avec certaines variances, selon l'Histoire Clinique de chaque patient, révélant que lui même représente un instrument de travail important pour l'individualisation préférentielle des sous-groupes Qui intègrent la Disfonction Erectile.

Globalement il s'est vérifié, que les patients ayant une disfonction (D.E. orgânique et psychogène) ont un Auto-concept plus bas, mettant en évidence les indices de "*stress*" psychologique symptomatique significativement plus élevés, ils sont plus anxieux et

déprimés, présentent une stimulation psycho-sexuelle plus basse comme une claire démotivation sexuelle.

Les patients ayant des Diabètes Mellitus et une Disfonction Erectile ainsi que les individus ayant une D.E. psychogéne sont basiquement différents des sujets qui n'ont aucune maladie identifiée. A peine ils ne se sont pas respectivement individualisés dans les échelles: "Moral Sexuelle" (s.E.S.1) et "Attirance pour le Mariage" (S.E.S. 4), et S.E.S 1, S.E.S. 2 ("Stimulation Psycho-sexuelle") et S.E.S. 4.

Les patients ayant une Disfonction Erectile organique (diabétiques) divergent des patients ayant une Disfonction Erectile psychogéne essentiellement, dans la ponctuation du B.D.I. et dans l'Indice Symptomatique Général (G.S.=>SCL - 90-R). Aussitôt, du point de vue psycho-social ces deux sous groupes d'hommes ayant une disfonction sont basiquement semblables.

Les résultats obtenus ont démonstré une étroite liaison de l'Auto-Concept avec la dépression de l'homme ayant une D.E. (r= - 0,362, p= 0,000) ce qui justifie que celui-di vie avec un désagrément personnel jusq'à une inadaptation sexuelle et adopte une évaluation autofocaliser de l'expérience érotique. Nous ne pouvons prouver ce qui est un mécanisme pathogénique exclusif de la D.E. psychogéne.

Il n'a pas été possible d'éclairer le rôle spécifique et éventuellement structurale du concept de la "Virilité" dans la consolidation de la personnalité de l'homme ayant une D.E., pouvant être l'un des domaines à exploiter dans de futurs recherches.

Ce travail de recherche en affirmant la D.E. comme une pathologie du système personnel démontre la néc´´essité d'élaborer des protocoles cliniques interdisciplinaires ayant en vue la comprèhension de ce dernier, aussi comme pour l'implantation des schémas thérapêutiques combinés (pharmacologiques et psychothérapêutiques).

BIBLIOGRAFIA

Abel GG, Becker JU, Cunningham-Rather J, Mittelman M, Premack M: Differential diagnosis of impotence in diabetics. Neurology Urodynamics. 1982; 1: 57-69.

Ackerman MD, d'Attilio JP, Antoni MH, Campbell BM: Assessment of erectile dysfunction in diabetic men: the clinical relevance of self-reported sexual functionig. Journal of Sex & Marital Therapy. 1991; 17 (3): 191-202.

Adroer S: Fixation of asthma and sexual impotence at different pregenital stages. International Journal of Psycho-Analysis. 1996; 77 (4): 787-802.

Alferes VR : Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

Allen Gomes F: As disfunções sexuais masculinas. Em F. Allen Gomes, A. Albuquerque, J. Silveira Nunes (Eds.): *Sexologia em Portugal*. Vol I, Lisboa: Texto Editora, 1987, pp:198-204.

Almeida MV: Senhores de si - Uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século, 1995.

Amâncio L: Masculino e Feminino - A construção social da diferença. Porto: Ed. Afrontamento, 1994.

American Psychiatric Association (APA): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (D.S.M.-III). Barcelona: Masson, 1983.

American Psychiatric Association (APA): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (D.S.M.-III-R). Barcelona: Masson, 1987.

American Psychiatric Association (A.P.A.): Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (D.S.M.IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Athanasiou R, Shaver P, Tavris C: A longitudinal study. Journal of Sex Research. 1970; 13: 247-285.

Athanasiou R, Shaver P: Correlates of heterosexual reactions to pornography. Journal of Sex Research. 1970; 7: 298-331.

Auroux S, Weil Y: Dicionário de Filosofia. Porto: Edições Asa, 1993.

Ayuso Gutiérrez JL, Saiz Ruiz J: La depresion desde la perspectiva psicobiologica. Madrid: Jarpyo Editores, 1987.

Badinter E: XY A Identidade masculina. Porto: Edições Asa, 1993.

Balboa RI: La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en un grupo clínico (Síndrome tóxico). Memória Final de Licenciatura, Faculdade de Psicología, Universidade de Salamanca, 1982.

Balint M: Le médecin, son malade et la maladie. Paris: P.U.F., 1960.

Bancroft J, Coles L: Three Years' experience in a sexual problems clinic. British Medical Journal. 1976; 1: 1575-1577.

Bancroft J: Man and Penis - A Relationship under threat? Journal of Psychology and Human Sexuality. 1989; 2(2): 7-32.

Bancroft J, Smith G, Munoz M, Ronald P: Erectile response to visual erotic stimuli before and after intracavernosal papaverine and its relationship to nocturnal penile tumescence and psychometric assessment. British Journal of Urology. 1991; 68: 629-638.

Bancroft J: The vocabulary of sex therapy. Sexual and Marital Therapy. 1992; 7 (1): 5-7.

Bancroft J, Gutierrez P: Erectile dysfunction in men with and without diebetes mellitus: A comparative study. Diabetic Medicine. 1996; 13 (1): 84-89.

Bannister P, Lowosky M: Ethanol and hypogonadism. Alcool and Alcoholism. 1987; 22: 213-217.

Barak Y, Sirota P, Tessler M, Achiron A, Lampl Y: Body esteem in Israeli university students. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 1994; 31(4): 292-295.

Barlow DH, Sakheim DK, Beck JG: Anxiety increased sexual arousal. Journal of Abnormal Psychology. 1983; 92: 49-54.

Barlow DH: Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1986; 54: 140-148.

Barlow DH: Anxiety and its disorders: The nature and treatment of Anxiety and Panic. New York: Guilford Press, 1988.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al.: An Inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4: 561-571.

Beck JG, Barlow DH: Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. Clinical Psychology Review. 1984; 4: 363-378.

Beck JG: Self-generated distraction in erectile dysfunction: The role of attentional processes. Advanced Behaviour Research and Therapy. 1986; 8: 205-221.

Beck JG, Barlow DH: The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding. I: Phsysiological patterns in erectile dysfunction. Behavior Research Therapy, 1986; 24: 9-17.

Beck JG, Barlow DH, Sakheim DK, Abrahamson DJ: Shock treat and sexual arousal: The role of selective attention, thought content and affective states. Psychophysiology. 1987; 24: 165-172.

Beck JG, Bozman AW: Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. Archives of Sexual Behaviour. 1995; 24 (6): 595-612.

Beck JG, Bozman AL, Qualtrough T: The experience of sexual desire: psychological correlates in a college sample. The Journal of Sex Research. 1991; 28(3): 443-456.

Behringer RR, Finegold MJ, Cate RL: Mullerian-inhibiting substance function during mammalian sexual development. Cell. 1994; 79: 415-425.

Bem SL: Gender schema theory and its implications for child development. Signs. 1983; 8: pp: 598-616.

Berenbaum AS, Hines M: Early androgens are related to childhood sex typed toy preferences. Psychological Science. 1992; 3: 203-206.

Beutler LE, Karacan I, Anch HM, Salis P, Scott FB, Williams R: MMPI and MIT discriminators of biogenic and psychogenic impotence. Journal of Consultant & Clininical Psycholology. 1975; 43: 899-903.

Beutler LE, Scott FB, Karacan I: Psychological screening on impotent men. Journal of Urology. 1976; 116: 193-200.

Bianco FJ: Executive Committee Meeting: 11/5/88. In The WAS (World Association of Sexology) Book. Bianco FJ, Hernández-Serrano R (Eds.), Caracas: CIPPSV, 1993, pp: 82-83.

Bitran D, Miller SA, McQuade DB, Leipheimer RE, Sachs BD: Inhibition of sexual reflexes by lumbosacral injection of a GABA agonist in the male rat. Pharmacology, Biochemistry and Behavior. 1988; 31 (3): 657-666.

Blashfield RK: The classification of psychopatology: Neo-Kraepelinean and quantitative approaches. New York: Plenum Press, 1984.

Bly R: Iron John - Una nueva visión de la masculinidad. Madrid: Gaia Ediciones, 1994.

Boda-Buccino M: Alcool et testicule - Données actuelles. Sexologies. 1994; 13 (3): 11-17.

Bogan JS, Page DC: Ovary? Testis? A mammalian dilemma. Cell. 1994; 76: 603-607.

Brenot P: Male impotence: A historical perspective. Edição em inglês editada em Paris: L'Esprit du temps, 1995.

Bronfenbrenner U, Álvarez WF, Henderson CR: Working and watching: maternal employment status and parents' perceptions of their three-year-old children. Child Development. 1984; 55: 1362-1378.

Burnett AL: Nitric oxide in the penis: physiology and pathology. Journal of Urology. 1997; 157: 320-324.

Buvat J, Lemaire A, Buvat-Herbaut M, Fourlinnie JC, Racadot A, Fossati P: Hyperprolactinemia and sexual function in men. Hormone Research. 1985; 22: 196-203.

Byer CO, Shainberg LW, Jones KL: Dimensions of human sexuality. Madison, WI: Brown, 1988.

Byrne D: Social psychology and the study of sexual behavior. Jounal of Perspectives on Social Psychology. 1977; 35: 3-30.

Callea G, Pasini A & Pontalti C: Nevrosi traumatica e impotenza sessuale. Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria.1986; 47(3): 309-319.

Canguilhem G: Le normal et le pathologique. 3ª edição, Paris: Quadrige/PUF, 1991.

Cardamakis E, Vinakos G, Lambou T, Papathanasiou Z: Coments by the information by phone - Department of the Sex Medical Institute on the telephone calls related to sexuality and contraception. Euro - Journal of Obstetrics - Gynecology and Reproduction - Biology. 1993; 52 (2): 125-129.

Cardelle F: La liberación masculina. Entrevista concedida à revista Integral. 1990; 127: 450-452.

Carrobles JÁ, Yaque AS: Terapia Sexual. Madrid: Universidad Nacional de Educacion a Distancia, 1991.

Carrier S, Hricak H, Lee SS, Baba K, Morgan DM, Nenes L, Ross GY, Phillips TL, Lue TF: Radiation-induced decrease in nitric oxide synthase-containing nerves in the rat penis. Radiology. 1995; 195 (1): 95-99.

Carrol JI, Bagley DH: Evaluation of sexual satisfaction in partners of men experiencing erectile failure. Journal of Sex & Marital Therapy. 1990; 16: 70-78.

Cavalcanti R, Cavalcanti M: Tratamento clínico das Inadequações Sexuais. 2ª edição. S. Paulo: Editora Roca, 1997.

Chapman RM, Rees LH, Sutcliffe SB, Edwards CRW, Malpas JS: Cyclical combination chemotherapy and gonodal function: A retrospective study in males. Lancet. 1979; i: 285-289.

Cherry JÁ, Baum MJ: Effects of lesions of a sexually dimorphic nucleus in the preoptic/anterior hypothalamic area on the expression of androgen and estrogen dependent sexual behaviours in male ferrets. Brain Research. 1990; 522: 191-203.

Chirpaz F: Dimensions de la sexualité. Études. 1969; (Março): 414.

Coelho RM: Hipertensão Arterial Essencial - Abordagem Psicossomática de um Modelo Integrado de Desregulação. Porto: Dissertação para Doutoramento pela F.M.P., 1990.

Cole MJ, Dryden W: Sex therapy in Britain. Milton Keynes: Open University, 1988.

Conde López V: Epidemiologia, etiopatogenia y terapeuticas de las depresiones. Barcelona: Espaxs, 1988.

Cook M, Howells K: Adult sexual interest in children. New York: Academic Press, 1981.

Corning WC: Bootshapping toward a classification system. Em: Millon T, Klerman GL (Eds.): *Contemporany directions in psychopathology*. New York: Guilford Press, 1986.

Costa F, Abrosioni E, Magnani B: Side effects of antihypertensive drugs: Incidence and methods of collection. International Journal of Pharmacology and Biopharmacology. 1979; 17: 405-409.

Crépault C, Couture M: Men's erotic fantasies. Archives of Sexual Behavior. 1980; 9: 565-581.

Cumming J, Pryor JP: Treatment of organic impotence. British Journal of Urology. 1991; 67: 640-643.

Cyrulnik B: Sob o signo do afecto. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

D'Ardenne P, Riley A: Editorial. Sex and Marital Therapy. 1993; 8(3): 211-212.

Davidson JM, Kwan M, Greenleaf WJ: Hormonal replacement and sexuality in men. Clinics in Endocrinology and Metabolism. 1982; 11: 599-623.

Davidson JM, Rosen RC: Hormonal determinants of erectile function. Em: Rosen RC & Leiblun SR (Eds.), Erectile Disorders: Assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1992.

Davis JB, Tiefer L, Melman A: Accuracy of the initial history and physical examination to establish the etiology of erectile dysfunction. Urology. 1995; 45 (3): 498-502.

Deaux K: Sex and gender. Annual Review of Psychology. 1985; 36: 49-81.

Debray-Ritzen P: A psicanálise - Essa impostura. Lisboa: Editorial Notícias, 1993.

Deleuze G, Guattari F: L'Anti-Oedipe. Paris: Minuit, 1972.

Del Valle T, Rueda CS: Genero y Sexualidad. Madrid: Ed. Fundación Universidad-Empresa, 1991.

Deputte B: L'amour chez les primates. Hors-Série Sciences et Avenir. 1997; Avril/97: 82-87.

Derogatis LR - SCL-90 Administration, scoring and procedures. Manual for the R (Revised) version and other instruments for the psychopathology rating scale series. Johns Hopkins University of Medicine, 1977.

Derogatis LR, Meyer JK, Gallant BW: Distinctions between male and female invested partners in sexual disorders. American Journal of Psychiatry. 1977; 134: 385-390.

Derogatis LR, Meyer JK: The invested partner in sexual disorders: A profile. American Journal of Psychiatry. 1979; 136: 127-133.

Deutsch S, Sherman L: Previously unrecognized Diabetes Mellitus in sexually impotente men. Journal of American Medical Association. 1980; 244: 2430-2432.

Diamond M: Human sexual development: Biological foundations for social development. Em Beach FA (Ed.): Human sexuality in four perspectives. Baltimore: The Johns Hopkinns University Press, 1976.

Doell RG, Longino HE: Sex hormones and human behavior: A critique of the linear model. Journal of Homosexuality. 1988; 15: 55-78.

Donatucci CF, Lue TF: Sexual dysfunction due to vascular disease. Em: Singer C & Weiner W (Eds.), *Sexual Dysfunction: A neuro-medical approach.* New York: Futura Publishing Company, 1994.

Donatucci CF, Lue TF: Erectile dysfunction in men under 40: etiology and treatment choice. International Journal of Impotence Research. 1993; 5 (2): 97-103.

Donnelly DA: Sexually inactive marriages. The Journal of Sex Research. 1993; 30 (2): 171-179.

Dunsmuir WD, Holmes AS: The aetiology and management of erectile, ejaculatory and fertility problems in men with diabetes mellitus. Diabetes Medicine. 1996; 13 (8): 700-708.

Eagley AH: Sex differences in social behavior: A social-role interpretation. Hillsdale: LEA, 1987.

ESIR (European Society for Impotence Research): A Physician's guide to the management of Erectile Dysfunction. Madrid, 1998.

Evola J: A Metafísica do Sexo. Lisboa: Ed. Vega, 1993.

Fabbri A, Jannini A, Gnessi L: Endorphins in male impotence: evidence for naltrexone stimulation of erectile activity in patient therapy. Psychoneuroendocrinology. 1989; 14: 103-111.

Fenwick PBC, Toone BK, Wheeler MJ, Nanjee MN, Grant R, Brown D: Sexual behavior in a centre for epilepsy. Acta Neurologica Scandinavica. 1985; 71: 428-435.

Fernández J: Varones y Mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género, Madrid: Pirámide, 1996.

Fisher WA, Byrne D, White LA, Kelly K: Erotophobia-erotophilia as dimension of personality. Journal of Sex Research. 1988; 25: 123-151.

Flanigan PD, Schuler JJ, Keifer T: Elimination of iatrogenic impotence and improvement of sexual function after aortoiliac revascularization. Archives of Surgery. 1982; 117: 544-550.

Fonseca AF: Psiquiatria e Psicopatologia. I Volume. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1985.

Fonte JAR: Alexitimia: Estudo em doentes com perturbações digestivas. Viana do Castelo: Edição do Autor (Tese de Mestrado), 1993.

Forman MM, Hall JL, Love RL: The role of the 5-HT2A receptor in the regulation of sexual performance of male rats. Life Science. 1989; 45: 1263-1270.

Forsberg L, Gustavee B, Hojerback T, Olsson AM: Impotence, smoking and beta-blocking drugs. Fertility and Sterility. 1979; 31: 589-591.

Fowler CJ: The neurology of male sexual dysfunction and its investigation by clinical neurophysiological methods. British Journal of Urology. 1998; 81: 785-795.

Frank E, Anderson B, Rubinstein D: Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. New England Journal of Medicine. 1978; 299: 111-115.

Frankfurt M, Gould E, Woolley CS, McEwen BS: Gonadal steroids modify dendritic spine density in hypothalamic neurones: A Golgi study in the adults rats. Neuroendocrinology. 1990; 51: 530-535.

Frenken J, Vennix P: Sexuality experience scales. Zeist: Swets & Zeitlinger B.V., 1981.

Freud S: Trois essais sur la théorie de la sexualité. (Original: 1923).Tradução francesa. Paris, Gallimard, 1962.

Freud S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig und Wien: Deuticke. (Original: 1905) Tradução brasileira: Obras Completas. Vol. XXIV. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1969.

Fromuth ME, Burkhart BR: Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. Child Abuse and Neglet. 1989; 10: 533-542.

Fuell D: Ejaculatory disturbances in volunteer and depressed patient studies with paroxetine. Smith Kline Beecham: Documento de Informação; 1992, 21 pág.

Garthwaite J, Charles SL, Chess-Williams R: Endothelium-derived relaxing factor release on activation of NMDA receptors suggests role as intracellular messenger in the brain. Nature. 1988; 336: 385-388.

Gebhard PH, Johnson AB: The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938-1963 interviews conducted by the Institute for Sex Research. Philadelphia: W.B. Saunders; 1979.

Gecas V: The self-concept. Annals Revue Sociology. 1982; 8: 1-33.

Gellman R, Gellman-Barroux C (1986): Réflexions critiques sur les impuissances d'origine vasculaire. Psychologie Médicale. 1986; 18 (3): 399-401.

Gellman C, Tordjman G: El placer masculino. Barcelona: Plaza & Janés Editores; 1994.

Gell-Mann M: El quark y el jaguar. Aventuras en simple y lo complexo. Barcelona: Tusquets; 1994.

Gerrard M: Sex, sex guilt and contraceptive use revised: The 1980s. Journal of Personality and Social Psychology. 1987; 52: 975-980.

Ghadirian AM, Chouinard G, Annable L: Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. Journal of Nervous and Mental Disease; 1982; 170: 463-467.

Giambra LM, Martin CE: Sexual daydreams and quantitative aspects of sexual activity: some relations from males across adulthood. Archives of sexual Behavior. 1977; 23: 497-505.

Giddens A: Modernidade e Identidade Pessoal. Oeiras, Celta Editora; 1994.

Gifford LM, Aeugle ME, Myerson RM, Tannenbaum PJ: Cimetidine postmarket outpatient surveillance program. Journal of the American Medical Association. 1980; 243: 1532-1535.

Gilbert DG, Hagen RI & D'Agostino JA (1986): The effects of cigarette smoking on sexual potency. Addiction Behavior, 11 (4), 431-434.

Gilmore DD: Manhood in the making. Cultural concepts of masculinity. Yale: University Press; 1990.

Gindin LR: La nueva sexualidade del varon. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1989.

Gitlin MJ: Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology and treatment approaches. Journal of Clinical Psychiatry. 1994; 55: 406-413.

Godwin J: El Sexo podría empezar por el cerebro. Cuerpomente. 1997; 59: 9.

Goldman A, Carroll JJ: Educational intervention as an adjunct to treatment of Erectile Dysfunction in older couples. Journal of Sex & Marital Therapy. 1990; 16 (3): 127-141.

Gomes FA: Os problemas sexuais na prática clínica (III). Psiquiatria Clínica. 1981; 2 (1): 61-70.

Gomes FA: Influência do duplo padrão de moral sexual na génese e plastia das Disfunções Sexuais. Psiquiatria Clínica. 1982; 3 (1): 23-26.

Gomes FA, Albuquerque A, Silveira Nunes: "A Sexologia em Portugal"- I Volume. Lisboa: Texto Editora; 1987.

Gorski RA: Hormone-induced sex differences in hypothalamic structure. Bulletin TMNI. 1988; 13: 67-69.

Gould SJ: The miseasure of Man. New York: W. W. Norton; 1981.

Goulet M, Blanchette F: Maximisation de la réponse et de la satisfaction sexuelle (M.R.S.S.). Sexologies. 1995; 4 (16): 30-34.

Granata A, Bancroft J, Del-Rio G: Stress and the erectile response to intracavernosal prostaglandin E-sub-1 in men with erectile dysfunction. Psychosomatic-Medicine. 1995; 57(4): 336-344.

Granero M: Asertividade y difuncion erectil secundária total - una forma de terapia: observaciones clinicas. Revista Latinoamericana de Sexologia. 1990; 51(1): 55-61.

Gregoire A, Pryor JP: Impotence: An integrated approach to clinical pratice. London: Churchill Livingstone; 1993.

Guldner GT, Guldner CA: Erectile Dysfunction: An introduction to assessment and treatment models. SIECCAN Journal. 1991; 6 (2): 3-14.

Hale VE, Strassberg DS: The role of anxiety on sexual arousal. Archives of Sexual Behavior. 1990; 19 (6): 569-581.

Hamilton M: Les échelles d'appreciation lors de dépression. Em: Kielholz P (Ed.), *Etats dépressifs*. Berna: Hans Huber; 1972.

Hanbury DC, Sethia KK: Erectile function folloing transurethral prostatectomy. British Journal of Urology. 1995; 75 (1): 12-13.

Hatch JP, De La Pena, Fisher JG - Psychometric differentiation of psychogenic and organic disorders. Journal of Urology. 1987; 138: 781-783.

Hawton K: The behavioral treatment of sexual dysfunction. British Journal of Psychiatrty. 1982; 140: 94-101.

Hawton K, Catalan J, Fagg J: Sex therapy for erectile dysfunction: characteristics of couples, treatment outcome and prognostic factors. Archives of Sexual Behavior. 1992; 21(2): 141-175.

Heiman JR, Rowland DL : Afective and psysiological sexual response patterns: the effects of instructions on sexually functional men. Journal of Psychosomatic Research. 1983; 27: 105-116.

Heimberg RG, Barlow DH - New development in cognitive-behavioral therapy for social phobia. Journal of Clinical Psychiatry. 1991; 52 (suppl.): 21-30.

Herek G: Beyond homophobia: A social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. Journal of Homosexuality. 1984; 10 (1&2): 1-21.

Hersen M: Behavioral assessment in Psychiatric diagnosis. Behavioral Assessment. 1988; 10: 107-121.

Hirshkowitz M, Karacan I, Howell JW et al.: Nocturnal penile tumescence in cigarrete smokers with erectile dysfunction. Urology. 1992; 39: 101-107.

Hoffman, L., Paris, S., Hall, E.: Psicologia del Desarollo hoy. Vol. 1. Madrid: McGraw Hill; 1995: 200-201.

Holmes S, Kirby R & Carson C: Male Erectile Dysfunction. Oxford: Health Press; 1997.

Holmes TH, Rahe RH - The social readjustement rating scale. Journal of Psychosomatic Research. 1967; 11: 213-218.

Hughes TG, Snell WE: Communal and exchange approaches to sexual relations. Annals of Sex Research. 1990; 3: 149-164.

Hutt C: Males & females. Harmondsworth: Penguin Books; 1972.

Jaffe A, Chen Y, Kisch Es, Fischel B, Alon M, Stern N: Erectile Dysfunction in hypertensive subjects: Assessment of potential determinants. Hypertension. 1996; 28 (5): 859-862.

Jensen BJ, Witcher DB, Upton LR: Readability assessment of questionnaires frequently used in sex and marital therapy. Journal of Sex and Marital Therapy. 1987; 13: 137-141.

Jensen P, Jensen SB, Sorensen PS, Bjerre BD, Rizzi DA, Sorenson AS, Klysner R, Brinch K, Jespersen B, Nielson H: Sexual dyfunction in male and female patients with epilepsy: A study of 86 outpatients. Archives of Sexual Behavior. 1990; 19: 1-14.

Jensen RT, Collen MJ, Pandol SJ, Allende HD, Ravfman JP, Bissonnette BM, Duncan WC, Durgin PI, Gillin JC, Gardner JD: Cimetidine-induced impotent and breast changes in patients with gastric hypersecretory states. New England Journal of Medicine. 1983; 308: 883-887.

Jensen SB: Diabetic sexual dysfunction: A comparative study of 160 insulin-treated diabetic men and women and an age-matched control group. Archives of Sexual Behavior. 1981; 10: 493-504.

Jimenez BM: La sexualidad humana: estudio y perspectiva historica. Madrid: Fundacion Universidad Empresa; 1990.

Jonas U , Thon WF, Stief CG: Erectile Dysfunction. Berlin: Springer-Verlag; 1991.

Jones R: Functional analysis: Some cautionary notes. Bulletin of the British Psychological Society. 1983; 36: 237-238.

Jones JC, Barlow DH: An investigation of Lang's Bioinformational Approach with sexually functional and dysfunctional men. Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment. 1989; 11 (1): 81-97.

Jost A: Development Sexual Charactéristics. Science. 1970; 6: 67-71.

Kaplan HS: La nueva terapia sexual. (Edição espanhola de 1982), Madrid: Alianza; 1974.

Kaplan HS: Towards a rational classification of the sexual dysfunctions. Journal of Sex and Marital Therapy. 1976; 2 (2): 83-84.

Kaplan HS: Hipoactive sexual desire. Journal of Sex and Marital Therapy. 1977; 3: 3-9.

Kaplan HS: Disorders of sexual desire. New York: Brunner/Mazel; 1979.

Kaplan HS: Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder. New York: Brunner/Mazel; 1987.

Kapur S, Remington G: Serotonin-dopamine interactions and its relevance to schizophrenia. American Journal Psychiatry. 1996, 153: 466-476.

Karacan I, Ware JC, Salis PJ et al.: Sexual arousal and activity: effect on subsequent nocturnal penile tumescence patterns. Sleep Research. 1979; 8: 61.

Karacan I, Salis PJ, Hirshkowitz M, Borreson RE, Narter E, Williams RL: Erectile dysfunction in hypertensive men: sleep-related erections, penile blood flow and musculovascular events. Journal of Urology. 1989; 142 (1): 56-61.

Kassianos GC: Impotence and nizatidine. Lancet. 1989; i: 963.

Kelley SE, Antonovics J, Schmitt J: A test of the short-term advantages of sexual reprodution. Nature. 1988; 331: 714-717.

Kimura D: How sex hormones boost or cut intellectual ability. Psychology Today. 1989; Nov.: 63-66.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE: Sexual behaviour in human male. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 1948.

Kinsey, AC, Pomeroy, WB, Martin C.E, Gebhard P: O Comportamento Sexual da Mulher. Lisboa: Editora Meridiano. (Versão original publicada em 1953), Philadelphia: WB Saunders; 1972.

Kinzl JF, Traweger C, Biebl W: Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. Child-Abuse-and-Neglect. 1995; 19(7): 785-792.

Klein R, Klein BE, Lee KE, Moss SE & Cruickshanks KJ: Prevalence of self-report erectile dysfunction in people with long-term IDDM. Diabetes Care. 1996; 19 (2): 135-141.

Kofoed L, Bloom JD: Geriatric sexual dysfunction: A case study. Journal of American Geriatric Society. 1982; 30, 437-440.

Koller WC, Vetere-Overfield B, Williamson A: Sexual dysfunction in Parkinson's disease. Clinic Neuropharmacology. 1990; 13 (5): 461-463.

Koopman P, Gubbay J, Vivian N, Goodfelow BN, Lovel-Badge R: Male development of chromosomally female mice transgenic for Sry. Nature. 1991; 351: 117-121.

Korenman SG: The relationship between impotence and aging. Em: NIH Consensus Development Conference. December, 7-9; 1992.

Lal S, Laryea E, Thavundayil JX, Kiel M, Etienne P: Apomorphine clinical studies on erectile impotence and yawning. Progress in Neuro-Psychofarmacology and Biological Psychiatry. 1989; 11: 329-339.

Lanceros P: Avatares del hombre: El pensamiento de Michel Foucault. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.

Leach G, Zimmern PE, Roskamp D: Prospective evaluation of potency following nerve sparing radical retropubic prostatectomy. Journal of Urology. 1992; 147 (4): 358A.

Le Moigne JL: A Teoria do sistema Geral. Lisboa: Instituto Piaget (Colecção Pensamento e Filosofia); 1996.

Lendorf A, Juncker L, Rosenkilde P: Frequency of erectile dysfunction in a Danish subpopulation. Nordisk Sexologi. 1994; 12: 118-124.

Leonelli EL: Las raices de la virilidad – Guia al misterio masculino. Barcelona (2ª edição): Ed. Noguer; 1990.

Lerner SE, Aronson SE, Christ CJ: A review of erectile dysfunction: new insights and more questions. Journal of Urology, 1993; 149: 1246-1255.

Le Vay S: El cerebro sexual. Madrid: Alianza Editorial; 1995.

Levenson H, Olkin R, Herzoff N, DeLancy M: MMPI evaluation of erectile dysfunction: Failure of organic vs. Psychogenic decision rules. Journal of Clinical Psychology. 1986; 42 (5): 752-754.

Levine SB: More on the nature of sexual desire. Journal of Sex & Marital Therapy. 1987; 13 (1): 35-44.

Levine SB: Sex is not simple. Columbus: Ohio Psychology Publishing; 1988.

Levine SB, Althof SE: The pathogenesis of psychogenic erectile dysfunction. Journal of Sex Education & Therapy. 1991; 17 (4): 251-266.

Lewis M: "Social interaction in the first days of life". Em: Schaffer HR (Eds.): "The origins of human social relations". New York: Ed. Academic Press; 1971.

Lilius HG, Valtonen EJ, Wikstrom J: Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. Journal of Chronic Diseases. 1976; 29: 643-647.

Lim PH, Ng FC: Erectile dysfunction in Singapure men: presentation, diagnosis, treatment and results. Annals of Academy of Medicine of Singapure. 1992; 21 (2): 248-253.

Lopes G: Sexualidade Humana. São Paulo: MEDSI; 1993.

LoPiccolo J: Direct treatment of sexual dysfunction in the couple. Em: Money J & Musaph H (Eds.): *Handbook of sexology*. New York: Elsevier; 1977.

LoPiccolo J, Hogan DR: Sexual Dysfunction. Em: Pomerleau OF & Brady JP (Eds.): *Behavioral Medicine: Theory and pratice*. Baltimore: William and Wilkins; 1979: 180.

LoPiccolo J: Leading comment: the evolution of sex therapy. Sexual and Marital Therapy. 1994; 9: 5-7.

Lorber J: Parodoxes of gender. New Haven: Yale University Press; 1994.

Lorigny J: Os sistemas autónomos - Relação aleatória e ciência da mente. Lisboa: Instituto Piaget (Colecção Pensamento e Filosofia); 1996.

Lourenço M: O Síndrome da Dor Crónica: Aspectos clínicos e psico-sociais. Porto, Tese de Mestrado; 1994.

Lourenço M, Arruda S, Marins N, Palha AP – Erectiles Dysfunctions: Portugal/Brasil: Cultural and clinical differences. Comunicação Oral apresentada no III Congresso da Federação Europeia de Sexologia, Marselha: 14-17/03/1996.

Lue TF: Impotence after radical pelvic surgery: physiology and management. Urology International. 1991; 46: 259-265.

Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE: Depression in adults with diabetes: results of a 5-year-follow-up study. Diabetes Care. 1988; 11: 605-610.

Macaluso JN, Sulivan JW (1985): Priapism: A review of 34 cases. Urology. 1985; 26: 233-236.

Maccoby EE: Gender and relationships: A devolpmental account. American Psychologist. 1990; 45: 513-520.

Mannino DM, Klevens RM, Flanders WD: Cigarette smoking: an independent risk factor for impotence? American Journal of Epidemiology. 1994; 140 (11): 1003-1008.

Marshall P, Delva N: Differentiation of organic and psychogenic impotence on the basis of MMPI decision rules. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1980;48: 407-408.

Marson L, Platt KB, McKenna KE: Central nervous system innervation of the penis as revealed by the transneuronal transport of pseudorables virus. Neuroscience. 1993; 55: 263-280.

Martin CE: Factors affecting sexual functioning in 60-79 year-old married males. Archives of Sexual Behavior. 1981; 10: 399-420.

Martins Valença A: Evolução dos modelos de classificação em psiquiatria: uma síntese. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1997; 46 (2): 97-102.

Maslow AH: Motivation and personality. New York: Harper and Row; 1970.

Masters W, Johnson V: A Resposta Sexual Humana. Edição de 1978, Buenos Aires: Intermédica (Edição anglosaxónica, Boston: Little Brown); 1978.

Masters W, Johnson V: Incompatibilidad sexual humana. Edição de 1970, Buenos Aires: Intermédica; 1970.

Masters W, Johnson V, Kolodny RC: La sexualidad humana. Edição de 1987, Barcelona: Grijalbo (2ª edição anglo-saxónica, Boston: Little, Brown); 1985 .

Maccoby EE: Gender as a social category. Developmental Psychology. 1988; 24: 755-765.

Maccoby EE: Gender and relationships: A developmental account. American Psychologist. 1990; 45: 513-520.

McCarthy B: Treatment of erectile dysfunctions with single men. Em: Rosen & Leiblum (Eds.), *Erectile Disorders*. New York: Guilford; 1992: 313-340.

McCarthy B: Bridges to sexual desire. Journal of Sex Education and Therapy, 1995; 2 (21): 132-141.

McClure D, Marshall L: Endocrinologic sexual dysfunction. Em: Singer C & Weiner W (Eds.), *Sexual Dysfunction: A neuro-medical approach*. New York: Futura Publishing Company; 1994.

McConaghy N: Sexual behavior - Problems and Management. New York: Plenum Press; 1993.

McGilp R: Case Report (2): Paroxetine and delayed ejaculation. A treatable side effect. Journal of Drug Development. 1993; 5 (4): 265-266.

McGregor A & Herbert J: Differential effects of excitotoxic basolateral and corticomedial lesions of the amygdala on the behavioural and endocrine responses to either sexual or aggression promoting stimuli in the male rat. Brain Research. 1992; 574: 9-20.

McGuire EJ: Sexuality and urology. Em: Leyson JFJ (Ed.), *Sexuality Rehabilitation of the spinal-cord-injured patient*. Clifton, NJ: Humana Press; 1991: pp: 55-67.

McWaine DE, Procci WR: Sexuality in the elderly. Seminars on Urology. 1988; 5: 141-145.

Mehler JA: Love and male impotence. International Journal of Psycho-Analysis. 1992; 73(3): 467-480.

Meisler AW, Carey MP: Depressed affect and male sexual arousal. Archives of Sexual Behavior. 1991; 20 (6): 541-554.

Melis MR. Ariolis A, Gessa GL: Oxytocin-induced penile erection and yawning: sites of action in the brain. Brain Research. 1987; 398: 259-265.

Minderhoud JM, Leehhius JG, Kremer J: Sexual disturbances arising from multiple sclerosis. Acta Neurologica Scandinavica. 1984; 70, 299-306.

Miller J: Toward a new psychology of women. Boston: Beacon Press; 1976.

Moir A, Jessel D: Brain sex: The real differences between men and women. Londres: Michael Joseph; 1989.

Moncada S, Palmer RMJ, Higgs EA: Nitric oxide: physiology, pathophysiology and pharmacology. Pharmacology Revue. 1991; 43: 109-142.

Money J., Ehrhardt AA: Man & Woman; boy & girl. Ed.: Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1972.

Money J: The concept of gender identity in childhood and adolescence after 39 years. Journal of Sex and Marital Therapy. 1994; 20: 163-177.

Money J, Musaph H: Hanbook of Sexology. Vol. VII. New York: Elsevier; 1990.

Montejo AL, Llorca G, Isquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A, Carrasco JL, Daniel E, De Rios A, De La Gandara J, Derecho J, Franco M, Gomez MJ, Macias JA, Martin T, Perez V, Sanchez JM, Sanchez S, Vicens E (1996): Sexual Dysfunction with SSRI's. A comparative analysis. American Psychiatric Association. Abstracts of 149th. Annual Meeting. New York; 4-9/5/96: 266-267.

Moreira A: Impotência sexual vasculogénica: Contributos para o seu diagnóstico e tratamento. Porto:Tese de Doutoramento; 1997.

Moreno JB: Ansiedade y rendimento. Revista de Psicología General y Aplicaciones. 1978; 151: 183-207.

Moreno JB: Análisis funcional de la ansiedad. Revista de Psicología General y Aplicaciones. 1978; 153: 617-634.

Morris LA: The male heterosexual Califórnia (Thousand Oaks): Sage Publications; 1997.

Mota Cardoso RM: Enfarte do Miocárdio - Factores de risco da Pessoa em situação. Porto: Disertação para Doutoramento pela F.M.P; 1984.

Mota Cardoso RM: Perspectiva actuais da Medicina Psicossomática. Em: Psiquiatria de Ligação e Psicossomática - Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. Lisboa: Edição dos Laboratórios Delagrange; 1988/89.

Mulligan T, Katz PG: Why aged menn become impotent. Archives of Internal Medicine. 1989; 149: 1365-1366.

Nathan G: The epidemiology of the D.S.M. - III: Psychosexual dysfunctions. Journal of Sex and Marital Therapy. 1984; 10, (2): 267-282.

Ndetei DM, Wazome EGM: Experiences from a marital-sex therapy clinic in Nairobi. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1986; 74: 479-484.

Nicholson L: Interpreting gender. Signs. 1994; 20: 79-105.

NIH: Impotence. NIH (National Health Institute) Consensus Conference. JAMA. 1993; 270 (1): 83-90.

Nogueira MC, Herbaut AG, Wespes E: Neurophysiological investigations of two hundred men with erectile dysfunction. European Urology. 1990; 18: 37-41.

Norusis M: SPSS/PC+ advanced statistics. Chicago: SPSS/PC Inc; 1988.

Nunes S: A composição social da população portuguesa. Análise Social. 1970; 27-28.

O'Donoghue: Psychological management of erectile dysfunction and related disorders. International Journal of STD & AIDS. 1996; 7 (Suppl. 3): 9-12.

Othmer E, Othmer SC: Evaluation of sexual dysfunction. Journal of Clinical Psychiatry. 1987; 48: 191-193.

Organização Mundial de Saúde - O.M.S./W.H.O. - Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneve: O.M.S./W.H.O.; 1975.

Organização Mundial de Saúde - O.M.S./W.H.O. - The ICD - 10 Classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneve: O.M.S./W.H.O.; 1993.

Oomura Y, Aou S, Koyama Y, Yoshimatsu H: Central control of sexual behaviour. Brain Research Bulletin. 1988; 20: 863-870.

Palha AP: As Disfunções Sexuais Masculinas - Avaliação Psicológica. Em: Gomes FA, Albuquerque A & Nunes JS, *Sexologia em Portugal*. Vol. I. Lisboa, Edição Texto Editora; 1987.

Palha AP: O comportamento sexual humano. Textos de Psicologia Médica. Porto: Ed. da A.E. da Fac. Medicina do Porto; 1989: 95-102.

Palha AP, Araújo D, Lourenço M, Nuñez JS, Castro G, Lopes Vaz A: Artrite Reumatóide: Alguns aspectos psicossomáticos. Revista Portuguesa de Reumatologia. 1991; 2 (19): 425-429.

Palha AP, Lourenço M, Soares I: Stress Psicológico e Terapias Comportamentais em Sexologia Clínica. Comunicação oral: 22º Congresso Anual da Associação Europeia de Terapia Comportamental. Coimbra: 9-12/9/1992.

Palha AP, Lourenço M, Mota I, Santos Silva JA: Erectile Dysfunction: Evaluation of psychological factors. Comunicação Oral paresentada no II Congresso da Federação Europeia de Sexologia, Universidade de Copenhagen: 2-5/06/94.

Palha AP, Lourenço M: As Terapias Sexuais no Advento do Século XXI. Acta Urológica Portuguesa. 1994; 11 (1/2): 135-136.

Palha, AP, Lourenço M: Hospital de S. João: Breve Balanço de uma Consulta de Sexologia Clínica. Acta Portuguesa de Sexologia. 1994; 1: 29-33.

Palha AP, Lourenço M: Sexual Morality of men with Erectile Dysfunction. Comunicação Oral apresentada no 12º Congresso Mundial de Sexologia, Yokohama (Japão), 12-16/08/1995.

Palha AP, Lourenço M, Ferreira P: Sexual Dysfunction and changes in the familiar dynamics. Comunicação Oral apresentada no 12º Congresso Mundial de Sexologia, Yokohama (Japão), 12-16/08/1995.

Palha AP, Esteves MF, Antunes A, Ricou M, Bragança M, Reis C: A study on the sexuality of male opioid addicts. Comunicação Oral apresentada no XIII Congresso Mundial de Sexologia, Valência (Espanha), 25-29/06/1998

Palmier JM: Introducción a W. Reich. Barcelona: Anagrama; 1970.

París C: Por qué el sexo no funciona?. Barcelona: Oasis/Integral; 1993.

Pasini W: Intimidade: O outro espaço da afectividade. Lisboa: Difusão Cultural, 1991.

Patterson DG, O' Gorman EC: A questionnaire measure of sexual anxiety. British Journal of Psychiatry. 1986; 149: 63-67

Patterson DG & O`Gorman EC (1990): Sexual anxiety in homosexuals. Sexual and Marital Therapy, 5, 49-53.

Patton W & Mannison M - Effects of a university subject on atitudes towards human sexuality. Journal of Sex Education and Therapy, 1993, 19, 93-107.

Paxton AL & Turner EJ (1978): Self-actualization and sexual permissiveness, satisfaction, prudishness and drive among female undergraduates. The Journal of Sex Research, 14 (2): 65-80.

Piédrola G - Prólogo. Em: Valtueña JA (Ed.), *Guía de Educación Sexual*. Léon: Antibióticos, S.A., 1975.

Pimenta A - As Disfunções Sexuais Masculinas - Etiologia: Avaliação orgânica. Em: Sexologia em Portugal, Allen Gomes F, Albuquerque A & Silveira Nunes J (Eds.), Vol. I. Lisboa: Texto Editora, 1987, pp: 245-247.

Pimenta A & Moreira A - As Disfunções Sexuais Masculinas - Etiologia: Determinantes somáticos. Em: Sexologia em Portugal, Allen Gomes F, Albuquerque A & Silveira Nunes J (Eds.), Vol. I. Lisboa: Texto Editora, 1987, pp: 205-212.

Plaud JJ, Dubbert PM, Holm J, Wittrock D, Smith P, Edison J, McAnulty R, Caddell J, Summerville M, Jones A: Erectile dysfunction in men with chronic medical illness. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. 1996; 27 (1): 11-19.

Ponciano E (1980): Como medir a Ansiedade. Psiquiatria Clínica, 1 (2).

Powlishta KK, Serbin LA & Moller LC (1993): The stability of individual differences in gender typing: implications for understanding gender segregation. Sex Roles, 29, 723-737.

Puech-Leão LE, Puech-Leão P & Albers MTV (1981): Impotência sexual Vasculogénica. S.Paulo: Servier.

Reading AE & Wiest WM (1984): An analysis of self-reported sexual behavior in a sample of normal males. Archives of Sexual Behavior, 13, 69-83.

Reich W – Psicopatologia e sociologia da vida sexual. Lisboa: Publicações Escorpião, 1977.

Reid K, Surridge D, Harris C, Condra M et al. - The psychological correlates of psychogenic impotence: A retrospective comparison of psychogenically and organically impotent men. Sexuality and disability, 1987, 8(1), 3-16.

Reilly JM & Woodhouse CR - Small penis and the male sexual role. Journal of Urology, 1989, 142, 569.

Renshaw DC (1988): Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987. Journal of Sexual Marital Therapy, 3, 111-117.

Renshaw DC - Sexual problems in later life: A case of impotence. Clinical Gerontologist, 1988, 8(1), 73-76.

Requixa AF - A resposta sexual humana. Em: Allen Gomes F, Albuquerque A & Silveira Nunes J (Eds.), *Sexologia em Portugal*. Vol. I. Lisboa: Texto Editora, 1987, pp: 31-59.

Requixa AF - Fisiopatologia da erecção. Revista Portuguesa de Hemorreologia, 1991, 5 (Supl.), 27-36.

Ribeiro da Fonte JA - Alexitimia: Estudo em doentes com Perturbações Digestivas. Tese de Mestrado, Viana do Castelo, 1993.

Riley AJ, Peet M & Wilson C - Sexual Pharmacology. Oxford: Oxford Medical Publications - Clarendon Press, 1993, p: v.

Riley AJ & Riley EJ - Evaluation of drug effects on human sexual function. Em: Riley AJ, Peet M & Wilson C (Eds.), *Sexual Pharmacology*. Oxford: Oxford Medical Publications - Clarendon Press, 1993, pp: 114-129.

Robert M - A revolução psicanalítica. 2º edição, Lisboa: Moraes Editores, 1976.

Robiner WN, Godec CJ, Cass AS & Meyer JJ - The role of Minnesota Multiphasic Personality Inventory in evaluation of erectile dysfunction. Journal of Urology, 1982, 128, 487-488.

Robinson JW, Dufour MS & Fung TS - Erectile functioning of men treated for prostate carcinoma. Cancer, 1997, 79 (3), 538-544.

Rolo F - Etiopatogenia da Disfunção Eréctil. Geriatria, 1996, 9 (85), 25-28.

Rosen RC - Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. Annual Revue of Sex Research, 1991, 2, 119-179.

Rosen RM, Bernstein IS & Gordon TP - Consequences of social conflit on plasma testosterone levels in rhesus monkeys. Psychosomatic Medicine, 1975, 37: 50-61.

Rosen RC & Leiblum SR - Erectile disorders: An overview of historical trends and clinical perspectives. Em: Rosen RC & Leiblum SR (Eds.), *Erectile Disorders: Assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1992.

Rosen RC, Kostis JB, Jekelis A & Taska LS - Sexual sequelae of antihypertensive drugs: treament effects on self-report and physiological measures in middle-aged male hypertensives. Archives of Sexual Behavior, 1994, 23 (2), 135-152.

Rosenthal R & Rosnow RL (1984): Essentials of behavioral research: Methods and data analysis. New York: McGraw-Hill.

Rothschild AJ (1995): Selective serotonin reuptake inhibitors-induced sexual dysfunction: Efficacy of a drug (and sex) holiday. American Psychiatric Association. Abstracts of 148th. Annual Meeting. Miami, Florida. Maio - 20-25: NR 454.

Rowland DL & Slob AK (1995): Understanding and diagnosing sexual dysfunction: Recent progress through psychophysiological and psychophysical methods. Third International Behavioral Neuroscience Conference Satellite Symposium: Hormonal and neural modulation of physiological and behavioral function (1994, Clearwater Beach, Florida). Neuroscience-and-Biobehavioral-Reviews, 19(2) 201-209.

Ruas A (1987): Determinantes da Identidade Sexual - Factores Genéticos e Endócrinos. Em: Gomes FA , Albuquerque A & Nunes JS (Eds.), Sexologia em Portugal, I volume., 1ª edição. Lisboa: Texto Editora, pp: 60-63.

Rubio E (1996): Sexual dysfunction: Whose territory is it? Comunicação Oral ao X Congresso Mundial de Psiquiatria, Madrid, 23-28 /8/96.

Rust J, Golombok S & Collier J (1988): Marital problems and sexual dysfunctions: Are they related? British Journal of Psychiatry, 152, 629-631.

Rycroft CH - Reich. Barcelona: Grijalbo, 1973.

Salminies P, Kockett G, Pirke KM, Vogt HJ Scill WB - Effects of testosterone replacement on sexual behavior in hypogonodal men. Archives of Sexual Behavior, 1982, 11, 345-353.

Salmon P & Calderbank S - The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. Journal of Psychosomatic Research, 1996, 40 (3), 329-336.

Salvatierra O Jr - Renal transplantation. Em: Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA (Eds.), Campbell's Urology 1986. Philadelphia: W.B. Saunders, 1986, 2534-2555.

Sandler M & Giessa GL - Sexual behavior: Pharmacology and Biochemistry. New York: Raven Press, 1975.

Santagelo ML, Romano G & Sassaroli C - Sexual function after resection for rectal cancer. American Journal of Surgery, 1987, 154, 502-504.

Schiavi RC, Derogatis LR, Kuriansky J, O'Connor D & Sharpe L - The assessment of sexual functioning and marital interaction. Journal of Sex & Marital Therapy, 1979, 5, 169-224.

Schiavi RC, Theilgaard A, Owen DR & White D (1988): Sex chromosome anomalies, hormones and sexuality. Archives of General Psychiatry, 45, 19-24.

Schiavi RC, Karstaed A, Schreiner-Engel P & Mandeli J - Psychometric caracteristics of individuals with sexual dysfunction and their partners. Journal of Sex Marital Therapy, 1992, 18: 219-230.

Schover LR, Friedman J, Weiler S, Heiman & LoPiccolo J (1982): Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. Archives of General Psychiatry, 39, 614-619.

Schover LR, Evans RB & Von Eschenbach AC (1987): Sexual rehabilitation in a cancer center: Diagnosis and outcome in 384 consultations. Arch. Sex. Behav., 16: 445-461.

Schreiner-Engel P & Schiavi R (1986): Life-time pathology in individuals with low sexual desire. Journal of Nervous and Mental Diseases, 174, 646-651.

Schubert DSP (1992): Reversal of Doxepine-induced Hypoactive sexual desire by substitution of Nortriptyline. Journal of Sex Education and Therapy, 18, 42-44.

Seeck A – Ilustración o recaída? El proyecto de establecimiento de una "Sexología" y su concepción como parte de la Biología. Valladolid: AEPS – Anuario de Sexologia; 1997, pp: 41-65.

Segraves KA, Segraves RT & Schoenberg HW - Use of sexual history to differentiate organic from psychogenic impotence. Archives of Sexual Behavior, 1987, 16 (2),125-137.

Segraves RT (1989): Effects of psychotropic drugs on human erectio and ejaculation. Archives of General Psychiatry, 46, 275-284.

Segraves RT – Pharmacological era in the treatment of sexual disorders. Journal of Sex & Marital Therapy, (Editorial), 1998; 24, 67-68.

Segraves RT, Schoenberg HW & Ivanoff J - Serum testosterone and prolactin levels in erectile dysfunction. Journal of Sex and Marital Therapy, 1983, 9, 19-26.

Serdahely W & Ziemba G - Changing homophobic attitudes through college sexuality education. Journal of Homosexuality, 1984, 10, 109-116.

Sharpe I, Kuriansky JB & O'Connor JF - A preliminary classification of human functional sexual disorder. Journal of Sex and Marital Therapy, 1976, 2, 106-114.

Shavelson RJ, Hubner JJ & Stanton JC (1976): Self-concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Research, 46, 407-441.

Shimma E, Modernell R, Fonseca D & Oliveira W - O prazer está de volta. Revista Globo Ciência, 1996, 54, 42-49.

Siegal M (1987): Are sons and daughters treated mor differently by fathers than mothers? Development Review, 7, 183-209.

Silva P - Parafilias and sexual dysfunction. International Review of Psychiatry, 1995, 7, 225-229.

Simões M – Epidemiologie psychischer storungen bei portugiesischen gastarbeitern in Zurich. Universidade de Zurich, 1978. Dissertação.

Simões M – Theory of social selection and mental health of emigrants. Acta Psquiátrica Portuguesa, 1980; 26: 169-173.

Sims AC (1988): Towards the unification of body image disorders. British Journal of Psychiatry - Supplement. Jul (2): 51-55.

Singer C, Weiner WJ, Sanchez-Ramos J, Ackerman M (1989): Sexual dysfunction in men with Parkinson's disease. Journal of Neurologic Rehabilitation, 3 (4), 199-204.

Singer C & Weiner WJ – Sexual Dysfunction – A Neuro-medical approach. Armonk, N.Y.: Futura Publishing Compnay, 1994.

Skhiri MT, Mechri A, Gaha L, Zaafrane F - Etude clinique et psychologique des dysfunctions sexuelles masculines en Tunisie. Sexologies, 1997, 6 (23), 16-20.

Slag MF, Morley JE, Elson MK, Trence DL, Nelson CJ, Nelson AE, Kinlaw WB, Beyer S, Nuttall FQ & Shafer RB - Impotence im medical clinic outpatients. Journal of American Medical Association, 1983, 249, 1736-1740.

Smith DM & Levitte SS - Association of fluoxetine and return of sexual potency in three elderly men. Journal of Clinical Psychiatry, 1993, 54(8), 317-319.

Smith-Rosenberg C (1985): The new woman as androgyne: Social disorder and gender crisis, 1870-1936. Em: Smith-Rosenberg C (Ed.), Disorderly conduct: Visions of gender in victorian America. New York: Alfred A. Knopf.

Snell W & Papini D - The sexuality scale, an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression and sexual-preoccupation. The Journal of Sex Research, 1989, 26 (2), 256-263.

Snell WE, Fisher TD, Schuh T: Reability and validity of the sexuality scale: a measure of sexual-esteem, sexual-depression and sexual-preoccupation. The Journal of Sex Research. 1992; 29 (2): 261-273.

Snyder DK & Berg P: Determinants of sexual dissatisfaction in sexually distressed couples. Archives of Sexual Behavior. 1983; 12: 237-246.

Spark RF, White RA & Connolly PB: Impotence is not always psychogenic. Journal of the American Medical Association. 1980; 243: 750-755.

Speckens EM, Hengeveld MW, Nijeholt GL, Hemert AM, Hawton KE: Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: Cause or consequence of the disorder?. Archives of Sexual Behavior. 1995; 24 (2): 157-172.

Spector IP, Carey MP: Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. Archives of Sexual Behavior. 1990; 19: 389-408.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE: STAI - Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto-California: Consulting Psychologists Press, 1970.

Spielberger CD, Lushene RE, McAdoo WG: Theory and measurement of anxiety states. Em: Cattell RB (Ed.), Handbook of Modern Personality Theory. Chicago: Aldine, 1971.

Steiger A: Effects of Clomipramine on sleep EEG and nocturnal penile tumescence: A long-term study in a healthy man. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1988; 8: 349-354.

Stover SL, Fine PR: Spinal cord injury: The facts and figures. Birminghan AL: The University of Alabama, 1986.

Strassberg DS, Mahoney JM, Schaugaard M, Hale VE: The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model. Archives of Sexual behaviour. 1990; 19: 251-257.

Stravynski A, Gaudette G, Lesage A: The treatment of sexually dysfunctional men without partners: a controlled study of three behavioural group approaches. British Journal of Psychiatry. 1997; 170: 338-344.

Tan ETH, Jonson RH, Lambie D, Vijayason ME, Whiteside EA (1984): Erectile impotence in chronic alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1984; 8: 297-301.

Takefman J, Brender W: An analysis of the effectiveness of two components in the treatment of erectile dysfunction. Archives of Sexual Behavior. 1984; 13: 321-340.

Tay HP, Juma S, Joseph AC: Psychogenic impotence in spinal cord injury patients. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation. 1996; 77 (4): 391-393.

Tetrault PA, Barnett MA: Reactions to stranger and acquaintance rape. Psychology of Women Quarterly. 1987;11: 353-358.

Tondo L, Cantone M, Carta M, Laddomada A, Mosticoni R, Rudas N: An M.M.P.I. evaluation of male sexual dysfunction. Journal of Clinical Psychology. 1991; 47: 391-396.

Trojan O: Sexual experience of psychotic patients. International Journal of Adolescent Medicine and-Health. 1994; 7 (3): 209-217

Tsai SJ: Metoclopramide induced impotence and akathisia: A case report. Chinese Medical Journal of Taipei. 1996; 57 (6): 443-446.

Uitti RJ, Tanner CM, Rajput AH, Goetz CG, Klawans HL, Thiessen B (1989): Hypersexuality with antiparkinsonian therapy. Clinical Neuropharmacology. 1989; 12: 375-383.

Unger RK: Los reflejos imperfectos de la realidad: la psicología construye los roles sexuales. Em Hare-Mustin, RT & Marecek, J (Eds.): Marcar la diferencia. Psicología y constucción de los sexos. Barcelona: Herber, 1994.

Valdés M, Flores T: Psicobiologia del estrés. Barcelona: Martiínez Roca, 1990.

Valleroy ML, Kraft GH: Sexual dysfunction in multiple sclerosis. Archives of Psysical Medicine and Rehabilitation. 1984; 65: 125-128.

Vale de Almeida M: Senhores de si – Uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século Edições, 1995.

Van Thiel DH, Gavaler JS, Sanghvi A (1982): Recovery of sexual function in abstinent alcoholic men. Gastroenterology. 1982; 84: 677-682.

Vázquez C: El concepto de la conducta normal. Em: F Fuentenebro & C Vázquez: Psicologia Médica, Psicopatologia y Psiquiatria, Madrid, 1990 p: 452.

Vaz Serra A : O Inventário Clínico de Auto-Conceito. Psiquiatria Clínica.1986; (7) 2: 67-84.

Vaz Serra A, Pio Abreu JL: a) - Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica. 1973; 20: 623-644.

Vaz Serra A, Pio Abreu JL: b) - Aferição dos quadros clínicos depressivos. II - Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do "Inventário Depressivo de Beck". Coimbra Médica. 1973; 20: 713-736.

Vaz Serra A, Pio Abreu JL: c) - Análise factorial das depressões: Emergência de factores numa amostra portuguesa de doentes deprimidos. Coimbra Médica. 1973; 20: 875-892.

Vaz Serra A, Firmino H: O Auto-conceito nos doentes perturbações emocionais. Psiquiatria Clínica. 1986; 7(2): 91-96.

Velten E: A laboratory task for induction of mood states. Behavior Research Therapy.1968; 6: 473-482.

Verhulst J, Scheindman B: Schizophrenia and sexual function. Hospital and Community Psychiatry. 1981; 32: 259-262.

Veves A, Webster L, Chen TF, Payne S, Boulton AJ: Aetiopathogenesis and management of impotence in diabetic males: four years experience from a combined clinic. Diabetic Medicine. 1995; 12 (1): 77-82.

Vincent JD: Biologia das paixões. 1ª edição, Lisboa: Publicações Europa - América, 1988.

Virag R, Bouilly P, Frydman D: Is impotence an arterial disorder? Lancet. 1985; 331: 181-184.

Virag R, Shoukry K, Floresco J, Nollet F, Greco E (1991): Intracavernous self-injection of vasoactive drugs in the treatment of impotence: 8 years experience with 615 cases. Journal of Urology. 1991; 145: 287-293.

Young C, Wlodarczyk D: Counseling the impotent man with diabetes. Special Issue: The physician's guide to sexual counseling. Medical Aspects of Human Sexuality. 1986; 20: 79-84.

Zamel G: Wenn die Ohnmacht nicht mehr auszuhalten ist. Wie die Technik die (mannliche) Sexualitat retten soll. (When impotence becomes unbearable: Using technical devices to restore (male) sexual prowess.) Symposium of the German Society for Sex Research and the Dept. of Sex. Research at Hamburg Un.: 20 years of couple therapy for sexual dysfunction: Status and future perspectives (1993, Hamburg, Germany). Zeitschrift-fur-Sexualforschung. 1994; 7(2): 142-150.

Zilbergeld B: The men behind the broken penis: social and psychological determinant of erectile failure. Em: Rosen R & Leiblum S (Eds.), Erectile Disorders. New York: Guilford, 1992, 27-54.

Zwang G: Sexologie. 4ª edição. Paris: Masson, 1990.

Zwang G: Pathologie sexuelle. Paris: Maloine, 1990.

Wabrek AJ, Burchell RC: Male coronary dysfunction associated with coronary heart disease. Archives of Sexual Behavior. 1980; 9: 69-75.

Wagner G: L'impuissance par anomalie veineuse des corps caverneux. Contraception Fertility and Sexuality. 1979; 8: 593.

Walfish S, Myerson M: Sex role identity and attitudes toward sexuality. Archives of Sexual Behavior. 1980; 9: 199-203.

Walsh PC, Donker PJ: Impotence folling radical prostectomy: insight into etiology and prevention. Journal of Urology. 1982; 130: 1237.

Waltzer WC: Sexual and reproductive function in men treated with hemodialysis and renal transplatation. Journal of Urology. 1981; 126: 713-716.

Waynberg J: Guide pratique de Sexologie Médicale. Paris: Simep, 1994.

Weeks J: Sexuality and its discontents: meanings, myths and modern sexuality. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1985.

Weizman R, Hart J: Sexual behavior in healthy married elderly men. Archives of Sexual Behavior. 1987; 16: 39-44.

Wells JW: The effects of homophobia and sexism on heterosexual relationships. Journal of Sex Education & Therapy. 1991; 17 (3): 185-195.

Wherry JN, Jolly JB, Aruffo JF,Gillette G et-al: Family trauma and dysfunction in sexually abused female adolescent psychiatric and control groups. Journal-of-Child-Sexual-Abuse. 1994; 3(1): 53-65.

Wilson GT, Lawson DM: Expectancies, alcohol and sexual arousal in male social drinkers. Journal of Abnormal Psychology. 1976; 85: 587-594.

Wincze JP, Vendetti E, Barlow DH, Mavissakalian M (1980): The effects of a subjective monitoring task in the physiological measure of genital response to erotic stimulation. Archives of Sexual Behavior. 1980; 9: 533-547.

ade..... Morada..... Profissão.....

lteiro [ ]
asado [ ] Há quantos anos? __

asse Social

TUAÇÃO DISFUNCIONAL

Descrição:

[ ] Inadequação/incapacidade eréctil [ ] Diminuição da função eréctil [ ] Insuficiência sexual

Ocasião, circunstâncias de aparecimento e de evolução.....

.....

Início:

[ ] Súbito [ ] Progressivo

Modo como ocorre:

[ ] Nos preliminares [ ] Durante a introdução [ ] No coito

Existe Orgasmo:

[ ] Sim [ ] Não

Existe orgasmo na parceira:

[ ] Sim [ ] Não

Erecções:

[ ] T.P.N [ ] Na masturbação [ ] Extramarital [ ] Espontâneas

Emissões nocturnas:

[ ] Sim [ ] Não

Dor durante o coito:

[ ] Sim [ ] Não

Outras disfunções concomitantes:

[ ] Sim [ ] Não

Medo de falhar:

[ ] Sim [ ] Não

rau de exigência da parceira:

e Events:

enças orgânicas:

rmacos e tóxicos (álcool, tabaco, etc.):

atamentos prévios:

nte-se doente/problema:

ilidade afectada: Potência: Deve-se: ao Envelhecimento A uma doença

VALIAÇÃO DO CASAL

Quem decidiu pedir ajuda:

Parceira também disfuncional:

Como lidam com a situação (diálogo, procura de ajuda, conflito):

Conflitos noutras áreas do relacionamento do casal:

[ ] Agressão física e/ou verbal
[ ] Comunicação interpessoal pobre ou hostil
[ ] Falta de respeito pelo outro
[ ] Divergências de valores e de preferências sexuais e em relação à educação dos filhos
[ ] Separação temporária recente

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(© A. VAZ SERRA - 1985)

ome..... **Idade**.....anos **Estado Civil**..... **Data**.../.../...
exo..... **Habilitações**..... **Profissão**.....
aturalidade..... **Residência**..... .....

F1(1+4+9+16+17)- ..... F2(3+5+8+11+18+20)- ..... F3(2+6+7+12+13+14)- ..... F4(10+15+19)-

INSTRUÇÕES

odas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos capazes de descrever como uma pessoa Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espotânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta nsidere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espirito de momento. Coloque uma cruz [x] na posição jo cabeçalho julga que melhor se adapta a seu modo de pensar.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 - Sei que sou uma pessoa simpática	☐	☐	☐	☐	☐
2 - Costumo ser franco(a) a exprimir as minhas opiniões	☐	☐	☐	☐	☐
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐
4 - No contacto com os outros costumo ser uma pessoa faladora	☐	☐	☐	☐	☐
5 - Costumo ser rápido(a) na execução das tarefas que tenho para fazer	☐	☐	☐	☐	☐
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até o fim, por muito que isso me custe	☐	☐	☐	☐	☐
8 - De um modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	☐	☐	☐	☐	☐
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	☐	☐	☐	☐	☐
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐
12 - Não sei porque é que a maioria das pessoas embirra comigo	☐	☐	☐	☐	☐
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	☐	☐	☐	☐	☐
14 - Considero-me competente naquilo que faço	☐	☐	☐	☐	☐
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	☐	☐	☐	☐	☐
16 - A minha maneira de ser faz com que eu me sinta na vida com um razoável bem estar	☐	☐	☐	☐	☐
17 - Considero-me uma pessoa de convívio agradável	☐	☐	☐	☐	☐
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem auxílio	☐	☐	☐	☐	☐
19 - Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço	☐	☐	☐	☐	☐
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐

SCL-90-R

ome..... Idade..... Data _/_/_

INSTRUÇÕES

A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor ia cada questão cuidadosamente e assinale aquelas que no último mês o tem preocupado ou dado cuidado. Não há spostas "erradas" ou certas" ou repostas para "dar uma boa impressão", são apenas problemas ou queixas que cada n sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

Estas respostas estão sujeitas a segredo.

Não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida sofreu as seguintes queixas	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Dores de cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam a cabeça em paz	☐	☐	☐	☐	☐
Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
Diminuição do interesse ou prazer sexual	☐	☐	☐	☐	☐
Sentir-se criticado pelos outros	☐	☐	☐	☐	☐
Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
Ideia de que outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
Dificuldade em se lembrar das coisas passadas e recentes	☐	☐	☐	☐	☐
0. O desleixo e a falta de limpeza dão-lhe cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
1. Aborrece-se ou irrita-se facilmente	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☐	☐	☐
3. Medo na rua ou praças públicas	☐	☐	☐	☐	☐
4. Falta de forças ou lentidão	☐	☐	☐	☐	☐
5. Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	☐	☐	☐	☐	☐
7. Tremer	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sentir que não se pode confiar nas outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0. Virem as lágrimas facilmente aos olhos	☐	☐	☐	☐	☐
1. Sentir-se tímido ou com falta de à-vontade com pessoas do sexo oposto	☐	☐	☐	☐	☐
2. Impressão de se sentir preso ou apanhado em falta	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ter medo subitamente sem ter motivo para isso	☐	☐	☐	☐	☐
4. Impulsos de temperamento que não se podem controlar	☐	☐	☐	☐	☐
5. Medo de sair de casa sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
6. Acusar-se a si mesmo a propósito de certas coisas	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dores no fundo das costas (cruzes)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dificuldades em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
0. Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
Em que medida sofreu as seguintes queixas	Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Ser muito pensativo (cismático) acerca de certas coisas	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sem interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sentir-se atemorizado	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sentir-se ofendido facilmente nos seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
8. Fazer tudo devagar a fim de ter a certeza de que fica bem feito	☐	☐	☐	☐	☐
9. Palpitações ou batimentos rápidos do coração	☐	☐	☐	☐	☐
0. Vontade de vomitar ou mal estar de estômago	☐	☐	☐	☐	☐
1. Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dores musculares	☐	☐	☐	☐	☐
3. A impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
4. Dificuldades em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐
6. Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐
7. Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro	☐	☐	☐	☐	☐

8. Dificuldade em encher os pulmões (parece que lhe falta o ar)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
0. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividade porque lhe causam medo	☐	☐	☐	☐	☐
1. Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro no corpo)	☐	☐	☐	☐	☐
3. A impressão de que se tem uma bola na garganta	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sentir-se sem esperanças perante o futuro	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dificuldades em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
6. Falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sentir "um peso" nos braços ou pernas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos sobre a morte ou sobre o falecimento	☐	☐	☐	☐	☐
0. Vontade de comer demais	☐	☐	☐	☐	☐
1. Não se sentir à-vontade quando as pessoas o observam ou falam de si	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ter pensamentos que não lhe pertencem	☐	☐	☐	☐	☐
3. Vontade de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☐	☐	☐	☐
4. Acordar muito cedo de manhã	☐	☐	☐	☐	☐
5. Vontade de repetir certas acções como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sono agitado ou não repousante	☐	☐	☐	☐	☐
7. Vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não tem	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐

Em que medida sofreu as seguintes queixas	Nunca	Pouco	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
0. Não se sentir muito à-vontade nas multidões por exemplo, assembleias, lojas, cinemas, mercados, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
1. Sentir que tudo o que faz é com esforço	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ter ataques de terror ou de pânico	☐	☐	☐	☐	☐
3. Não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público	☐	☐	☐	☐	☐

4.	Entrar facilmente em discussões	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Ter sentimentos de que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
0.	Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer	☐	☐	☐	☐	☐
1.	Gritar com as outras pessoas ou atirar coisas	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Medo de vir a desmaias em frente de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
3.	A impressão de, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Pensamentos acerca de assuntos sexuais que o perturbam muito	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Sentimento de que deveria ser castigado pelos seus pecados	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Pensamentos ou imagens de natureza assustadora	☐	☐	☐	☐	☐
7.	A impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
0.	Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☐

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS

ome: .....

ade ..... Estado Civil .....

rofissão .....

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK
(BECK DEPRESSION INVENTORY)

A - ESTADO DE ÂNIMO TRISTE

0. Não me sinto triste
1. Ando "neura" ou triste
2. Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
2. Estou tão triste ou infeliz que isso se torna penoso para mim
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar

B - PESSIMISMO

0. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro
1. Sinto-me com medo do futuro
2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

C - SENTIMENTO DE FRACASSO

0. Não tenho a sensação de ter fracassado
1. Sinto que tive mais fracassos que maioria das pessoas
2. Sinto que realizai muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos
3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

D - INSATISFAÇÃO

0. Não me sinto descontente com nada em especial
1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
1. Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente
2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
3. Sinto-me descontente com tudo

E - SENTIMENTO DE CULPABILIDADE

0. Não me sinto culpado de nada em particular
1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor
2. Sinto-me bastante culpado
2. Agora sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor
3. Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada

F - SENTIMENTO DE PUNIÇÃO

0. Não sinto que esteja a ser vitima de algum castigo
1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal
2. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
3. Sinto que mereço ser castigado
3. Quero ser castigado

G - ÓDIO A SI MESMO

0. Não me sinto descontente comigo
1. Estou desiludido comigo mesmo
1. Não gosto de mim
2. Estou bastante desgostoso comigo
3. Odeio-me

H - AUTO-ACUSAÇÕES

0. Não sinto que seja pior de que qualquer outra pessoa
1. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
2. Culpo-me das minhas próprias faltas
2. Acuso-me por tudo de mal que acontece

I - DESEJOS SUICIDAS

0. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo
1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
2. Sinto que seria melhor morrer
2. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida
3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade

J - CRISES DE CHORO

0. Actualmente não choro mais do que de costume
1. Choro agora mais do que costumava
2. Actualmente passo o tempo a chorar, mas nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

K - IRRITABILIDADE

0. Não ando agora mais irritado do que de costume
1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
2. Sinto-me permanentemente irritado
3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

L - AFASTAMENTO SOCIAL

0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros de que costumava ter
2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

M - INCAPACIDADE DE DECISÃO

0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
1. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões
2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda de outras pessoas
3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão

N - DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

0. Não acho que tenha pior aspecto do que de costume
1. Estou aborrecido por que estou a parecer velho ou pouco atraente
2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
3. Sinto que sou feio ou que tenho aspecto repulsivo

O - INCAPACIDADE DE TRABALHAR

0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar
1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava
2. Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for
3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

P - PERTURBAÇÕES DO SONO (ACORDAR PRECOCE)

0. Consigo dormir tão bem como tantos
1. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual
2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas

Q - FATIGABILIDADE

0. Não me sinto mais cansado do que é habitual
1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente
2. Fico cansado quando faço seja o que for
3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

R - PERDA DE APETITE

0. O meu apetite é o mesmo de sempre
1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser
2. Actualmente o meu apetite está pior do que anteriormente
3. Perdi completamente todo o apetite que tinha

S - PERDA DE PESO

0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum
1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso
2. Perdi mais do que 5 quilos de peso
3. Perdi mis do que 7,5 quilos de peso

T - HIPOCONDRIA

0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
1. Sinto-me preocupado com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo
2. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

Assinatura do Médico Data _/_/_

_____

A/E | PD = 30 + =
A/R | PD = 21 + =

A-R STAI

AUTOAVALIAÇÃO A (E/T)

ome..... Idade..... Sexo .....
M ou F

rofissão.....Habilitações .....Estado Civil.....

utros Dados..... Data _/_/_

INSTRUÇÕES

A-E A seguir encontrará algumas frases que se utilizam correntemente para nos descrevermos a nós próprios.

Leia cada frase e assinale a pontuação de 0 a 3 que melhor indique como V. se sente NESTE MOMENTO. Não á respostas "certas" nem "erradas". Não empregue demasiado tempo em cada frase e responda assinalando a sposta que melhor descreva a situação presente.

		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1.	Sinto-me calmo	0	1	2	3
2.	Sinto-me seguro	0	1	2	3
3.	Estou tenso	0	1	2	3
4.	Estou contrariado	0	1	2	3
5.	Sinto-me cómodo (estou à-vontade)	0	1	2	3
6.	Sinto-me alterado	0	1	2	3
7.	Estou preocupado neste momento por possíveis desgraças futuras	0	1	2	3
8.	Sinto-me descansado	0	1	2	3
9.	Sinto-me angustiado	0	1	2	3
10.	Sinto-me confortável	0	1	2	3
11.	Tenho confiança em mi próprio	0	1	2	3
12.	Sinto-me nervoso	0	1	2	3
13.	Estou inquieto	0	1	2	3
14.	Sinto-me muito "atado" (como que oprimido)	0	1	2	3
15.	Estou relaxado	0	1	2	3
16.	Sinto-me satisfeito	0	1	2	3
17.	Estou preocupado	0	1	2	3
18.	Estou aturdido e excitado	0	1	2	3
19.	Sinto-me alegre	0	1	2	3
20.	Neste momento sinto-me bem	0	1	2	3

VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES COM UMA ÚNICA RESPOSTA

Agora vire a folha e leia as instruções antes de começar a responder às frases

INSTRUÇÕES

A seguir encontrará algumas frases que se utilizam correntemente para nos descrevermos a nós próprios.
Leia cada frase e assinale a pontuação de 0 a 3 que melhor indique como V. se SENTE EM GERAL, na maioria das casiões. Não há respostas "certas" nem "erradas". Não empregue demasiado tempo em cada frase e responda ssinalando a resposta que melhor descreva como V. se sente geralmente.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
21. Sinto-me bem	0	1	2	3
22. Canso-me rapidamente	0	1	2	3
23. Sinto vontade de chorar	0	1	2	3
24. Gostava de ser tão feliz como os outros	0	1	2	3
25. Perco oportunidades por não me decidir rapidamente	0	1	2	3
26. Sinto-me cansado	0	1	2	3
27. Sou uma pessoa tranquila, serena e sossegada	0	1	2	3
28. Vejo as dificuldades amontoarem-se e não posso com elas	0	1	2	3
29. Preocupo-me em demasia por coisas sem importância	0	1	2	3
30. Sou feliz	0	1	2	3
31. Costumo levar as coisas demasiado a sério	0	1	2	3
32. Falta-me confiança em mim próprio	0	1	2	3
33. Sinto-me seguro	0	1	2	3
34. Não costumo enfrentar as crises ou dificuldades	0	1	2	3
35. Sinto-me triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estou satisfeito	0	1	2	3
37. Rodeiam-me e incomodam-me pensamentos sem importância	0	1	2	3
38. Afectam-me tanto os desenganos, que não os posso esquecer	0	1	2	3
39. Sou uma pessoa estável	0	1	2	3
40. Quando penso sobre assuntos e preocupações actuais, fico tenso e agitado	0	1	2	3

VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES COM UMA ÚNICA RESPOSTA

ESCALAS DE EXPERIÊNCIA SEXUAL

Um questionário sobre a sua experiência sobre sexualidade

QUESTIONÁRIO MASCULINO

INSTRUÇÕES

Este questionário tem por objectivo, obter as suas ideias e sensações tendo em conta os aspectos da sua sexualidade e o seu comportamento sexual.

Responda às questões marcando uma cruz na resposta que estiver mais de acordo com a sua opinião ou comportamento.

Se a escolha entre duas respostas for difícil, escolha o que você sente ou faz a maior parte das vezes (com mais frequência).

Vai encontrar uma lista de diversas questões sobre actividade sexual. É possível que você esteja totalmente de acordo com alguma delas, e discorde com outras. Em qualquer dos casos pode ter a certeza que muitas pessoas têm a mesma opinião sobre este assunto.

Indique se concorda ou não marcando uma das possibilidades dadas, se não for capaz de decidir, marque "neutro".

Não há respostas "certas" ou "erradas" às questões e afirmações. A sua resposta é boa desde que represente a sua opinião pessoal sobre sexualidade e o seu comportamento sexual.

Quando as palavras "casamento", "marido", "esposa" são usadas, elas também se referem a casais que vivem juntos numa relação estável.

Não pense durante muito tempo antes de responder, dê a sua opinião.

Não omita nenhuma questão. Tente ser o mais honesto possível.

Se tiver alguma dúvida sobre algum dos itens, pergunte.

DADOS PESSOAIS

Antes de preencher o questionário, queremos saber alguns dados pessoais.

Preencha ou marque uma cruz na resposta que achar mais certa.

1. Idade: ___ anos
2. Estado Civil:
   - [ ] Solteiro, sem companheiro
   - [ ] Solteiro, sem companheiro estável
   - [ ] Solteiro, com companheiro estável
   - [ ] Casado ou a viver junto (0-2 anos)
   - [ ] Casado ou a viver junto (2-5 anos)
   - [ ] Casado ou a viver junto (5-10 anos)
   - [ ] Casado ou a viver junto (10-15 anos)
   - [ ] Casado ou a viver junto (15-25 anos)
   - [ ] Casado ou a viver junto (+ 25 anos)
3. Como descreve a sua convicção religiosa?
   - [ ] Fortemente convicto
   - [ ] Muito convicto
   - [ ] Pouco convicto
   - [ ] Sem convicção

S E S - 1

1 - Ter relações sexuais antes do casamento, antecipa as "coisas" e deteriora muito a beleza do casamento.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

2 - Aprovo que as crianças andem na praia nuas.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

3 - Para as pessoas casadas, é mais importante que a vida no lar corra calmamente do que ter uma vida sexual satisfatória.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

4 - Quando se está apaixonado, as relações antes do casamento são perfeitamente naturais.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

5 - Separando as relações sexuais da ideia de ter filhos (paternidade) é puro egoísmo.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

6 - Quando se fala muito sobre sexualidade aos jovens eles podem ser levados com mais facilidade a experimentá-lo.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

7 - É aceitável que um casal comprometido, tenha relações sexuais.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

8 - Os pais deviam proibir brincadeiras sexuais às crianças.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

9 - Nunca poderia apaixonar-me por uma mulher que já tivesse tido várias experiências sexuais.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

0 - Antes do casamento é seu dever perante a sua companheira, saber controlar-se sexualmente.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

1 - O envolvimento do companheiro numa actividade para obter um bom salário é mais importante do que estar disponível para as necessidades sexuais da sua companheira.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

2 - Os pais deviam dizer aos filhos adolescentes que é melhor controlarem-se do que masturbarem-se.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

3 - Os jovens que têm relações sexuais antes do casamento não se respeitam uns aos outros.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

4 - É bom para os filhos verem os pais nus.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] completamente em desacordo

5 - Um rapaz que gosta duma rapariga deve controlar-se sexualmente.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

6 - A prática muito frequente de relações sexuais faz perder o respeito uns pelos outros.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

7 - As pessoas deviam controlar-se durante o orgasmo (satisfação sexual completa) evitando gemer e outras manifestações de satisfação.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

8 - A primeira relação sexual foi com uma rapariga que eu.

[ ] conhecia muito superficialmente na altura
[ ] conhecia um pouco
[ ] conhecia bem
[ ] com quem namorava
[ ] com quem era casado

9 - Tinha relações sexuais antes do casamento.

[ ] muito frequentemente
[ ] frequentemente
[ ] às vezes
[ ] raramente
[ ] nunca

0 - Com quantas mulheres teve relações antes do casamento.

[ ] nenhuma
[ ] só com a mulher com quem casei
[ ] uma ou duas mulheres
[ ] entre três e cinco mulheres
[ ] seis ou mais mulheres

1 - Um programa de TV mostrando um homem ou uma mulher nus, não deveria ser autorizado nem sequer pela noite dentro.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

S E S - 2

2 - Na sua opinião ler descrições extensivas sobre sexo em romances é:

[ ] muito agradável
[ ] um pouco agradável
[ ] um pouco desagradável
[ ] muito desagradável

3 - Poderia facilmente ser estimulado sexualmente por uma mulher que tem muita experiência sexual.

[ ] sim, sem dúvida
[ ] sim
[ ] neutro
[ ] não
[ ] de modo algum

4 - Na sua opinião ver um programa de TV com muito nudismo é:

[ ] muito agradável
[ ] agradável
[ ] desagradável
[ ] muito desagradável

5 - Tem fantasias (imaginações) sexuais.

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] poucas vezes
[ ] nunca

6 - Na sua opinião ver fotografias ou desenhos sexualmente excitantes é:

[ ] muito agradável
[ ] agradável
[ ] desagradável
[ ] muito desagradável

7 - Namoriscar com mulheres atraentes.

[ ] gosta muito
[ ] gosta um pouco
[ ] não gosta
[ ] detesta

8 - Por vezes folheia um romance à procura de passagens eróticas?

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] poucas vezes
[ ] nunca

9 - Gosta de ser notado aos olhos das mulheres?

[ ] muito
[ ] um pouco
[ ] não muito
[ ] nada

10 - Na sua opinião ter fantasias (imaginações) sexuais é:

[ ] muito agradável
[ ] agradável
[ ] desagradável
[ ] muito desagradável

1 - Se um filme mostrasse todos os detalhes da relação sexual.

[ ] gostaria muito de o ver
[ ] seria agradável vê-lo
[ ] seria desagradável
[ ] seria muito desagradável

2 - Em certas circunstâncias pode passar sem satisfação sexual (seja relação sexual ou masturbação) durante muito tempo.

[ ] com muita dificuldade
[ ] com alguma dificuldade
[ ] sem muita dificuldade
[ ] sem nenhuma dificuldade

3 - Quando anda na rua repara nas mulheres sexualmente atraentes?

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

4 - Excita-se por ver cenas eróticas num filme romântico?

[ ] muitíssimo
[ ] muito
[ ] um pouco
[ ] levemente
[ ] nada

5 - Fica excitado sexualmente com descrições sobre sexo num romance?

[ ] fortemente
[ ] sim
[ ] levemente
[ ] pouco
[ ] nada

6 - Alguns homens têm fantasias (imaginações), durante as relações sexuais, outros não. Com que frequência pensa noutras mulheres em vez da sua companheira durante a relação.

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

S E S - 3

7 - Quando se é casado, não há mal nenhum de vez em quando estar apaixonado por outra pessoa.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

8 - Uma relação de amor livre (sem compromisso) entre homem e mulher é preferível do que a relação duradoura do casamento.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

9 - As relações sexuais em todos os casamentos acabam por se tornar uma obrigação?

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

0 - Quando se é casado é obrigatório ter relações extraconjugais.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

1 - Com o passar do tempo algumas pessoas começam a achar o casamento opressivo.

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] em desacordo
[ ] completamente em desacordo

As questões seguintes dizem respeito ao seu casamento e à sua ligação estável. Dê opiniões sinceras, mesmo sobre aspectos menos bem sucedidos para ambos.

2 - Está satisfeito com o afecto e o amor que a sua companheira demonstra?

[ ] insatisfeito
[ ] poderia ser melhor
[ ] mais ou menos
[ ] satisfeito
[ ] completamente satisfeito

3 - Está satisfeito com a compreensão que a sua companheira demonstra pelos seus problemas e sentimentos?

[ ] insatisfeito
[ ] poderia ser melhor
[ ] mais ou menos
[ ] satisfeito
[ ] completamente satisfeito

4 - Se pudesse começar tudo de novo

[ ] casava com a mesma mulher
[ ] casava com outra
[ ] não casava

5 - Com que frequência tem conflitos no seu casamento, comparando com outros casamentos que conhece.

[ ] muito frequentemente
[ ] frequentemente
[ ] igual
[ ] menos frequentemente
[ ] muito menos frequentemente

6 - Está sexualmente adequado à sua companheira.

[ ] muito bem
[ ] razoavelmente bem
[ ] mais ou menos
[ ] poderia estar melhor
[ ] não muito bem

7 - Na sua opinião falar da relação sexual com a sua companheira é:

[ ] muito difícil
[ ] um pouco difícil
[ ] não muito difícil
[ ] nada difícil

8 - A sua companheira é sexualmente inibida e pudica.

[ ] muito fortemente
[ ] fortemente
[ ] mais ou menos
[ ] um pouco
[ ] nada

9 - Está satisfeito com a vida sexual que tem com a sua companheira.

[ ] insatisfeito
[ ] poderia ser melhor
[ ] mais ou menos
[ ] razoavelmente satisfeito
[ ] completamente satisfeito

0 - Desde que está casado, os seus sentimentos de afecto e amor em relação à sua companheira.

[ ] diminuíram muito
[ ] diminuíram um pouco
[ ] mantêm-se
[ ] aumentaram um pouco
[ ] aumentaram muito

1 - Quantas vezes nos últimos seis meses teve desejo de ter ralações sexuais com outra mulher?

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

2 - É feliz no seu casamento?

[ ] extremamente feliz
[ ] muito mais feliz do que os outros
[ ] um pouco mais do que a média
[ ] na média
[ ] um pouco menos do que a média
[ ] muito menos do que a maior parte
[ ] muito infeliz

3 - Quantas vezes se arrependeu do seu casamento.

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

4 - A seguir encontra uma lista de aspectos sobre relações sexuais, com os quais muitos homens se sentem infelizes. Marque <u>todos</u> com os quais se sente relativamente insatisfeito nas suas relações sexuais com a sua companheira (aqui é permitido dar mais do que uma resposta).

[ ] A minha companheira raramente quer ter relações sexuais
[ ] Ela quer relações sexuais muitas vezes
[ ] Ela não se empenha suficientemente nos antecedentes sexuais
[ ] Ela mostra falta de entusiasmo pelo sexo
[ ] Ela não se preocupa muito pelos meus desejos e preferências sexuais
[ ] Ela tem muitas vezes dificuldade em manter-se ou ficar excitada durante as relações
[ ] As relações são muitas vezes dolorosas para ela
[ ] Ela atinge o orgasmo (satisfação sexual completa) muito lentamente
[ ] Ela nem sempre consegue atingir o orgasmo (satisfação sexual completa)

S E S - 4

5 - Na sua opinião beijar na boca com a língua.

[ ] não é nada agradável
[ ] não muito agradável
[ ] mais ou menos agradável
[ ] um pouco agradável
[ ] muito agradável

6 - Dá consigo a pensar que gostaria que o sexo não existisse.

[ ] muitas vezes
[ ] algumas vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

7 - Fica sexualmente excitado durante as carícias e outros jogos amorosos antes da relação.

[ ] muitas vezes
[ ] algumas vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

8 - Se a sua companheira não se preocupasse com o sexo isso seria

[ ] muito desagradável
[ ] um pouco desagradável
[ ] nada desagradável
[ ] de modo nenhum desagradável

9 - Pensamentos sobre o sexo assustam-no um pouco

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

0 - Na sua opinião carícias prolongadas e extensas são:

[ ] muito agradáveis
[ ] agradáveis
[ ] mais ou menos agradáveis
[ ] não muito agradáveis
[ ] desagradáveis

1 - Sente-se sexualmente inibido.

[ ] muito fortemente
[ ] fortemente
[ ] mais ou menos
[ ] um pouco
[ ] nada

2 - Os vossos estímulos e carícias prévios à relação são:

[ ] quase sempre curtos
[ ] às vezes curtos, às vezes longos
[ ] quase sempre longos

3 - Quando a sua companheira acaricia o seu corpo, na sua opinião é:

[ ] desagradável
[ ] não muito agradável
[ ] mais ou menos agradável
[ ] um pouco agradável
[ ] muito agradável

5 - Tenho dificuldade em sentir-me sexualmente excitado durante os estímulos sexuais anteriores à relação.

[ ] quase sempre
[ ] frequentemente
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

6 - Na sua opinião quanto tempo pensa que dura em média os estímulos sexuais antes do coito começar na relação sexual.

[ ] dois minutos ou menos
[ ] três a cinco minutos
[ ] seis a dez minutos
[ ] onze a quinze minutos
[ ] dezasseis a vinte minutos
[ ] vinte e um a vinte e cinco minutos
[ ] mais de vinte e cinco minutos

7 - Alguns homens têm muita pouca necessidade de ter relações sexuais, outros muita. Com que frequência gostaria de ter relações sexuais?

[ ] menos de uma vez por mês
[ ] uma vez por mês
[ ] duas a três vezes por mês
[ ] uma vez por semana
[ ] duas ou três vezes por semana
[ ] quatro ou mais vezes por semana

8 - Eu sou muito passivo durante as relações sexuais.

[ ] quase sempre
[ ] frequentemente
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

9 - Sente-se um pouco indiferente e frio durante as relações sexuais?

[ ] quase sempre
[ ] frequentemente
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

0 - O que acha da sua companheira ser muito activa durante as relações sexuais?

[ ] muito agradável
[ ] relativamente agradável
[ ] agradável
[ ] não muito agradável
[ ] desagradável

1 - Sente-se um pouco nervoso e tenso durante as relações sexuais?

[ ] quase sempre
[ ] frequentemente
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

2 - Para si estar completamente nu durante as relações sexuais é:

[ ] muito agradável
[ ] inteiramente agradável
[ ] razoavelmente agradável
[ ] não muito agradável
[ ] desagradável

3 - Gosta de experimentar diferentes posições durante as relações sexuais?

[ ] muito agradável
[ ] agradável
[ ] um pouco agradável
[ ] muito desagradável

4 - Tem relações sexuais se tiver oportunidade às vezes durante o dias ou em qualquer sítio que não seja a cama?

[ ] muitas vezes
[ ] às vezes
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

5 - Eu considero que acariciar os órgãos genitais (sexuais) femininos com a boca é:

[ ] muito agradável
[ ] relativamente agradável
[ ] um pouco desagradável
[ ] muito desagradável

6 - Com que frequência tem tido relações sexuais ultimamente.

[ ] menos de uma vez por mês
[ ] uma vez por mês
[ ] duas a três vezes por mês
[ ] uma vez por semana
[ ] duas ou três vezes por semana
[ ] quatro ou mais vezes por semana

7 - Geralmente as relações sexuais com a sua companheira são:

[ ] muito agradáveis
[ ] agradáveis
[ ] mais ou menos agradáveis
[ ] não muito agradáveis
[ ] desagradáveis

8 - Alguns homens raramente ou nunca têm um clímax (satisfação sexual máxima), outros têm muitas vezes ou sempre. Em média com que frequência tem satisfação completa (orgasmo) durante as relações sexuais (tente dar uma resposta certa).

[ ] zero vezes em dez
[ ] uma ou duas vezes em dez
[ ] três a cinco vezes em dez
[ ] seis a sete vezes em dez
[ ] oito a nove vezes em dez
[ ] dez vezes ou mais em dez

9 - Na sua opinião esta média é:

[ ] muito pouco
[ ] não é suficiente
[ ] suficiente

0 - Muitos homens têm necessidade de certas fantasia (imaginações) para atingirem o orgasmo (satisfação sexual completa).

[ ] completamente de acordo
[ ] de acordo
[ ] neutro
[ ] não completamente de acordo
[ ] completamente em desacordo

1 - Atinge o orgasmo (satisfação sexual completa) durante as relações sexuais?

[ ] nunca
[ ] raramente
[ ] de vez em quando
[ ] com frequência
[ ] sempre

2 - Eu procuro obter o orgasmo (satisfação sexual completa).

[ ] muito frequentemente
[ ] frequentemente
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

3 - Depois de ter tido relações sexuais, sinto-me um pouco em baixo (física ou psicologicamente).

[ ] muito frequentemente
[ ] frequentemente
[ ] de vez em quando
[ ] raramente
[ ] nunca

F I M

POR FAVOR, VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES