

Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina

Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção Eréctil

Autor: Joana Filipa Leitão Valente da Costa

Mestrado Integrado em Medicina – 6º Ano Profissionalizante

joanaleitaocosta@gmail.com

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto /
Centro Hospitalar do Porto

Endereço: Largo Prof. Abel Salazar, 2, 4099-003 Porto

Orientador: Nuno Rossano Monteiro Louro

Assistente Hospitalar de Urologia

Centro Hospitalar do Porto

Porto 2010

ÍNDICE

Resumo	3
Introdução	4
Factores Psicossociais	8
Psicoterapia Sexual	10
Conclusão	16
Referências Bibliográficas	18
Anexos	22

RESUMO

Introdução: A Disfunção Erétil constitui actualmente uma doença bastante prevalente com várias causas etiológicas. Várias evidências demonstraram que factores psicológicos encontram-se envolvidos num número substancial de casos de Disfunção Erétil, isoladamente ou em combinação com causas orgânicas. A contrastar com o avanço notável da terapêutica medicamentosa oral, a literatura científica sobre Psicoterapia Sexual no tratamento da Disfunção Erétil é bastante limitada.

Objectivos: O objectivo deste trabalho é elaborar uma revisão bibliográfica sobre a importância e eficácia da Psicoterapia Sexual como componente do tratamento da Disfunção Erétil e compará-la com outras opções terapêuticas e descrever alguns factores psicossociais e como estes se podem tornar barreiras na eficácia do tratamento desta patologia.

Desenvolvimento: Actualmente surgem cada vez mais estudos que enfatizam a relevância dos factores psicossociais como causa e consequência (agravamento da auto-estima, da ansiedade, da depressão, da relação conjugal) da Disfunção Erétil, bem como o papel da Psicoterapia Sexual isoladamente ou como co-adjuvante no tratamento vulgarmente instituído desta patologia (agentes orais, terapêuticas locais, dispositivos de vácuo, cirurgia vascular e prótese peniana). Esta componente psicológica do tratamento usa, principalmente, métodos cognitivo-comportamentais e revela-se bastante eficaz (admitindo que não existe nenhuma causa médica subjacente para a disfunção), apresentando os seguintes princípios: educar sobre o sexo e os factores que o afectam, encorajar a discussão aberta dos sentimentos e diminuir a ansiedade e o embaraço, tratar o casal em conjunto e sugerir comportamentos e atitudes sexuais. Vários estudos científicos conseguiram demonstrar que a Psicoterapia Sexual, isoladamente, melhora a Disfunção Erétil, bem como a combinação desta com um inibidor da 5-fosfodiesterase (o citrato de sildenafil).

Conclusão: Apesar da proliferação de investigações a nível do tratamento médico até agora, em comparação com a Psicoterapia Sexual, é plausível declarar que esta constitui uma opção de tratamento legítima, senão até mesmo uma terapêutica de primeira linha na Disfunção Erétil.

Palavras-Chave: “Disfunção Erétil”, “Psicoterapia Sexual”, “Factores Psicossociais”, “Satisfação Sexual”, “Satisfação da Parceira”, “Terapia de Casal”

INTRODUÇÃO

A actividade sexual causa um grande impacto no indivíduo, no seu companheiro/cônjuge e na qualidade da relação do casal. Segundo a DSM-IV-TR, a disfunção sexual é caracterizada pelo distúrbio no processo que caracteriza o ciclo da resposta sexual ou pela dor associada à relação sexual (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000). A importância da compreensão e tratamento dos distúrbios sexuais não pode ser ignorada, uma vez que as queixas relacionadas com a interacção sexual constituem, actualmente, um dos principais motivos de procura de auxílio nos profissionais de saúde (O'Donohue *et al.*, 1999).

A função sexual no indivíduo saudável constitui um processo que depende da coordenação de factores endócrinos, vasculares, neurológicos e psicológicos (Melnik & Abdo 2005; Burnett 2006). Estudos recentes demonstram que os factores psicológicos encontram-se envolvidos num número substancial de casos de Disfunção Erétil (DE), isoladamente ou em combinação com causas orgânicas. No entanto, contrastando com o avanço desenvolvido em intervenções médicas (mais propriamente na medicação oral), a literatura científica relativa à Psicoterapia Sexual no tratamento da DE é bastante limitada (Melnik *et al.*, 2008, McCabe *et al.*, 2008).

Segundo a DSM-IV-TR (2000) a DE é definida como a incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma erecção peniana suficiente para permitir uma actividade sexual satisfatória, causando mal-estar acentuado ou dificuldades interpessoais (ver quadro 1). A DE pode ser caracterizada tendo em conta o início (primária/adquirida), contexto (generalizada/situacional) e factores etiológicos (psicológicos/combinados). A maioria dos casos de DE surge após um período de funcionamento sexual “normal” (tipo adquirido), podendo estar associados a diversos precipitantes de cariz psicossocial ou médico/biológico. A ausência completa de qualquer resposta erétil é rara, sendo comum a presença de uma erecção parcial não suficiente para a penetração vaginal, ou a existência de erecção completa que habitualmente é perdida aquando da aproximação da penetração vaginal. Nalguns casos a erecção pode ser suficiente para a penetração, mas diminui em seguida, não permitindo a continuação da penetração. De acrescentar que a existência de DE não impossibilita a ejaculação, que pode ocorrer na ausência de uma erecção completa. A DE pode ainda verificar-se em todo o tipo de actividade sexual (tipo generalizado) ou manifestar-se apenas em determinadas situações (relação sexual *versus* masturbação) ou

com determinados parceiros (parceiro habitual *versus* parceiro ocasional). Neste último caso a etiologia é obrigatoriamente psicológica, sendo que no primeiro a investigação de eventuais factores orgânicos é aconselhada.

De realçar o facto de diversas investigações terem demonstrado a tendência comum dos homens, com esta disfunção, para subavaliar a sua resposta erétil no decurso da actividade sexual. Este dado chama a atenção para a importância da avaliação da tumescência peniana nocturna (NPT), de forma a objectivar a existência de dificuldades erécteis, podendo ser bastante útil na determinação da implicação de factores etiológicos de origem orgânica (sempre que o sujeito não identifique resposta de erecção em nenhuma circunstância) (Nobre 2006).

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para a Disfunção Erétil no Homem (302.72)

<p>A. Incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada erecção até completar a actividade sexual.</p> <p>B. A perturbação causa acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal.</p> <p>C. A disfunção sexual não é melhor explicada por outra perturbação do Eixo I (excepto outra disfunção sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou um estado físico geral.</p> <p><i>Especificar tipo:</i></p> <p>Tipo Primário</p> <p>Tipo Adquirido</p> <p><i>Especificar tipo:</i></p> <p>Tipo Generalizado</p> <p>Tipo Situacional</p> <p><i>Especificar:</i></p> <p>Devido a Factores Psicológicos</p> <p>Devido a Factores Combinados</p>

A prevalência da DE aumenta progressivamente com a idade (Latini *et al.*, 2006; Levine 2003; Martin-Morales *et al.*, 2007), contudo não é uma consequência inevitável do envelhecimento. A amplitude da definição da DE, a coexistência de múltiplos factores de risco no mesmo doente, aliada à omissão deste sintoma por parte dos

doentes (foi estimado que aproximadamente 55% de doentes com DE não comunicam este distúrbio ao seu médico, McCabe *et al.*, 2008) tornam a estimativa da sua prevalência muito difícil. Globalmente, a DE afecta 52% de homens entre os 40 e os 70 anos de idade (Banner *et al.*, 2007) e estima-se que, nos EUA, esta condição atinja, aproximadamente, metade dos homens com 60 anos e dois terços dos homens com 70 anos (Levine 2003). Num estudo de Galvão-Teles e colaboradores, a prevalência total da DE, em Portugal, foi de 48,1%. Foi ainda demonstrado neste estudo o aumento da prevalência e da severidade com a idade: 29%, 50% e 74% em homens com 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 a 69 anos, respectivamente, e 1%, 2% e 10% de DE completa nos mesmos grupos etários (Galvão-Teles *et al.*, 2008).

Referências relativas à influência das variáveis demográficas na resposta eréctil indicam, para além do já referido efeito negativo da idade, uma maior frequência desta disfunção em indivíduos divorciados ou viúvos comparativamente aos casados e uma tendência, ainda que não significativa, para uma diminuição desta dificuldade em função do aumento do nível educacional (Laumann *et al.*, 1999; Galvão-Teles *et al.*, 2008).

Relativamente à co-morbilidade da DE com outras dificuldades sexuais, diversas são as observações clínicas chamando a atenção para a associação desta perturbação com o desejo sexual hipoactivo e com a ejaculação prematura. Embora não existam dados científicos, estima-se que um terço dos casos de DE avaliados nos últimos anos apresente baixo desejo sexual (Nobre 2006).

Durante um longo período de tempo a DE foi classificada em dois tipos: orgânica e psicogénica. Actualmente, reconhece-se que apenas uma minoria dos casos são puramente orgânicos ou puramente psicogénicos, sendo a maioria dos casos classificada como mista. Estes últimos tendem a ser usualmente diagnosticados na meia-idade, os psicogénicos ocorrem em idades mais jovens enquanto que os orgânicos na população mais idosa (Levine 2003). Os estudos acerca da etiologia da DE têm permitido conhecer um conjunto diverso de factores de vulnerabilidade e manutenção quer de origem orgânica quer de natureza psicossocial.

De uma forma sucinta, podemos referir, como principais factores de risco biológico, as alterações nos sistemas endocrinológico, cardiovascular e neurológico, bem como os efeitos de medicação (Burnett 2006). Níveis baixos de testosterona têm sido desde cedo associados às dificuldades erécteis, apesar do seu efeito directo não ter sido consistentemente demonstrado (este efeito é mais visível no desejo sexual e na

excitação subjectiva do que propriamente na erecção). Por outro lado, as doenças vasculares constituem um factor etiológico directo com amplo suporte científico. Sendo a erecção um fenómeno essencialmente vascular, é fácil compreender os efeitos negativos de diversas patologias nos sistemas arterial ou venoso, nomeadamente, doença coronária, aterosclerose, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e síndrome metabólica, entre outras. Estas constituem as causas etiológicas mais comuns da DE que, nalguns casos, pode representar o sinal mais precoce de doenças cardiovasculares sistémicas ocultas (Billups 2005; Thompson *et al.*, 2005). Relativamente às patologias neurológicas, doenças como a epilepsia, esclerose múltipla, diabetes mellitus ou lesões na espinal medula estão fortemente associados a dificuldades erécteis. Em particular a diabetes mellitus, pelos seus potenciais efeitos, não só a nível neurológico como também relativamente aos sistemas vascular e endócrino, assume especial destaque como factor etiológico (Weinhardt & Carey 1996; Corona *et al.*, 2004). Ficou ainda demonstrado que a DE induzida pela diabetes estava significativamente associada a distúrbios emocionais e psicossociais no doente (Penson *et al.*, 2003). Cirurgias pélvicas major podem lesar os nervos ou os vasos próximos do pénis, causando DE (Zippe *et al.*, 2006), estando descrita uma incidência de até 100% desta complicação (Wagner & Russo 2000). De igual forma, a radioterapia pélvica também pode provocar DE permanente, numa incidência que varia entre 15% a 60% (Zelefsky *et al.*, 1999; Wernicke *et al.*, 2004). No que concerne ao consumo abusivo de substâncias, várias evidências sugeriram uma associação com o consumo de álcool (sobretudo em doses excessivamente elevadas, ou como efeito de alcoolismo crónico através da implicação do sistema neurológico). Por último, o efeito negativo de múltiplos fármacos, nomeadamente a medicação anti-depressiva e anti-hipertensiva tem sido amplamente demonstrado (Nobre 2006). A obtenção do hemograma completo, urina tipo II, função renal, glicemia em jejum, perfil lipídico, prolactina e testosteronas livre e total podem ser de grande utilidade no despiste de patologias com relação causal à DE (Zamboni 2006).

A DE de causa psicogénica deve-se, predominantemente, a factores psicológicos e interpessoais, sendo determinada excluindo-se todos os doentes com etiologia orgânica claramente definida (Banner *et al.*, 2007). As suas principais causas podem ser divididas em três grupos, cada um correspondendo a uma diferente fase temporal: (1) factores imediatos (ansiedade); (2) eventos de vida recentes e (3) vulnerabilidades desenvolvidas durante a infância e a adolescência (Melnik & Abdo, 2005). Segundo

alguns estudos epidemiológicos, a etiologia exclusivamente psicogénica é encontrada em cerca de 40% dos homens com DE (Aydin *et al.*, 2001; Caspari *et al.*, 1999).

De facto, está mais do que reconhecido que a DE, na maioria dos casos, advém de uma mistura de causas orgânicas e psicogénicas; no entanto, a sua abordagem simplista muitas vezes negligencia a complexidade de muitos casos desta condição clínica. Enquanto terapias locais, cirúrgicas e agentes orais podem desempenhar um papel importante, profissionais de saúde devem reconhecer e tentar determinar o contexto psicológico e interpessoal destes doentes.

FACTORES PSICOSSOCIAIS

A DE tem um impacto substancial na qualidade de vida do homem, bem como na sua auto-estima, levando-o a construir um auto-conceito distorcido de homem e de ser sexual; não só afecta a sua intimidade emocional como também interfere nas interacções com mulheres (ou outros potenciais parceiros), familiares e amigos, criando ainda problemas psicossociais que mantêm e agravam o distúrbio sexual (Burnett 2006; Latini *et al.*, 2002; Latini *et al.*, 2006). Muitas vezes a DE leva à cessação de toda a actividade sexual, incluindo demonstrações de afecto e intimidade que, por sua vez, resulta na diminuição do desejo sexual tanto no doente como na sua parceira e na criação de conflitos relacionais (Dean *et al.*, 2006).

No estudo desenvolvido por Latini e restantes colaboradores foram comparados padrões psicossociais por severidade da DE, concluindo-se que homens com DE severa apresentavam características psicológicas mais proeminentes (baixa satisfação física e emocional, mais depressão, baixa auto-estima, menos interacção social, relacionamento conjugal disfuncional) do que os com DE mais ligeira e que o aspecto psicológico onde se encontrou uma disparidade mais pronunciada foi a auto-eficácia sexual (Latini *et al.*, 2006). Esta característica foi avaliada através de um questionário que incluiu 25 perguntas relativas ao nível de confiança sobre vários aspectos da experiência sexual, nomeadamente sentir-se sexualmente desejado pelo parceiro, iniciar actividades sexuais, estimular o parceiro a ter um orgasmo sem penetração, bem como questões específicas da erecção: confiança em obter uma erecção suficiente para a actividade sexual num período de tempo razoável, manter uma erecção durante a relação sexual até alcançar o orgasmo e conseguir erecções matinais e através da masturbação. Homens no grupo da DE severa alcançaram resultados inferiores relativamente aos da DE ligeira.

Relativamente aos factores psicossociais, diversos estudos científicos defendem a influência de determinantes temperamentais (por exemplo, personalidade introvertida, ansiosa e anti-social, traumas ou abuso sexuais precoces, conflitos na identidade sexual, conceitos religiosos e falta de educação sexual) e de variáveis cognitivo-afectivas que envolvem um estilo atribucional autocrítico, expectativas negativas relativamente ao desempenho sexual, humor negativo e foco da atenção em estímulos não eróticos na origem da DE (Weisberg *et al.*, 2001). Por outro lado, atitudes sexuais negativas e conservadoras e crenças em mitos sexuais parecem também desempenhar um papel na etiologia da DE (Althof & Wieder, 2004). Para além destes aspectos intra-pessoais, as dificuldades de relacionamento e má comunicação com a parceira têm também demonstrado estar relacionadas com a DE (Dean *et al.*, 2006).

Relativamente aos dados clínicos, são de realçar os trabalhos de Adams, Pinto-Gouveia e Nobre, onde se defende que os homens com DE possuem um conjunto de mitos e conceitos inadequados acerca da sexualidade; entre estes mitos destacam-se as ideias de que: “um homem está sempre interessado e pronto para o sexo”, “um verdadeiro homem é sexualmente funcional”, “sexo equivale a penetração”, “sexo requer uma erecção (Adams *et al.*, 1996; Pinto-Gouveia 2006; Nobre 2006). Segundo Zilbergeld (1999), um homem que possua este conjunto de crenças erróneas acerca da sexualidade é mais susceptível de desenvolver ideias catastróficas acerca das consequências de um eventual insucesso sexual. Perante estas situações, homens com crenças elevadas nos mitos acima descritos desenvolvem habitualmente ideias negativas acerca de si próprios: “sou menos do que um homem”, “sou um fracasso sexual”. Estas crenças e consequentes auto-conceitos negativos não só predispoem estes homens para o desenvolvimento de dificuldades erécteis, como desempenham um papel central na manutenção do distúrbio.

Recentemente, Nobre desenvolveu um estudo sobre o papel de vários determinantes cognitivos e emocionais na predisposição e manutenção da DE, nomeadamente, auto-esquemas cognitivos (generalizações cognitivas relativamente a aspectos sexuais do próprio desenvolvidos através de experiências de vida prévias), crenças sexuais e pensamentos automáticos (Nobre 2010). Os resultados de tal estudo definiram que as crenças de disfunção sexual actuam como factores predisponentes, estipulando as regras condicionantes para a activação dos esquemas cognitivos negativos (por exemplo, esquemas de incompetência: “sou incapaz”, “sou ineficaz”); estes esquemas negativos, uma vez activados, guiam os pensamentos automáticos e as

respostas emocionais numa direcção congruente, prejudicando o processo de estimulação erótica e interferindo negativamente com a resposta sexual. A crença com maior importância é o “macho-mito”: homens com crenças mais fortes sobre infalibilidade sexual (alta frequência de actividade sexual, manutenção de erecções em qualquer circunstância, satisfação de todas as mulheres, etc) são mais propensos a activar esquemas cognitivos de incompetência quando expostos a experiências sexuais mal sucedidas. Uma vez activadas, estes esquemas facilitam o desenvolvimento de pensamentos focados na performance sexual, isto é, na resposta eréctil, prejudicando o processamento da estimulação erótica, o que diminui a frequência de pensamentos e imagens sexuais. Este conjunto de pensamentos focados na performance sexual e, possivelmente, consequências negativas do fracasso eréctil, associado à falta de pensamentos eróticos e humor depressivo, interferem negativamente na resposta eréctil (Nobre 2010).

PSICOTERAPIA SEXUAL

Diversas abordagens terapêuticas têm sido utilizadas para tratar a DE, incluindo uma variedade de agentes farmacológicos orais, terapêuticas intracavernosa e intrauretral, dispositivos de vácuo, cirurgias vasculares e colocação de próteses penianas (Wespes *et al.*, 2002). Desde a introdução dos inibidores da fosfodiesterase-5 (nomeadamente do citrato de sildenafil, do tadalafil e do vardenafil) no mercado farmacêutico, tratar a DE tornou-se bastante simples, resumindo-se a uma prescrição. A sua eficácia, segurança e boa tolerância possibilitaram o seu uso amplamente disseminado, sendo hoje considerados de primeira linha no tratamento médico da DE (Martin-Morales *et al.*, 2007; Dean *et al.*, 2006). Contudo, apenas um terço dos homens se encontra satisfeito com estes fármacos (Ansong *et al.*, 1998), facto que é explicado pela inadequada informação e aconselhamento durante o seguimento (Gruenwald *et al.*, 2006). Portanto, para além do tratamento médico, a Psicoterapia Sexual (PS) deveria ser considerada em todos os doentes, independentemente da etiologia (Banner *et al.*, 2007). Em alguns casos a PS, isoladamente, pode ser suficiente para aliviar os sintomas, quando o diagnóstico médico exclui causas orgânicas. No entanto, também se pode tornar útil na presença de condições orgânicas, quando o uso de medicação oral é aconselhada mas o doente mostra-se relutante em aceitá-la, por factores emocionais ou relacionais, pondo em risco a compliance e o sucesso do tratamento (Burnett, 2006).

A PS como tratamento da DE remonta ao século XIX. Na viragem do século XX defendia-se uma intervenção comportamental directa e, mais tarde, assistiu-se à emergência da psicanálise como influência dominante; os problemas sexuais até aí eram considerados resultado de distúrbios da personalidade e, portanto, a forma mais eficaz de tratamento era a psicanálise freudiana, que focava os conflitos sexuais da infância do doente. Nas décadas de 1950 e 1960 foi estabelecida a terapia comportamental moderna, focada em técnicas psicológicas para tratar estados de ansiedade e outras fobias. Em 1970, Master & Johnson desenvolvem um modelo psico-educacional que combina elementos comportamentais, psicoterapêuticos e educacionais e que considera a disfunção sexual como um problema conjugal. Actualmente, os modelos de PS encontram-se dirigidos ao casal e não somente ao doente, são curtos (têm um número limitado de visitas, com sessões semanais ou bissemanais), motivacionais (vão de encontro à vontade expressa do doente de restabelecer a sua função eréctil normal) e activos (ou seja, exigem uma alteração de comportamentos e de pensamentos por parte do doente) (Giommi *et al.*, 2005).

Considerando a diversidade de intervenções psicológicas, os modelos de psicoterapia foram categorizados de acordo com a sua base teórica da seguinte maneira (Melnik *et al.*, 2008):

1. Terapia Racional-Emotiva: técnica que utiliza argumentos racionais para modificação de ideias anormais e, subsequentemente, acarretar a eliminação desses pensamentos; e para que o objectivo seja atingido é necessária a destruição dos mitos sexuais antes relatados.

2. Terapia de Grupo Sexual: os métodos desta terapia têm sido utilizados no sentido de avaliar problemas tanto intra-psíquicos como interpessoais, uma vez que funciona como um sistema de apoio ao doente que se sinta envergonhado, ansioso ou culpado acerca da sua condição; o grupo proporciona a oportunidade de recolher informações precisas, oferece uma validação consensual das preferências individuais e aumenta a auto-estima e auto-aceitação.

3. Intervenção Educacional: uma intervenção inicial dedicada à informação e formação dos doentes nos aspectos da sexualidade onde a sua ignorância é tradicionalmente reconhecida, pode por si só facilitar o processo de modificação das atitudes/crenças que estão na base da disfunção.

4. Dessensibilização Sistemática: técnica que combina o treino de relaxamento com a exposição gradual a situações que causam ansiedade.

A natureza da PS (nomeadamente, os seus objectivos e procedimentos/técnicas) pode ser ambígua tanto para os doentes como para os profissionais de saúde. Os terapeutas sexuais usam as suas competências para aceder e tratar os factores não-médicos (ansiedade, por exemplo) que contribuem e mantêm a DE e para explorar o quanto a DE afecta o bem-estar do doente (Zamboni 2006).

Um bom terapeuta sexual deve levar a cabo uma avaliação holística e psicossocial do doente através da entrevista clínica, que deverá abordar as seguintes temáticas (Nobre, 2006):

- História médica actual e passada;
- Medicação actual;
- Distúrbios psiquiátricos (com especial destaque para perturbações depressivas, psicóticas, alcoolismo e toxicodependências);
- Actividade profissional (de cada um dos membros do casal, tendo em conta a sua satisfação e êxito, eventuais fontes de stress e forma como interferem no relacionamento);
- Contexto familiar e desenvolvimento infantil (a família e os valores que esta transmite constituem um dos factores etiológicos de reconhecida importância nas disfunções sexuais), no qual devem-se focar essencialmente as seguintes temáticas: natureza da relação entre o casal de progenitores e da relação entre a criança e cada um dos progenitores e atitude familiar em relação ao sexo (procurando-se indícios da existência de um duplo padrão moral em relação ao sexo, habitualmente repressivo em relação à mulher e permissivo, mas exigente, em relação ao homem);
- Desenvolvimento sexual e experiências prévias, onde devem ser explorados os seguintes aspectos: idade de início da puberdade e sua comparação com o grupo de pares, existência de experiências sexuais não desejadas durante a infância ou adolescência, relações de namoro na adolescência (realçando-se a sua natureza e o modo como ela influenciou a aquisição de atitudes face a uma relação interpessoal de natureza sexual) e experiências sexuais na adolescência (se de cariz homossexual/heterossexual, desempenho obtido, sentimentos gerados e forma como marcou a postura e atitudes face ao sexo);
- Educação sexual (a inadequação da informação sexual que é transmitida constitui um factor de primordial importância no desenvolvimento de crenças sexuais erróneas e eventualmente de dificuldades no próprio desempenho sexual);

- Relacionamento actual entre o casal, com ênfase nos seguintes aspectos: satisfação com o relacionamento, qualidade da comunicação, grau de afecto, interesses comuns, frequência de conflitos e seu estilo de resolução, história de relacionamentos extraconjugais e forma como afectam a relação, ressentimentos graves e não resolvidos, existência de disfunção sexual no outro membro do casal (procurando-se averiguar o seu papel na precipitação e/ou manutenção da actual disfunção), grau de atracção física entre o casal e grau de compatibilidade entre os desejos e interesses sexuais de cada um dos parceiros;
- História sexual (deve incluir muita informação, desde a frequência e estilo da masturbação aos detalhes de como a relação sexual é iniciada e evolui com o actual parceiro);
- Natureza e desenvolvimento da DE (início e factores que contribuem para a sua manutenção).

Para além da entrevista clínica os questionários de auto-resposta são instrumentos de avaliação psicológica correntemente utilizados no contexto da terapia sexual, que permitem a avaliação de um diversificado conjunto de variáveis relacionadas com as dificuldades, bem como da sua evolução ao longo da terapia (através de administrações repetidas em momentos diferentes). Apresentam inúmeras vantagens, proporcionando informação com custos reduzidos, auxiliando o doente a reflectir ponderadamente sobre o seu problema (limitando os constrangimentos de tempo da entrevista), permitindo a expressão de informação que não é transmitida no espaço da entrevista, ou que o doente tem dificuldade em verbalizar, possibilitando a comparação do funcionamento sexual do indivíduo com o da população geral, diminuindo a subjectividade da avaliação, entre outras. Um dos questionários que assume maior relevância no âmbito da DE é o International Index of Erectile Function – IIEF – ver anexo 1 (Rosen *et al.*, 1997), de fácil administração e que avalia cinco dimensões da função sexual masculina (função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral), permitindo calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionalidade sexual, resultante do seu somatório. Este questionário foi validado e tornou-se a referência em ensaios terapêuticos da DE (Deveci *et al.*, 2008). Encontra-se hoje traduzido em várias línguas e tem sido amplamente utilizado nos últimos anos, quer como medida complementar de diagnóstico e eficácia terapêutica quer em estudos epidemiológicos. No entanto, apresenta algumas limitações; estudos científicos realizados por grupos distintos

permitiram concluir que o IIEF não deve substituir outros métodos objectivos (exame físico, Eco-Doppler peniano, rigidometria peniana e tumescência peniana nocturna) no diagnóstico da DE (Melman *et al.*, 2006; Blander *et al.*, 1999).

Outros questionários existentes para a avaliação da DE consistem nos Index of Sexual Satisfaction, Self-Esteem and Relationship Questionnaire, Brief Symptom Inventory.

Considerando que muitos dos questionários usados apresentavam algumas limitações, nomeadamente, falhavam em capturar o real impacto da DE na qualidade de vida do doente, Latini e colaboradores desenvolveram um novo instrumento que destaca a natureza multidimensional das diferentes consequências psicossociais da DE – Psychological Impact of Erectile Dysfunction (ver anexo 2) – e que permite avaliar a eficácia da terapêutica ou a necessidade de outras intervenções médicas/psicossociais (Latini *et al.*, 2006).

De todos os aspectos que merecem a intervenção da PS o mais importante é a relação que o doente tem com a parceira/cônjuge: a incapacidade de combinar sexualidade com afectividade, o receio de macular o parceiro durante o sexo e o sentimento de raiva contra aquele são factores que podem causar/manter a DE (Corona *et al.*, 2004). De facto, foi demonstrado que a sexualidade masculina “entra em crise” se a parceira apresentar diminuição do desejo sexual, distúrbios do orgasmo, se não participar nas tentativas sexuais, se desqualificar o desempenho sexual do homem ou se dramatizar o distúrbio erétil (Corona *et al.*, 2004; Dean *et al.*, 2006). E a participação da parceira no tratamento do doente é difusamente defendida com a intenção de aumentar a informação sobre o funcionamento sexual e de melhorar as competências comunicacionais, o desejo e a confiança sexuais do casal, bem como motivar o doente a continuar o tratamento (Montorsi & Althof, 2004; Dean *et al.*, 2006; Banner *et al.*, 2007). Aliás, ficou demonstrado que a falta de apoio da parceira constitui um factor de risco para o abandono do tratamento (Fisher *et al.*, 2004). Os princípios mais importantes da terapia de casal são o tratamento do relacionamento, com diminuição da ansiedade, definição de objectivos terapêuticos realistas e aperfeiçoamento da comunicação. No caso das sessões de aconselhamento, estas facilitam a oportunidade de discutir tópicos que sejam relevantes para o casal, a fim de definir o progresso atingido pelo tratamento e proporcionar oportunidades para uma orientação sexual adequada quando ocorrem problemas deste tipo. As possibilidades de sucesso serão, evidentemente, maiores quando o relacionamento do casal é relativamente estável.

Através de orientação periódica, o casal é estimulado a realizar uma série de exercícios regulares em nível domiciliar, reservando um tempo para estes exercícios, desde que os componentes do casal tenham disposição e não sejam perturbados (Dean *et al.*, 2006).

De acordo com a literatura, a investigação em psicoterapia falha em providenciar informação útil em temas, tais como, diferenças entre técnicas psicoterapêuticas e terapêuticas médicas (Melnik *et al.*, 2008). No estudo desenvolvido por Melnik e colaboradores, que consistiu numa revisão sistemática e meta-análise da literatura existente e cujo principal objectivo era avaliar a eficácia de intervenções psicológicas no tratamento da DE em comparação com a medicação oral, a injeção local intracavernosa e dispositivos de vácuo, ficou estatisticamente demonstrado que a terapia de grupo, isoladamente, melhora a DE, bem como a combinação desta com citrato de sildenafil; por sua vez, na comparação entre a terapia de grupo e a injeção local intracavernosa e o dispositivo de vácuo, nenhuma diferença foi encontrada (Melnik *et al.*, 2008).

Da mesma maneira, Banner e restantes colaboradores conseguiram provar a eficácia da combinação da PS com citrato de sildenafil em comparação com o uso isolado deste fármaco, em homens com DE psicogénica; neste estudo os casais (a presença da parceira era obrigatória) participantes foram aleatoriamente distribuídos por dois diferentes grupos: o grupo A para monoterapia com citrato de sildenafil durante as primeiras 4 semanas e terapia de combinação (citrato de sildenafil + terapia sexual cognitivo-comportamental, TSCC) nas últimas 4 semanas e grupo B para terapia de combinação durante 8 semanas. Os métodos da TSCC incluíram: visualização de filmes de educação sexual, revisão de experiências sexuais positivas durante toda a relação, identificação de aspectos positivos na personalidade do doente e da sua parceira, treino de tácticas de comunicação entre o casal, evocação de maneiras de partilhar e demonstrar amor e afecto (tais como, momentos românticos, massagens sensuais, etc) (Banner *et al.*, 2007). Após o término do estudo, ambos os grupos apresentavam melhoras significativas no desempenho sexual, confirmando a eficácia já estabelecida do citrato de sildenafil. A incorporação da TSCC demonstrou ter uma influência positiva tanto no grupo B como quando foi adicionada ao grupo A. Após as primeiras 4 semanas de terapia de combinação 48% dos homens alcançaram o critério de sucesso (Score do IIEF \geq 19, para o algoritmo função erétil) comparativamente aos 29% dos do grupo A. No final do estudo, o grupo B conseguiu, igualmente, alcançar melhores resultados relativamente ao grupo A: 66% contra 58%, respectivamente.

CONCLUSÃO

Actualmente, a DE constitui um tópicio da medicina que se encontra em evolução, sendo que não podem ser instituídas normas rígidas de diagnóstico e tratamento. Entretanto, é possível afirmar que a maioria dos casos apresenta etiologia passível de ser estabelecida e que a terapêutica pode ser considerada actualmente uma realidade, visto que várias modalidades de tratamento estão disponíveis, cada uma com perfis diferentes de eficácia, tolerabilidade, segurança e preferência pelos doentes. Considerando-se que o tratamento ideal da DE deve ser simples, não invasivo, não doloroso, eficaz e associado ao mínimo risco de efeitos adversos, deve ser efectuado de forma a encorajar um maior número de doentes a encontrar uma solução terapêutica para a DE, a fim de facilitar um tratamento bem-sucedido a longo prazo desta situação tão frequente e, geralmente, desconsiderada no nosso meio.

Fica aqui patente neste artigo de revisão um reconhecimento crescente da importância de variáveis psicossociais na determinação do funcionamento sexual e a necessidade do recrudescimento de intervenções terapêuticas especificamente orientadas para a identificação, compreensão e modificação das diversas dimensões cognitivo-emocionais implicadas na DE. A aplicação dos princípios da PS deve ter em conta a especificidade da patologia sexual e resultar de um diálogo criativo entre a ciência básica e a intervenção terapêutica.

Os factores psicossociais desempenham um papel importante no desenvolvimento da DE que, por si só, pode produzir e reforçar estes componentes psicossociais bem como manter ou agravar o distúrbio sexual. Isto origina um ciclo vicioso que afecta não só o doente como também a sua parceira, reforçando ou causando problemas conjugais. Assim, profissionais de saúde que tratam doentes com DE devem possuir um bom conhecimento das causas psicológicas e interpessoais e do potencial valor da PS na DE (bem como na relação do casal) como um meio de coping com o impacto psicossocial da DE. O entendimento destes factores conduz a uma abordagem mais compreensiva e holística do tratamento da DE.

Apesar da proliferação de investigações a nível do tratamento médico até agora, continua a persistir a falta de informação relativamente à sua segurança ou à experiência subjectiva e avaliação por parte do doente e/ou da sua parceira. É portanto plausível declarar que o tratamento psicológico pode continuar a ser, pelo menos, uma opção de tratamento legítima, senão até mesmo uma terapêutica de primeira linha, visto ser menos intrusiva, mais barata e com menos efeitos laterais. Assim, pensa-se que mesmo

nos casos nos quais a intervenção médica promova o alívio da DE, a PS pode providenciar uma grande contribuição.

O papel da PS deve assim complementar a farmacoterapia, resultando numa abordagem colaborativa e multidisciplinar do tratamento da DE que, como foi referido, pode representar um sintoma sentinela em doentes com doença cardiovascular oculta. Tal abordagem integrativa maximiza a probabilidade de se obter uma resposta eficaz no tratamento.

BIBLIOGRAFIA

Adams S, Dubbert P, Chupurdia K, Jones A, Lofland K, Leermakers E (1996). Assessment of Sexual Beliefs and Information in Aging Couples with Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 3: 249-260

Althof S, Wieder M (2004). Psychotherapy for Erectile Dysfunction: Now More Relevant Than Ever. *Endocrine* 23: 131-134

Ansong K, Lewis C, Jenkins P, Bell J (1998). Help-seeking Decisions Among Men with Impotence. *Urology* 52: 834-837

Aydin S, Unal D, Erol H, Karaman I, Yilmaz Y, Sengul E, Bayrakli H (2001). Multicentral Clinical Evaluation of the Etiology of Erectile Dysfunction: A Survey Report. *International Urology and Nephrology* 32: 699-703

Banner L, Anderson R (2007). Integrated Sildenafil and Cognitive-Behavior Sex Therapy for Psychogenic Erectile Dysfunction: A Pilot Study. *J Sex Med* 4: 1117-1125

Billups K (2005). Erectile Dysfunction as an Early Sign of Cardiovascular Disease. *International Journal of Impotence Research* 17: 19-24

Blander D, Sanchez-Ortiz R, Broderick G (1999). Sex Inventories: Can Questionnaires Replace Erectile Dysfunction Testing? *Urology* 54: 719-723

Burnett AL (2006). Erectile Dysfunction. *The Journal of Urology* 175: 25-31

Caspari D, Huebgen E, Derouet H (1999). Interdisciplinary Assessment and Follow-up of Patients with Erectile Dysfunction - Psychiatric Aspects. *International Journal of Impotence Research* 11: 213-217

Corona G, Mannucci E, Mansani R, Petrone L, Bartolini M, Giommi R, Forti G, Maggi M (2004). Organic, Relational and Psychological Factors in Erectile Dysfunction in Men with Diabetes Mellitus. *European Urology* 46: 222-228

Corona G, Mannucci E, Petrone L, Giommi R, Mansani R, Fei L, Forti G, Maggi M (2004). Psycho-Biological Correlates of Hypoactive Sexual Desire in Patients with Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 16: 275-281

Dean J, Boer B, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A (2006). Partner Satisfaction and Successful Treatment Outcomes for Men with Erectile Dysfunction. *European Urology Supplements* 5: 779-785

Deveci S, O'Brien K, Ahmed A, Parker M, Guhring P, Mulhall J (2008). Can the International Index of Erectile Dysfunction Distinguish Between Organic and Psychogenic Erectile Function? *BJU International* 102: 354-356

Fisher W, Rosen R, Eardley I, *et al.* (2004). The Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study Phase II: Understanding PDE5 Inhibitor Treatment Seeking Patterns Among Men with Erectile Dysfunction. *J Sex Med* 1: 150-160

Galvão-Teles A, Correia M, Alarcão V, Aragüés J, Lopes L, Mascarenhas M, Garcia-Costa J (2008). Prevalence, Severity, and Risk Factors for Erectile Dysfunction in a Representative Sample of 3,548 Portuguese Men Aged 40 to 69 Years Attending Primary Healthcare Centers: Results of the Portuguese Erectile Dysfunction Study. *J Sex Med* 5: 1317-1324

Giommi R, Corona G, Maggi M (2005). The Therapeutic Dilemma: How to Use Psychotherapy. *International Journal of Andrology* 28 (Suppl.2): 81-85

Gruenwald I, Shenfeld O, Chen J, *et al.* (2006). Positive Effect of Counseling and Dose Adjustment in Patients with Erectile Dysfunction who Failed Treatment with Sildenafil. *European Urology* 50: 134-140

Laumann E, Paik A, Rosen R (1999). Sexual Dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association* 281: 537-544

Latini D, Penson D, Colwell H *et al* (2002). Psychological Impact of Erectile Dysfunction: Validation of a New Health Related Quality of Life Measure for Patients with Erectile Dysfunction. *The Journal of Urology* 168: 2086-2091

Latini D, Penson D, Wallace K, Lubeck D, Lue T (2006). Clinical and Psychosocial Characteristics of Men with Erectile Dysfunction: Baseline Data from ExCEED™. *J Sex Med* 3: 1059-1067

Levine SB (2003). Erectile Dysfunction: Why Drug Therapy Isn't Always Enough. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 70: 241-246

Marin-Morales A, Haro J, Beardsworth A, Bertsch J, Kontodimas S (2007). Therapeutic Effectiveness and Patient Satisfaction after 6 Months of Treatment with Tadalafil, Sildenafil, and Vardenafil: Results from the Erectile Dysfunction Observational Study (EDOS). *European Urology* 51: 541-550

McCabe M, Price E, Piterman L, Lording D (2008). Evaluation of an Internet-Based Psychological Intervention for the Treatment of Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 20: 324-330

Melman A, Fogarty J, Hafron J (2006). Can Self-Administered Questionnaires Supplant Objective Testing of Erectile Function? A Comparison Between the

International Index of Erectile Function and Objective Studies. *International Journal of Impotence Research* 18: 126-129

Melnik T, Abdo C (2005). Psychogenic Erectile Dysfunction: Comparative Study of Three Therapeutic Approaches. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31: 243-255

Melnik T, Soares B, Nasello AG (2008). The Effectiveness of Psychological Interventions for the Treatment of Erectile Dysfunction: Systematic Review and Meta-Analysis, Including Comparisons to Sildenafil Treatment, Intracavernosal Injection, and Vacuum Devices. *J Sex Med* 5: 2562-2574

Montorsi F, Althof S (2004). Partner Responses to Sildenafil Citrate (Viagra) Treatment of Erectile Dysfunction. *Urology* 63: 762-767

Nobre P (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. *J Sex Med* 7: 1429-1437

Nobre P (2006) *Disfunções Sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento.* Climepsi Editores, Lisboa

Nobre P, Wiegel M, Bach A, Weisberg R, Brown T, Wincze J, Barlow D (2004). Determinants of Sexual Arousal and the Accuracy of its Self-Estimation in Sexually Functional Males. *The Journal of Sex Research* 41: 363-371

O'Donohue W, Swingen D, Dopke C, Regev L (1999). Psychotherapy for Male Sexual Dysfunction: a Review. *Clinical Psychology Review* 19: 591-630

Penson D, Latini D, Lubeck D, Wallace K, Henning J, Lue T (2003). Do Impotent Men with Diabetes Have More Severe Erectile Dysfunction and Worse Quality of Life than the General Population of Impotent Patients? Results from the Exploratory Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction. *Diabetes Care* 26: 1093-1099

Pinto-Gouveia J (2006). Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research* 43: 68-75

Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh I, Kirkpatrick J, Mishra A (1997) The international Index of Erectile Dysfunction (IIEF): A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology* 49: 822-30

Thompson I, Tangen C, Goodman P, Probstfield J, Moinpour C, Coltman C (2005). Erectile Dysfunction and Subsequent Cardiovascular Disease. *The Journal of the American Medical Association* 294: 2996-3002

Wagner J, Russo P (2000). Urologic Complications of Major Pelvic Surgery. *Seminars in Surgical Oncology* 18: 216-228

Weinhardt S, Carey M (1996). Prevalence of Erectile Disorder Among Men with Diabetes Mellitus: Review of the Empirical Literature. *The Journal of Sex Research* 33: 205-214

Weisberg R, Brown T, Wincze J, Barlow D (2001). Causal Attributions and Male Sexual Arousal: the Impact of Attributions for a Bogus Erectile Difficulty on Sexual Arousal, Cognitions and Affect. *Journal of Abnormal Psychology* 110: 324-334

Wernicke A, Valicenti R, DiEva K, Houser C, Pequignot E (2004). Radiation Dose Delivery to the Proximal Penis as a Predictor of the Risk of Erectile Dysfunction after Three-Dimensional Conformal Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 60(5): 1357-1363

Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Montorsi F, Pryor J, Vardi Y (2002). Guidelines on Erectile Dysfunction. *European Urology* 41: 1-5

Zamboni BD (2006). The Role of Sex Therapists in Treating Erectile Dysfunction: Working Toward Multidisciplinary Treatment with Physicians. *Current Sexual Health Reports* 3: 154-157

Zelevsky M, Mckee A, Lee H, Leibel S (1999). Efficacy of Oral Sildenafil in Patients with Erectile Dysfunction after Radiotherapy for Carcinoma of the Prostate. *Urology* 53(4): 775-778

Zilbergeld B (1999). *The New Male Sexuality*. 2^a Ed.; Bantam Books, New York

Zippe C, Nandipati K, Agarwal A, Raina R (2006). Sexual Dysfunction After Pelvic Surgery. *International Journal of Impotence Research* 18(1): 1-18

ANEXOS

Anexo 1: IIEF, International Index of Erectile Function Questionnaire

Please use an X where applicable and be sure to initial and date all corrections

Score 0 if not done

Instructions: These questions ask about the effects your **erection** problems have had on your sex life, over the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. In answering these questions, the following definitions apply:

Definitions:

Sexual activity includes intercourse, caressing, foreplay and masturbation

Sexual intercourse is defined as vaginal penetration of the partner (you entered the partner)

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, looking at erotic pictures, etc.

Ejaculate is defined as the ejection of semen from the penis (or the feeling of this)

Mark ONLY one circle per question:

1. Over the past 4 weeks, how often were you able to get an erection during sexual activity?

- 0 No sexual activity
- 0 Almost always or always
- 0 Most times (much more than half the time)
- 0 Sometimes (about half the time)
- 0 A few times (much less than half the time)
- 0 Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, when you had erections with sexual stimulation, how often were your erections hard enough for penetration?

- 0 No sexual stimulation
- 0 Almost always or always
- 0 Most times (much more than half the time)
- 0 Sometimes (about half the time)
- 0 A few times (much less than half the time)
- 0 Almost never or never

Questions 3, 4 and 5 will ask about erections you may have had during sexual intercourse.

3. Over the past 4 weeks, when you attempted sexual intercourse, how often were you able to penetrate (enter) your partner?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, during sexual intercourse, how often were you able to maintain your erection after you had penetrated (entered) your partner?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

5. Over the past 4 weeks, during sexual intercourse, how difficult was it to maintain your erection to completion of intercourse?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

6. Over the past 4 weeks, how many times have you attempted sexual intercourse?

- No attempts
- 1-2 attempts
- 3-4 attempts
- 5-6 attempts
- 7-10 attempts
- 11 or more attempts

7. Over the past 4 weeks, when you attempted sexual intercourse how often was it satisfactory for you?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how much have you enjoyed sexual intercourse?

- No intercourse
- Very highly enjoyable
- Highly enjoyable
- Fairly enjoyable
- Not very enjoyable
- Not enjoyable

9. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse how often did you ejaculate?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse how often did you have the feeling of orgasm or climax (with or without ejaculation)?

- No sexual stimulation or intercourse
- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

Questions 11 and 12 ask about sexual desire. Let's define sexual desire as a feeling that may include wanting to have a sexual experience (for example, masturbation or intercourse), thinking about having sex or feeling frustrated due to a lack of sex.

11. Over the past 4 weeks, how often have you felt sexual desire?

- Almost always or always
- Most times (much more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (much less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual desire?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

13. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with you overall sex life?

- 0 Very satisfied
- 0 Moderately satisfied
- 0 About equally satisfied and dissatisfied
- 0 Moderately dissatisfied
- 0 Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

- 0 Very satisfied
- 0 Moderately satisfied
- 0 About equally satisfied and dissatisfied
- 0 Moderately dissatisfied
- 0 Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how do you rate your confidence that you can get and keep your erection?

- 0 Very high
- 0 High
- 0 Moderate
- 0 Low
- 0 Very low

Scoring Algorithm for IIEF

All items are scored in 5 domains as follows:

Domain	Items	Range	Score Max Score
Erectile Function	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-5	30
Orgasmic Function	9, 10	0-5	10
Sexual Desire	11, 12	0-5	10
Intercourse	6, 7, 8	0-5	15
Overall Satisfaction	13, 14	0-5	10

Clinical Interpretation

I. Erectile function total scores can be interpreted as follows:

Score	Interpretation
0-6	Severe dysfunction
7-12	Moderate dysfunction
13-18	Mild to moderate dysfunction
19-24	Mild dysfunction
25-30	No dysfunction

II. Orgasmic function total scores can be interpreted as follows:

Score	Interpretation
0-2	Severe dysfunction
3-4	Moderate dysfunction
5-6	Mild to moderate dysfunction
7-8	Mild dysfunction
9-10	No dysfunction

III. Sexual desire total scores can be interpreted as follows:

Score	Interpretation
0-2	Severe dysfunction
3-4	Moderate dysfunction
5-6	Mild to moderate dysfunction
7-8	Mild dysfunction
9-10	No dysfunction

IV. Intercourse satisfaction total scores can be interpreted as follows:

Score	Interpretation
0-3	Severe dysfunction
4-6	Moderate dysfunction
7-9	Mild to moderate dysfunction
10-12	Mild dysfunction
13-15	No dysfunction

V. Overall satisfaction total scores can be interpreted as follows:

Score	Interpretation
0-2	Severe dysfunction
3-4	Moderate dysfunction
5-6	Mild to moderate dysfunction
7-8	Mild dysfunction
9-10	No dysfunction

Anexo 2: Psychological Impact of Erectile Dysfunction, version 1.0

Over the past 4 weeks...(Please check the response that fits best by marking the box)

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
1. I am more irritable than I used to be					
2. At times, I have felt so devastated by the performance of my penis that I wanted to die					
3. My erectile dysfunction makes me feel less of a man					
4. I lack masculine confidence					
5. I am easily frustrated by little things					
6. When I have trouble with my erection, I feel disgusted by my penis					
7. I feel proud of my penis					
8. My erectile dysfunction makes me feel sexually unattractive					
9. When I can't have intercourse, I don't feel like having any sex at all					
10. Sex feels like it is not worth the effort					
11. I feel there's something missing in my sex life when I can't have intercourse					
12. I avoid sexual opportunities					
13. I don't quite believe my partner(s) when they say they are satisfied with my sexual performance					
14. I am afraid to touch my partner in ways that will make her want to have sex with me					
15. I feel I could not sustain a new relationship because of my erectile dysfunction					
16. My frustration over my erectile dysfunction has a negative effect on my sexual relationship(s)					