

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

FUNÇÃO ERÉCTIL E QUALIDADE DE VIDA

EM HOMENS PORTUGUESES

*ABEL MANUEL DE MATOS ALVES DOS SANTOS*

LISBOA, 2001

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do

**Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro,**

apresentada ao **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

para a obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de

**Psicologia da Saúde** conforme Portaria n.º 107/97 de 17 de

Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5

do Decreto Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

**Saúde Sexual** é *“a integração dos aspectos somáticos, afectivos, intelectuais e sociais do ser sexuado, de maneira a causar um enriquecimento da personalidade humana, da comunicação e do amor”*

Organização Mundial de Saúde

Cit. por (Moreira,1999; p.63)

*Este estudo foi parcialmente subsidiado pelos Laboratórios Pfizer, Lda.*

## RESUMO

O objectivo do estudo, foi o de avaliar a relação entre a Função Eréctil (FE) e as dimensões de Qualidade de Vida (QDV), numa amostra de conveniência de 133 homens da área da grande Lisboa.

Foram aplicados aos sujeitos questionários de auto-preenchimento, anónimos e confidenciais, o SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) e o IIFE (Índice Internacional da Função Eréctil), respectivamente recomendados pela Organização Mundial de Saúde e pela Sociedade Europeia para o Estudo da Impotência.

Sujeitos apresentam uma idade mediana de 42 anos (21 aos 78 anos de idade), e nível de académico apresentando uma mediana de 13 anos de escolaridade (desde os 4 aos 21 anos de escolaridade).

Após metodologia estatística não paramétrica, os resultados do SF-36 apresentam níveis globais elevados de Desempenho Físico, Desempenho Emocional e Função Física, com uma diminuição significativa ao longo da idade da Função Física ( $p < 0,01$ ), da Saúde Geral ( $p < 0,05$ ) e do Desempenho Físico ( $p < 0,05$ ).

Não foram encontradas diferenças significativas entre o nível de escolaridade e as dimensões de QDV avaliadas.

Os resultados do IIFE, apresentam globalmente, uma Função Eréctil com um resultado compatível com Disfunção Eréctil (DE) ligeira, uma função orgásmica bastante elevada, um nível bom de Desejo Sexual, uma Satisfação na Relação Sexual não muito satisfatória, e uma Satisfação Sexual Global satisfatória, mas não muito elevada.

A Função Eréctil apresenta uma diminuição significativa ao longo da idade ( $p < 0,01$ ), atingindo uma classificação de disfunção eréctil moderada no grupo etário com mais de 65 anos. Não se verificam diferenças significativas entre as dimensões do IIFE e o nível de escolaridade.

A prevalência de DE na amostra é de 8,3% com DE grave, de 5,3% com DE moderada, de 50,4% com DE ligeira, e de 36,1% sem DE.

Correlações entre os dois instrumentos, revelam que a FE se correlaciona fortemente e de modo directo com a Saúde Geral ( $p < 0,0001$ ), Função Física ( $p < 0,001$ ) e Desempenho Físico ( $p < 0,01$ ).

A Função Orgásmica está relacionada com a Função Social, Vitalidade, Saúde Mental, Desempenho Físico e Saúde Geral ( $p < 0,05$ ).

O Desejo Sexual relaciona-se de forma directa com a Saúde Geral e a Função Física ( $p < 0,05$ ).

A Satisfação com a Relação Sexual não se relaciona com qualquer dimensão do SF-36. A Satisfação Global com a Vida Sexual relaciona-se fortemente com todas as dimensões do SF-36, excepto a Função Física.

As dimensões de QDV estão globalmente positivas ao nível da componente física, piorando com o avançar da idade, enquanto as dimensões mentais estão mais baixas, mas mantêm-se estáveis ao longo dos anos, mesmo com deterioração da condição física. A FE só se correlaciona com dimensões físicas do SF-36 e uma pior FE está associada a uma pior condição física, afectando a QDV dos homens estudados.

Assim, uma boa sexualidade tende a melhorar a QDV dos sujeitos, devendo a avaliação da função sexual ser transversal a todos os estratos socioculturais e etários, neste último com principal enfoque nos mais velhos.

## ABSTRACT

The aim of the study was to assess the relation between Erectile Functioning (EF) and Quality of Life (QoL), in a convenience sample of 133 males from the general population of Lisbon metropolitan area.

Participants were submitted to an anonymous and confidential, self-filling questionnaire, SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) and IIEF (International Index of Erectile Functioning), standard instruments recommended by World Health Organization and European Society for Impotence Research.

Subjects had a median age of 42 years (21 to 78 years), and a median academic level of 13 years (4 to 21 years).

Results, after non parametric statistic, show high global levels of Role Limitations Physical and Emotional and Physical Functioning, with a significant decrease thru age of Physical Functioning ( $p < 0,01$ ), General Health Perceptions ( $p < 0,05$ ), and Role Limitations Physical ( $p < 0,05$ ).

No significant differences were found between academic level and QoL dimensions.

IIEF results shows a global Erectile Functioning compatible with mild Erectile Dysfunction, high Orgasmic Function, good Sexual Desire, mild Intercourse Satisfaction, and medium Overall Satisfaction.

Erectile Functioning diminished significantly through age ( $p < 0,01$ ), reaching moderate Erectile Dysfunction, at the 65+ years age group.

No significant differences were found between academic level and IIEF dimensions.

Prevalence of erectile dysfunction in the sample, was 8,3% with severe ED, 5,3% with moderate ED, 50,4% with minimal ED, and 36,1% with no ED.

Correlations between the two instruments, point that Erectile Functioning is strongly related with General Health Perceptions ( $p < 0,0001$ ), Physical Functioning ( $p < 0,001$ ), and Role Limitations Physical ( $p < 0,01$ ).

Orgasmic Function is related with Social Functioning, Vitality, General Mental Health, Role Limitations Physical, and General Health Perceptions ( $p < 0,05$ ).

Sexual Desire is related in a direct way with General Health Perceptions and Physical Functioning ( $p < 0,05$ ).

There is no correlation between Intercourse Satisfaction and QoL dimensions.

Overall Satisfaction is strongly related with all SF-36 dimensions, except Physical Functioning.

QoL dimensions are globally positives at the physical component levels, getting worst with age, while mental dimensions are lower but constant thru age, even with deterioration of physical condition.

Erectile Functioning is related only with physical dimensions of SF-36.

A worst Erectile Functioning is related with a worst physical condition, affecting negatively the QoL of the evaluated males.

Therefore, a satisfactory sexual life tends to improve the perceived QoL of men.

The evaluation of sexual functioning should be transversal to all socio-cultural levels and ages, with special interest in the oldest ones

## AGRADECIMENTOS

Ao atingir uma condição académica que representa uma fase de transição importante da minha existência, é inevitável reconhecer e agradecer o contributo de todos os que me ajudaram neste percurso.

Aos meus entes queridos, a Mãe Casimira e o Pai Manuel, a Mana Alexandra e a Tia Laura, e a minha querida Avó Rosa Inêz que em *perpetuam memoriam* é uma referência e apoio inigualáveis.

Aos amigos de sempre e do presente, o Francisco Salgueiro, o Martim Arantes e Oliveira, o Manuel Pinto, o Jácome de Castro, o Garcia e Costa, a Ema Nobre, que à sua maneira e muitas vezes sem o perceberem me deram estímulo e força para continuar.

Ao Paulo Nogueira pela disponibilidade no tratamento estatístico.

Aos colegas e funcionários do Mestrado, do Hospital de Santa Maria e do ISPA pelo apoio, compreensão e camaradagem.

Ao Prof. José Luís Pais Ribeiro e à Prof.<sup>a</sup> Isabel Leal, pela oportunidade que me deram de poder frequentar o mestrado e confiança que em mim depositaram. Obrigado!

A todas as pessoas que aceitaram participar no estudo, fazendo parte da amostra recolhida.

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	
REVISÃO DA LITERATURA	
DISFUNÇÃO ERÉCTIL	1
DEFINIÇÃO	1
EPIDEMIOLOGIA	6
PERSPECTIVA HISTÓRICA E CLÍNICA	11
A DE COMO PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA	14
APARELHO GENITAL E ANATOMIA DO PÊNIS	19
FISIOLOGIA DA ERECCÃO	27
ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO	30
AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO	44
TERAPÊUTICAS	56
QUALIDADE DE VIDA	68
CONCEITO DE SAÚDE	68
SURGIMENTO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	71
DEFINIÇÃO	76
CONCEPÇÕES	79
DOMÍNIOS	81
QDV RELACIONADA COM A SAÚDE	83
AVALIAÇÃO E MEDIDAS DE QDV EM SAÚDE	86
FUNÇÃO ERÉCTIL E QUALIDADE DE VIDA	89
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	92
QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS	94

<b>MÉTODOS</b>	96
PARTICIPANTES	96
MATERIAL	97
QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)	97
ÍNDICE INTERNACIONAL DA FUNÇÃO ERÉCTIL (IIEF)	101
PROCEDIMENTO	103
<b>RESULTADOS</b>	105
ESTATÍSTICA DESCRITIVA	105
SF-36	106
IIFE	110
CORRELAÇÕES ENTRE O SF-36 E O IIFE	116
<b>DISCUSSÃO</b>	118
<b>REFERÊNCIAS</b>	123
<b>ANEXOS</b>	149
A - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	
B - MATRIZ DE DADOS	

## ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

	Página
Figura 1. Aparelho genital masculino	19
Figura 2. Estruturas do sexo masculino	21
Figura 3. Estruturas do sexo masculino	22
Figura 4. Dissecação profunda do pénis	23
Figura 5. Secção através do corpo do pénis	24
Figura 6. Irrigação e drenagem vascular no pénis	25
Figura 7. Mecanismo da Ereccção	27
Figura 8. Introdução de drogas vaso-activas através de injecção ou aplicador	61
Figura 9. Aparelhos e próteses que produzem ereccção	65
Tabela 1. Alegados neurotransmissores da ereccção peniana	29
Tabela 2. Classificação de hipogonadismo masculino	34
Tabela 3. Classificação da DE de causa hormonal	35
Tabela 4. Classificação da DE de causa vascular	36
Tabela 5. Classificação da DE de causa neurológica	37
Tabela 6. Agentes farmacológicos conhecidos por causar disfunção sexual	39
Tabela 7. Classificação e causas comuns da DE	42
Tabela 8. Classificação de DEM da ESIR	43
Tabela 9. Diagnóstico diferencial da DE	46
Tabela 10. Fases da abordagem de avaliação e diagnóstico da DE	55
Tabela 11. Agentes farmacológicos conhecidos por melhorar as disfunções sexuais	63
Tabela 12. Opções terapêuticas para homens com DE	67

Tabela 13. Instrumentos para medir e avaliar a QDV	87
Tabela 14. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36	100
Tabela 15. Domínios do IIFE relativos à função sexual masculina	101
Tabela 16. Classificação da DE segundo a avaliação da função erétil utilizada no IIFE	102
Tabela 17. Coeficientes de Correlação de Spearman / Significância / IIFE	102
Quadro A. Etiologia da DE	42
Quadro B. Tipos de definição de saúde	68
Quadro C. Modelo factorial SF-36 com duas componentes	99
Quadro 1. Estatística Descritiva Relativa – Amostra Global	105
Quadro 2. Grupos Etários	105
Quadro 3. Anos de Escolaridade	106
Quadro 4. Estatística Descritiva Relativa (%) – SF-36. Amostra Global	106
Quadro 5 A. Estatística Descritiva Relativa (%) – SF-36. Amostra por GE	108
Quadro 5 B. Teste de Kruskal-Wallis / SF-36 e o GE	108
Quadro 6. Estatística Descritiva Relativa (%) – SF-36. Amostra por Escolaridade	109
Quadro 7. Teste de Kruskal-Wallis / SF-36 e o nível de Escolaridade	109
Quadro 8 A. Estatística Descritiva Relativa (%) – IIFE. Amostra Global	110
Quadro 8 B. Estatística Descritiva Absoluta – IIFE. Amostra Global	111
Quadro 9 A. Estatística Descritiva Relativa (%) – IIFE. Amostra por GE	111
Quadro 9 B. Estatística Descritiva Absoluta – IIFE. Amostra por GE	112
Quadro 10. Teste de Kruskal-Wallis / IIFE e o GE	113
Quadro 11. Disfunção Erétil por Grupo Etário	114

Quadro 11 A. Teste de Qui-Quadrado de Pearson / DE por GE	114
Quadro 12. Estatística Descritiva Relativa (%) – IIFE. Amostra por Escolaridade	114
Quadro 13. Teste de Kruskal-Wallis / IIFE por Escolaridade	115
Quadro 14. Correlações de Spearman. Coeficientes de Correlação / Significância	116
Gráfico 1. Resultados Relativos do IIFE	111
Gráfico 2. Resultados absolutos da Função Erétil/Grupo Etário	112

## DISFUNÇÃO ERÉCTIL

### DEFINIÇÃO

Uma componente importante da masculinidade é uma função sexual normal e qualquer perturbação dessa função pode tornar-se bastante constrangedora. Para uma função sexual masculina normal, é necessário que exista libido ou desejo sexual, função eréctil, capacidade para atingir o orgasmo, ejaculação e fertilidade (Anawalt & Bremner, 1999). Distúrbios na função sexual masculina são bastante comuns e aumentam com o avançar da idade (Feldman et al., 1994). Estima-se que existam mais de 100 milhões de homens no mundo afectados com a queixa de disfunção sexual mais frequente e ameaçadora, a disfunção eréctil (DE) ou também denominada de impotência sexual (USBC, 1995).

A DE pode destruir o ego de um homem e desestabilizar relações felizes (Utiger, 1998), estando uma variedade de factores médicos, psicológicos e de estilo de vida implicados na sua etiologia (Rosen et al, 1997), exercendo um impacto negativo na auto estima, qualidade de vida (QDV) e relações interpessoais dos sujeitos afectados (NIH, 1993).

É provável que a maioria ou totalidade dos homens em algum momento da sua vida, mesmo que transitoriamente, venham a ter DE, em algum grau (Anawalt & Bremner, 1999), sendo que 30 a 40% dos casos adquiridos possam remitir espontaneamente (DSM-IV, 1995).

Historicamente, o termo “impotência” foi aplicado a uma variedade de disfunções sexuais masculinas, sendo utilizado para fazer referência a distúrbios como a ejaculação precoce, a anejaculação, as aversões sexuais, bem como a própria DE. Muito se tem falado e escrito acerca das conotações potencialmente pejorativas e estigmatizantes do

termo “impotência”, que apesar de tudo continua a ser usado e difundido quer no público em geral, quer pelos profissionais de saúde.

Factores como a falta de especificidade diagnóstica e as características de personalidade implicadas no conceito “homem impotente”, são argumentos válidos e importantes contra o uso do termo “impotência” ou “impotente”, na referência à situação ou ao homem com DE (Rosen & Leiblum, 1992).

Tiefer (1986), refere que o aumento do uso estigmatizante e indutor de stress, do termo “impotência” vem servir para aumentar a “medicalização” da sexualidade masculina, pelo facto dos interesses económicos associados aos profissionais/industria farmacêutica, assentarem na expansão dos serviços disponibilizados ao crescente número de pacientes.

De salientar que já Kinsey et al. (1953), rejeitava o termo “frigidez” para classificar os problemas sexuais na mulher, seguindo-se Masters & Johnson (1970), que considerava pejorativo o termo, preferindo classificar como desordens de penetração e orgasmo. A ambiguidade é que o termo “impotência” continuava a ser usada por ambos os autores para a classificação masculina.

Diversas vezes se tentou classificar a DE numa base etiológica psicogénico *versus* orgânico, desempenhando a extensão e duração da disfunção um factor chave na avaliação do transtorno. Masters & Johnson (1970) distinguiam entre “impotência primária e secundária”, onde a primária se referia a uma situação clínica em que uma relação sexual bem sucedida nunca havia sido alcançada. De salientar que impotência primária definia-se como um homem que nunca foi “capaz de obter e/ou manter uma erecção suficiente para alcançar uma ligação coital bem sucedida” (1970, p. 137).

A impotência secundária ou situacional definia-se como o próprio nome sugere, à incapacidade de ter um desempenho sexual adequado, com determinados parceiros ou

em situações particulares ou actividades. Diagnósticos diferenciais assentes na natureza crónica, aguda e global da DE, foram também utilizados (Rosen, 1983).

No primeiro livro de diagnóstico e estatística sobre perturbações mentais (DSM-I, 1952) da associação psiquiátrica americana (APA), os termos “impotência” e “frigidez” foram utilizados. Na segunda versão (DSM-II, 1968), manteve-se apenas o termo impotência na categoria “disfunção urogenital”, para na terceira versão (DSM-III, 1980) o termo “impotência” ter sido substituído por “excitação sexual masculina inibida”. Na revisão desta versão (DSM-III-R, 1987), empregou-se o termo “desordem erétil masculina”.

Actualmente, no DSM-IV (1995) a classificação utilizada é a de “disfunção erétil no homem” sendo descrita da seguinte forma:

- A. Incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada erecção até completar a actividade sexual
- B. A perturbação causa acentuado mal estar ou dificuldade interpessoal
- C. A disfunção erétil não se explica melhor por outra perturbação do eixo I (excepto outra disfunção sexual) e não é devida exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou um estado físico geral.

De referir que o DSM-IV especifica subtipos de DE, para indicar o início (ao longo da vida *vs* adquirida), o contexto (generalizada *vs* situacional) e a etiologia (devido a factores psicológicos, devido a factores combinados).

Os critérios de diagnóstico da classificação internacional de doenças (ICD-10, 1993) são bastante semelhantes aos do DSM-IV, excepto que a ICD-10 especifica uma duração mínima de seis meses de sintomas, sendo esta condição referida como “Fracasso na Resposta Genital” (ICD-10, 1993).

A disfunção sexual erétil (DSE) ou somente DE, é uma condição onde a erecção peniana, necessária para a penetração coital, não é alcançada pelos meios psicofisiológicos normais. Já que a erecção do pénis envolve o sistema nervoso central (SNC), nervos periféricos e mecanismos vasculares, existem múltiplos locais de potencial doença (Nehra & Goldstein, 1999) ou perturbação.

Talvez por isso, passou-se a utilizar uma terminologia mais descritiva dos sistemas afectados, onde o termo “disfunção erétil” precede os termos complementares; vascular, endocrinológica, psicogénica, neurológica, iatrogénica ou mista, dependendo dos sistemas afectados.

A DE vascular tem a ver com o aporte arterial de sangue ao pénis, a saúde vascular das estruturas dos corpos cavernosos e os mecanismos de veno-oclusão sanguínea do pénis.

A DE endocrinológica está ligada a desequilíbrios hormonais, principalmente à testosterona e a factores de libertação de gonadotrofinas. A DE psicogénica lida com perturbações ligadas ao SNC e apresenta-se com uma estrutura nervosa periférica e rede vascular peniana intactas. A DE de causa neurológica, tem a ver com lesão ou comprometimento do sistema nervoso periférico, quer seja da espinal medula ou da rede periférica, como é o caso da neuropatia diabética (Nehra & Goldstein, 1999).

A DE iatrogénica, como o próprio nome sugere, relaciona-se com as alterações induzidas pela ingestão de determinadas substâncias ou medicamentos, como o álcool, alguns antihipertensores, antidepressivos ou esteróides, entre outros (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). A DE mista resulta do envolvimento aleatório de mais de um dos sistemas apresentados na génese da disfunção, sendo no entanto mais utilizada na prática clínica para definir uma DE originada por ambos os factores, físicos e psíquicos.

Sem uma história clínica cuidada e avaliações físicas e psicológicas adequadas, torna-se difícil avaliar o grau de envolvimento de uma ou de todas estas condições. Raramente

existe uma DE puramente psicogénica ou orgânica, mas frequentemente uma condição patológica envolvendo contribuições de múltiplos componentes (Nehra & Goldstein, 1999).

A definição actualmente aceite de DE é a que resultou da reunião de consenso do *National Institutes of Health* americano, que a descreve como “a incapacidade para obter ou manter uma erecção suficiente para uma actividade sexual satisfatória” (NIH, 1993).

De notar que a DE acaba por ser definida independentemente da capacidade para obter e manter erecções suficientes para uma penetração, até porque alguns homens conseguem obter erecções sem experienciarem prazer ou sensação de estimulação sexual, sendo esta falta de estimulação subjectiva uma potencial problemática (Rosen & Leiblum, 1992).

As definições do DSM-IV e do NIH, não fazem só referência aos aspectos fisiológicos da erecção, mas também ao sentir subjectivo da excitação sexual e do prazer que é vivenciado durante a actividade sexual. Este tipo de definição é bastante abrangente na referência a “actividade sexual”, que inclui outro tipo de práticas sexuais como a masturbação, a estimulação oral ou anal, e não só a penetração vaginal.

Em suma, muito se alterou e avançou para tirar carga ambígua e pejorativa à terminologia diagnóstica, continuando a haver controvérsia e discordância no uso dos conceitos e terminologias. O meio médico, ainda vai utilizando o termo “impotência”, enquanto os terapeutas sexuais e os técnicos de saúde mental, tendem a utilizar o termo “disfunção erétil”, “falha erétil” ou “desordem erétil”, no diagnóstico desta disfunção sexual.

## EPIDEMIOLOGIA

Ao olharmos para a literatura de uma forma global, fica-se com a impressão de que os transtornos erécteis são comuns aos homens em todas as idades. Será que a incidência desta disfunção aumentou nos últimos tempos? Ou será que a maior atenção e importância dada a esta problemática, com o conseqüente fomento e desenvolvimento de novas formas de abordar e tratar a DE, veio aumentar a percepção de que este transtorno sexual é mais frequente?

Estimativas em relação à prevalência da DE variam bastante, em função da idade, estado de saúde, ingestão de medicamentos, consumo de álcool e drogas, bem como na própria definição de DE (Morley, 1986).

O clássico estudo epidemiológico publicado por Alfred Kinsey em 1948, foi o primeiro estudo compreensivo do comportamento sexual nos EUA, incluindo 12.000 homens de amostras representativas da população geral, estratificada para a idade, educação e ocupação. Kinsey, determinou que a incidência da DE aumentava com a idade; 1% antes dos 19 anos, <3% entre os 19 e os 45 anos, 6,7% entre os 45 e os 55 anos e 25% aos 75 anos (Kinsey et al., 1948).

Em 1979, Gebhard e Johnson reanalisaram os dados de Kinsey e observaram que numa amostra de 5.573 homens, 42% tinham DE (Nehra & Goldstein, 1999).

Num estudo desenvolvido por Slag e colaboradores (1983) sobre uma amostra de 1180 utentes de meia idade do sexo masculino, de uma clínica em regime de consulta externa, onde se avaliou a presença ou ausência de DE, veio a revelar que cerca de 34% dos pacientes se queixavam de dificuldades erécteis. Numa posterior avaliação médica destes doentes, foram identificados vários factores como causa destes problemas, que incluíam efeitos da medicação (25%), hipogonadismo (19%), diabetes (9%), e factores

psicológicos (14%). É provável que os factores psicológicos se tenham subestimado devido à falta de profundidade da entrevista e ao tipo de *setting* clínico utilizado (Rosen & Leiblum, 1992).

Parece existir um declínio gradual na sensibilidade peniana com o envelhecimento, bem como uma diminuição dos níveis plasmáticos de testosterona, do desejo sexual acima dos 60 anos de idade, e das erecções nocturnas (Seagraves & Seagraves, 1992). Contudo, mais de metade dos homens nonagenários revela interesse sexual e 15% mantém actividade sexual (Weiske, 1997).

Numerosos estudos implicaram a idade como um factor determinante na prevalência da DE. As taxas de prevalência variam grandemente desde 50% do total de casais heterossexuais (Masters & Johnson, 1970) até aos 75% de Wiener (1969). Ronald Virag (1983), afirmava que 10% dos homens com mais de 50 anos e 20% com mais de 60 anos de idade sofriam de DE. A prevalência no homem jovem é desconhecida, mas estima-se um valor de 10% para a década dos 60 anos de idade, 20% para a de 70 anos, 30 a 40% na de 80 anos e mais de 50% na década dos 90 anos de idade (Moreira, 1999). Num estudo com casais sem doença (Frank, et al, 1978), que responderam através de um questionário de auto preenchimento, 7% reportaram incapacidade para obter uma erecção, enquanto 9% referiram ter dificuldade em mantê-la. Mais recentemente, numa revisão sobre estudos comunitários e de prevalência, Spector e Carey (1990) constatarem uma incidência de 4 a 9% para as disfunções erécteis. Verificaram ainda que a queixa mais frequente dos homens nas consultas de terapia sexual é a DE.

Numa meta análise de estudos entre 1929 e 1981, Nathan (1986) calculou um número de 10 a 20% para disfunção eréctil, enquanto em Portugal o maior número (74%) é encontrado num estudo de uma amostra masculina, desenvolvido por Allen Gomes em 1982 (Gomes, 1987).

A incidência da DE, varia de acordo com o diagnóstico ou tipo de disfunção considerada. A DE primária é bastante menos frequente que a secundária (Masters & Johnson, 1970), sendo a DE primária considerada de causa psicogénica, apesar de condições físicas como o hipogonadismo a poderem causar. Renshaw (1988), refere que 3,5% dos homens que procuram tratamento para a DE são diagnosticados como DE primária, em comparação com os 48% que recebem um diagnóstico de DE secundária.

McCullough e Fine (1999), descrevem a DE em homens jovens que podem ter tido erecções (masturbação, matinais e nocturnas), mas que são incapazes de conseguir erecções aquando do acto sexual, referindo que a incidência para estes homens é de aproximadamente 5%, aos 30 anos de idade (DSM-IV, 1994).

Em França, Giuliano e col. em 1996 estudaram uma amostra de 986 homens com idades entre os 18 e os 94 anos, tendo estimado uma prevalência global de 42%, com valores de 35% para os homens entre os 18 e 35 anos e de 47% entre os 36 e 94 anos de idade (Giuliano et al, 1996).

Outro estudo americano que incluiu 1517 homens com mais de 40 anos de idade, avaliou a correlação da DE com a idade, etnicidade, localização geográfica e QDV, nos últimos doze meses. Os resultados indicaram que cerca de 8% dos sujeitos não tinham tido erecções quando sexualmente estimulados. Dos 1388 que tiveram erecções, 20% referiram que a erecção tinha ocorrido em menos de metade das vezes. A prevalência da DE foi independente da origem étnica dos sujeitos e fortemente correlacionada com a idade, variando com a localização geográfica. Os resultados mostraram existir uma correlação significativa entre DE e a QDV, tendo a DE um impacto negativo na QDV dos homens estudados (Jonler et al., 1995).

O Massachusetts Male Aging Study (MMAS), foi o primeiro estudo epidemiológico alargado sobre disfunção sexual masculina, realizado sobre a população em geral,

desenvolvido entre 1987 e 1989. Veio por isso trazer informação adicional sobre disfunção sexual masculina, dados sobre prevalência e identificando correlações fisiológicas e psicológicas. Neste estudo, uma população aleatória de 1709 homens não institucionalizados entre os 40 e os 70 anos de idade da área de Boston foram examinados. Destes excluíram-se 419 por falta de parceiro sexual e conseqüente não preenchimento da totalidade do questionário, tendo sido tratados os dados de 1290 homens. Este estudo incluiu um questionário detalhado, análises ao sangue e observação médica (Feldman et al., 1994).

Os resultados do MMAS mostraram uma prevalência, para um probabilidade global de qualquer grau de DE (mínima, moderada ou completa), de 52%, com probabilidade de 38,9% aos 40 anos e 67,1% aos 70 anos. A probabilidade de DE completa, aumenta de 5% aos 40 anos para 15% aos 70 anos.

O mesmo estudo, após rectificação para a idade, refere problemas de DE nas doenças cardiovasculares em 39%, diabetes em 28% e hipertensão arterial em 15%, bem como para outros factores de risco vasculares, como o tabagismo. Em relação aos medicamentos, verificou-se que a prevalência de DE completa era maior nos homens que tomavam agentes hipoglicemiantes em 26%, antihipertensores em 14%, vasodilatadores em 36% e medicação cardíaca em 28%.

Também se verificaram relações com outras doenças não tratadas como as úlceras em 18%, artrite em 15% e alergias em 12%. A depressão foi a variável psicológica mais fortemente associada à DE, chegando a relacionar-se em cerca de 90% no máximo nível de depressão assinalado.

De uma forma global pode-se dizer que a DE está associada com a idade e tem uma maior prevalência em homens com outras doenças associadas (Nehra & Goldstein,

1999), enquanto cerca de 10% dos homens entre os 40 e os 70 anos de idade tem DE completa (Feldman et al., 1994).

Estima-se que a DE afecte cerca de 30 milhões de homens nos Estados Unidos da América (NIH, 1983), e que a nível mundial afecte mais de 100 milhões de homens (USBC, 1995), enquanto em Portugal se julga existir cerca 100 a 250 mil homens com DE, de acordo com uma extrapolação feita por Allen Gomes (1991).

Alexandre Moreira, diz ainda que deverão existir em Portugal mais de 500.000 homens com alterações erécteis, se considerarmos que a erecção se encontra perturbada em 50% dos diabéticos, 80% dos atingidos por arteriopatia dos membros inferiores, 60% dos alcoólicos, 50% de hemodialisados, 30 a 50% dos hipertensos, 30% dos doentes pós enfarte do miocárdio e 30% dos que sofrem de esclerose múltipla (Moreira, 1999).

Apesar do elevado número de homens com DE, poucos procuram ajuda especializada (Wagner & Saenz de Tejada, 1998) e estima-se que com o aumento da esperança média de vida, a prevalência da DE continue a aumentar (Zemel, 1988).

Dados de incidência e prevalência sem vieses são difíceis de obter. Provavelmente, devido à crescente preocupação e atenção sobre a DE e em relação a outros distúrbios sexuais que as últimas décadas revelaram, à importância relativa da sexualidade na vida das pessoas, à expectativa de que a função sexual é uma capacidade para toda a vida, a uma maior exigência por parte da mulher ao nível da sexualidade e do prazer, bem como a uma maior divulgação de tratamentos e técnicas para a DE.

## PERSPECTIVA HISTÓRICA E CLÍNICA

O Homem é o único, entre todas as espécies, que tem a vantagem de poder realizar a cópula controlando a fecundação, sendo descendente do sexo e sendo a sexualidade o único garante da reprodução do tipo e da sociedade, os quais constituem a identidade da espécie e das suas populações (Moreira, 1999). Desta forma, a sexualidade e o acto sexual vieram criar perplexidade e dúvidas, levando à criação de mitos e preconceitos que se foram modelando ao longo da história.

Desde os tempos mais remotos que o Homem se vem preocupando com a problemática da DE. Uma sucessão infindável de poções e prescrições, medicamentos e aparelhos, têm sido utilizados ao longo da história para suplantar o problema. Estas descrições remontam a 2000 anos AC, onde papiros egípcios contêm receitas específicas para curar a impotência sexual e raízes várias são descritas como cura para o mal da incapacidade erétil em tribos africanas por todo o continente (Rosen & Leiblum, 1992).

No passado, já as referências bíblicas à DE, a descreviam como uma forma de castigo ou punição para o adultério (Génesis, 20:3) ou ainda como sendo vítima de um malefício. Mais recentemente o homem impotente passou a ser considerado como um disfuncional. A realidade, é que vitima ou culpado, fica prisioneiro de uma patologia complexa, na qual se interrelacionam factores orgânicos, psicológicos e sociais (Moreira, 1999).

Foi na mitologia Grega que pela primeira vez se reconheceram causas psicológicas para a DE. A lenda grega, retrata Iphiclus, um jovem que vê o pai aproximar-se com uma faca, pensando que a vai utilizar nele. O jovem desenvolve uma DE crónica e esta legenda pode representar o primeiro registo da ansiedade de castração (Johnson, 1968).

Os primeiros registos sobre as actividades sexuais do Homem foram encontrados em imagens desenhadas pelo Homem, principalmente de mulheres (Zwang, 1984). A criação destas figuras destinava-se a exercer uma influência mágica na fertilidade humana. São famosas as vénus pré-históricas, silhuetas femininas de formas opulentas, datadas de 28000 AC a 20000 AC (Lucie-Smith, 1992). As figuras masculinas são mais raras, surgindo principalmente em gravuras e pinturas rupestres, como as de Altamira em Espanha e Lascaux em França, cerca de 19000 AC (Clottes, 1995).

Na pré-história a sociedade organizava-se em torno do matriarcado, onde a mulher representava um papel social e económico fundamental. Advém a génese do sedentarismo, surgindo figuras que representam a fertilidade da terra, a maternidade e a potência sexual, que passam a ser adoradas como objectos de culto. Este facto, justifica a presença de monumentos fálicos por todo o mundo (Brinot, 1994). Com a organização das civilizações urbanas do mundo antigo, o sexo perde o seu carácter místico, passa a ser mais controlado e surge a noção de prazer sexual. Instala-se o patriarcado (Nunes, 1987).

O pénis assume grande relevância, sendo adorado no Egipto e na Judeia sob o nome de Phallus, na Índia como Lingam, na Arábia como Dkeur e na Grécia como Priapus, símbolo da força e da fecundidade (Bacalhau, 1922). Na Babilónia e em Atenas, os genitais foram adorados, fizeram-se grandes manifestações em sua honra e construíram-se vários altares e lugares de culto a Phallus e a Priapus (Moreira, 1999), estando estes nomes na génese etimológica de diversa terminologia que hoje se utiliza, como é o caso do falácio ou do priapismo. A “balança de Phallus”, um fresco existente no bordel Vetti, ilustra que pelo peso do pénis se pode avaliar a quantidade de sangue que enche os tecidos esponjosos. Foi provavelmente o primeiro método de avaliação da erecção (Brinot, 1994).

No antigo Egípto, a importância do pénis na sexualidade levava a que tivesse um tratamento especial no acto do embalsamento e que vários Deuses apresentassem uma exuberante potência sexual, onde se destaca Min, de falo permanentemente erecto (Cohen, 1995). Já no Panteon romano, o Deus Priapus tem o mesmo papel que o Deus Min no Egípcio, sendo representado com o pénis erecto, por vezes envolto de frutos, como alusão à sua função de Deus da fertilidade (Foucault, 1985).

Em todas as civilizações antigas foram criados inúmeros remédios que melhorassem as incapacidades sexuais, sendo ilustrativo o Yajurveda, texto sagrado Indu, que recomendava a ingestão de tecidos testiculares contra a impotência sexual (Hoberman & Yesalis, 1995). Alguns, como o pó de corno de rinoceronte, adquiriram uma reputação que sobreveio ao longo dos tempos, contendo muitos dos afrodisíacos nos textos antigos, plantas e ervas (Moreira, 1999). O exemplo mais conhecido é o do Ginseng, descoberto na China, considerado útil para melhorar a robustez e aumentar a potência sexual (Zwang, 1984).

Já na idade média, a igreja atribuía a DE aos efeitos de bruxaria ou possessão demoníaca, como se constata pela citação de Tomás de Aquino, “A fé católica ensina ambos que existem demónios e que pelos seus feitos, podem infligir injurias no homem e impedir a cópula carnal” (cit. in Johnson, 1968, p. 5).

O potencial papel de determinantes físicos subjacentes na falha erétil foi identificado durante a idade do Iluminismo, sendo o caso de Luís XVI, rei de França entre 1774 e 1789, talvez o mais famoso. Retrata Luís, que casa aos 16 anos de idade com Maria Antonieta, e durante 7 anos não consegue consumir o casamento, devido a “total impotência” (Hastings, 1963). Após consultar várias autoridades da época, determinou-se que tinha o prepúcio excessivamente apertado, sendo subsequentemente circuncisado. Este episódio ilustra a emergência do conceito de falha erétil como

condição médica, opondo-se ao espiritual ou psicológico e pode representar a primeira tentativa cirúrgica para o tratamento da DE (Rosen & Leiblum, 1992).

O papel dos factores genéticos ou hormonais foi pela primeira vez reconhecido no século XIX, onde o caso de Napoleão Bonaparte é ilustrativo. Sabia-se que Napoleão tinha sofrido de uma doença endócrina desconhecida, que resultou numa DE na meia idade. No relatório da autópsia descrevia-se que os seus genitais “tinham grânulos na próstata, o pénis e os testículos eram muito pequenos, e todo o sistema genital parecia exibir uma causa física para a ausência de desejo sexual e a castidade que caracterizava o falecido” (cit. in Johnson, 1968, p. 7).

#### A DE COMO PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA

A DE tornou-se uma preocupação dos psicólogos e psiquiatras nos finais do século XIX, princípios do século XX. Nesta época Richard Von Krafft-Ebing (1902) e Havelock Ellis (1910), publicaram as suas obras monumentais sobre disfunções sexuais. Estes autores consideravam a DE como sendo primordialmente resultado de “degeneração moral”. A masturbação na infância era considerada a ligação entre a degeneração moral e a disfunção sexual na fase adulta. Krafft-Ebing e Ellis sugeriam que a masturbação infantil em excesso danificava os órgãos sexuais e levava à exaustão da energia sexual no corpo, resultando na incapacidade de funcionar sexualmente em adulto (LoPicollo, 1992). A masturbação, segundo Krafft-Ebing, causava “neuroses do aparelho sexual” e “enfraquecimento do centro coordenador da erecção” (pp. 188-9).

Para estes autores, uma actividade sexual excessiva na fase adulta era considerada uma causa de DE, encorajando-se a abstinência sexual, de acordo com uma expressão da

época onde se dizia que a perda de uma gota de sémen era equivalente à perda de sete gotas de sangue (LoPicollo, 1992).

No século XX, surgiram dois grandes temas de discussão em torno das DE. Primeiramente, os factores psicológicos foram identificados como sendo causa e consequência da DE, atingindo especial relevo com psicanalistas, como Freud e Stekel, que salientaram a contribuição dos fenómenos psíquicos na génese da DE.

A tradicional posição psicanalítica considerava os factores psicogénicos como causa primordial na falha eréctil e Freud (1919/1955, p. 197) comentava “estamos acostumados a prometer recuperação a doentes psiquicamente impotentes (...), mas por via de regra somos mais reservados em fazer prognósticos na extensão em que a dinâmica do distúrbio nos é desconhecida”. Freud, sugere que se o tratamento não é bem sucedido, é porque os “verdadeiros” conflitos inconscientes que interferem com a capacidade eréctil, não foram resolvidos.

A teoria Freudiana, rompe com as teorias advogadas por Krafft-Ebing e Ellis, como causa da DE e salienta que esta resulta de falhas na resolução do complexo de Édipo e na evolução dos estádios do desenvolvimento psicosexual até à verdadeira maturidade sexual (LoPicollo, 1992). Assim, esta visão de imaturidade, de atraso desenvolvimental e de complexo de Édipo mal resolvido foi certamente um grande avanço sobre o conceito de degeneração moral.

Em segundo lugar, particularmente na segunda metade do século XX, deu-se uma importância cada vez maior ao papel etiológico dos factores orgânicos no desencadear da DE (Krane et al., 1989), tendo a literatura sido dominada por discussões sobre a influência dos factores físicos na avaliação e tratamento das DE.

Foi Stekel (1927) que inicialmente constatou a importância dos factores orgânicos, recomendando a observação das erecções nocturnas, durante o sono, e matinais como forma de diferenciar entre DE de causa psicogénica ou de causa orgânica.

É Alfred Kinsey, que em 1948 inicia a publicação de trabalhos sobre o comportamento sexual humano, abrindo as portas da investigação e da sexologia estatística e científica, constituindo uma das maiores fontes sobre o comportamento sexual humano (Moreira, 1999).

O papel da ansiedade, em particular, foi largamente discutido por ambos os adeptos das teorias analíticas e behavioristas (Rosen & Leiblum, 1992). Os primeiros comportamentalistas a desafiar as teorias freudianas foram Wolpe (1958), Salter (1949) e Lazarus (1965), que consideravam a ansiedade como causa primordial da DE, afirmando que esta era incompatível com uma realização sexual normal. As estratégias terapêuticas assentavam então na diminuição da ansiedade através do uso de técnicas de relaxação e de dessensibilização sistemática, como meio de ultrapassar a ansiedade de desempenho e assim melhorar a capacidade eréctil.

Os primeiros terapeutas comportamentalistas contribuíram assim para as abordagens modernas de intervenção na DE. Na sequência, Masters e Johnson (1970), introduziram uma abordagem focada nas sensações, que utilizaram largamente no tratamento das disfunções sexuais, tendo sido interpretada como uma forma de dessensibilização *in vivo* da ansiedade sexual (O'Leary & Wilson, 1987).

Bancroft (1989), veio sugerir que a DE poderia ser desencadeada pela “ameaça” de consequências negativas, em vez da ansiedade só por si. Digamos que não é a ansiedade especificamente que causa a falha eréctil, mas as interferências cognitivas que a acompanham (Barlow, Sakheim, & Beck, 1983). Estes doentes possuem capacidade de

funcionar sexualmente, mas focam as suas cognições inapropriadamente em pensamentos que não são sexualmente estimulantes.

Hellen Kaplan (1974), foi a primeira a tentar uma abordagem mais integradora de factores biológicos e comportamentais, com uma formulação sistémica da DE. Kaplan, tal como Masters e Johnson (1970), afirmava que o desempenho sexual é essencialmente reflexo ou “natural” e que ocorrerá sem dificuldade se a ansiedade de desempenho e os conflitos inconscientes não interferirem.

Nos nossos dias, os terapêutas sexuais dão importância à natureza interacional ou sistémica de muitas perturbações da erecção, sendo a relação do casal e a sua dinâmica fortemente enfatizada na avaliação e no tratamento da DE (Rosen & Leiblum, 1992).

Apesar desta integração de factores vários implicados na DE, grande parte da importância, na literatura médica e sexológica, é dada aos factores orgânicos como determinantes primários ou secundários na DE.

Até há cerca de 30 anos, pensava-se que a maioria dos casos de DE era devido somente a causas psíquicas, tendo Strauss afirmado em 1950 que “em 90% dos casos a causa era psíquica” (cit. por Moreira, 1999, p. 57). Recentemente, foi referido que mais de 50% dos casos são devidos a causas orgânicas (Morley, 1986). Esta mudança, entre outros factores, deveu-se à descoberta acidental do efeito positivo da papaverina intracavernosa na indução de erecções, em 1980, por Ronald Virag (1982), provocando significativas mudanças no conceito e tratamento da DE.

Abriu-se o caminho à farmacoterapia moderna, que leva a uma revolução na avaliação e intervenção terapêutica da DE, com a aprovação pelo FDA e consequente introdução no mercado dos EUA no dia 27 de Março de 1998 do primeiro tratamento oral, o Sildenafil, vulgo Viagra.

O mundo da sexualidade mudou dramaticamente com a introdução deste fármaco, apesar de não ser o primeiro tratamento aprovado para a DE masculina, foi a primeira terapia oral efectiva, e o seu advento iniciou um diálogo público num assunto que era até então tabu. No entanto, o Viagra trouxe também muitas preocupações (Fourcroy, 1999).

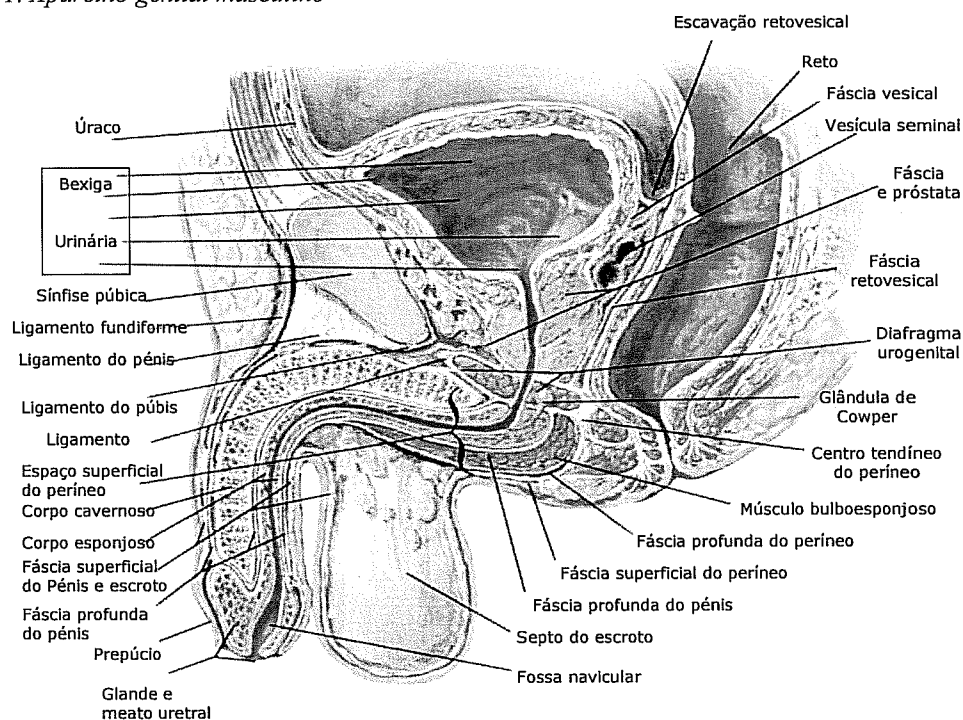
Contudo, apesar da última década do século XX, poder ter contribuído para o completo esclarecimento da fisiopatologia da erecção e a descoberta de tratamentos eficazes para a DE (Moreira, 1999), a tentativa de diferenciar os problemas erécteis em psicológicos *versus* orgânicos isoladamente, é pouco sensata e incorrecta (Rosen & Leiblum, 1992).

O século XXI, pode significar a assumpção da integração plena de todos os factores e dimensões que envolvem a DE. Esta dimensão vai contribuir para que o homem possa ser devidamente tratado e acompanhado, dando principal enfoque à “relação”, à satisfação terapêutica e à QDV.

## APARELHO GENITAL E ANATOMIA DO PÊNIS

O aparelho genital masculino possui duas funções principais. A reprodutora, que visa a produção de gametas masculinos e a promoção da sua união com gametas femininos para propagação da espécie. A endócrina, cuja função é a de produzir hormonas sexuais. O aparelho genital masculino é composto por bolsas, testículos, vias espermáticas, glândulas anexas e o pênis (Castro & Nobre, 1998). Descrever-se-á de forma breve estas estruturas, de acordo com estes autores.

Figura 1. Aparelho genital masculino



Adaptado de Netter, 1998

As *bolsas ou escroto*, são sacos alongados verticalmente, situados abaixo do pênis e adiante do períneo, que se dividem em duas regiões (direito e esquerdo) por um septo fibroso mediano que se palpa. São um prolongamento da parede abdominal, cuja função é a de conter os testículos, suportando-os e protegendo-os.

As bolsas são constituídas por camadas serosas, musculares, fibrosa, adiposa e cutânea. A camada cutânea é a exterior, formada por pele fina e pragueada, mais escura que a restante, coberta por pêlos dispersos e muitas glândulas sebáceas.

*Os testículos* são órgãos pares com uma dimensão média de 2,5 x 3 x 4 cm, cuja função é a de produzir espermatozóides e testosterona. Estão envoltos num saco fibroso, a túnica albugínea, separados em lóbulos por um septo fibroso. Contêm túbulos seminiparos onde são produzidos os espermatozóides, e células de Leydig onde são produzidas hormonas masculinas.

*As vias espermáticas*, são um conjunto de canais que transporta os espermatozóides produzidos nos testículos até ao ponto de ejaculação, a uretra. As vias espermáticas dividem-se no epidídimo, no canal deferente, e no canal ejaculador. O epidídimo, é um órgão longo (5 a 6 metros) e muito pragueado com cabeça (unida ao testículo), corpo e cauda (ligada ao canal deferente). O canal deferente, ascende ao longo do testículo, atravessa o canal inguinal, passa junto à bexiga e continua no canal ejaculador. O canal deferente é um local de armazenamento dos espermatozóides a descarregar durante a ejaculação. É innervado pelo sistema nervoso simpático, cuja estimulação provoca a expulsão dos espermatozóides para o canal ejaculador. O canal ejaculador, é formado pela junção da ampola do canal deferente com o canal da vesícula seminal. Termina ao nível da uretra prostática, onde lança os espermatozóides com os aditivos já recebidos através das secreções da vesícula seminal e próstata.

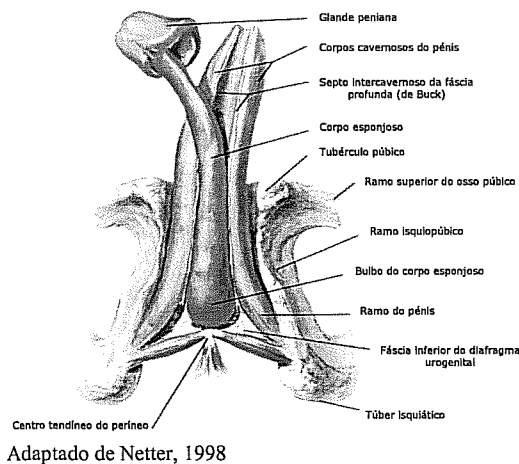
*As glândulas anexas*, são glândulas reprodutoras acessórias e constituem-se pelas vesículas seminais, a próstata e as glândulas de Cowper. As vesículas seminais e a próstata segregam substâncias que se misturam com os espermatozóides, para formar o sémen. As glândulas de Cowper, libertam em resposta ao estímulo sexual, uma substância que serve para lubrificar a uretra e a glande. As vesículas seminais e a

próstata são dependentes dos androgénios, atrofiando-se na ausência de hormonas sexuais masculinas como a testosterona.

O *pénis* é um órgão de cópula, cujo objectivo é a penetração vaginal para deposição do sémen ejaculado, junto do colo do útero. Também serve para expelir a urina armazenada na bexiga. O pénis varia entre a posição erecta, aumentando de volume com a ponta dirigida para cima para penetração na vagina, e a não erecta ou flácida, com a ponta dirigida para baixo em estado de repouso.

Anatomia geral - O pénis é formado por três corpos cilíndricos de tecido erétil. O corpo esponjoso que se dispõe na face ventral e suporta a uretra, e os dois corpos cavernosos dorsais envolvidos pela túnica albuginea (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). A descrição mais detalhada que se segue, está de acordo com Aboseif & Tanagho (1999).

Figura 2. Estruturas do sexo masculino



Adaptado de Netter, 1998

O corpo esponjoso, na extensão da sua extremidade distal, dilata-se formando a glande, situada na ponta do pénis, de forma cónica arredondada, onde se encontra a parte externa do meato uretral, o freio e o prepúcio. A glande possui bastantes receptores tácteis que a tornam numa zona muito sensível.

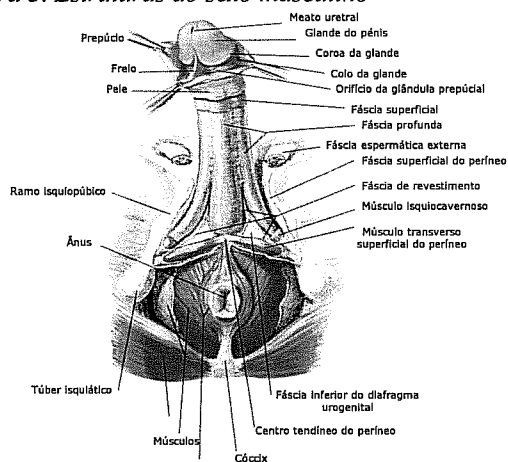
Na raiz do pénis, a sua extremidade proximal, os corpos cavernosos e o corpo esponjoso aderem ao períneo, que está firmemente ligado ao osso isquiopúbico. O períneo é uma

estrutura relativamente pouco complacente, ao contrário da parte livre do pénis que aumenta em tamanho e largura durante a erecção.

Os corpos cavernosos são pares e simétricos, juntando-se no plano médio abaixo do arco púbico e mantendo-se separados por um septo incompleto em toda a sua porção pendular. Os corpos cavernosos não se estendem até à ponta do pénis, terminando no início da glande. O pénis é seguro por um ligamento suspensor que vai da linha alba à sínfise púbica, inserindo-se na fáscia superficial dos corpos cavernosos (Figura 2).

Coberturas fasciáis do pénis – Cada corpo peniano está envolto em finas membranas de fibras, a túnica albugínea, composta principalmente por fibras de colagénio. Os corpos cavernosos e o corpo esponjoso, estão envoltos por um fina cobertura fibrosa, denominada fáscia de Buck. Uma camada de pele, sem gordura, cobre estas estruturas. No topo e cobrindo a glande, surge o prepúcio (Figura 3).

Figura 3. Estruturas do sexo masculino



Adaptado de Netter, 1998

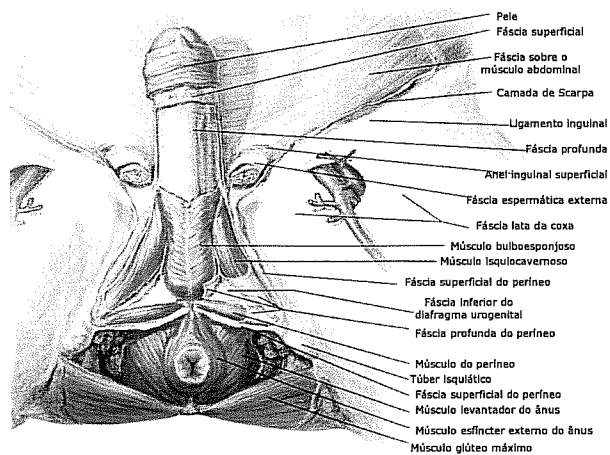
Debaixo da pele do pénis e escroto e estendendo-se desde a base das glândulas ao diafragma urogenital, está a fáscia de Colles, que continua ligando-se à fáscia de Scarpa na parede abdominal inferior.

Musculatura ligada ao pénis – cada ramo do pénis está coberto por uma estrutura muscular estriada, denominada músculo isquiocavernoso. Estas fibras musculares

ligam-se ao tubér isquiático envolvendo a porção terminal dos corpos cavernosos de cada lado do osso isquiopúbico e contribuem para a ligação do pênis à superfície do períneo.

O músculo bulboesponjoso é composto por fibras que vão desde o centro tendíneo do períneo, envolvem o bulbo e a parte adjacente do corpo esponjoso, ligando-se à túnica albugínea no aspecto ventral dos corpos cavernosos. Este músculo é essencial para a ejaculação. (Figura 4)

Figura 4. Dissecação profunda do pênis



Adaptado de Netter, 1998

Rede vascular do pênis – O Aporte Arterial – deriva principalmente da artéria pudenda interna, que é um ramo da artéria ilíaca interna. A artéria pudenda interna torna-se na artéria peniana, irrigando o tecido erétil e os músculos estriados associados.

Junto ao bulbo uretral a artéria peniana divide-se em três ramos terminais; a artéria bulbouretral, a artéria dorsal, e a artéria cavernosa.

A artéria bulbouretral penetra no bulbo peniano, fornecendo sangue à glândula de Cowper e ao bulbo uretral. O seu ramo distal, corre longitudinalmente ao longo do corpo esponjoso, fornecendo sangue a este, aos tecidos uretrais e à glândula.

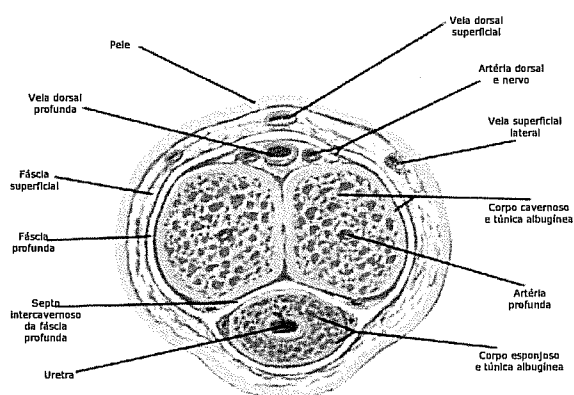
A artéria dorsal do pênis estende-se sobre a face dorsal do pênis, debaixo da fáscia de Buck, com a veia dorsal profunda ao meio dos seus dois ramos e os nervos dorsais do

pénis lateralmente colocados. Ao longo do seu trajecto, oferece várias ramificações ao redor da superfície lateral dos corpos cavernosos, sendo a principal responsável pela irrigação da glande e seu engorgitamento durante a erecção.

As artérias cavernosas profundas do pénis, viajam ao longo da superfície dorsal mediana dos corpos cavernosos. Entram no hilo do pénis junto à junção de ambos os corpos cavernosos e evoluem pelo centro das cisternas dos corpos cavernosos até ao fim destes. Ao longo do seu trajecto derivam em vários ramos (artérias helicíneas), que irrigam os espaços sinusoidais.

A pele do pénis e estruturas superficiais são irrigadas pela artéria pudenda externa que deriva da artéria femural.

*Figura 5. Secção através do corpo do pénis*



Adaptado de Netter, 1998

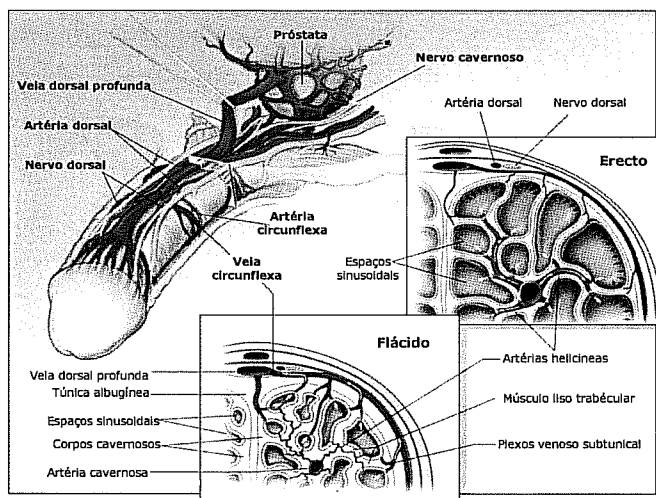
O Aporte Venoso – O pénis é drenado por três conjuntos de veias; a superficial, a intermédia e a profunda.

O sistema de drenagem superficial, é composto por múltiplas veias na superfície dorsolateral do pénis, entre as fáschias de Colle e Buck, drenando o prepúcio, a pele peniana, e a cobertura fascial do pénis. Esta rede subcutânea de veias une-se à raiz do pénis para formar veias dorsais superficiais, singulares ou duplas, ligando-se ambas à veia safena ou à veia pudenda externa.

O sistema de drenagem intermédio, consiste na veia dorsal profunda e veias circunflexas. A veia dorsal profunda surge do plexo venoso retrocoronal, formado por pequenas veias que emergem da glândula, penetrando na fáscia de Buck por um caminho entre os dois corpos cavernosos, entrando na zona pélvica entre as duas partes do ligamento suspensório que se liga ao plexo venoso periprostático, drenando na veia ilíaca interna.

O sistema de drenagem profundo, é formado pelas veias cavernosas e crurais. Veias emissárias do terço proximal peniano, juntam-se para formar as veias cavernosas que viajam pelo meio e em profundidade no hilo peniano, com as artérias cavernosas e nervos, superficiais e laterais a elas. As veias cavernosas passam entre o bulbo uretral e a porção dos corpos cavernosos ligada ao pênis, drenando na veia pudenda interna. Pequenas veias do bulbo uretral ligam-se às veias cavernosas. Estas veias formam um largo canal venoso que drena na veia pudenda interna, evoluindo conjuntamente com a artéria pudenda interna e nervo pudendo, para se ligar à veia ilíaca interna.

*Figura 6. Irrigação e drenagem vascular no pênis*



Adaptado de Lue, 2000

O Sistema Sinusoidal – Os corpos cavernosos são formados por espaços vasculares endoteliais de forma irregular (sinusóides), envoltos por músculo liso trabécular de colagénio e fibras elásticas, bem como tecido contendo numerosas arteriolas e nervos.

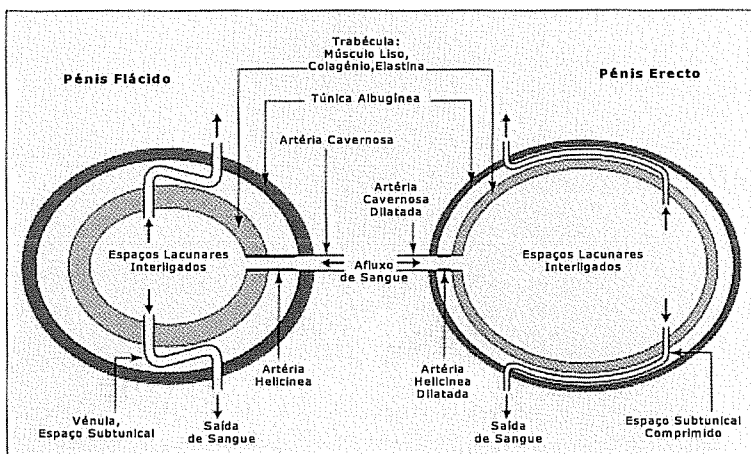
A Inervação do Pénis - Os vasos sanguíneos do pénis e o músculo liso trabécular, tem fibras nervosas motoras simpáticas e parasimpáticas, que irradiam das regiões torácicolombares e lombosagradas. Os músculos estriados no exterior da túnica albugínea são inervados por nervos somáticos lombosacrais. Os sistemas simpático, parasimpático e somático, actuam de forma coordenada e a interrupção de quaisquer dessas vias, particularmente dos nervos parasimpáticos, pode comprometer o normal processo de erecção (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

As fibras nervosas parasimpáticas juntam-se com fibras nervosas hipogástricas para formar o plexus pélvico, que se espalha pelo aspecto lateral do recto, para inervar o recto, a bexiga, vesículas seminais e próstata. No bulbo uretral distal, as fibras nervosas dividem-se em dois grupos. Uma atravessam os corpos cavernosos juntamente com os vasos e outras viajam dentro dos próprios corpos, dividindo-se para inervar as artérias helicíneas e os sinusóides (Korenman, 1998).

## FISIOLOGIA DA ERECCÃO

A erecção do pênis é um evento neurovascular mediado por factores psicológicos e pela condição hormonal (Lue, 2000). A erecção resulta de um aporte acentuadamente aumentado de sangue arterial, resultando num ingurgitamento do tecido erétil, para o interior (espaço sinusoidal) dos corpos cavernosos, associado a uma grande restrição da drenagem venosa. Os corpos cavernosos expandem-se contra a túnica albugínea, provocando tensão e rigidez do pênis (Korenman, 1995b). (Figura 7)

Figura 7. Mecanismo da Erecção



Adaptado de Wagner e Tejada, 1998

A resposta erétil é normalmente desencadeada por estimulação erótica, através dos órgãos dos sentidos e ou fantasias, dependendo de vários patamares de controlo ao nível do sistema nervoso central e vegetativo. Os diversos estímulos são integrados através do núcleo dorsal médio do tálamo e do núcleo médio pré-óptico do hipotálamo, estimulando as vias nervosas simpáticas e parasimpáticas eferentes para o músculo liso vascular e sinusoidal dos corpos cavernosos (Korenman, 1998).

Os pensamentos sexuais são processados ao nível do córtex cerebral, o hipotálamo filtra os pensamentos sexuais e envia impulsos nervosos para os centros parasimpáticos da medula sagrada, que em resposta à estimulação hipotalâmica envia estímulos para a periferia provocando a vasodilatação das arteríolas penianas. Um nível cortical de

apetência sexual não é condição necessária para a erecção ocorrer, a estimulação peniana directa pode desencadear uma erecção através da resposta reflexa da medula sagrada (Castro & Nobre, 1998).

Quando o pénis se encontra no estado flácido, as células do músculo liso das artérias penianas e dos corpos cavernosos estão num estado de contracção. A sua relaxação provoca o enchimento dos espaços lacunares dos corpos cavernosos por sangue arterial. A pressão arterial expande as paredes trabéculares relaxadas, que expande a túnica albugínea com o conseqüente alongamento e compressão das vénulas de drenagem. Este mecanismo de veno-oclusão restringe a saída do sangue através desses canais.

Após a ejaculação ou cessação do estímulo erótico, a musculatura lisa envolvente das artérias e espaços lacunares, contrai-se. Deste modo, reduz-se o afluxo de sangue e a drenagem venosa dos espaços corpóreos é aberta, retornando o pénis ao estado inicial de flacidez. A erecção do pénis é uma reacção hemodinâmica controlada pelo sistema nervoso autónomo (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

Durante a masturbação ou a relação sexual, activa-se o reflexo bulbocavernoso, os músculos isquiocavernosos comprimem a base dos corpos cavernosos cheios de sangue e o pénis torna-se ainda mais duro. Durante esta fase, a entrada e saída de sangue cessa temporariamente. A detumescência pode dever-se à cessação da libertação de neurotransmissores, à diminuição de mensageiros secundários pelas fosfodiesterases, ou a descarga simpática durante a ejaculação. A contracção do músculo liso trabécular reabre os canais venosos e o sangue bloqueado é expelido, induzindo o estado de flacidez (Lue, 2000).

Existem vários neurotransmissores envolvidos na erecção peniana. Um dos mais importantes neuromediadores no relaxamento do músculo liso do pénis, e conseqüentemente na erecção, é o óxido nítrico. Esta molécula mensageira, é formada

pelo seu precursor, a L-arginina, através da síntese do óxido nítrico. O óxido nítrico vai activar a guanilato ciclase para produzir o monofosfato de guanosina cíclico (GMPc) intracelular, um segundo mensageiro potente no efeito relaxante do músculo liso. A importância desta via de activação é demonstrada através de achados clínicos que mostram que os inibidores selectivos da fosfodiesterase 5, que quebra a GMPc, facilita a erecção (Ignarro et al., 1990).

A síntese do óxido nítrico está presente em abundância no plexus pélvico, nos nervos cavernosos, nos nervos penianos dorsais, e nos plexus nervosos nas artérias cavernosas e helicinas. Substâncias como o polipéptido intestinal vaso-activo e as prostaglandinas, contribuem para o relaxamento do músculo liso do pénis através da formação de monofosfato de adenosina cíclico (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

*Tabela 1. Alegados neurotransmissores da erecção peniana*

<i>LOCAL NEURONAL</i>	<i>PRO-ERÉCTIL</i>	<i>ANTI-ERÉCTIL</i>
<i>PERIFÉRICO</i>	Acetilcolina Óxido nítrico Péptido intestinal vasoactivo Péptido gene-relacionado da calcitonina Substância P Adenosina trifosfato	Norepinefrina Neuropeptido Y
<i>MEDULAR</i>	Serotonina (5HT1c) Oxitocina Óxido nítrico	Serotonina (5HT2 <sup>+</sup> ; 5HT1a) GABA Dopamina
<i>SUPRA MEDULAR</i>	Dopamina Oxitocina Óxido nítrico Ácido glutâmico Ácido aspártico Adrenocorticotrofina Acetilcolina Norepinefrina	Péptidos opióides Prolactina

Adaptado de Burnett, 1999

## ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO

Um funcionamento erétil normal requer a coordenação de factores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e anatómicos. Alterações em quaisquer destes factores são suficientes para causar a DE. Usualmente, estes factores estão envolvidos de forma combinada (Krane et al., 1989).

Apesar da DE poder ser primariamente psicogénica na sua origem (cerca de 20% dos casos) e somático (cerca de 20%), a maior parte dos pacientes tem uma desordem orgânica na sua génese, normalmente ligada a um forte componente psicológico (DE mista - cerca de 60% dos casos) (Korenman, 1995). Alguns homens assumem a DE como uma parte natural do processo de envelhecimento e toleram-na, para outros é devastadora levando a um afastamento dos contactos sexuais, devido ao medo de falhar. Isto pode prejudicar as relações e ter um profundo efeito nocivo no bem estar global do casal (Krane et al., 1989).

Dado que a DE acompanha diversas doenças crónicas, como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diversas doenças neurológicas, os doentes são normalmente observados por técnicos de diversas especialidades médicas (Wagner & Saenz de Tejada, 1998), realçando a necessidade da informação partilhada e multidisciplinarietà.

Seguidamente, descrevem-se os principais factores etiológicos e a sua contribuição para o desencadear da DE.

**Doenças Sistémicas Crónicas** – Os homens com doença física tem uma probabilidade seis vezes maior de desenvolver DE do que os homens saudáveis (Sikka, 1999). De acordo com o MMAS, a diabetes mellitus (DM), as doenças cardiovasculares (DCV) e a hipertensão arterial (HTA), estão fortemente relacionadas com a DE. Os resultados

mostraram que a prevalência de DE completa era de 28% para diabéticos em tratamento, 39% para os doentes com DCV tratada, e de 15% para os homens com terapêutica antihipertensiva. A prevalência em toda a população estudada era de 9,6 % . Foi também encontrada uma forte associação entre doenças como a ulcera péptica, artrite e alergias, e a prevalência de DE (Feldman et al., 1994).

Está ainda descrita a associação de DE com insuficiência hepática (25-70%) (Abram et al., 1975), doença pulmonar crónica obstrutiva (30%) (Cornely et al., 1984), insuficiência renal crónica (45%) (Goldstein et al., 1982), doença de Alzheimer (53%) (Zeiss et al., 1990) e esclerose múltipla (71%) (Fletcher & Martin, 1982).

*Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial* – Tudo o que interfira com o fluxo sanguíneo, como os bloqueios parciais, o endurecimento e estreitamento das artérias e o espessamento do sangue, pode causar problemas mais ou menos graves que se podem reflectir numa DE (Ledda et al., 1996). Homens que foram sujeitos a cirurgia de *bypass* coronário, enfarte do miocárdio e doença vascular periférica, estão mais propensos a um insuficiente aporte de sangue arterial ao pénis (Carrier et al., 1994).

Radioterapia da região pélvica causa com frequência cicatrizes que podem levar as artérias penianas a perder a sua capacidade de dilatação. Homens com hipertensão arterial sujeitos a tratamento, desenvolvem mais frequentemente DE devido aos efeitos adversos da medicação (Sikka, 1999).

Foram também encontradas no MMAS, associações entre baixas concentrações plasmáticas de lipoproteínas de alta densidade (HDL) e a prevalência de DE.

Verificou-se que homens entre os 40 e os 55 anos que sofriam de DE moderada, podiam melhorar a sua disfunção para mínima, se aumentassem os níveis de HDL de 30 para 90 mg/dl. Nos homens entre os 56 e os 70 anos não se verificou qualquer caso de DE completa, naqueles que tinham níveis de HDL acima de 90 mg/dl (Feldman et al.,

1994). Os dados demonstram que os níveis de HDL, são um forte determinante no desencadear da DE.

*Diabetes Mellitus* – Ambos os tipos de DM, 1 e 2, influenciam fortemente o surgimento da DE numa idade mais precoce do que nos outros homens, usualmente num período de dez anos após o diagnóstico (Sikka, 1999). Verificou-se que homens com DM compensada, estão três vezes mais sujeitos a ficarem com DE completa e duas vezes com DE mínima, em oposição a homens não diabéticos (Feldman et al., 1994). Num estudo de doentes com DE, observou-se que 30% dos homens eram diabéticos, sendo a DM mais comum nos homens com DE do que na população em geral, para as mesmas idades (Virag et al., 1985).

A razão exacta pela qual os diabéticos desenvolvem uma função sexual tão diminuída, não é totalmente clara, mas pensa-se relacionar-se com a microangiopatia da diabetes (Collin, 1988) e alterações hemorreológicas (Moreira, 1992), bem como com a patofisiologia neurológica e do músculo liso, de que se destaca a neuropatia vegetativa (Mandrek & Golenhofen, 1992) e a diminuição da produção de mediadores químicos na musculatura lisa do pénis (Virag, 1983).

A acumulação de factores de risco arterial aumenta a possibilidade de ocorrer uma DE de causa orgânica, existindo 90% de probabilidade de ocorrer, a partir de dois factores de risco associados (Virag et al., 1985).

*Úlceras, Artrite e Alergias* – No MMAS, os homens com úlceras não tratadas apresentavam uma probabilidade duas vezes superior de ter problemas de erecção, do que outros os homens. A DE causada pela medicação anti-ulcerosa é normalmente reversível com a interrupção da mesma. Da mesma forma, os doentes com artrite e alergias não tratadas, são significativamente mais predispostos a problemas de erecção, sendo os que fumam duas vezes mais sujeitos a terem DE completa em relação aos que

não fumam. Os antihistamínicos, que tratam as alergias podem causar distúrbios da erecção (Sikka, 1999).

**Factores Hormonais** – Uma função endocrinológica e androgénica normal é necessária para a existência de líbido e função erétil (Bagatell & Bremner, 1997), sendo o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas, o sistema neuroendócrino que afecta mais directamente a função sexual masculina. Os androgénios são essenciais, para uma conduta sexual, frequência de erecções e actos sexuais, normais (Anawalt & Bremner, 1999).

Uma síndrome de actividade androgénica inadequada caracteriza o hipogonadismo (Tabela 2). É causado por uma variedade de processos endócrinos, congénitos e adquiridos, metabólicos e farmacológicos. O hipogonadismo masculino refere-se a doentes em que existe uma falência da produção de testosterona, de espermatozóides ou de ambos, sendo uma doença relativamente frequente (Galvão-Teles, 1999).

Apesar de se pensar que os androgénios e o papel da hormona masculina, a testosterona, são importantes na actividade sexual e na função erétil, o seu papel não é claro (Carrier et al., 1994).

Homens a quem se administrou substâncias indutoras de hipogonadismo, experienciaram um decréscimo significativo de pensamentos sexuais, líbido, erecções espontâneas e frequência de actos sexuais. Após voltarem aos valores normais de androgénios, retomaram os níveis prévios das dimensões avaliadas (Bagatell & Bremner, 1997).

Um estudo com transsexuais demonstrou que, os transsexuais mulher/homem aumentaram a líbido após a administração de testosterona, enquanto os transsexuais homem/mulher diminuíram a líbido após a administração de anti-androgénios e estrogénios (Van Goozen et al., 1995).

A diminuição dos níveis séricos da testosterona e o aumento das concentrações de SHBG (sex hormone binding globuline) com o envelhecimento, pode estar associada a uma diminuição da libido e da frequência das ereções. No entanto, a reposição dos níveis normais de testosterona usualmente não aumenta a função sexual (Kirby, 1994), e alguns homens continuam a obter ereções após a castração (Greenstein et al., 1995).

A testosterona só por si, não é absolutamente necessária nem suficiente para se alcançar algum grau de função sexual. A reposição de testosterona em homens hipogonádicos resulta frequentemente numa melhoria da libido e auto-estima, mas não necessariamente num aumento das ereções (Davidson et al., 1982).

*Tabela 2. Classificação de hipogonadismo masculino*

<b>HIPOGONADISMO-HIPERGONADOTRÓFICO HIPOGONADISMO PRIMÁRIO FALÊNCIA TESTICULAR</b>	<b>HIPOGONADISMO-HIPOGONADOTRÓFICO HIPOGONADISMO SECUNDÁRIO FALÊNCIA HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIA</b>
Síndrome de Klinefelter Outros síndromas genéticos (homem XX, síndrome XYY, disgenésia gonadal) Anorquia congénita Criptoquidismo	Síndrome de Kallmann Hipogonadismo hipogonadotrófico idiopático  Deficiência isolada de LHRH, LH e FSH Síndromas congénitos Prader-Willi e Laurence-Moon-Biedl
Lesão testicular Síndromas autoimunes Distrofia miotónica Defeitos da biosíntese androgénica Tóxicos Fármacos	Deficiência adquirida de LHRH Deficiência adquirida de gonadotrofinas Hipofisite autoimune Hiperprolactinemia Atraso pubertário constitucional Fármacos
<b>HIPOGONADISMO HIPO E HIPERGONADOTRÓFICO</b>	<b>DOENÇA DOS ORGÃO ALVO ALTERAÇÃO DA ACCÇÃO DOS ANDROGÉNIOS</b>
Senescência Álcool Cirrose hepática Anemia das células falciformes Doenças sistémicas graves Obesidade Sida	Defeitos dos receptores dos androgénios Anomalias pós receptor Deficiência de 5 alfa reductase

Adaptado de Galvão-Teles, 1999

Níveis elevados de prolactina (hiperprolactinémia), provocados por exemplo por prolactinoma (tumor secretor de prolactina) e frequentemente associados a baixos níveis de testosterona, podem causar diminuição do desejo sexual e DE por mecanismos pouco conhecidos (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). A reposição da testosterona só por si não resolve o problema nestes doentes, sendo necessária intervenção terapêutica para baixar os níveis de prolactina (Carrier et al., 1994).

Nas alterações tiróideas, nomeadamente no hipotiroidismo e hipertiroidismo também se podem encontrar alterações da libido e da erecção. No hipotiroidismo a DE relaciona-se com um quadro geral de astenia, enquanto no hipertiroidismo se relaciona com a diminuição da libido ligada à subida dos estrogénios em circulação (Moreira, 1999).

A origem endócrina representa cerca de 5% a 10% dos casos de DE de causa orgânica, acompanhando-se habitualmente por uma diminuição da libido (Broderick, 1998), existindo cinco endocrinopatias e disfunções de origem endócrina que podem afectar a sexualidade, conforme tabela 3.

*Tabela 3. Classificação da DE de causa hormonal*

<i>ENDOCRINOPATIAS</i>	<i>DISFUNÇÃO ENDÓCRINA-METABÓLICA</i>
Acromegália	Hipogonadismos
Hipotiroidismo	Hiperestrogenemias
Hipertiroidismo	Hiperprolactinemias
Hipocorticismo (doença de Addison)	
Hipercorticismo (doença de Cushing)	

**Factores Anatómicos, Locais e Funcionais** – Um fraco aporte sanguíneo devido a malformações congénitas ou traumatismos, é uma outra causa de DE menos frequente, mas que afecta principalmente os homens jovens (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). As lesões da zona peniana, devido a traumatismos, fracturas ou cirurgias, podem originar formações fibrosas que restringem a expansão dos corpos cavernosos, promovendo DE por incapacidade veno-oclusiva ou de promoção de dor (Moreira, 1999).

Existe uma condição específica do pénis, em que se desenvolvem nos corpos cavernosos, mais especificamente na túnica albuginea, placas fibrosas que podem causar dor (na fase inflamatória inicial) e um entortar do pénis (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). Este desvio peniano, que pode impossibilitar o coito, denomina-se de doença de Peyronie. Esta condição foi descrita em 1561 por Fallopius, mas foi François de la Peyronie que descreveu uma série de doentes com esta patologia pela primeira vez em 1743 (Carson, 1981).

Há ainda outra condição anátomo-funcional que resulta na incapacidade de reter o sangue sobre pressão nos corpos cavernosos, sendo causada por um comprometimento dos mecanismos de veno-oclusão. É a fuga venosa e pode resultar da doença de Peyronie, de factores congénitos e de traumatismos pélvicos ou cirurgia (Ledda et al., 1996). O mecanismo veno-oclusivo cavernoso depende da integridade do neurocontrolo local, que inclui a formação de óxido nítrico no músculo liso corporal e no endotélio lacunar, e do normal funcionamento das trabéculas fibro-elásticas. O comprometimento de uma ou mais destes componentes pode originar uma desordem veno-oclusiva dos corpos cavernosos levando à DE (Moreira, 1999).

*Tabela 4. Classificação da DE de causa vascular*

<i>ARTERIAL</i>	<i>VENOSA</i>	<i>CAVERNOSA</i>
Aterosclerose	Disfunção veno-oclusiva	Fibrose
Displasia	Síndrome de erecção parcial	Miopatia
Espasmo		Perturbações dos neurotransmissores
Traumatismo		
Pós radiação		

Adaptado de Moreira, 1999

*Desordens do Sistema Nervoso* – As mais frequentemente associadas com a DE, são as lesões da espinal medula, esclerose múltipla e neuropatia periférica devido a alcoolismo ou diabetes. Com a idade, os níveis de neurotransmissores tendem a diminuir com consequente diminuição do sentido táctil e sensibilidade. Atrasos nas sinapses nervosas, levam a atrasos no processamento das mensagens no sistema nervoso central (Sikka, 1999), contribuindo para alterações da função sexual e erétil.

Desordens neurológicas como a doença de Alzheimer ou a doença de Parkinson, acidentes vasculares cerebrais e traumatismos encefálicos, causam frequentemente DE por diminuição da libido ou por impedimento da iniciação da erecção. Nos homens com lesões medulares, o grau de capacidade erétil depende da natureza, local e extensão da lesão. O envolvimento sensorial da genitália é essencial para alcançar e manter uma erecção reflexa (Lue, 2000).

As lesões causadas por cirurgia, especialmente a cirurgia prostática e de neoplasia da bexiga, podem interferir com as ligações nervosas do pénis e causar DE.

Outras causas como a radioterapia, síndrome obstrutiva de apneia de sono, priapismo e síndrome de dor crónica podem contribuir para alterações da resposta eréctil (Sikka, 1999).

Tabela 5. Classificação da DE de causa neurológica

<i>DOENÇAS MEDULARES E RADICULARES</i>	<i>DOENÇAS CEREBRAIS</i>	<i>DISAUTONOMIAS DIFUSAS</i>	<i>CAUSAS COMPLEXAS</i>
Síndrome de cauda de cavalo e do cone terminal	Lesões vasculares	Síndrome de Shy-Drager	Diabetes
Paraplegias pós trauma	Epilepsia		Alcoolismo
Esclerose em placas	Lesões Frontais e temporais	Neuropatia amilóide	Doenças heredo-degenerativas
	Hematoma sub-dural		Pós traumatismos

Adaptado de Moreira, 1999

**Uso e Abuso de Substâncias** – Um número espantoso de fármacos pode afectar o funcionamento sexual no homem e na mulher (Mills, 1975). Cerca de 25% dos casos de DE observados em pacientes clínicos são causados pelos efeitos da medicação que tomam (O’Keefe & Hunt, 1995). A DE pode afectar 10 a 20% dos doentes que tomam diuréticos tiazidas e numa percentagem inferior os que tomam beta bloqueantes (Buffom, 1986).

Esta condição pode resultar de uma redução na pressão de perfusão sanguínea, devido à baixa da pressão arterial induzida pela medicação, ou provavelmente a um efeito directo mas desconhecido no músculo liso do pénis. Esta ideia é reforçada pela constatação de que as terapêuticas antihipertensivas com bloqueadores dos receptores alfa adrenérgicos, não estão associadas com a falha eréctil e que possivelmente melhoram uma condição de fraco funcionamento sexual pré existente, apesar da diminuição da pressão arterial (TOMHS, 1996).

Muitas das drogas que alteram os estados de humor, afectam directamente a função sexual eréctil. As benzodiazepinas e antidepressivos, como os inibidores da recaptção da serotonina, triciclicos, clomipramina, carbonato de lítio, e os inibidores da oxidase da

monoamina estão associados com elevadas taxas de DE (Mitchel & Popkin, 1982; O'Keefe & Hunt, 1995), diminuição da libido e dificuldades de estimulação, ejaculação e orgasmo (Balon et al., 1993). Drogas como a cimetidina, digoxina, metoclopramida e esteróides anabolizantes causam DE, através de efeito directo nos tecidos penianos ou através da supressão da produção de androgénios (Guay, 1995).

Drogas como a heroína, cocaína, marijuana, metadona, morfina, anfetaminas e Lsd são conhecidos por afectarem o desempenho sexual de modo negativo (Mattson et al., 1985), apesar de algumas delas em pequenas doses poderem agir como afrodisíacos, através da sua própria acção ou do efeito placebo.

Químicos psicoactivos, como os canabinóides encontrados na marijuana, vão sendo armazenados no organismo ao longo do seu tempo de utilização, podendo causar infertilidade e diminuição da capacidade sexual, nos consumidores frequentes. A marijuana provoca uma diminuição dos níveis de testosterona no sangue (Sikka, 1999).

O consumo de drogas legais, como o tabaco parecem contribuir de forma indirecta para a DE, através de substâncias contidas na sua composição, como a nicotina, que provocam endurecimento e constrição dos vasos sanguíneos (Morales, 1984), confirmando-se que os fumadores são mais atingidos de DE que os não fumadores (Virag et al., 1987).

A ingestão de bebidas alcoólicas leva a alterações da conduta sexual, tendo sido encontradas relações com o incremento de comportamentos sexuais de risco. O seu uso aumenta de forma subjectiva, o desejo, a estimulação e o prazer sexual, enquanto diminui a resposta fisiológica (Sikka, 1999). Contudo, não existem dúvidas que o seu uso excessivo aumenta as disfunções sexuais, à luz do que Shakespeare escreveu para Macbeth, “o álcool provoca o desejo, mas tira o desempenho”.

O alcoolismo aumenta a incidência de DE, sendo afectados cerca de 75% dos doentes em programas de reabilitação alcoólica (O'Keefe & Hunt, 1995), existindo uma combinação de factores psíquicos e somáticos (ex. neuropatia) (Wagner & Jansen, 1981). O seu uso tóxico pode causar hepatopatologia grave, como a cirrose, podendo provocar lesões no eixo hipotálamo-pituitário-testículos (Moreira, 1999), tendo como consequência uma diminuição dos níveis hormonais de testosterona e um aumento dos estrogénios, desencadeando alterações na função eréctil.

Tóxicos ambientais como os metais pesados de que se destacam o chumbo, arsénico, tálio, mercúrio, antimónio e ouro, vários químicos orgânicos e solventes, dioxinas e alguns pesticidas, podem conduzir a processos de disruptividade endócrino-metabólica, levando à DE (Pogach & Vaitukaitis, 1983).

Tabela 6. Agentes farmacológicos conhecidos por causar disfunção sexual

CONDIÇÃO	AGENTES	DESCRIÇÃO
<i>DISFUNÇÃO ERÉCTIL</i>	Atenolol (Tenormin)	DE
	Amitriptilina (Tryptizol)	DE, Perda da Libido
	Clorotalidona (Hygroton)	DE, ↓ Libido
	Cimetidina (Tagamet)	DE, ↓ Libido
	Clofibrato (Atromid)	DE, ↓ Libido
	Diazepam (Valium)	DE
	Digoxina (Lanoxin)	DE, ↓ Libido
	Disulfiram (Antabuse)	DE
	Famotidina (Pepcidina)	DE
	Gemfibrozil (Lopid)	DE, Perda da Libido
	Hidralazina (Apresolina)	DE, Priapismo
	Indapamida (Lozol)	DE, ↓ Libido
	Indometacina (Indocid)	DE, ↓ Libido
	Ketoconazole (Sporanox)	DE
	Labetalol (Trandate)	DE, ↓ Libido
	Leuprolide (Lucrin)	DE
	Lítio (Priadel)	DE, ↓ Libido
	Metoclopramida (Primperan)	DE, ↓ Libido
	Metoprolol (Lopresor)	DE
	Mexiletina (Mexitil)	DE, ↓ Libido
	Naproxen (Naprosyn)	DE, Ausência de ejaculação
	Omeprazol (Losec)	Erecções Nocturnas Dolorosas
	Fenitoína (Hidantina)	DE, ↓ Libido
	Primidona (Mysoline)	DE, ↓ Libido
	Propranolol (Inderal)	DE, ↓ Libido
	Ranitidina (Zantac)	DE, ↓ Libido
	Espironolactona (Aldactone)	DE, ↓ Libido
	Tiazida (Diuréticos)	DE, ↓ Libido
	Verapamil (Isoptin)	DE
<i>DIMINUIÇÃO/ALTERAÇÕES LIBÍDO/ORGASMO</i>	Alprazolam (Xanax)	↓ Libido, Atraso no Orgasmo
	Amiodarona (Cardarone)	↓ Libido
	Anfetaminas	Anorgasmia
	Desipramina (Norpramin)	Orgasmo Doloroso
	Fluoxetina (Prozac)	Anorgasmia, ↓ Libido
	Lorazepam (Lorenin)	Perda da Libido
	Metildopa (Aldomet)	↓ Libido e Orgasmo
	Terapia por Radiações	↓ Libido, ↓ Volume Ejaculatório

**Factores Psicológicos** – As influências psicológicas são as causas mais frequentes de DE intermitente em homens jovens, no entanto a componente psicológica está presente em homens mais velhos, como secundária à causa somática (Krane et al., 1989). Mesmo na DE somática há uma grande componente psicológica associada.

A DE de causa psíquica ocorre devido a inibição cerebral e ou periférica. A causa central tem a ver com a inibição do sistema límbico que controla o desejo sexual. A inibição periférica tem a ver com as catecolaminas do stress segregadas pelas supra-renais, que podem interferir com o processo de erecção do pénis (McCullough & Fine, 1999).

Causas, como a ansiedade de desempenho podem resultar numa inibição do sistema nervoso parasimpático que medeia a erecção, por activação do sistema nervoso simpático, activado pelo componente cognitivo da ansiedade (pensamentos como preocupação em relação ao fracasso) e pelo componente fisiológico (aumento da frequência cardíaca e pressão arterial). A ansiedade antecipatória pode assim “auto perpetuar” a condição disfuncional (Kirby, 1994). Além disso, os acontecimentos de vida prévios, as vulnerabilidades desenvolvimentais e o tipo de personalidade, podem condicionar a resposta erétil.

A irritabilidade, é uma condição psicológica que está associada com doença, divórcio, acidente, morte, stress, excesso de trabalho, conflitos interpessoais e depressão. Excessiva irritabilidade pode causar problemas cardíacos e vasculares, aumentar a inibição dos nervos e interferir com a relaxação do músculo liso do pénis, causando assim DE de causa psicogénica (Sikka, 1999).

O controlo ou domínio é uma característica básica da personalidade humana e no MMAS observou-se que os homens no máximo nível dessa dimensão psicológica, medida através de uma escala, tinham uma menor possibilidade de sofrerem de DE (Feldman et al., 1994).

Observou-se ainda que a DE completa, aumenta com a gravidade da depressão. Quase 90% dos homens com depressão *major* apresentaram DE completa, enquanto se reportou DE em 59% dos homens com depressão moderada e 25% com depressão mínima (Feldman et al., 1994). O uso de drogas antidepressivas pode catalizar o despoletar da DE, devido aos seus efeitos adversos. A influência de psicopatologias como a esquizofrenia estão associadas à DE (Aizenberg et al., 1995).

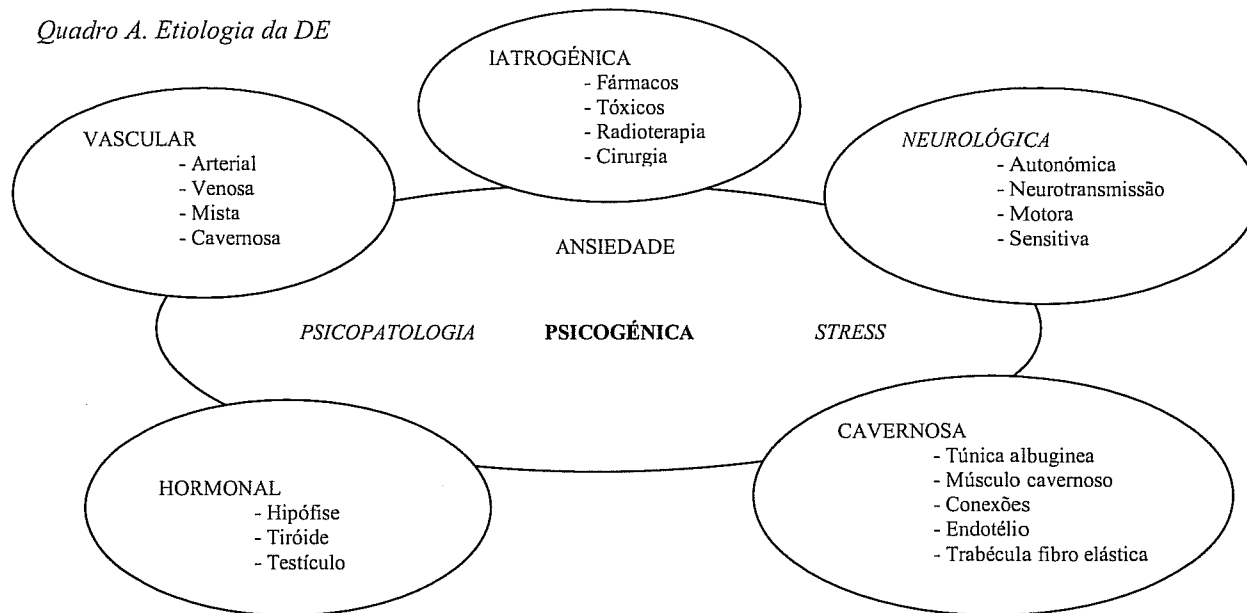
Outros estudos avaliaram dimensões pessoais e situacionais como a ansiedade de desempenho, vergonha ou timidez, preocupação excessiva, conflitos relacionais e de preferência sexual, inibição e fobia sexual, alterações de personalidade do tipo neurótico, factores culturais e religiosos, abuso sexual na infância e medo de engravidar ou de contrair doenças sexualmente transmissíveis, como potenciais factores desencadeadores de DE (Hanson-Divers et al., 1998). As problemáticas relacionais subjacentes são causas frequentes de DE e essa possibilidade deve ser explorada nos homens de todas as idades (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

Apesar de não ser ameaçadora para a vida, a DE pode afectar seriamente a qualidade de vida e com consequências graves para o bem estar psicossocial (Hanson-Divers et al., 1998).

O NIH (1993) afirma que os homens que sofrem de DE, tem uma diminuição da auto estima e uma auto imagem desvalorizada, aumento da ansiedade ou tensão com o parceiro sexual e um efeito negativo na qualidade de vida decorrente da sua condição.

A DE tem na sua etiologia, uma influência e inter-relação de múltiplos factores associados, que fazem dela uma afecção grave, abrangendo vários domínios da saúde física e emocional do homem atingido (Quadro A).

Quadro A. Etiologia da DE



Actualmente as causas mais comuns de DE e sua classificação apresentam-se de forma simples na tabela 7, podendo obviamente ser de causa psicológica, orgânica ou mista.

Tabela 7. Classificação e causas comuns da DE

<i>CATEGORIA DA DE</i>	<i>DESORDENS COMUNS</i>	<i>PATOFISIOLOGIA</i>
<i>PSICOGÉNICA</i>	Ansiedade de desempenho Problemas relacionais Stress psicológico Depressão	Diminuição da libido Inibição excessiva Libertação de óxido nítrico comprometida
<i>NEUROGÉNICA</i>	Avc ou doença de Alzheimer Lesão vértebro-medular Cirurgia pélvica radical Neuropatia diabética Traumatismo pélvico	Falha no início do impulso nervoso Transmissão neural interrompida
<i>HORMONAL</i>	Hipogonadismo Hiperprolactinemia	Diminuição da libido Libertação de óxido nítrico inadequada
<i>VASCULAR</i>	Aterosclerose Hipertensão arterial Diabetes mellitus Traumatismo Doença de Peyronie	Fluxo arterial desadequado Veno-oclusão deficiente
<i>INDUZIDO POR DROGAS</i>	Antihipertensores e antidepressivos Antiangorínicos Abuso do Alcool Tabagismo	Inibição por supressão central Diminuição da libido Neuropatia alcoólica Insuficiência vascular
<i>OUTRAS DOENÇAS SISTÊMICAS E ENVELHECIMENTO</i>	Idade avançada Diabetes mellitus Insuficiência renal crónica Doença cardiovascular	Multifactorial, resultando em disfunção neural e vascular

Adaptado de Lue, 2000

A ESIR – *European Society for Impotence Research*, apresentou em Amsterdão, em 1998, a última classificação de disfunção erétil masculina (DEM), que reflecte o concepção actual da forma de encarar esta problemática (Tabela 8).

Tabela 8. *Classificação de DEM da ESIR*

### **PSICOGÉNICA**

<i>I - TIPO GENERALIZADO</i>	<i>II - TIPO SITUACIONAL</i>
A – Ausência de Reactividade Generalizada	A – Relacionada com o Parceiro
1. Ausência primária de excitabilidade sexual	1. Ausência de excitabilidade sexual numa relação específica
2. Declínio da excitabilidade sexual relacionada com a idade	2. Ausência de excitabilidade devido a preferência de objecto sexual
	3. Inibição central por conflitos com o parceiro ou ameaças
B – Inibição Generalizada	B – Relacionadas com o Desempenho
1. Disfunção crónica da intimidade sexual	1. Associada a outras disfunções sexuais (ex. ejaculação precoce)
	2. Ansiedade de desempenho situacional (ex. medo de falhar)
	C – Relacionada com Estados Psíquicos de Angústia ou Adaptação
	1. Associada a estados de humor negativos (ex. depressão) ou de maior stress (ex. morte de parceiro)

### **ORGÂNICA**

<i>I - VASCULAR</i>	<i>II - NEUROLÓGICA</i>	<i>III - ANATÓMICA</i>	<i>IV - ENDÓCRINA</i>
A – Arterial			
B – Cavernosa			
C – Mista			

## AValiação E DIAGNÓSTICO

A avaliação da natureza e extensão da falha erétil é de fundamental importância para uma intervenção terapêutica efectiva. A relevância da precisão diagnóstica é enfatizada pela diversidade de modalidades terapêuticas disponíveis, que vão desde da terapia sexual, psicoterapia e aconselhamento, à cirurgia, dispositivos de vácuo e à panóplia de farmacoterapia específica existente. A coexistência de determinantes psíquicos e somáticos no desenvolvimento e manutenção da DE, cria problemas consideráveis ao diagnóstico diferencial e à escolha de estratégias terapêuticas adequadas (Schiavi, 1992).

Devido à inibição e relutância, por parte dos doentes e técnicos de saúde, em abordar questões ligadas à sexualidade, a DE foi subavaliada e subdiagnosticada durante muitos anos (NIH, 1983).

Um trabalho diagnóstico adequado deve ser baseado numa abordagem multidisciplinar que considere os factores orgânicos e psicológicos numa perspectiva integrada. Central a esta abordagem, está uma avaliação compreensiva médica, psicosexual e relacional. Contudo, esta informação apesar de essencial, é em algumas vezes insuficiente, existindo vários métodos de laboratório que ajudam ao diagnóstico (Schiavi, 1992).

Seguindo a era do tratamento dirigido à causa etiológica dos anos 80, a abordagem actual às disfunções sexuais masculinas tornou-se mais dirigida ao objectivo pretendido, que é o tratamento, sendo a opção terapêutica influenciada por factores como a escolha do doente, o custo e a disponibilidade das modalidades terapêuticas (Meuleman & Diemont, 1999). A abordagem dirigida ao objectivo pretendido, tem sido bem sucedida no tratamento e acompanhamento de doentes com DE (Lue, 1990).

Para se obter uma história aprofundada da DE e consequente diagnóstico, é necessário criar uma relação empática com o doente. Sempre que possível e conveniente, a parceira deve participar na entrevista clínica. A informação a recolher assenta fundamentalmente na natureza do problema sexual, história médica, o passado relacional e psicossocial e as motivações e expectativas que os doentes e parceiras possuem em relação ao diagnóstico e eventuais terapêuticas. (Meuleman & Diemont, 1999).

A avaliação diagnóstica deve contemplar três parâmetros fundamentais:

- **A história clínica, obtida através da entrevista clínica.**
- **O estudo global da função erétil**
- **O estudo específico das componentes da erecção.**

A *Entrevista Clínica* deve clarificar a natureza do problema sexual (Bancroft, 1989; Kirby, 1994; Moreira, 1999; Virag, 1984).

- diferenciando a dificuldade erétil de problemas de ejaculação e ou de desejo sexual. A ejaculação precoce, confunde-se frequentemente com DE, devido ao desaparecimento da erecção após a ejaculação com a consequente entrada no período refractário.
- Avaliar o contexto psico-afectivo, o nível de satisfação da relação sexual e da parceira(s), influência do local, frequência das relações e práticas sexuais.
- A ausência de ejaculação ou o seu retardamento deve ser investigado de forma cuidada, procurando saber se só ocorre na presença da parceira ou se consegue ejacular aquando da masturbação? Ou ainda se ejacula nos preliminares e o não consegue aquando da penetração?
- Avaliar se a falha erétil ocorre em qualquer situação ou durante alguma situação específica ou fase da relação sexual? A perda de erecção aquando da

penetração remete usualmente para uma explicação psicológica, apesar de poder ser causada por doença vascular.

- Deve-se avaliar da existência de erecções nocturnas ou matinais, que existindo, geralmente eliminam uma base orgânica para a disfunção. A qualidade das erecções durante o sono podem ser avaliadas com dispositivos portáteis, como o *Rigiscan* que medem as variações na tumescência e rigidez do pénis, e em laboratório de avaliação de sono.
- Perceber se a líbido ou desejo sexual está diminuída e em que circunstâncias? Ou seja, se o desejo sexual precede claramente a disfunção, então podem existir causas importantes como alterações hormonais ou depressão. Se a falta de desejo é consequência da DE, então é de pouca ajuda diagnóstica, sendo uma resposta aceitável devido ao medo de falhar.
- Situar a DE em relação ao seu início (primário ou secundário), ao seu aparecimento (súbito ou insidioso), antecedentes, tempo de evolução e doenças associadas.
- Evidencia de alterações recentes no estado de saúde, despiste de doença contextualizante (ex. diabetes, HTA, tumor medular), complicações cirúrgicas (ex. cirurgia à próstata), ingestão de medicamentos e traumatismos.

Tabela 9. Diagnóstico diferencial da DE

	<i>PSICOGÉNICA</i>	<i>ORGÂNICA</i>
<i>INÍCIO</i>	Súbito	Insidioso/gradual
<i>EVOLUÇÃO</i>	Situacional Selectiva Stress Depressão	Persistente Não selectiva Sem stress Sem depressão
<i>LÍBIDO</i>	Diminuída	Mantida Ligeiramente diminuída
<i>EJACULAÇÃO</i>	Diminuída	Normal/Ausente

A anamnese com a história médica e sexual deve ser cuidadosamente explorada, investigando quaisquer medicação concomitante, consumo de álcool e tabaco, bem como a presença de factores de risco para a DE (Wagner & Saenz de Tejada, 1998), a

saber: psicológicos, vasculares, anatómicos ou traumáticos, endócrinos e neurológicos. Se a anamnese apresentar provas evidentes de psicogenicidade, o doente deve ser referido a um sexologista ou psicoterapeuta com formação na área (Meuleman & Diemont, 1999).

***O Estudo Global da Função Erétil*** – consiste em avaliar o funcionamento global do órgão e necessita da observação do pénis (Moreira et al., 1991). Esta análise é influenciada por factores psicológicos, tais como a inibição de ser observado, e visa verificar a presença ou ausência de erecções e a sua qualidade. Os três métodos principais de estudo desta dimensão são;

- Teste de tumescência peniana nocturna (TPN)
- Testes farmacológicos
- Teste de estimulação sexual audiovisual

A avaliação da *tumescência peniana nocturna* foi o método laboratorial mais utilizado para perceber a influência da organicidade na DE. O teste de TPN avalia a capacidade erétil e a integridade global dos sistemas psicobiológicos de mediação, mas não fornece informação directa sobre os mecanismos vasculares, neurológicos ou hormonais (Schiavi, 1992).

O fenómeno dos ciclos de erecção durante o sono nos homens adultos foi pela primeira vez descrito por Ohlmeyer, Brilmayer e Hullstrung em 1944. Cerca de dez anos mais tarde, os estudos de Aserinsky levaram à descoberta do que hoje se denomina “ciclos de sono REM (rapid eyes movement)”. A ligação estreita entre a periodicidade de erecções penianas e o sono REM foi identificada por Aserinsky e Kleitman em 1955 e experimentalmente demonstrada pelos grupos de trabalho de autores como Fisher ou Karacan, uma década depois. A natureza persistente da TPN e a sua estabilidade

individual em homens saudáveis, levou Karacan (1970) a sugerir que a avaliação da TPN podia ser uma fonte de informação válida para o diagnóstico e prognóstico da DE.

O tempo de TPN decresce com o avançar da idade desde a pré-puberdade. Considera-se que o tempo de TPN é de cerca de 38 minutos por noite de sono entre os 20 e os 30 anos de idade, e de 27 minutos entre os 60 e os 65 anos de idade (Kessler, 1988).

Inicialmente, a avaliação da TPN fazia-se através do “método do selo”. Consistia na colocação de um anel de selos colados em redor do pénis flácido, e a sua quebra significava que tinha ocorrido uma erecção. Caso a quebra da fita de selos não ocorresse em três dias consecutivos, diagnosticava-se DE. Mais tarde surgiu o método de “strain gauge”, que consta na colocação de dois anéis de silicone contendo mercúrio, na base e na ponta do pénis, onde variações superiores a 16mm de diâmetro eram consideradas suficientes para a penetração. A seguir introduziu-se o método de “snap gauge”, que consiste na colocação em redor do pénis de uma pequena faixa, constituída no seu interior por três fitas de plástico de cores diferentes e que rompem a pressões diferentes, sendo considerada uma erecção normal quando rompem as três fitas (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

Todos estes métodos têm o inconveniente de medirem apenas a tumescência e não fornecerem informação acerca da frequência e duração das erecções, já que para se conseguir a penetração é necessária além da tumescência, a rigidez (Schiavi, 1992).

Finalmente, a avaliação integral da TPN é conseguida com o *Rigiscan* portátil capaz de registar, mediante anéis colocados na ponta e base do pénis, as variações do diâmetro peniano em centímetros e a percentagem de rigidez de um episódio eréctil. Uma rigidez acima de 70% indica uma erecção rígida que possibilita a penetração, enquanto abaixo de 40% indica que o pénis se encontra flácido. Os valores intermédios representam níveis de semi rigidez (Moreira, 1999). O *Rigiscan* é uma unidade de gravação portátil

de dados que após a avaliação se liga a um computador, que processa os dados e possibilita a impressão de um gráfico com os resultados obtidos.

A avaliação da função erétil através de *testes farmacológicos* surgiu na década de 80, através de fármacos vaso-ativos, com a introdução do cloridrato de papaverina por Ronald Virag (1982). Outras substâncias, como a fenoxibenzamina, a fentolamina, a prostaglandina E1 (PGE1) e o alprostadil, foram utilizadas posteriormente isoladas ou combinadas para diagnosticar a etiologia da DE.

O teste consiste na injeção intracavernosa da droga vaso-ativa em laboratório ou em ambulatório, para se avaliar a resposta erétil. Se a resposta ao teste foi a ausência de rigidez, embora presente um grau variável de tumescência, sugere que a DE é de origem vascular, não diferenciando se a causa é arterial ou venosa. Se a resposta erétil ao teste for completa e durável, elimina-se a etiologia vascular, não se podendo eliminar etiologias psicológicas, neurológicas, iatrogênicas ou endoteliares (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997). De referir ainda que podem ocorrer falsos negativos, devido à ansiedade ou inibição decorrentes do teste. Esta forma de avaliação permite ainda observar a morfologia do pênis, despistando a existência de placas fibróticas que possam ter passado despercebidas com o pênis flácido (Moreira, 1999).

A utilização do *teste de estimulação sexual audiovisual* vem colmatar a ausência do estímulo psicológico ou reflexo que condiciona a ereção psicogénica, através dos centros corticais por estimulação dos sentidos. O teste consiste em colocar o homem numa sala devidamente isolada e protegida dos estímulos e interferências exteriores, confortavelmente instalado, com um dispositivo de medida de tumescência e rigidez como o *Rigiscan* ligado ao pênis. Ai, o homem vai observar um filme com estímulos audiovisuais de cenas eróticas e pornográficas, associado a uma injeção intracavernosa

de fármaco vaso-activo ou vibro-estimulação do pénis, que visa diminuir a taxa de falsos negativos (Incrocci & Slob, 1994).

Devido aos múltiplos factores inibitórios que podem condicionar o resultado do teste, como o imaginário erótico e orientações sexuais ou a reacção individual perante a estimulação de cada um, as respostas negativas não são valorizadas. Só os resultados positivos são considerados, remetendo para uma provável causa psicológica (Incrocci & Slob, 1994). Deve ter-se em conta que podem ocorrer resultados positivos, na presença de alterações endócrinas ou ocasionalmente na presença de alterações vasculares ligeiras (Meuleman, 1993).

***O Estudo Específico das Componentes da Ereção*** – a estudar são as componentes; psicológica, vascular, endócrina, neurológica e local ou tecidual, que deverão ser confrontadas com a avaliação global da função erétil (Moreira et al., 1991), e pensados sempre na integração multidisciplinar dos resultados.

A avaliação da pressão arterial, palpação dos pulsos periféricos e exame neurológico deve ser efectuada, incluindo os reflexos bulbocavernosos e tónus do esfíncter anal. As características sexuais secundárias devem ser examinadas, executando palpação peniana e testicular, avaliando tamanho e consistência dos testículos, para despiste de doença de Peyronie e hipogonadismo ou qualquer anormalidade na genitália externa (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). Os testes laboratoriais recomendados incluem análises à urina, hemograma, glicose, creatinina, colesterol, triglicéridos e testosterona com o doente em jejum (Lue, 2000). Investigações ulteriores devem ser conduzidas através dos achados clínicos, como o doseamento das concentrações sanguíneas de testosterona e prolactina (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

***A Avaliação Psicológica*** – deve recolher a história sexual do doente, com os seus aspectos educacionais e socioculturais e analisando sempre a possibilidade de existirem

distúrbios psicopatológicos associados. É fundamental ter em consideração o contexto psico-afectivo onde se enquadra o homem e a situação disfuncional (Farré, 1994).

Toda esta informação pode ser recolhida pela entrevista clínica e complementada através de questionários (Inventário Histórico Clínico da Disfunção Erétil; Índice Internacional da Função Erétil), testes (Eysenck – personalidade; SCL-90-R – stress psicológico; IBQ – saúde geral) ou escalas (Zung e STAI – ansiedade; Beck – depressão) de avaliação psicológicas.

A avaliação psicosexual pode revelar problemas psicológicos bem definidos e instalados ou conflitos relacionais que podem ser tratados com sucesso, só com profissionais de saúde mental (Lue, 2000).

*A Avaliação Vascular* – deve permitir considerar o grau de atingimento de cada um dos factores, arterial e venoso, para se poder ponderar a terapêutica mais adequada e eficaz (Moreira, 1999). Uma avaliação diagnóstica vascular completa, não é importante para a maioria dos doentes, uma vez que só uma pequena percentagem são intervencionados cirurgicamente. O método minimamente invasivo para o estudo do aporte arterial sanguíneo ao pénis é a ultra-sonografia por EcoDoppler duplo a cores, que avalia a integridade do aporte arterial ao pénis e fornece informação sobre o mecanismo de veno-oclusão (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). É frequente associar uma droga vaso-activa para uma melhor compreensão dos parâmetros funcionais e anatómicos de uma circulação peniana estimulada farmacologicamente (Meuleman & Diemont, 1999).

A resposta erétil é influenciada pelo tipo e dose do agente vaso-activo e por influências psicológicas do impacto do teste no doente. Isto pode levar a falsos diagnósticos, pelo que se pode repetir a administração da droga ou aumentar a dosagem, correndo contudo o risco de erecções prolongadas ou priapismo. A associação de estimulação audiovisual,

vibrotáctil e auto-estimulação, pode diminuir a inibição e melhorar a resposta erétil (Meuleman & Diemont, 1999).

Uma avaliação mais minuciosa do mecanismo veno-oclusivo requer técnicas mais invasivas, como a cavernosometria ou cavernosografia, que só são realizadas se a cirurgia for uma opção terapêutica contemplada (Li & Lau, 1995).

O estudo das artérias dorsais do pénis e das artérias cavernosas, o exame anatómico dos corpos cavernosos e das estruturas adjacentes, vêm permitir um maior conhecimento de possíveis anomalias e alterações hemodinâmicas (Moreira, 1999).

*A Avaliação Endócrina* – de uma forma racional, o seu foco inicial deve ser o de determinar se o indivíduo é eugonadal ou hipogonadal. Apesar da história e do exame clínico não serem indicadores sensíveis da função testicular, certas características obtidas podem sugerir a probabilidade de hipogonadismo ou a sua localização etiológica. Perguntas sobre a frequência com que se barbeia, desejo sexual, erecções espontâneas, actividade sexual e força muscular, devem ser colocadas ao doente (Anawalt & Bremner, 1999).

A avaliação da pele, peitos, testículos e do sistema músculo-esquelético, é importante para verificar se existe alteração da distribuição pilosa, aumento do volume mamário (ginecomastia), volume testicular diminuído, atrofia muscular e perda de massa óssea. Todos estes sinais estão associados a hipogonadismo e consequentes alterações na função sexual (Galvão-Teles, 2000).

Em termos de exames laboratoriais, devem dosear-se os níveis sanguíneos de testosterona total e livre, associando-se, se a suspeita de hipogonadismo for elevada, a determinação dos níveis de FSH (hormona estimulante folicular) e LH (hormona luteinizante). Níveis elevados de FSH e LH associados a baixos níveis de testosterona, confirma o diagnóstico de falha testicular e hipogonadismo primário. Caso os níveis de

FSH e LH estejam baixos ou normais, associados a uma baixa da testosterona, deve-se investigar o hipogonadismo secundário, determinando os níveis de prolactina para excluir hiperprolactinemia e estudos para excluir hemocromatose. Uma elevação da prolactina, pode sugerir um tumor de hipófise que deve ser estudado por imagiologia (Anawalt & Bremner, 1999).

A avaliação endócrina completa não se realiza por rotina, devendo ser efectuada aos homens que apresentem além da DE, uma diminuição da líbido, alterações no exame testicular e alterações no desenvolvimento das características sexuais secundárias (Moreira, 1999).

*A Avaliação Neurológica* – O factor neurológico na DE pode incluir estruturas neurais centrais e periféricas. Assim, uma avaliação neurofisiológica adequada deve objectivamente e quantitativamente avaliar o estado funcional de todas as partes da rede neurológica (Meuleman & Diemont, 1999).

O conceito actual de abordagem dirigida ao objectivo terapêutico desejado, só esporadicamente permite a utilização de testes neurofisiológicos, até porque um exame físico básico e a história do doente podem revelar os sinais clínicos mais relevantes de uma neuropatia, como os que se obtêm com os mais sofisticados testes (Diemont & Meuleman, 1997).

A função nervosa somática é melhor avaliada com o uso de potenciais evocados. A testagem da função autonómica é mais difícil, devido a diversos factores confusionais. Os testes utilizados devem centrar-se nas fibras vasomotoras simpáticas e parassimpáticas com os músculos lisos vasculares e trabeculares como órgãos alvo. Desta forma e por razões fisiológicas o teste preferido é a electromiografia dos corpos cavernosos (EMG-cc). No caso de suspeita de neuropatia dependente do tempo e distância da transmissão, testes de reflexo cardiovascular, de resposta simpática da pele

e de limiar térmico, podem ser aplicados. De uma forma geral, resultados normais nestes testes excluem neuropatia enquanto um resultado anormal, não implica necessariamente uma neuropatia (Meuleman & Diemont, 1999).

*A Avaliação Local, Tecidual ou Anatômica* – Como já se referiu, deve observar-se o pénis em toda a sua extensão, verificar a existência de alguma lesão ou anormalidade, e a existência de placas fibróticas na albuginea (doença de Peyronie). A avaliação de lesão traumática prévia, devido a acidente, cirurgia (ex. prostatectomia radical ou ano-rectal) ou reflexo do próprio acto sexual, deve ser investigada.

A realização de biópsia do tecido cavernoso pode efectuar-se no caso de suspeita de ter perdido a sua capacidade de complacência, devido ao avançar da idade que leva a uma progressiva reposição da elastina corporal por um colagénio menos elástico (Sikka, 1999).

*O Protocolo de Avaliação e Diagnóstico* – Foi radicalmente alterado com a introdução de novas formas de tratamento oral, mais especificamente o sildenafil ou viagra. Toda a atenção mediática que gerou, levou a uma discussão e reflexão sobre a sexualidade e a DE em particular, junto da comunidade e dos profissionais de saúde.

Com a recomendação do NIH (1993), para que se desenvolvessem meios de quantificação objectiva do grau de DE e avaliação do resultado dos tratamentos, surgiu o Índice Internacional da Função Erétil - IIFE (1997) que se veio a revelar cumprir essa recomendação e um bom auxiliar da prática clínica. É um bom coadjuvante da história do doente e dos meios de diagnóstico, sendo importante para perceber as alterações sofridas com o evoluir dos tratamentos realizados (Rosen et al., 1997). *Vide anexo A.*

Seguindo uma abordagem dirigida ao objectivo, onde o algoritmo diagnóstico é dirigido primariamente ao tratamento;

- os estudos multidisciplinares etiológicos exaustivos são cada vez menos utilizados, sendo efectuados somente quando existe indicação clara para a sua realização.
- Dá-se uma maior relevância à história clínica e ao exame físico, como primeira linha de avaliação compreensiva do fenómeno disfuncional.
- Nos casos onde após a primeira consulta surgem dúvidas em relação à etiologia provável ou terapêutica a propor, é útil realizar um prova terapêutica farmacológica.
- Se as dúvidas subsistirem e nos casos mais complexos, deve-se avançar para os testes especiais próprios de cada componente específica da erecção.

*Tabela 10. Fases da abordagem de avaliação e diagnóstico da DE*

<b>PROTOCOLO</b>			
<i>1ª FASE</i>	História clínica / Avaliação psicosexual		
	Exame físico / IIFE		
<i>2ª FASE</i>	Testagem com fármacos		
<i>3ª FASE</i>	Testagem específica		
	<b>Hormonal</b>	/	<b>Neurológica</b> / <b>Vascular</b>
	Testosterona		Eco-Doppler
	FSH, LH		Arteriografia
	Prolactina		Cavernosografia
			Biópsia cavernosa

Adaptado de Moreira, 1999

Após a avaliação dos achados clínicos e inquirição sobre os objectivos e preferências do homem, e parceira, o técnico deve discutir acerca dos futuros testes diagnósticos, opções terapêuticas e fornecer informação sobre a fisiologia e patofisiologia sexual. Isto é fundamental para envolver, de forma bem informada, o homem e a sua parceira no processo de tomada de decisões (Lue, 2000).

## TERAPÊUTICAS

Após uma avaliação diagnóstica cuidada e esclarecedora, é necessário escolher a melhor opção terapêutica com o consentimento informado por parte do paciente e parceiro sexual. O tratamento ideal deve ser simples de usar, não invasivo, indolor, muito eficaz e com efeitos adversos mínimos (Hanash, 1997). As opções terapêuticas dividem-se em quatro áreas distintas: *a psicológica, a farmacológica, a mecânica e a cirúrgica.*

Os últimos 30 anos, registaram uma mudança dramática na forma de tratar os homens com DE. As opções terapêuticas evoluíram da terapia psicosssexual e implante de próteses penianas (anos 70), passaram pela cirurgia de revascularização, aparelhos de constrição por vácuo, e injeção intracavernosa (anos 80), para a terapia oral e transuretral (anos 90). O avanço mais recente e radical foi a elucidação da via óxido nítrico/GMP cíclico e o desenvolvimento do sildenafil (Lue, 2000).

Normalmente, utilizam-se de forma complementar e a abordagem deve ser a mais conservadora e minimamente invasiva possível. A seguir descrevemos em maior detalhe as metodologias de tratamento disponíveis.

***Abordagem Psicológica*** – Os doentes que apresentam uma dimensão psicogénica importante podem ser ajudados através de aconselhamento psicosssexual. Desde que o reconhecimento de que o factor orgânico está presente na maioria dos doentes com DE, esta abordagem é cada vez mais utilizada em conjunto com a terapia farmacológica (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

Desta forma toda a intervenção psicoterapêutica comportamental deve ser dirigida, não só aos casos de DE de causa psicogénica, mas também às situações em que existe um comprometimento orgânico, fomentando a comunicação entre o casal (Gomes, 1987b).

As estratégias psicoterápicas utilizadas no tratamento da DE, dirigem-se principalmente ao combate da insegurança masculina, à redução da ansiedade de desempenho e a estimular o desejo sexual (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

Assim, o esclarecimento dos mecanismos da erecção e sua psicofisiopatologia, da sexualidade em geral e das diversas possibilidades terapêuticas, é algo que deve ser sempre discutido com o doente. O apoio psicossocial é fundamental e visa garantir as estruturas emocionais necessárias para enfrentar a resolução do problema. O treino de competências assertivas deve ser efectuado naqueles pacientes que tenham dificuldades em encetar as suas relações e onde existam bloqueios funcionais.

Para reduzir a ansiedade de desempenho, utilizam-se técnicas de dessensibilização sistemática e relaxamento, a proibição temporária do coito ou a utilização de ansiolíticos ligeiros em associação.

Os treinos de fantasia e estimulação erótico-pornográfica repetida, técnicas de provocação sem coito e coito não exigente, podem ser utilizadas, sempre em conjunto com a parceira (Cavalcanti & Cavalcanti, 1997).

É fundamental identificar os problemas psicológicos associados ao desempenho sexual, nomeadamente incompreensões e conflitos conjugais, traços individuais de conduta, traumas afectivos e emocionais, sentimentos contraditórios, inadaptações funcionais e psicopatologias várias (Mathien, 1997).

O modelo de intervenção terapêutica P-LI-SS-IT, apresenta duas formas de terapia, a breve e a intensa. A terapia breve, envolve três formas de aconselhamento que de acordo com as siglas significam Permissão (P), Informação Limitada (LI) e Sugestões Específicas (SS), permitindo a resolução rápida de algumas disfunções directamente relacionadas com a falta de informação, conceitos errados ou comportamentos inadequados. A terapia intensiva desenvolve-se com o casal ou individualmente, sendo

utilizada em situações mais concretas de disfunção declarada, onde a intervenção terapêutica tende a ser mais especializada (Gomes, 1987b).

É da interação do domínio orgânico e psicológico que nasce a organização do sintoma em doença verdadeira, pelo estado de angústia e somatização que a acompanham. Só a tomada de consciência desta dupla, face aos sintomas pode permitir a eficácia terapêutica (Bonierbale e Porto, cit. in Moreira, 1999).

Desta forma a intervenção psicosssexual é de uma relevância fundamental para a obtenção de bons resultados quando se intervém farmacológica e cirurgicamente. A cura da DE não é só restabelecer a função erétil, mas estar em harmonia consigo mesmo e com o outro. Assim, muitas vezes é necessária intervenção psicoterapêutica após o restabelecimento da capacidade erétil para adequar o funcionamento psicosssexual (Lopes, 1994).

O tratamento psicológico deve ter em conta o diagnóstico de DE, tratar os casos de génese psíquica e tratar as sequelas psicológicas das lesões orgânicas, identificando e tratando as resistências à intervenção e terapêuticas instituídas (Lopes, 1994).

***Abordagem Farmacológica*** – Constitui-se por um grupo de medicamentos que actuam de forma sistémica ou localizada, quer seja por via oral ou tópica.

*Terapia Hormonal* - Os androgénios foram historicamente conotados com a melhoria da função sexual, actualmente existem tratamentos mais efectivos e a sua utilização deve ser desaconselhada nos homens em que a DE não está associada a hipogonadismo. A utilização de testosterona é mais eficaz de forma transdérmica e intramuscular do que oral (Lue, 2000). A testosterona pode melhorar a resposta erétil nos homens com hipogonadismo, mas não deve ser usada em homens eugonadais com DE, devido ao perigo de causar o desenvolvimento de neoplasia da próstata (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

No tratamento da DE desencadeada por hiperprolactinemia, utilizam-se drogas como a bromocriptina ou menos frequentemente a cirurgia hipofisária para remoção do tumor secretor de prolactina (Wagner & Saenz de Tejada, 1998).

Para o tratamento da DE associada às disfunções tiróideas preconiza-se a normalização dos níveis da função tiróidea (T3, T4 e TSH), através da administração de hormona tiróidea no hipotiroidismo e antitiroideos de síntese no hipertiroidismo. O correcto tratamento leva à normalização da líbido e da erecção.

*Terapia Oral Não Hormonal* – O Sildenafil (Viagra), desde que foi introduzido no mercado em 1998, tornou-se a escolha de primeira linha para tratar a DE. É um inibidor selectivo da fosfodiesterase tipo 5 que inactiva o monofosfato de guanósina (GMP) cíclico, actuando directamente no processo fisiológico da erecção, através do aumento da quantidade de óxido nítrico (Goldstein et al., 1998b). Este processo melhora o relaxamento do músculo liso e aumenta a capacidade eréctil (Boolell et al., 1996).

No entanto só produz efeito se existir desejo sexual por parte do homem e estimulação. Os efeitos adversos são mínimos, sendo contra indicado na maior parte dos doentes com patologia cardiovascular a tomarem nitratos ou que apresentem condições médicas que o desaconselhem. Todo o homem com suspeita ou doença cardiovascular deve ser cuidadosamente avaliado antes de iniciar o uso do Viagra (Lue, 2000).

Os estudos sugerem uma eficácia que varia entre os 50 e os 80% (Heaton, 1999) e um bom perfil de segurança na utilização do sildenafil para a maioria dos homens. A dose inicial recomendada é de 50 mg uma hora antes da actividade sexual, podendo ser ajustada para 25 mg ou 100 mg, consoante a resposta eréctil. A frequência máxima de utilização recomendada é de uma dose, uma vez por dia (Lue, 2000).

Yohimbina – é uma substância antagonista dos receptores alfa 2 adrenérgicos, extraída da casca das árvores Yohim, que actua presumivelmente nos centros cerebrais da líbido

e da erecção (Lue, 2000). Revelou um modesto efeito na DE psicogénica e nenhum efeito na de causa orgânica (Reid, et al., 1987).

Fentolamina – Os estudos com o uso da fentolamina oral demonstraram que melhora a capacidade erétil, apresentando um período mais curto no desencadear da sua acção, com taxas de sucesso entre os 37 e os 45% (Goldstein, 1998). Apresenta alguns efeitos adversos como cefaleias e congestão nasal, não sendo aprovada pelo FDA, estando disponível em alguns países sul americanos.

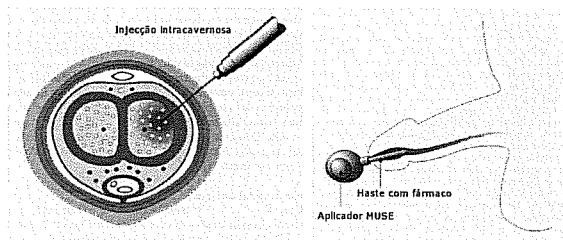
Apomorfina – é um potente agonista dopaminérgico, produzindo uma taxa de resposta erétil de cerca de 60%, após injeção subcutânea em homens com DE. Contudo, os efeitos adversos limitam o seu uso clínico, tendo sido desenvolvida uma fórmula oral sublingual que minimiza os efeitos adversos e que obtém boas taxas de resposta na ordem dos 50% (Padma-Nathan et al., 1998).

Trazodone – é um inibidor da recaptação da serotonina e um antagonista serotoninérgico, utilizado como antidepressivo e sedativo, causando priapismo em casos raros. Administrado individualmente, demonstrou-se eficaz na melhoria da erecção em alguns estudos, mas noutros não. Tem-se recomendado o seu uso em associação com a Yohimbina, mas com poucas provas de efeito sinérgico assinalável (Lue, 2000).

*Terapia Transuretral* – As suas vantagens tem a ver com o uso fácil, aplicação local, efeitos sistémicos mínimos e raríssimas interacções com outro fármacos. O Alprostadil transuretral (Figura 8), uma forma sintética mais estável de prostaglandina E1, revelou-se efectivo em 43 a 66% dos homens com DE de várias etiologias em ensaios clínicos multicêntricos duplamente cegos com placebo, na Europa e Estados Unidos (Padma-Nathan et al., 1997). Os efeitos adversos mais comuns são dor peniana, ardor uretral e hipotensão (Lue, 2000; Williams et al., 1998).

Adicionando um elástico vasoconstritor (Actis) na base do pênis, após a administração transuretral de Alprostadil, resulta num aumento de relações sexuais bem sucedidas em cerca de 69% (Lewis, 1998). A dose inicial recomendada é de 500  $\mu\text{g}$ , que dependendo da resposta erétil pode ser diminuída para 250  $\mu\text{g}$  ou aumentada para 1000  $\mu\text{g}$  (Williams et al., 1998). Este tratamento pode ser utilizado como solução inicial e deve ser experimentado antes da injeção intracavernosa (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). Pode ser uma alternativa ao uso do sildenafil.

*Figura 8. Introdução de drogas vaso-ativas através de injeção ou aplicador*



Adaptado de Wagner e Tejada, 1998

*Terapia Intracavernosa* – A mais comum é a auto-injeção de Alprostadil (PGE1) nos corpos cavernosos do pênis (Fig. ). O tratamento é bastante eficaz, cerca de 80% dos homens beneficiam da sua utilização, sendo relativamente seguro. Os efeitos adversos são um risco pequeno de priapismo e a formação de lesões fibróticas penianas (8 a 9% após 2 anos) (Kirby, 1994). Também se utilizam substâncias como a papaverina, a fentolamina e o Alprostadil, isoladas ou em associação (Trimix) (Lue, 2000).

A Papaverina é um inibidor não específico do fosfodiesterase que aumenta o AMP cíclico e as concentrações de GMP cíclico no tecido erétil peniano. É bastante efectivo (acima de 80%) em homens com DE de causa psicológica e neurológica, sendo menos eficiente (cerca de 50%) em etiologias vasculares. Os efeitos adversos principais são priapismo (acima de 35% dos casos) e fibrose dos corpos cavernosos (acima de 33%). O seu custo e estabilidade à temperatura ambiente são vantagens (Lue, 2000).

A Fentolamina é um antagonista dos receptores alfa adrenérgicos. Quando utilizado isoladamente não produz erecções rígidas, mas em associação com a papaverina o seu sucesso varia entre os 63 e os 80%. Os efeitos secundários mais frequentes da fentolamina são a hipotensão e a taquicardia reflexa (Stief & Wetterauer, 1998).

O Alprostadil é uma forma sintética mais estável de PGE1 e a única droga intracavernosa aprovada pelo FDA nos Estados Unidos, sendo a sua eficácia superior à da papaverina e à da papaverina e fentolamina juntas. O Alprostadil está associado a baixa incidência de priapismos (entre 0,35 a 4%) e fibrose (1 a 23%), sendo o efeito adverso mais comum as erecções dolorosas (17 a 34%) (Lue, 2000).

O Polipéptido Intestinal Vasoactivo é um potente relaxante do músculo liso do pénis. A sua injeção individual não provoca uma erecção rígida, mas em combinação com a fentolamina, 67 a 70% dos homens obtêm erecções suficientes para uma relação sexual. Os efeitos adversos mais comuns são rubor facial e do tronco transitórios e dor no local da injeção (Lue, 2000).

Para a utilização da auto-injeção intracavernosa os homens devem receber informação e treino apropriados. O objectivo é obter erecções suficientes para o acto sexual mas que não durem mais de uma hora. Pode-se alternar a auto-injeção intracavernosa com o uso do Sildenafil (Viagra) ou com o Alprostadil intra-uretral (MUSE).

*Terapia Transdérmica* – Nenhuma forma transdérmica está disponível para uso clínico na DE. No entanto, vários estudos piloto usaram vários cremes à base de substâncias como a Nitroglicerina ou o Alprostadil, para aplicação tópica no pénis. Os resultados foram mistos (Lue, 2000).

Tabela 11. Agentes farmacológicos conhecidos por melhorar as disfunções sexuais

CONDIÇÃO	AGENTES	DESCRIÇÃO	EFEITOS/LOCAL ACÇÃO	COMENTÁRIOS
DISFUNÇÃO ERÉCTIL	Sildenafil (Viagra) Oral	Relaxa músculo liso Inibidor FDE tipo 5 Liberta óxido nítrico	Cefaleias, rubor facial e diarreia. Contra indicado conjuntamente com nitratos Casos parciais e totais/pénis	Tomar 1 hora antes da relação. Estimulação e desejo necessários para a erecção
	Apomorfina Oral	Agonista dopaminérgico	Casos moderados / SNC	Estimulação necessária
	Fentolamina (Vasomax) Oral	Relaxa músculo liso e dilata artérias Antagonista alfa adrenérgico	Efeito em cerca 40% casos / pénis	Tomar 20 a 40 minutos antes da relação sexual Estimulação necessária
	Alprostadil (MUSE) Transuretral	Aplicador intra-uretral liberta droga em forma de gel	Pode ser usado 2 x por dia Não é recomendado com parceiras grávidas	Aplicar 5 a 10 minutos antes da relação sexual Erecção cerca de 1 hora
	Alprostadil (Caverject) Intracavernoso	Injecção intracavernosa Relaxa músculo liso e dilata artérias	Efeito em cerca 50% casos Pode causar dor 2/3 x semana / pénis	Injectar 10 minutos antes da relação sexual Erecção cerca de 1 hora
	Fentolamina Intracavernosa	Ajuda a relaxar o tecido muscular liso	Indolor / pénis	Injectar imediatamente antes da relação sexual Estimulação necessária
	Papaverina Intracavernosa	Relaxa músculo liso Inibidor FDE não específico	Efeito em cerca 50 a 80% casos, depende etiologia Pode causar priapismo e fibrose / pénis	Injectar antes da relação sexual Estimulação necessária
DOENÇA DE PEYRONIE	Polipeptídeo intestinal Intracavernoso	Relaxa músculo liso Uso combinado	Efeito em cerca 67% casos associado com fentolamina	Injectar antes da relação sexual Estimulação necessária
	Colagenase, Verapamil	Injecção intra-lesão	Estimula a colagenase Amacia o colagénio	Requer entre 6 a 12 meses para melhoria
PRIAPISMO	Vit. E, Tamoxifen, Potaba, Colcicina	Oral	Antioxidante Estimula colagenáse Diminui colagénio	Pouco efectivo
	Epinefrina, Norepinefrina Efedrina, Fenilefrina	Injecção intracavernosa	Dor, injecções repetidas	Requer entre 10 a 60 minutos para melhoria
EJACULAÇÃO PREMATURA	Clomipramina, Trazodone Fluoxetina, Sertralina Lidocaina	Oral, sistémica Gel uso tópico	Inibidor do orgasmo Diminuição do prazer	1 a 2 horas antes da relação sexual Não comprovado
	LÍBIDO DIMINUIDA	Benzodiazepinas	Oral, ansiolítico	Diminui ansiedade de desempenho
Testosterona		Oral, injecção, transdérmico	Hormonal	Uso prolongado
Levodopa, Fluoxetina, Yohimbina		Oral, antidepressivo	Sistema nervoso central	Não comprovado

Adaptado de Sikka, 1999 e Lue, 2000

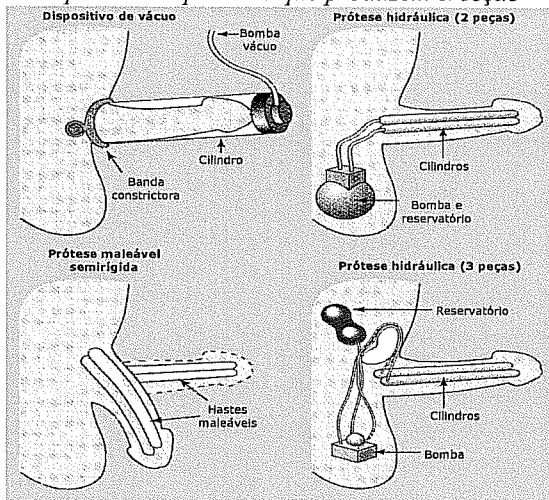
Com o aparecimento de uma terapêutica oral efectiva, o tratamento farmacológico da DE deve ser implementado de forma sequencial. Inicialmente deve ser experimentada a terapêutica oral, seguida da transuretral e finalmente da intracavernosa. Uma decisão educada e informada da escolha terapêutica por parte do paciente é fundamental (Morales & Saenz de Tejada, 1999).

*Outras Substâncias Sexualmente Estimulantes* – Novos produtos à base de ervas tem vindo a ser comercializados, afirmando que melhoram o desempenho sexual, melhoram a saúde e previnem a doença. O Ginseng, Alho e Ginkgo Biloba, são alguns dos mais comuns, sendo utilizados para combater a fadiga e o stress, melhorando a energia e a função sexual. Os fitoprodutos, os antioxidantes, e produtos que libertam odores actuando ao nível das feromonas, são também apontados como estimulantes sexuais e potentes afrodisíacos (Sikka, 1999).

***Abordagem Mecânica*** – *Os mecanismos de constrição por vácuo (MCV)* são uma das opções terapêuticas para a DE (NIH, 1983). Consistem num cilindro de plástico de uma abertura, com uma bomba de vácuo e uma banda constritora (Figura 9). Coloca-se o pénis flácido dentro do cilindro, comprimindo-o contra a parede abdominal para selar a ligação, activa-se a bomba de vácuo e o ar é removido do interior criando uma diferença de pressão. Esta diferença de pressão vai levar a um maior aporte de sangue ao pénis, na tentativa de equilibrar a pressão, produzindo uma erecção. Quando esta é obtida, coloca-se a banda constritora para manter o sangue no pénis e retira-se o cilindro. A relação sexual pode então realizar-se (Marmar & Kadioglu, 1999).

É uma forma de tratamento fiável e com poucos efeitos adversos quando utilizada devidamente (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). É mais aceite por homens mais velhos em relações duradouras, ao invés dos homens mais novos que preferem outro tipo de terapêutica (Guay, 1995). Em alguns pacientes com fuga venosa, o uso da banda constritora só por si pode ser terapêutica (Marmar & Kadioglu, 1999).

Figura 9. Aparelhos e próteses que produzem erecção



Adaptado de Wagner e Tejada, 1998

*As Próteses Penianas* – São dispositivos implantados cirurgicamente em cada um dos corpos cavernosos, que produzem rigidez peniana (Kirby, 1994). É um tratamento efectivo, mas agressivo, invasivo e caro (Mulcahy, 1999). É irreversível porque destrói a rede vascular do interior dos corpos cavernosos, devendo ser encarado sempre como último recurso, depois de esgotadas todas as outras opções terapêuticas. Os candidatos à colocação de prótese peniana devem ter etiologia orgânica como causa de DE e serem bem informados, bem como a parceira sexual, das suas consequências (Moreira, 1999).

Existem dois tipos básicos de próteses penianas. As hidráulicas ou insufláveis e as semi-rígidas, dobráveis e posicionáveis (Figura 9). As próteses hidráulicas insufláveis dividem-se fundamentalmente nas de três peças e nas de duas peças. As próteses de três peças são constituídas por um reservatório colocado no abdómen, uma bomba hidráulica colocada no escroto, que serve para encher os dois cilindros insufláveis que estão colocados em cada um dos corpos cavernosos, com o líquido que está no reservatório. Na prótese de duas peças, o reservatório e a bomba estão combinadas na mesma peça colocada no escroto, e ligada aos dois cilindros insufláveis colocados em cada um dos corpos cavernosos do pênis. Em ambos, a erecção dá-se enchendo os cilindros com o líquido do reservatório através de compressão da bomba no escroto. Para voltar ao estado de flacidez, manipula-se a válvula da bomba para o líquido sair

dos cilindros e voltar ao reservatório (Wagner e Saenz de Tejada, 1998; Mulcahy, 1999).

As próteses semi-rígidas incluem dois tipos; as maleáveis e as mecânicas. As maleáveis são hastes feitas com uma parte central de aço inoxidável ou fio de prata entrançado, revestidas com uma capa de silicone. As mecânicas são constituídas por uma série de segmentos de polietileno ligados por um mecanismo de mola dobrável. Este tipo de prótese insere-se em cada um dos corpos cavernosos e está sempre rígido no pénis, o que pode causar algum desconforto. Os efeitos adversos desta técnica são as infecções, a extrusão da prótese e o encurtamento do pénis (Wagner & Saenz de Tejada, 1998; Mulcahy, 1999).

**Abordagem Cirúrgica** – O objectivo específico da *cirurgia de revascularização peniana* é aumentar a pressão sanguínea na artéria cavernosa e por consequência, nos corpos cavernosos do pénis (Mulhall, 1999). A *cirurgia arterial* reconstrutiva está indicada em homens com doença arterial oclusiva, mas que sejam cuidadosamente seleccionados. Os melhores resultados são obtidos em homens jovens com lesões arteriais isoladas pós traumáticas (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). Assim, os doentes ideais para esta intervenção devem ter uma DE secundária a um bloqueio traumático das artérias responsáveis pela erecção, que não tenham outros factores de risco vascular, como a diabetes, hipertensão, dislipidemias e hábitos tabágicos significativos (Mulhall, 1999). Os resultados demonstram um sucesso variável entre os 30 e os 74%, apresentando hemorragias, dor e diminuição da sensibilidade peniana como efeitos adversos directamente relacionados com a cirurgia (Mulhall, 1999).

A *cirurgia venosa*, com extensa ligação das veias que drenam os corpos cavernosos do pénis, é usada como último recurso antes da implantação de prótese peniana em homens jovens com doença veno-oclusiva. Os resultados são maus, rondando os 30% de efeito

mantido a longo termo (Wagner & Saenz de Tejada, 1998). Em casos seleccionados, a laqueação venosa deve ser indicada para manter uma erecção satisfatória até à descoberta de terapêuticas mais efectivas para a DE (Moreira, 1999).

O maior bem que pode advir para o homem que sofre de DE é a comunidade científica integrar os componentes orgânicos e psicológicos numa abordagem holística, envolvendo ambos os membros de uma unidade sexualmente funcionante (Lewis & Mills, 1999).

Apesar do tratamento ideal para a DE não ter sido ainda conseguido, muitos avanços se fizeram neste campo. Continua ainda a ser difícil para o homem com DE falar com o seu médico, mas a maior abertura da sociedade para os temas da sexualidade, estimulou a investigação e tornou mais fácil a procura de ajuda. A formação específica para os profissionais de saúde e informação generalizada junto do público, é uma necessidade que se deve colmatar.

*Tabela 12. Opções terapêuticas para homens com DE*

<b>TRATAMENTO</b>	<b>CUSTO</b>	<b>VANTAGENS</b>	<b>DESVANTAGENS</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>
<i>TERAPIA PSICOSSEXUAL</i>	8 a 15 cts / sessão	Não invasivo Envolvimento do parceiro Curativa	Muito tempo Resistência do doente	Tratamento primeira linha Pode combinar-se com outros tratamentos
<i>SILDENAFIL ORAL</i>	2.2 cts / dose	Toma oral Efectivo	Contra indicado na DCV em alguns homens 1 hora de espera	Tratamento primeira linha Contra indicado com nitratos
<i>ALPROSTADIL TRANSURETRAL</i>	4.5 cts / dose	Aplicação local Poucos efeitos sistémicos	Eficácia moderada (43-60% com Actis*) Requer ensino/ dor pénis	Tratamento segunda linha
<i>ALPROSTADIL INTRACAVERNOSO ou mistura de drogas **</i>	1.3 a 4 cts / dose	Muito efectivo (+ 90%) Poucos efeitos sistémicos	Requer injeção e ensino Abandono elevado Priapismo e fibrose Dor peniana	Tratamento segunda linha
<i>APARELHO DE VÁCUO</i>	30 a 70 cts / unid.	Menos dispendioso Sem efeitos sistémicos	Erecção artificial Petéquias, Torpor (20%) Ejaculação presa	Tratamento segunda linha
<i>IMPLANTE DE PRÓTESE</i>	1000 a 2200 cts	Muito efectivo	Erecção artificial Infecções Recolocação a 5-10 anos Anestesia e cirurgia	Para homens insatisfeitos com outros tratamentos Tratamento última linha
<i>CIRURGIA VASCULAR</i>	1200 a 2500 cts	Curativa	Maus resultados em idosos com doenças generalizadas Anestesia e cirurgia	Para homens jovens com DE congénita ou traumática

\* Actis é uma banda vasoconstritora ajustável  
Adaptado de Lue, 2000

\*\* 2 ou 3 das seguintes drogas: papaverina, fentolamina e alprostadil

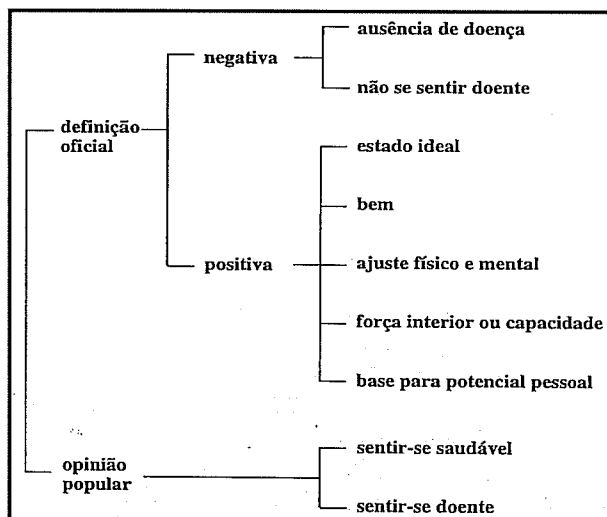
## QUALIDADE DE VIDA

### CONCEITO DE SAÚDE

Os conceitos relacionados com a saúde têm evoluído bastante desde meados do século XIX, sendo a saúde inicialmente definida em termos de sobrevivência. Posteriormente, foi encarada como a negação da doença e mais tarde como algo de positivo que advinha de uma força interior existente em cada ser humano (McDowell e Newell, 1987).

Actualmente, continuam a existir várias formas de definir o conceito de saúde. Existem dois tipos principais para definir saúde, separando as definições oficiais dos conceitos populares (Aggleton, 1990). As primeiras apresentam as perspectivas dos profissionais de saúde e as segundas as percepções de saúde daqueles que não estão envolvidos na saúde de forma profissional (Quadro B).

*Quadro B. Tipos de definição de saúde*



Adaptado de Aggleton, 1990

De acordo com este autor, as duas perspectivas competem, coexistem e partilham informação entre si, fazendo da saúde uma qualidade relativa. A definição de saúde da categoria oficial, pode ser apresentada de forma negativa e ou positiva. A negativa pode ser vista como a ausência de doença ou anormalidade corporal como a ausência da

sensação de se sentir doente, de ansiedade, de dor ou de stress, sensações que normalmente acompanham as doenças. Na abordagem negativa as pessoas são saudáveis até à altura em que apresentam sinais de uma qualquer anormalidade psíquica ou somática. Uma doença existe como resultado de um diagnóstico feito por um médico ou por um outro especialista.

Na caracterização da saúde em termos positivos, assinala-se a existência de determinadas qualidades, que se consideram em cinco teorias principais de definição de saúde (Seedhouse, 1986). A primeira, considera saúde como um estado ideal. Nesta orientação, a Organização Mundial de Saúde, ao definir saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946), tornou-se uma referência em torno deste assunto.

A segunda teoria considera a saúde como um bem, que é fornecido, dado (através de cirurgia e medicamentos) ou perdido (a seguir a um acidente ou a uma doença), comprado (através de investimento em cuidados de saúde privados) ou vendido (em lojas de comida saudável ou em centros de manutenção física) através de cuidados médicos. É pouco mais do que uma matéria técnica, considerando a saúde como uma série de qualidades definíveis e mensuráveis, estreitamente relacionada com o progresso da medicina.

Uma terceira teoria refere que a saúde já não é vista como um estado desejável *per se*, mas como uma medida no sentido do cumprimento de obrigações estratégicas de desempenho. A saúde considera-se como um grau de ajuste, um estado de capacidade óptima de um indivíduo para o desempenho efectivo de tarefas e trabalho para as quais foi socializado (Parsons, 1972).

A quarta teoria considera saúde como uma capacidade ou força interior. A saúde é encarada como uma resposta positiva aos problemas e sofrimentos da vida partindo do

pressuposto de que todas as pessoas possuem uma força humana não quantificada, uma reserva de energia, onde a autodeterminação desempenha um papel importante.

A quinta definição oficial defende que saúde é composta por vários factores que permitem às pessoas atingir os seus potenciais pessoais máximos. Entre estes factores podemos incluir as necessidades básicas da vida (alimentação, água e abrigo), o acesso à informação e a habilidade para desempenhar tarefas, criando bases para a realização humana, que se caracteriza por alegria, relaxamento, sensação de força e de se sentir bem com os outros (Seedhouse, 1986).

Em simultâneo com a definição oficial, surge a opinião popular. Esta abordagem encara o corpo humano como um todo, o que, obviamente pode variar com o *status*, a integração social, o sexo, ou a raça de cada indivíduo, entre outros factores. As pessoas podem ver-se como saudáveis mesmo estando gravemente doentes. O que interessa é a integridade da pessoa e a sua capacidade de lidar com os problemas de saúde.

As opiniões populares também se referem às causas de nos sentirmos doentes. Podem ser causadas por forças externas (sobrenatural, uma resposta ou retaliação de qualquer erro cometido ou uma dádiva de Deus) ou por factores endógenos (hereditariedade, stress e defeitos genéticos) (Seedhouse, 1986).

Sendo assim, pode-se dizer que não existe só uma fonte de informação sobre saúde nem uma única forma de a definir, correspondendo o estado de saúde a uma descrição de saúde, num ou em mais pontos no tempo.

## SURGIMENTO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

A expressão Qualidade de Vida (QDV), foi mencionada pela primeira vez por Pigou em 1920, num livro sobre economia e bem estar (*welfare*). O autor discutiu apoio governamental para as classes sociais mais carenciadas e o seu impacto nas suas vidas, bem como nas finanças do estado. Falhou, contudo, na obtenção de um apoio adequado e o termo desapareceu até à II Grande Guerra Mundial. Nessa altura, dois eventos tiveram lugar. Primeiro, a Organização Mundial de saúde (OMS) lançou a definição de saúde, incluindo o bem estar físico, emocional e social. Isto levou a consideráveis discussões sobre se estas dimensões podiam ser medidas ou não. Segundo, as desigualdades sociais nas sociedades ocidentais tornaram-se bastante conhecidas e divulgadas, originando os movimentos sociais e as iniciativas políticas dos anos 60 (Wood-Dauphinee, 1999).

O termo QDV começou a usar-se após o término da II Guerra Mundial, surgindo primeiro nos EUA para se referir a bens materiais, como a casa, carro, viagens ou mais valias financeiras. Em 1960, no relatório americano da comissão para objectivos nacionais, o Presidente Eisenhower emprega o termo como referência à educação, preocupação com o indivíduo, prosperidade económica, saúde e bem estar (Farquhar, 1995).

Na mesma década, Elkington (1966; cit. por Wood-Dauphinee, 1999) publica um editorial numa revista médica, *Annals of Internal Medicine*, com o título "*Medicine and the Quality of Life*". O autor refere assuntos e levanta questões sobre as responsabilidades da medicina na sua área de intervenção, referindo-se à transplantação renal como exemplo.

As mudanças em termos sociais na QDV foram medidas durante os anos do pós guerra, através de indicadores sociais objectivos, estatísticas sociais como as taxas de divórcio ou de delinquência, domicílios com telefone, rádio ou televisão, e veículos automóveis. Problemas com estas medições levaram ao surgimento de indicadores sociais subjectivos, surgindo os primeiros modelos operativos para o lazer, como o de Campbell e colaboradores (1976).

Este modelo referia que o bem estar dos indivíduos deriva da integração de características pessoais subjectivas e objectivas de QDV (Pinto, 2000), assumindo que embora as pessoas vivam num meio ambiente objectivamente definido, elas percebem em ambiente subjectivamente definido, e é a este espaço de vida psicológico que elas respondem (Ribeiro, 1994).

Nos anos 60 e 70, os cientistas sociais, filósofos e políticos, começaram a demonstrar interesse pelos conceitos de QDV e “padrão de vida”. Este facto, ocorre principalmente como resposta às desigualdades percebidas na sociedade ao nível da distribuição dos recursos e do bem estar, bem como da preocupação com o crescimento da população e os problemas de desenvolvimento dos países pobres (Albrecht & Fitzpatrick, 1994).

Nesta década de 70, os primeiros estudos específicos sobre QDV e que apresentam características complementares, são os de Liu (1975), de Campbel, Converse e Rodgers (1976) e de Flanagan (1982). Liu, no seu artigo tenta desenvolver a estrutura de indicadores que servisse de guia para investigação sobre QDV (Ribeiro, 1994).

Estes indicadores deveriam ser; a) suficientemente universais para poderem ser generalizados a toda a população, b) facilmente compreensíveis (deveria haver um consenso geral com respeito à sua selecção), c) suficientemente flexíveis para abrangerem qualquer estilo de vida, em diferentes lugares e em diferentes momentos, d)

adaptáveis a condições sociais, económicas, políticas e físicas em mudanças próprias de sociedades dinâmicas, e e) abertas à verificação segundo princípios científicos reconhecidos (Ribeiro, 1994).

Flanagan, tenta identificar domínios de QDV utilizando um conjunto de situações hipotéticas, umas reais, outras idealizadas, em que a pessoa entrevistada indicava os aspectos que considerava mais importantes (Ribeiro, 1994).

O uso actual quase banal do termo QDV na pesquisa social e investigação, foi precedido desde meados dos anos 70 de ensaios clínicos, com destaque para as áreas da oncologia, reumatologia e psiquiatria (Pinto, 2000).

Desde Bulboz e colaboradores (1980), com o seu modelo ecológico, onde o bem estar individual é visto num contexto social e ambiental amplo, passando por Bigelow e colaboradores (1982), que entendia a QDV como o resultado do equilíbrio entre necessidades individuais, desempenho, recursos ambientais e expectativas, até Calman (1984), que a identifica no espaço entre as expectativas do doente e os resultados obtidos, que surge e evolui o conceito de QDV (De Leo et al, 1994, cit. por Pinto, 2000). Talvez seja aqui que surge “o começo da compreensão pela profissão médica da sua responsabilidade pelo bem estar (*welfare*) do doente como um todo” (Ebbos et al., 1989, cit. por Farquhar, 1995).

Outros estudos ilustram o caminho percorrido, numa diversidade de publicações onde a expressão QDV é tratada de forma heterogénea, tornando difícil a comparação. Entre eles, os de Reich e Zautra (1983 e 1984; cit. por Farquhar, 1995), que relaciona o conceito com o tipo de acontecimentos experimentados, e que inclui três componentes; (1) há duas espécies de eventos indesejáveis e cansativos, os com origem no ambiente (exigências), e o que é escolhido pelo indivíduo (desejos); (2) as respostas a estes

eventos; (3) a satisfação/insatisfação experimentada pelo indivíduo, relatada à evolução destes eventos e às respectivas respostas (Farquhar, 1995).

Com o modelo de Abbey e Andrews (1985), também citado por Farquhar (1995), o bem-estar percebido pelo indivíduo é relatado ao conceito que emerge dos indicadores e aos conceitos estudados no campo psicológico. Ou seja, as interações individuais com o ambiente social influenciarão alguns factores psicossociais. Então, estes influenciarão os sentimentos íntimos de depressão ou ansiedade, que por sua vez afectarão o bem-estar subjectivo. Powel e Powel (1987), retratam o hiato entre os objectivos que foram conseguidos e os que são potencialmente tangíveis, medidos por um observador externo, como sendo indicativo de QDV (Pinto, 2000).

Uma das razões para o surgimento do movimento de QDV em medicina, com ênfase no ponto de vista subjectivo do doente, foi a crescente insatisfação das pessoas com os tratamentos médicos dos anos 60 e 70. Um aspecto específico desta insatisfação assenta no esforço de prolongar a vida a qualquer custo, focando-se exclusivamente nas necessidades de tratamento, levando a medicina a “descurar” as necessidades básicas dos seus pacientes, como o bem estar, a autonomia e o sentimento de pertença (Katschnig, 1997).

Estas preocupações foram levantadas inicialmente no campo da oncologia, onde a questão se colocava sobre se era lícito trocar uma melhor QDV por um mais prolongado tempo de vida. Preocupações similares surgiram também no domínio da doença mental, colocando-se várias vezes a questão de “não será a cura pior que a doença”.

Actualmente, os esforços vão no sentido de integrar a experiência da vida dos doentes durante a doença nos cuidados de saúde, através da avaliação subjectiva do doente da sua QDV. Este termo, tornou-se num reservatório para todos os aspectos não fisiológicos da doença (Katschnig, 1997).

Contudo, por o conceito de QDV poder ser vago, ou talvez o seja mesmo, provoca uma atracção intuitiva das mais diversas áreas que estão envolvidas na gestão da saúde e doença. A QDV parece ser entendida por todos, doentes e seus familiares, profissionais de saúde, industria farmacêutica e entidades reguladoras da saúde, políticos e o público em geral.

O conceito de QDV pode ter como consequência um vasto potencial integrativo na área dos cuidados de saúde, que cada vez mais despoleta conflitos e discussões em torno dos custos e resultados, fornecendo uma lufada de ar fresco na compreensão da saúde, da doença e das instituições de cuidados de saúde (Albrecht & Fitzpatrick, 1994).

A QDV, enquanto conceito, comporta um objectivo primordial que é o de ajudar ao desenvolvimento de actividades, em oposição somente à redução dos sintomas de doença e prevenção da recaída, sendo potencialmente útil em saúde, porque congrega esforços e vontades (Katschnig, 1997).

## DEFINIÇÃO DE QDV

O conceito de QDV não está ainda definido de modo uniforme, existindo algumas lacunas de precisão que originam por vezes ambiguidade e confusão. No entanto, as publicações sobre QDV surgiram de modo explosivo na área da medicina e saúde. Pesquisas no MEDLINE revelam um incremento ligeiro durante os anos 70 e 80, com uma subida significativa nos anos 90 para cima de 2000 publicações em 1995 (Katschnig, 1997).

Nos últimos anos registaram-se no MEDLINE, 3700 publicações sobre QDV em 1998, 2760 em 1999, e até Setembro de 2000 registaram-se 2952 publicações, revelando o interesse científico sobre este tema.

Em 1992, surgiu uma revista científica inteiramente dedicada à investigação sobre QDV relacionada com a saúde e a "International Society of Quality of Life Research" organizou já o seu sexto encontro anual em 1999. A QDV surge assim claramente como um tema definitivo em medicina e saúde.

A definição de QDV da OMS (1993), a mais exhaustiva conhecida, sobreveio às desvantagens observadas nos precursores referidos. O Grupo do WHOQOL - QDV da OMS, no seu relatório do protocolo de estudo, não publicado (1994), define QDV como "uma percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual vivem, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (Pinto, 2000).

Bem-estar subjectivo tem sido relatado como uma medida composta de sentimentos independentes acerca duma variedade de preocupações de vida, além de sentimentos acerca da vida em termos positivos e negativos. Isto é, bem-estar e mal-estar gerais. Sem surpreender, o bem-estar geral no seu afecto positivo e em menor grau o afecto

negativo, parecem ser estáveis no tempo numa extensão em que podem provavelmente ser chamados de traços de personalidade (Sell & Nagpal, 1992).

É um conceito amplo afectado de modo complexo pela saúde física das pessoas, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e a ligação com traços salientes do ambiente. Continua a propiciar a base conceptual para todo o trabalho do Grupo da OMS (Saxena & Orley, 1997).

A sua operacionalização fez tombar muitas das críticas à pesquisa anterior, onde a QDV se definia apenas em termos de medição do *status* de saúde e escalas de capacidade funcional, e não outros elementos como os contactos sociais, por exemplo, entre outros. Como uma construção, a QDV acentua uma aproximação holística à vida das pessoas (Pinto, 2000).

No campo da medicina, QDV é um termo que se parece ter tornado num conceito de vanguarda para todas as necessidades humanas que são frequentemente negligenciadas no domínio dos cuidados de saúde, cada vez mais dominado pela tecnologia. Como regra, QDV é utilizada em medicina para caracterizar a QDV individual de dado doente do seu próprio ponto de vista subjectivo. Isto é significativo porque, em contraste com os indicadores de pesquisa social onde o bem estar subjectivo é apenas mais um dos diferentes indicadores de QDV de uma determinada população em estudo, e onde os outros indicadores de “padrão de vida” são vistos com igual importância, assumindo que o bem estar é fortemente influenciado por estes (Katschnig, 1997).

Os termos "QDV" e, mais especificamente, "QDV relacionada com a saúde" referem-se aos domínios físicos, psicológicos, e sociais da saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções das pessoas" (Testa & Simonson, 1996). QDV relacionada com os cuidados de saúde, ainda em

sentido mais restrito, corresponde aos aspectos da QDV em que são os prestadores de cuidados, os responsáveis pelos resultados das suas acções.

A QDV é a percepção, única e pessoal de vida, marcada por muitos factores interrelacionados, como a situação sócio-económica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde não podem alterar os factores que contribuem para a QDV, mas estes inevitavelmente afectam a saúde e o estado de saúde (Ferreira, 1995).

Os resultados de interesse, da perspectiva do prestador de cuidados de saúde e dos organizadores de cuidados, são os indicadores clínicos (sinais, sintomas, categorias nosológicas, condições bioquímicas e psicológicas), o estado funcional (desempenho físico, cognitivo, psicológico e social), a satisfação dos doentes com os vários aspectos de cuidados e os aspectos económicos da QDV relacionada com a saúde (o valor monetário da mortalidade, morbilidade e longevidade) (Ferreira, 1995).

## CONCEPÇÕES DE QDV

O conceito global de QDV é um assunto que continua a merecer considerável atenção, representando uma preocupação particular para os indivíduos com grave e persistente doença mental, para os seus familiares e profissionais de saúde, bem como relativamente a outras afecções, como as doenças crónicas (Speer, 1998).

Thomas Kuchler conceptualizou a QDV como uma representação gráfica multidimensional que incorpora bastantes ideias de outros autores e desenvolve-as em termos de dimensões de referenciais, dimensões do tempo e dimensões de experiência, sendo determinada por experiências subjectivas e por factores objectivos dentro destas dimensões (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992).

A dimensão de referência situa o sujeito no seu contexto familiar, grupo social e cultural, e num quadro político. A dimensão da experiência inclui o estado físico definido em termos das capacidades funcionais de sintomas da doença ou do tratamento, da relação interpessoal com a família, os amigos e técnicos de saúde. O domínio sócio-económico engloba a situação financeira, os acontecimentos, os diversos modos de utilizar os tempos livres, o rendimento pessoal no trabalho. A espiritualidade consiste na crença religiosa, no sentido que cada um dá à sua existência e numa eventual crença motivada pela moral. A dimensão do tempo, na qual a QDV, é o culminar de experiências passadas, da situação presente, bem como dos objectivos e expectativas futuras (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992).

As três dimensões conjugam-se para fornecer uma perspectiva colectiva da QDV do sujeito num determinado momento da sua vida.

Schipper, Clinch e Powell (1990), salientam cinco concepções que contribuíram para as correntes actuais: 1) Abordagem psicológica, que pressupõe a distinção entre o ter uma

doença e o sentir-se doente, centrando-se na percepção do doente. 2) Abordagem custo-benefício. Baseia-se na dicotomia quantidade de vida *versus* QDV. Nesta perspectiva a QDV baseia-se na percepção pessoal que o doente tem da sua capacidade funcional em áreas que ele valoriza. 3) Abordagem centrada na comunidade, considera o impacto da doença na comunidade. Nesta perspectiva a avaliação da QDV que se inicia por parâmetros fisiológicos estende-se a todo o vasto conjunto de parâmetros de personalidade, sociais, espalhando-se à comunidade. 4) Abordagem funcional, que se centra em aspectos funcionais e ignora os aspectos emocionais. Reorganiza os aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais num todo harmonioso de modo a que a sua vida se ajuste às consequências de uma doença incapacitante. 5) Lacuna de Calman, conceptualiza a QDV como a lacuna entre as expectativas do doente e o que este conseguiu realizar.

Albrecht e Fitzpatrick (1994) identificaram quatro aplicações do conceito de QDV em medicina e saúde. Utiliza-se: 1) Para o planeamento individualizado de cuidados clínicos a cada utente dos serviços de saúde; 2) Como uma medida/resultado quantificável em ensaios clínicos e investigação em serviços de saúde; 3) Para avaliação das necessidades de saúde das populações; 4) Para a distribuição planificada de recursos. A maior parte das utilizações do conceito QDV, dizem respeito a perturbações crónicas e graves da saúde.

O paradigma de QDV possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionalmente consideradas no sistema de cuidados de saúde: é multifactorial, é uma medida de percepção pessoal que varia com o tempo e é subjectiva (Ribeiro, 1994).

O uso mais promissor do conceito de QDV, é como medida resultado em ensaios clínicos e investigação em serviços de saúde (Katschnig, 1997).

## DOMÍNIOS DE QDV

Nenhuma das múltiplas definições operacionais de QDV, compreendendo componentes quantificáveis de saúde relatada, ou intervenções médicas, foi universalmente adoptada, tendo sido criado um acordo pragmático sobre um conjunto de dimensões importantes de *status* de saúde ou QDV pela saúde relatada, para que se a possa avaliar. O amplo conceito de QDV pode materializar-se na medição de componentes de saúde relatada pelo respondente, incluindo actividades da vida diária, papel de funcionamento, sintomas físicos e mentais, bem-estar e interacção social. Algumas podem ser adequadamente determinadas pelo estabelecimento de medidas genéricas, outras podem requerer medidas específicas adicionais como a sexualidade, sintomas de doença específicos e efeitos colaterais do tratamento (Sullivan, 1992, cit. por Pinto, 2000).

Vários autores mapearam sistematicamente as áreas associadas com os aspectos especiais ou específicos do bem-estar, como componente essencial em estudos exploratórios. A exploração conceptual insuficiente antes da formulação dos itens e da sua verificação estatística conduz a limitações importantes da investigação. Esta ampla variedade de preocupações tem vindo a ser estudada para clarificar as suas inter-relações, eventuais sobreposições ou a sua contribuição para a satisfação/insatisfação ou bem-estar/mal-estar (Pinto, 2000).

Levine e Croog em 1984 (cit. por De Leo et al., 1994), distinguiram cinco dimensões importantes de QDV individual. O desempenho de papéis sociais, o estado fisiológico, o *status* emocional, o funcionamento intelectual ou cognitivo, e o sentido de bem-estar. Em 1989, Rubenstein e colaboradores, sugeriam que a QDV deveria incorporar, para além do *status* de saúde, factores sociais, económicos e ambientais, como a segurança financeira, a disponibilidade de comida e a qualidade da habitação (De Leo et al., 1994).

Spilker em 1993 (cit. por Ribeiro, 1994), refere que devem ser considerados dois grandes aspectos da QDV: os aspectos ambientais da QDV e de QDV em relação à saúde. Os aspectos ambientais seriam avaliados por organizações fora do sistema de cuidados de saúde, abrangendo entre outros os seguintes componentes: qualidade do ar e da água, qualidade da escolaridade, densidade populacional, oportunidades culturais, estatuto sócio-económico e social, e espírito combinatório. A QDV em relação à saúde abrangeria os componentes, capacidade/disponibilidade física, estado psicológico, estatuto social e estatuto económico/emprego (Ribeiro, 1994).

Nos sistemas de cuidados de saúde, de acordo com Cramer, a QDV deve ser avaliada considerando-se cinco componentes. A saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e ambiente (Ribeiro, 1994).

De acordo com um relatório recente da OMS (WHO, 1998), baseado no desenvolvimento dum instrumento de medição da QDV, o WHOQOL, os domínios ou áreas fundamentais que inclui são: 1) saúde física; 2) saúde psicológica; 3) nível de independência; 4) relações sociais; 5) relações com o ambiente; 6) e espiritualidade, religião e crenças pessoais. Esta última era ainda questionada no relatório da OMS de 1993 quanto à espiritualidade e religião, não havendo referências na altura a crenças pessoais.

Deste modo, a QDV vai representar uma visão global da vida pessoal, sendo composta por diversos domínios e componentes. O número de domínios e de componentes considerados na QDV é variável, normalmente extenso, embora dependente quer dos objectivos perseguidos, quer do nível de análise (Ribeiro, 1994).

## QDV RELACIONADA COM A SAÚDE

Apesar desta terminologia, o conceito de QDV tem um número de desvantagens, gerando ainda confusão e lacunas quanto a uma definição unanimemente aceite. Pode-se dizer que é um termo que define um campo de interesse em vez de uma única variável, como o termo “doença”, e que não existe uma forma simples de medir QDV como não existe uma forma simples de definir doença. Nos indicadores de pesquisa social tem vários significados diferentes, variando desde a noção de bem-estar (*welfare*) de uma nação inteira, até ao conceito de felicidade e bem estar individual (Katschnig, 1997).

Nas últimas décadas, a expressão QDV transformou-se numa condição essencial na produção de dados científicos, quer no domínio da saúde em geral, quer no domínio da saúde mental. Tornou-se claro que o terreno ganho era surpreendente já que mais não fosse pelas inúmeras variações que o conceito ia absorvendo (Hollandsworth, 1988).

A QDV apresenta-se como algo funcional, activo sobre a doença, podendo fazer depender dela algo como sessões terapêuticas. Pode-se dizer que a QDV não só está relacionada, como influi com o modo de vida das pessoas. Estas, se a conquistam, comparam-na à felicidade, sendo a felicidade composta por dois elementos, a alegria e a tristeza. Aqui surge em discussão a relação entre ciências naturais e ciências humanas. Feita uma abordagem de acordo com as ciências naturais, a felicidade encontra-se pré-definida pela alegria e a tristeza, indo por isso contra o paradigma baseado na orientação biológica/mecanizada. No que respeita ao paradigma humanista, o procedimento encontra-se relacionado com a pertença cultural, diálogo e consciência (Beckmann & Ditlev, 1992).

Esta classificação varia de intensidade consoante a pessoa em causa, constatando facilmente que não é óbvia a definição de qualquer um destes elementos. Verifica-se

que a felicidade se encontra revestida de traços similares com os de saúde, equilíbrio e bem estar. Por esta associação de ideias, pode-se afirmar que a ausência de um destes traços, pode colocar o Homem em situação de doença e ou mal estar.

Então aquilo a que chamamos doença não é mais do que um desequilíbrio entre necessidades biológicas, físicas e ou psicológicas, emocionais.

Desta forma, o conceito de QDV não é apenas fruto de uma tomada de decisão ou de uma escolha, mas sim uma chave conceptual do método terapêutico, encontrando-se anexado à nova descrição de situações de crise onde a QDV não é mais do que uma das categorias a ter em consideração. Isto permite ao indivíduo que, consciente ou inconscientemente, se afastou do seu estado de equilíbrio, possa reconstruir todo um novo sistema de valores com o qual se identifique (Beckmann & Ditlev, 1992).

No estudo da QDV em saúde, o termo refere-se a um, pouco seguro, corpo de trabalho relatado pelos sujeitos. Este assenta no bem estar psicológico, funcionamento emocional e social, estado de saúde, desempenho funcional, satisfação com a vida, suporte social e padrões de vida e indicadores normativos, subjectivos e objectivos, de funcionamento emocional, físico e social (Katschnig, 1999).

Existem uma diversidade de aspectos importantes e valorizados da vida que não são geralmente vistos como variáveis de saúde. Incluem-se o rendimento, a liberdade e o suporte social. Apesar de um baixo rendimento, falta de liberdade e fraco suporte social serem relevantes para a saúde, existe uma tendência para excluir estes aspectos gerais quando se trabalha com a QDV e problemas de saúde. Aqui, a atenção é direccionada para os aspectos directamente relacionados com a doença e os aspectos da capacidade funcional e bem estar (Guyatt, et al., 1993). Foi com este objectivo que se criou e aplicou o termo QDV relacionada com a saúde.

Para a prática da medicina, o uso deste conceito, pode ser encarado como um progresso em oposição à tendência tradicional de se focar exclusivamente na doença e seus sintomas. No campo da saúde mental, o conceito de QDV será útil se tiver em conta o já referido e outros factores ambientais, já que o baixo rendimento, a dependência e o fraco suporte social, estão relacionados com a psicopatologia. Devem-se incluir vários aspectos da vida numa perspectiva multidimensional (Bullinger, 1993).

A avaliação da QDV é importante para os prestadores de cuidados de saúde, porque ajuda a compreender a experiência de bem estar, ao mesmo tempo que a relaciona com a doença e a sua severidade, sintomas e comorbilidades. A tentativa de deduzir a influência da doença na QDV individual é complexa, contudo esta área de investigação demonstrou que a avaliação da QDV é importante em providenciar cuidados de saúde compreensivos e abrangentes (Powell, 2000).

## AValiação E MEDIDAS DE QDV EM SAÚDE

O principal objectivo de qualquer intervenção em saúde é o de maximizar a saúde e o de minimizar a doença, aumentando a QDV dos indivíduos. Os dados a ela referentes podem ser usados no planeamento da política de saúde a todos os níveis, na avaliação das alterações de política e na auditoria dos serviços de saúde existentes, e portanto as opiniões dos utentes, doentes ou utilizadores são centrais no processo (Orley e Kuyken, 1993).

No entanto tem vindo a desenvolver-se uma variedade de instrumentos para determinar QDV, que envolve múltiplas dimensões e as medições incluem em regra uma multiplicidade de sub-escalas e questões. Esta avaliação pode ser racionalizada como envolvendo toda ou apenas uma combinação do sentido pessoal do bem-estar, angústia, satisfação com a habitação e ou com os rendimentos, a saúde percebida, o sentimento de segurança, redes sociais e satisfação com o suporte social, entre outras. Não existe contudo uma medida simples que o operacionalize (Speer, 1998).

Centenas de testes genéricos e específicos com o objectivo de medir diferentes aspectos da QDV foram e têm vindo a ser desenvolvidos nos últimos anos (Tabela 1).

O reconhecimento de que a QDV é uma medida de avaliação válida em ensaios clínicos, foi enfraquecida por diversos factores, incluindo a imprecisão conceptual da QDV, a utilização de instrumentos de avaliação de validade e fiabilidade dúbia, a inadequação dos métodos, e a fraqueza da análise estatística dos dados obtidos. Consequentemente, temos a responsabilidade de assegurar que os testes empregues para medir a QDV são psicometricamente válidos, e que são administrados e analisados de forma considerada correcta (Fallowfield, 1996).

Tabela 13. Instrumentos para medir e avaliar a QDV

*Instrumentos com mais de 100 referências bibliográficas*

<b>GHQ</b>	General Health Questionnaire
<b>EQ-5D</b>	EQ-5D
<b>NHP</b>	Nottingham Health Profile
<b>SF-36</b>	MOS Short Form - 36 Items
<b>SIP</b>	Sickness Impact Profile

*Instrumentos com menos de 100 referências bibliográficas*

<b>CARE</b>	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation
<b>CDC-HRQOL</b>	CDC Health-Related Quality of Life Questionnaire
<b>COOP-C</b>	COOP-Charts
<b>DUKE</b>	Duke Health Profile
<b>DUSOI</b>	Duke Severity of Illness Checklist
<b>FLP</b>	Functional Limitations Profile
<b>FSQ</b>	Functional Status Questionnaire
<b>HAQ</b>	Health Assessment Questionnaire
<b>HDL</b>	Health and Daily Living form
<b>HMQ</b>	Health Measurement Questionnaire
<b>HP-2000</b>	Healthy People 2000 Years of Healthy Life
<b>HSQ</b>	Health Status Questionnaire
<b>LHS</b>	London Handicap Scale
<b>MHIQ</b>	McMaster Health Index Questionnaire
<b>PQoL</b>	Perceived Quality of Life Scale
<b>PGI</b>	Patient Generated Index
<b>QLQ-E</b>	Quality of Life Questionnaire-Evans
<b>QOLS</b>	Flanagan's Quality of Life Scale
<b>QWB</b>	Quality of Well-being Scale
<b>SCL-90-R</b>	Symptom Checklist-90
<b>SEIQoL</b>	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
<b>SF-12</b>	MOS Short Form 12 items
<b>WHOQOL</b>	World Health Organization Quality of Life assessment instrument

Adaptado de [www.qlmed.org/general.htm](http://www.qlmed.org/general.htm) (09/2000)

Em saúde, resultado, diz respeito à mudança temporal no enquadramento usado para a saúde, como um resultado de um contacto ou comunicação entre um indivíduo e um profissional de cuidados de saúde. Uma medida simples não pode registar o universo multifacetado dos aspectos importantes do ajustamento e funcionamento humano. Devemos por isso avaliá-los em tantos serviços diferentes/domínios relevantes quantos seja possível. A QDV, como a saúde, é um conceito tão amplo que não pode estar vez alguma na sua totalidade definido ou medido. Sendo intrinsecamente subjectivo e situacional, pode ser verdadeiramente definido apenas indevidamente nos termos relativos e na perspectiva histórica que se refere a uma experiência individual subjectiva

de satisfação com a vida. O conceito de QDV é afectado por vários factores para além dos directamente tocados pelo *status* de saúde ou cuidados de saúde (De Leo et al., 1994).

O mais apropriado relator da dor, desconforto ou angustia da pessoa será ela própria, embora possa haver situações nas quais outras fontes poderão ser consideradas (Speer, 1998).

Dada a grande diferença de concepções e opiniões entre pacientes e técnicos sobre a QDV, devem-se elaborar as escalas de QDV sob o ponto de vista dos pacientes, uma vez que são eles os que melhor a entendem. Isto deve-se ao facto de se encontrarem fragilizados, sabendo como melhor valorizar o seu estado óptimo de saúde e bem estar (Woodend et al., 1997).

Numa aproximação holística, QDV pode ser encarada como uma integração de factores dos domínios ou áreas que pode ser medida indirectamente, olhando as mudanças nas áreas psíquica, somática ou social, ou directamente, tocando o conceito central de vida de qualidade. A vantagem de considerar mudanças indirectas nas áreas principais de experiência é que as medidas tendem a ser objectivas, enquanto as medidas do conceito central serão directas, mas subjectivas pela sua própria natureza (De Leo et al., 1994).

Muitos investigadores na área do bem-estar têm chamado a atenção para a importância dos aspectos situacionais, objectivos, e a dos percebidos pelos indivíduos, subjectivos. Distinguindo os conceitos de bem-estar objectivo e subjectivo, considera-se o primeiro como pré-requisito do segundo. A maior parte dos investigadores parece concordar que devem ser incluídas medições objectivas e subjectivas na pesquisa na área da saúde, bem-estar e QDV (Pinto, 2000).

## FUNÇÃO ERÉCTIL E QUALIDADE DE VIDA

Durante muitos anos, a DE foi muito pouco diagnosticado devido à relutância, por parte de doentes e de profissionais de saúde, em abordar questões relacionadas com a função sexual (NIH, 1993). Contudo, o interesse pela DE aumentou, graças não só aos progressos no conhecimento da fisiologia da função eréctil e da sua fisiopatologia, mas também ao desenvolvimento de novas abordagens diagnósticas e terapêuticas. Os homens, as suas parceiras sexuais e os profissionais de saúde, estão mais à vontade para falar da DE e discutir o seu tratamento (Guay, 1995).

Esta realidade levou ao desenvolvimento de estudos sobre a função sexual, e os estudos sobre o impacto destas problemáticas na vida das pessoas não foram excepção. Apesar de não ser ameaçador para a vida, a DE pode afectar seriamente a QDV com graves sequelas no bem estar social e psicológico (Hanson-Divers et al., 1998).

Nos homens de todas as idades, a DE pode diminuir o desejo e a vontade de iniciar um relacionamento sexual devido ao receio de um desempenho sexual inadequado ou de rejeição. Sendo os homens, especialmente os mais idosos, particularmente sensíveis ao suporte social das relações íntimas, o afastamento desse tipo de relacionamentos devido ao medo pode ter um efeito bastante negativo na sua saúde geral (NIH, 1993).

Só recentemente, a investigação em QDV se começou a direccionar para o campo da função sexual, sendo um campo promissor de investigação. Em Portugal, não conhecemos até à presente data, nenhum estudo sobre a função eréctil e a QDV dos homens portugueses, sendo desconhecida a forma como estas variáveis se relacionam.

Alguns estudos sobre a função sexual e a QDV após prostatectomia radical e terapia minimamente invasiva para a hiperplasia benigna da próstata foram realizados, revelando que pode comprometer seriamente a QDV dos sujeitos. Num estudo de Arai

et al. (2000), 26.5% dos homens submetidos a ressecção transuretral da próstata indicaram um grau de DE mínimo a moderado com impacto negativo na sua QDV.

McMahon e colaboradores (2000), verificaram num estudo clínico onde avaliaram homens com DE e suas parceiras sexuais, submetidos a tratamento com Sildenafil, que após o tratamento os seus índices de QDV melhoraram significativamente. Os homens melhoraram a sua QDV em 51.5% e as parceiras 43.1%. Num estudo semelhante duplamente cego, mas com homens com doença cardíaca, a função erétil e a QDV melhorou significativamente com o Sildenafil (Jackson, 1999).

Estudos de homens com lesão vertebro-medular, tratados com Viagra revelaram uma melhoria significativa nos parâmetros chave de QDV, relativos a saúde mental, bem estar, depressão e ansiedade (Hultling et al., 2000).

Estudos com o mesmo desenho dos supra citados, mas com alprostadil intracavernoso e transuretral, revelaram melhorias significativas em vários domínios da QDV dos homens intervencionados bem como das suas parceiras (Willke et al., 1998; Williams et al., 1998).

Os resultados do estudo de Jonler e colaboradores (1995), mostraram existir uma correlação significativa entre DE e a QDV, tendo a DE um impacto negativo na QDV dos homens estudados.

Numa investigação para avaliar a sexualidade e a QDV na Dinamarca, foi revelado que a QDV das pessoas com problemas sexuais era de 1.2 a 19.1% mais baixo do que a população em geral (Ventegodt, 1998). Em outro estudo que avaliou a QDV em homens com DE, constatou-se que os domínios emocionais do instrumento de avaliação da QDV utilizado (o SF-36), estavam mais comprometidos que os domínios físicos nos homens com DE (Litwin et al., 1998).

É comum aos vários autores que, independentemente da causa primária, a DE pode ter um efeito nocivo na auto-estima, QDV e relações interpessoais dos homens afectados (Miller, 2000). Os próprios clínicos podem ter um impacto positivo na QDV dos pacientes, providenciando um ambiente acolhedor de suporte e não crítico para a discussão e acompanhamento da DE (Morgentaler, 1999), evitando mostrar embaraço e relutância para falar desta matérias.

Numa sociedade onde a sexualidade é largamente promovida, o impacto de uma DE nos sentimentos de auto-estima e auto-confiança pode ser tremenda e comprometer a QDV dos homens afectados e suas parceiras. Os danos para as relações podem surgir, transpondo ansiedade, depressão e irritabilidade para todos os aspectos da vida (Korenman, 1998b).

Por tudo isto se compreende que as disfunções sexuais, nomeadamente aquelas que dizem respeito à função eréctil, podem comprometer seriamente a QDV das pessoas afectadas, pelo que o estudo e compreensão destas variáveis pode ser muito útil para uma abordagem avaliativa e terapêutica mais compreensiva.

## FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O presente estudo integra-se nos domínios da Psicologia da Saúde e da Sexologia Clínica, e possui como âmbito de investigação correlacionar e tentar encontrar relações válidas entre a capacidade de obtenção de resposta erétil peniana e as diversas dimensões de saúde que caracterizam a QDV. Estas, são medidas através de instrumentos que avaliam a Função Erétil e a Qualidade de Vida, percebidas pelos sujeitos.

O tema torna-se relevante pelo facto de actualmente ser aceite que, quer na sexualidade em geral, quer nas disfunções sexuais em particular, as alterações psicológicas e a psicossomatização serem factores importantes a considerar. Torna-se relevante também por se terem já realizado estudos nesta área noutros países e na população portuguesa só agora surgir o interesse pela investigação destas dimensões.

De salientar ainda que resultados extraídos de estudos desta natureza são muito importantes na forma como a abordagem avaliativa e terapêutica deve ser conseguida, de modo a alcançar os melhores resultados possíveis na recuperação do doente e na sua adaptação a uma nova situação de vida, decorrente da sua problemática.

Isto é tão mais verdade quando se constata que inúmeras vezes se abordou a terapêutica da DE com fármacos, químicos e ou cirurgias, sem ter em conta as dimensões psicosexuais e relacionais, obtendo estas intervenções muitas vezes insucessos ou resultados insatisfatórios, com custos elevados. A avaliação do funcionamento psicológico e emocional é fundamental para a compreensão da etiologia da DE e sua terapêutica. Isto resulta muitas vezes na resolução do problema sem recurso às medidas atrás descritas, contudo elas não se excluem mas sim, complementam-se.

Desta forma, o plano geral de trabalho assenta numa investigação observacional descritiva transversal, que pretende avaliar e cruzar comparativamente os níveis de Função Erétil e de QDV dos sujeitos estudados.

## QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

As questões que se levantam residem na problemática da diminuição da função eréctil e consequente DE e as suas repercussões nas dimensões de vida descritas, podendo assim afectar a QDV do sujeito macho que a vivencia directamente, bem como aos que o rodeiam e são afectados de forma indirecta, como é o caso da parceira sexual, familiares, amigos e outros.

Outra questão que nos parece pertinente avaliar neste estudo é o de uma avaliação sistematizada de uma amostra não clínica de homens da população portuguesa no que concerne à capacidade eréctil, já que não conhecemos quaisquer estudo que apresente tais dados.

Assim, levantaram-se as seguintes questões de investigação;

**Q.I. 1** – Quais as dimensões de QDV que se correlacionam com os índices de FE?

**Q.I. 2** – Será que baixos índices de FE correspondem a baixos índices de QDV?

**Q.I. 3** – Qual o índice médio da FE e QDV dos homens estudados?

**Q.I. 4** – Qual a prevalência de DE na amostra estudada?

Nesta estudo, serão encontrados resultados com os quais poderão ser feitas comparações com outras investigações, podendo ser importantes em áreas como; 1) A prevenção, inserindo-se aqui a tentativa de alterar determinadas situações de vida e comportamentos desadequados que podem influir negativamente na sexualidade e vida das pessoas, 2) Adopção de estratégias terapêuticas, mais adaptadas ao Homem, potencializando os efeitos da intervenção psicológica, farmacológica e o acto médico, apoiando e tratando a pessoa afectada em todas as suas dimensões, 3) Mais um

contributo, para o esclarecimento e o conhecimento desta problemática e destas dimensões.

Este estudo compreende algumas limitações em relação à sua validade. O número de 133 sujeitos estudados, todos da área urbana da grande Lisboa, representando uma amostra disponível de conveniência, pode trazer algumas limitações à significância dos resultados. Isto, porque é menos representativa do que se fosse recolhida aleatoriamente de toda a população portuguesa, incluindo por exemplo realidades rurais.

O facto de se controlarem as variáveis idade e nível de escolaridade e não se controlarem outras variáveis inerentes às próprias características da função erétil e da QDV, pode ser limitativo.

## MÉTODOS

### PARTICIPANTES

Este estudo é composto por uma amostra de 133 indivíduos do sexo masculino, entre os 21 e os 78 anos de idade, com uma média de idades de 43,86 anos, para um desvio padrão de 14,39. O número de anos de escolaridade apresenta uma média de 13,21 com um desvio padrão de 4,31, variando desde os 4 anos aos 21 anos de escolaridade (vide resultados).

Os 133 sujeitos constituem uma amostra de conveniência, composta por voluntários residentes na área da grande Lisboa, que responderam a um questionário de autopreenchimento, de forma anónima e a quem foi garantida confidencialidade. Pretendeu-se assim constituir uma amostra não clínica, retirada da população em geral.

## MATERIAL

Para este estudo utilizaram-se dois instrumentos de avaliação. O SF-36, Questionário de Estado de Saúde (Ware & Sherbourne, 1992) para o estudo da QDV, e o Índice Internacional da Função Erétil (IIEF) para o estudo da função erétil (Rosen et al., 1997).

O *Questionário de Estado de Saúde (SF-36)*, é a forma abreviada de “36-Item Short-Form Health Survey”, um instrumento de medição desenvolvido no âmbito do projecto MOS (Medical Outcomes Study), construído por Ware e Sherbourne em 1992 para medir e aprofundar o estudo de conceitos gerais de saúde (Ferreira, 2000). O objectivo foi desenvolver um instrumento de avaliação da saúde de reduzidas dimensões, de utilização e aplicação fácil e rápida na recolha dos dados, bem como na sua interpretação e cotação, mas que simultaneamente reforçasse as qualidades psicométricas de escalas abreviadas de saúde (Lopes et al., 1999).

O SF-36 pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade, desde que possua capacidade para ler ou entender o questionário. Pode ser aplicado por um entrevistador com experiência, através de uma entrevista pessoal, pelo correio ou por telefone, e através de auto preenchimento (Ferreira, 2000).

O formato final do SF-36, resultou num questionário de trinta e seis itens, composto por oito sub-escalas, que visam avaliar oito dimensões de saúde, detectando tanto os estados positivos como os negativos de saúde (Alonso et al., 1995). Uma vez que o SF-36 se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem estar de cada um, considera-se como uma medida genérica de saúde (Ware, 1990), não sendo específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento (Ferreira, 2000).

O SF-36 representa oito dos conceitos mais importantes em saúde (Quadro C), e Ferreira (2000) no seu trabalho de criação da versão portuguesa, descreve-as da seguinte forma;

1) Função física – Pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores até a actividades mais extenuantes, passando por actividades físicas intermédias.

2); 3) Desempenho físico e Desempenho emocional – As escalas de desempenho medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação nas tarefas quotidianas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade em realizar tarefas.

4) Dor física – As escalas de dor pretendem avaliar não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como interfere nas actividades usuais normais.

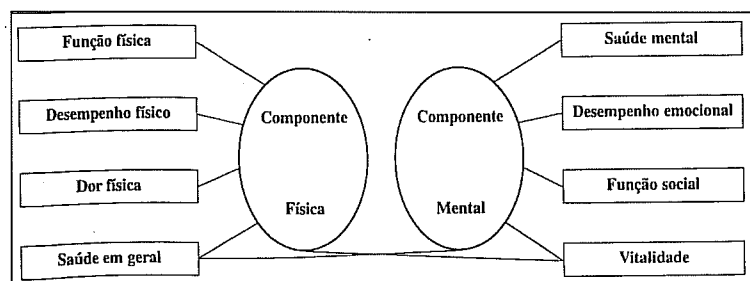
5) Saúde em geral – Pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo a saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim menos redundante.

6) Vitalidade – Mede os níveis de fadiga e energia. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem estar.

7) Função social – Pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente.

8) Saúde mental – Esta escala questiona quatro das mais importantes dimensões da saúde mental. A ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais, e o bem estar psicológico.

*Quadro C. Modelo factorial SF-36 com duas componentes*



Adaptado de Ferreira (2000)

O SF-36 foi construído para aplicação em diferentes contextos como a prática clínica, estudos epidemiológicos e de políticas de saúde e investigação.

A informação obtida pelas oito sub-escalas permite uma avaliação multidimensional dos efeitos da saúde/doença no funcionamento quotidiano do indivíduo e seu bem estar. Estudos para testar a validade das escalas do SF-36, enquanto medidas de conceitos de saúde física e mental, com utilização de técnicas de análise factorial e critérios clínicos (McHorney, Ware & Raczek, 1993), apoiam a hipótese de uma estrutura bidimensional da escala e indicam que algumas sub-escalas medem principalmente a componente física da saúde, outras a mental, enquanto outras medem ambas as componentes (Lopes et al., 1999).

Os resultados do SF-36 distribuem-se por uma escala de zero a cem, tendo os critérios de cotação dos itens e escalas sido definidos de forma a que um resultado elevado indica um estado de saúde melhor e vice versa.

Tabela 14. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36

ESCALA	NÍVEIS	ITEM	CONTEÚDO ABREVIADO
FF-Função física	21	3a	Actividades violentas (correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes)
		3b	Actividades moderadas (deslocar uma mesa ou aspirar a casa)
		3c	Levantar ou pegar nas compras de mercearia
		3d	Subir vários lanços de escada
		3e	Subir um lanço de escadas
		3f	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se
		3g	Andar mais de 1 Km
		3h	Andar vários quarteirões ou grupos de casas
		3i	Andar um quarteirão ou grupo de casas
		3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a
		DF-Desempenho físico	5
4b	Fez menos do que queria		
4c	Limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades		
4d	Dificuldade em executar o trabalho ou em outras actividades		
DC-Dor física	11	7	Intensidade das dores
		8	Interferência da dor no trabalho normal
SG-Saúde geral	21	1	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca
		11a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros
		11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
		11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
		11d	A minha saúde é ótima
VT-Vitalidade	21	9a	Cheio/a de vitalidade
		9e	Com muita energia
		9g	Sentiu-se estafado/a
		9i	Sentiu-se cansado/a
FS Função social	9	6	Interferência dos problemas de saúde nas actividades sociais
		10	Nº de casos em que a saúde física interferiu nas actividades sociais
DE-Desempenho emocional	4	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades
		5b	Fez menos do que queria
		5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume
SM-Saúde mental	26	9b	Sentiu-se muito nervoso/a
		9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava
		9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo
		9f	Sentiu-se triste e em baixo
		9h	Sentiu-se feliz
MS-Mudança de saúde	5	2	Saúde actual comparada com o que acontecia há um ano

Adaptado de Ferreira (2000)

O SF-36 foi traduzido, adaptado culturalmente, validado e adaptado para a língua portuguesa pelo grupo da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, coordenado pelo Doutor Pedro Lopes Ferreira, sendo a versão portuguesa da escala, reconhecida pelo *Medical Outcome Trust*.

De acordo com Ferreira (2000a), a versão portuguesa do SF-36 apresenta umas taxas gerais de consistência interna quase perfeitas, com a correlação entre cada item e a sua escala a igualar ou exceder o ponto de corte 0,40. Também os testes de validade discriminante resultaram em grande êxito por todos os itens da versão portuguesa.

O *Índice Internacional da Função Erétil (IIFE)* é uma medida de auto-avaliação, breve, fiável e multidimensional, destinada a avaliar clinicamente a DE e as respostas ao tratamento (Rosen et al., 1997). O IIFE foi, originalmente, desenvolvido e validado para ser utilizado em ensaios clínicos, em larga escala, multicêntricos e internacionais tendo-se demonstrado que era cultural, linguística e psicometricamente válido (Rosen et al., 1997). Há muito que se defende que as escalas multidimensionais são psicometricamente mais válidas e mais sensíveis que as escalas unidimensionais, na avaliação das respostas ao tratamento (Stewart & Ware, 1992).

O IIFE é composto por quinze perguntas (vide anexo A), que avaliam cinco dimensões da função sexual masculina em várias culturas; função erétil (6 perguntas), função orgásmica (2 perguntas), desejo sexual (2 perguntas), satisfação na relação sexual (3 perguntas) e satisfação global (2 perguntas) (Tabela 15). O IIFE foi validado em 31 idiomas e dialectos. Com base numa comparação entre a pontuação basal dos controlos e dos doentes, o IIFE mostrou ser altamente significativo na identificação de homens com e sem DE (Rosen et al., 1997).

*Tabela 15. Domínios do IIFE relativos à função sexual masculina*

<i>DOMÍNIO</i>	<i>PERGUNTAS</i>	<i>PONTUAÇÃO TOTAL</i>
Função erétil	1, 2, 3, 4, 5, 15	1 - 30
Função orgásmica	9, 10	0 - 10
Desejo sexual	11, 12	2 - 10
Satisfação na relação sexual	6, 7, 8	0 - 15
Satisfação global	13, 14	2 - 10

Adaptado de Rosen et al., 1997

O indivíduo deve ser instruído no sentido de completar o questionário fazendo um círculo em torno do número correspondente à escolha efectuada. Os números em torno dos quais é feito o círculo devem ser somados, a fim de determinar a pontuação total.

Às respostas opcionais para cada pergunta são atribuídas pontuações de 1 a 5, sendo o 0 utilizado para indicar ausência de actividade sexual, de relações sexuais ou de tentativas, apenas aplicável às perguntas 1 a 10. Nas perguntas 11 a 15 cota-se sem o 0.

O IIFE é adequado ao uso por clínicos e investigadores, como complemento de uma história sexual minuciosa e outras formas de avaliação diagnóstica da DE, e detectar alterações na função erétil. O IIFE equaciona de forma adequada a capacidade do sujeito para obter e manter uma erecção suficiente para a relação sexual e o grau de satisfação e confiança num determinado tratamento, aspecto importante na avaliação das respostas ao tratamento, noutros contextos (Rosen et al., 1994).

Tabela 16. Classificação da DE segundo a avaliação da função erétil utilizada no IIFE

PONTUAÇÃO NA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO ERÉCTIL	CLASSIFICAÇÃO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL
6 - 10	Grave
11 - 16	Moderada
17 - 25	Ligeira
26 - 30	Sem DE

Adaptado de Rosen et al., 1997

Demonstrou-se que o domínio da Função Erétil, que inclui seis questões numa pontuação máxima de trinta pontos, apresenta uma medida fidedigna para classificar a DE em inexistente, ligeira, moderada ou grave. Os indivíduos com uma pontuação total de 25 ou menos são classificados como sofrendo de DE e os indivíduos com uma pontuação total superior a 25 são classificados como não tendo DE (*Vide tabela 16*).

O IIFE, na aplicação que fizemos a 133 sujeitos no nosso estudo, através de uma amostra de conveniência, revelou coeficientes de correlação baixos e moderados, que traduzem uma diversidade das propriedades métricas da escala (*Vide Tabela 18*).

Tabela 17 - Coeficientes de Correlação de Spearman / Significância

IIFE	Função Erétil	Fç. Orgásmica	Desejo Sexual	Satisf. Rel. Sex
Função Erétil				
Fç. Orgásmica	0,50 **			
Desejo Sexual	0,32 **	0,18 *		
Satisf. Rel. Sex	0,31 **	0,35 **	0,14 ns	
Satisf. S. Global	0,52 **	0,42 **	0,33 *	0,37 **

Nota: \*\*. Correlação é significativa para o nível  $p < 0,0001$ . \*. Correlação é significativa para o nível  $p < 0,05$ .  
ns. Correlação não significativa  $p > 0,05$

## PROCEDIMENTO

Procedeu-se à distribuição dos instrumentos de avaliação em envelope fechado, acompanhados de folha de rosto e envelope de resposta sem franquia dos correios.

Os questionários tinham uma folha de rosto com informações e explanação sobre o estudo, os contactos do investigador e a garantia de anonimato e confidencialidade. O consentimento informado está implícito na acto voluntário de auto-preenchimento e de devolução dos questionários. Os questionários possuíam todas as informações necessárias para serem auto-preenchidos (Vide anexo A).

A recolha dos dados da amostra decorreu entre os meses de Junho e Outubro de 2000.

após a distribuição (envio por correio dos questionários). Foram utilizados os questionários SF-36 e o IIFE, sendo controladas as variáveis idade e escolaridade.

Os envelopes resposta sem franquia foram recebidos por via postal e imediatamente introduzidos numa base de dados de suporte informático.

Os dados recolhidos através do SF-36 e IIFE foram posteriormente analisados quantitativamente, mediante técnicas estatísticas. A escolha dos testes estatísticos seguiu as instruções habitualmente indicadas nos manuais de estatística aplicada às ciências humanas. Para este procedimento utilizou-se o programa de computador para tratamento estatístico de dados, SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows.

Inicialmente, elaborou-se a base de dados no *Microsoft Excel* e codificaram-se as opções das variáveis a analisar. Obteve-se uma matriz de dados que foi depois importada para o SPSS, onde se desenvolveu a análise estatística dos dados, que originaram os resultados apresentados.

Para a descrição e caracterização da amostra, aplicaram-se os procedimentos da estatística descritiva, estudando cada variável e utilizando medidas de tendência central

(mediana/*Mdn*) e medidas de dispersão (intervalo interquartilico/*IQR*). Após a determinação da quantificação geral e por factores, fez-se o estudo analítico das variáveis nos dois instrumentos, utilizando uma metodologia estatística não paramétrica, nomeadamente a Correlação de Spearman e o teste de Kruskal Wallis.

O nível de significância considerado foi de  $\alpha= 0,05$  ( $p<0,05$ ).

## RESULTADOS

Em termos de resultados, a nossa amostra de 133 pessoas do sexo masculino, apresenta uma idade mediana de 42,00 anos a que corresponde um intervalo interquartilico de 24,00.

Em relação ao nível de frequência escolar dos sujeitos em estudo, a amostra reflecte uma mediana de 13,00 anos de escolaridade para um intervalo interquartilico de 6,00.

*Quadro 1 - Estatística Descritiva Relativa – Amostra Global*

<i>Amostra</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Idade</i>	42,00	24,00
<i>Escolaridade</i>	13,00	6,00

A amostra foi dividida em quatro grupos etários (GE) conforme o quadro 2, existindo 45 homens (33,83%) com idades entre os 18 e o 34 anos, 46 (34,59%) entre os 35 e os 49 anos, 26 (19,55%) entre os 50 e os 65 anos, e 16 sujeitos (12,03%) com mais de 65 anos de idade. Cerca de 68,42% dos homens da amostra ( $n=91$ ) têm menos de 50 anos de idade, estando os restantes 31,58% ( $n=42$ ) com idades compreendidas entre os 50 e os 78 anos de idade.

*Quadro 2 – Grupos Etários*

<i>Amostra/Idades</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>18 a 34 anos</i>	45	33,83
<i>35 a 49 anos</i>	46	34,59
<i>50 a 64 anos</i>	26	19,55
<i>65 ou mais anos</i>	16	12,03
<i>Total</i>	<i>133</i>	<i>100</i>

Em relação aos anos de escolaridade, temos três grupos de intervalos (Quadro 3), que se distribuem com 26 sujeitos (19,55%) até 9 anos na ensino (escolaridade mínima obrigatória), 40 sujeitos (30,08%) entre 10 e 12 anos de escolaridade (ensino secundário complementar), e 67 sujeitos (50,37%) com 13 ou mais anos de escolaridade,

reflectindo um grau de ensino que varia desde a frequência universitária, à Licenciatura, Mestrado e Doutorado.

*Quadro 3 – Anos de Escolaridade*

<i>Amostra/Escola</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Até 9 anos</i>	26	19,55
<i>10 a 12 anos</i>	40	30,08
<i>13 ou mais anos</i>	67	50,37
<i>Total</i>	133	100

De acordo com a distribuição da amostra, decidimos utilizar estatística não paramétrica na análise dos resultados.

SF-36 - Os resultados de QDV representados através dos oito conceitos mais importantes em saúde, obtidos através do SF-36, foram para a nossa amostra os descritos no quadro 4.

Salientam-se os níveis de Desempenho Físico, Emocional e Função Física, que se apresentam elevados com medianas acima dos 95,00. A Função Social é relatada com uma mediana alta de 87,50 seguida logo da Dor Física com 84,00. A Saúde Mental, a Saúde Geral e a Vitalidade aparecem depois com medianas abaixo dos 72,00 (Vide Quadro 4).

*Quadro 4 - Estatística Descritiva Relativa – SF-36. Amostra Global*

<i>SF-36</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Função Física</i>	95,00	15,00
<i>Desemp. Físico</i>	100,00	25,00
<i>Desem. Emocio</i>	100,00	66,66
<i>Dor Física</i>	84,00	38,00
<i>Saúde Geral</i>	71,50	26,75
<i>Vitalidade</i>	65,00	25,00
<i>Função Social</i>	87,50	37,50
<i>Saúde Mental</i>	72,00	24,00

Os resultados das oito dimensões do SF-36 em termos de distribuição da amostra por grupos etários (Vide Quadros 5A e 5B), reflectem uma diminuição da Função Física ao longo da idade com uma perda de 10,00 pontos de mediana no GE com mais de 65 anos em relação ao GE mais novo. Uma análise de  $\chi^2 (3, N=133) = 26,73, p<0,001$ , mostra diferenças significativas, sugerindo que a função física diminui bastante com o evoluir da idade.

O Desempenho Físico acompanha esta tendência ao longo dos GE, apresentando valores elevados no GE entre os 18 e os 34 anos, mas com uma diminuição maior no GE com mais de 65 anos, onde existe um decréscimo do valor de *Mdn*, de cerca de 25,00, com uma análise de  $\chi^2 (3, N=133) = 12,75, p=0,005$ , mostrando diferenças significativas, sugerindo que o desempenho físico decresce consoante se vai envelhecendo.

A Saúde Geral apresenta uma *Mdn*=77,00 no GE mais novo, contra uma *Mdn*=57,50 no GE mais velho. A análise de,  $\chi^2 (3, N=133) = 13,11, p=0,004$ , revela diferenças significativas, mostrando que a saúde geral decai progressivamente com o avançar dos anos.

O Desempenho Emocional mantém-se bastante constante ao longo dos GE, com uma dispersão menor no GE mais velho, sem mostrar diferenças significativas.

Para efeito de cotação da escala Dor Física, as classificações são invertidas. Assim, quanto mais alto for o resultado da dimensão Dor Física, menor é a dor.

Desta forma, a Dor Física aumenta gradualmente ao longo da idade, sem contudo existirem diferenças significativas.

No que diz respeito à Vitalidade, Função Social e Saúde Mental, os resultados não apresentam quaisquer diferenças significativas ao longo dos GE da amostra.

Quadro 5 A - Estatística Descritiva Relativa – SF-36. Amostra por Idades

<b>Função Física</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	95,00	10,00
35 a 49 anos	95,00	10,00
50 a 64 anos	90,00	26,25
65 ou mais anos	85,00	30,00
<b>Desemp. Físico</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	100,00	,00
35 a 49 anos	100,00	25,00
50 a 64 anos	100,00	75,00
65 ou mais anos	75,00	93,75
<b>Desem. Emocio</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	100,00	66,66
35 a 49 anos	100,00	66,66
50 a 64 anos	100,00	100,00
65 ou mais anos	100,00	33,33
<b>Dor Física</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	84,00	38,00
35 a 49 anos	79,00	38,00
50 a 64 anos	84,00	38,00
65 ou mais anos	68,00	45,75
<b>Saúde Geral</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	77,00	15,50
35 a 49 anos	71,50	26,25
50 a 64 anos	56,75	24,00
65 ou mais anos	57,50	25,25
<b>Vitalidade</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	70,00	22,50
35 a 49 anos	67,50	26,25
50 a 64 anos	70,00	26,25
65 ou mais anos	57,50	23,75
<b>Função Social</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	87,50	25,00
35 a 49 anos	87,50	37,50
50 a 64 anos	87,50	50,00
65 ou mais anos	81,25	34,37
<b>Saúde Mental</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	72,00	16,00
35 a 49 anos	74,00	20,00
50 a 64 anos	68,00	29,00
65 ou mais anos	76,00	18,00

Quadro 5 B - Teste de Kruskal-Wallis / SF-36 por idade

<b>SF-36 / Idade</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
Função Física	26,73	<b>0,0001</b>
Desemp. Físico	12,75	<b>0,005</b>
Desemp. Emocio	0,53	0,91
Dor Física	2,63	0,45
Saúde Geral	13,11	<b>0,004</b>
Vitalidade	3,45	0,32
Função Social	1,35	0,71
Saúde Mental	1,15	0,76
Mudança Saúde	0,90	0,82

No que diz respeito à distribuição dos resultados por grau de ensino ou anos de escolaridade, verificamos não existirem diferenças significativas entre os três grupos de escolaridade considerados e as dimensões do SF-36. (Vide Quadros 6 e 7)

Quadro 6 - Estatística Descritiva Relativa – SF-36. Amostra por Escolaridade

<b>Função Física</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	90,00	26,25
10 a 12 anos	95,00	13,75
13 ou mais anos	95,00	10,00
<b>Desemp. Físico</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	87,50	50,00
10 a 12 anos	100,00	25,00
13 ou mais anos	100,00	25,00
<b>Desemp. Emocio</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	100,00	33,33
10 a 12 anos	100,00	66,66
13 ou mais anos	100,00	66,66
<b>Dor Física</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	67,00	48,00
10 a 12 anos	84,00	35,50
13 ou mais anos	84,00	35,50
<b>Saúde Geral</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	68,25	36,62
10 a 12 anos	71,50	31,50
13 ou mais anos	71,50	25,50
<b>Vitalidade</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	67,50	22,50
10 a 12 anos	65,00	25,00
13 ou mais anos	70,00	25,00
<b>Função Social</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	75,00	37,50
10 a 12 anos	87,50	34,37
13 ou mais anos	87,50	37,50
<b>Saúde Mental</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
Até 9 anos	72,00	22,00
10 a 12 anos	72,00	20,00
13 ou mais anos	76,00	20,00

Quadro 7 - Teste de Kruskal-Wallis / SF-36 e o nível de escolaridade

<b>SF-36 / Escolar.</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Função Física	5,20	0,07
Desemp. Físico	3,97	0,13
Desemp. Emocio	1,25	0,53
Dor Física	3,48	0,17
Saúde Geral	0,39	0,81
Vitalidade	1,35	0,50
Função Social	0,71	0,70
Saúde Mental	0,80	0,66

IIFE - Os resultados da amostra em termos globais no que diz respeito ao IIFE, apresentam na dimensão Função Erétil um resultado relativo de  $Mdn=82,76$  e  $IQR=10,34$ , que corresponde a um valor total de  $M=25,00$  (para um máximo de 30,00) e  $IQR=3,00$ .

De acordo com a classificação de DE da avaliação de função erétil da escala, a amostra apresenta um resultado de DE ligeira (Vide Quadros 8 A e 8 B).

Em relação à Função Orgásmica, encontra-se bastante elevada com  $Mdn=100,00$  e  $IQR=10,00$ . Em termos absolutos a  $Mdn=10,00$  (para um máximo de 10,00) e com um  $IQR=2,00$ .

O Desejo Sexual revela-se em termos relativos com uma  $Mdn=75,00$  e em termos absolutos com uma  $Mdn=8,00$  (máximo de 10), sugerindo um nível relativamente bom de desejo por actividade sexual.

A Satisfação na Relação Sexual apresenta o resultado mais baixo em termos relativos, com uma  $Mdn=73,33$  e  $IQR=16,67$  e em valores absolutos uma  $M=11,00$  (máximo de 15) e um  $IQR=2,50$ , sugerindo que a satisfação com a relação sexual não é muito boa.

A Satisfação Global mostra uma  $Mdn=75,00$  e um  $IQR=25,00$  em termos relativos e um valor absoluto de  $Mdn=8,00$  e  $IQR=2,00$  para um resultado possível entre 2 e 10, revelando uma satisfação global com a vida sexual satisfatória mas não muito elevada.

Quadro 8 A- Estatística Descritiva Relativa – IIFE. Amostra Global

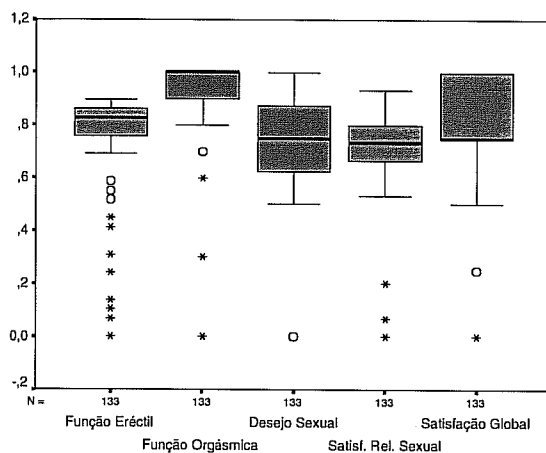
<i>IIFE</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Função Erétil</i>	82,76	10,34
<i>Fç. Orgásmica</i>	100,00	10,00
<i>Desejo Sexual</i>	75,00	25,00
<i>Satisf. Rel. Sex.</i>	73,33	16,67
<i>Satisf. S. Global</i>	75,00	25,00

Quadro 8 B - Estatística Descritiva Absoluta – IIFE. Amostra Global

<i>IIFE</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Função Erétil</i>	25,00	3,00
<i>Fç. Orgásmica</i>	10,00	1,00
<i>Desejo Sexual</i>	8,00	2,00
<i>Satisf. Rel. Sex.</i>	11,00	2,50
<i>Satisf. S. Global</i>	8,00	2,00

O Gráfico 1 apresenta a comparação dos resultados relativos das cinco dimensões do IIFE.

Gráfico 1 – Resultados Relativos do IIFE



Em relação à distribuição da amostra por idades, a Função Erétil apresenta um valor mediano próximo dos 82,00 nos três primeiros GE, para no GE mais velho diminuir drasticamente para uma  $Mdn=63,79$  e  $IQR=63,79$ . A análise de  $\chi^2(3, N=133) = 15,31$ ,  $p=0,002$ , mostra diferenças significativas, sugerindo uma diminuição acentuada da função erétil com o envelhecimento (Vide Quadro 9 A e 10).

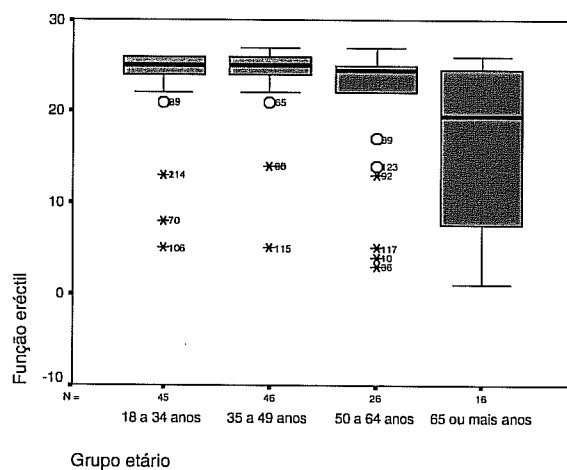
Quadro 9 A - Estatística Descritiva Relativa – IIFE. Amostra por GE

<i>Função Erétil</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>18 a 34 anos</i>	82,76	8,62
<i>35 a 49 anos</i>	82,76	6,89
<i>50 a 64 anos</i>	81,03	15,52
<i>65 ou mais anos</i>	63,79	63,79
<i>Fç. Orgásmica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>18 a 34 anos</i>	100,00	15,00
<i>35 a 49 anos</i>	100,00	0,0
<i>50 a 64 anos</i>	100,00	10,00
<i>65 ou mais anos</i>	100,00	20,00

<b>Desejo Sexual</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	87,50	25,00
35 a 49 anos	81,25	25,00
50 a 64 anos	75,00	25,00
65 ou mais anos	62,50	34,38
<b>Satisf. Rel. Sex.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	73,33	13,33
35 a 49 anos	80,00	15,00
50 a 64 anos	73,33	36,67
65 ou mais anos	80,00	81,67
<b>Satisf. S. Global</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	75,00	25,00
35 a 49 anos	75,00	25,00
50 a 64 anos	75,00	15,63
65 ou mais anos	75,00	62,50

Em termos absolutos, os resultados sugerem uma classificação média de DE ligeira para os GE dos 18 aos 34 anos de idade, dos 35 aos 49 anos e dos 50 aos 64 anos ( $Mdn=25,00$ ;  $25,00$ ;  $24,50$  respectivamente) e uma classificação média para o GE com mais de 65 anos de idade, de DE moderada ( $Mdn=19,50$  e  $IQR=18,50$ ) atendendo à dispersão encontrada (Vide Gráfico 2 e Quadro 9 B).

Gráfico 2 – Resultados absolutos da Função Erétil/Grupo Etário



Quadro 9 B - Estatística Descritiva Absoluta – IIFE. Amostra por GE

<b>Função Erétil</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
18 a 34 anos	25,00	2,50
35 a 49 anos	25,00	2,00
50 a 64 anos	24,50	4,50
65 ou mais anos	19,50	18,50

<i>Fç. Orgásmica</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>18 a 34 anos</i>	10,00	1,50
<i>35 a 49 anos</i>	10,00	0,0
<i>50 a 64 anos</i>	10,00	1,00
<i>65 ou mais anos</i>	10,00	2,00
<i>Desejo Sexual</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>18 a 34 anos</i>	9,00	2,00
<i>35 a 49 anos</i>	8,50	2,00
<i>50 a 64 anos</i>	8,00	2,00
<i>65 ou mais anos</i>	7,00	2,75
<i>Satisf. Rel. Sex.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>18 a 34 anos</i>	11,00	2,00
<i>35 a 49 anos</i>	12,00	2,25
<i>50 a 64 anos</i>	11,00	5,50
<i>65 ou mais anos</i>	12,00	12,25
<i>Satisf. S. Global</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>18 a 34 anos</i>	8,00	2,00
<i>35 a 49 anos</i>	8,00	2,00
<i>50 a 64 anos</i>	8,00	1,25
<i>65 ou mais anos</i>	8,00	5,00

Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis porque a homogeneidade das variâncias não se verifica.

Só a Função Erétil é que varia entre os grupos de idade, não se verificando quaisquer diferenças significativas entre as outras dimensões do IIFE (Quadro 10).

Quadro 10 – Teste de Kruskal-Wallis / IIFE por GE

<i>IIFE / Idade</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
<i>Função Erétil</i>	15,31	<b>0,002</b>
<i>Fç. Orgásmica</i>	3,46	0,32
<i>Desejo Sexual</i>	7,52	0,05
<i>Satisf. Rel. Sex.</i>	1,32	0,72
<i>Satisf. S. Global</i>	2,77	0,42

A prevalência geral de DE na amostra é de acordo com o IIFE, de 8,3% de homens com DE grave, de 5,3% com DE moderada, de 50,4% com DE ligeira, e de 36,1% sem DE (Quadro 11).

Quadro 11 – Disfunção Erétil por Grupo Etário

<b>Grupo Etário</b> <b>Disfunção Erétil</b>		<b>18 a 34</b> <b>anos</b>	<b>35 a 49</b> <b>anos</b>	<b>50 a 64</b> <b>anos</b>	<b>65 ou mais</b> <b>anos</b>	<b>Total</b>
<b>Grave</b>	n	2	1	3	5	11
	%	4,4%	2,2%	11,5%	31,3%	8,3
<b>Moderada</b>	n	2	2	2	1	7
	%	4,4%	4,3%	7,7%	6,3%	5,3%
<b>Ligeira</b>	n	20	24	15	8	67
	%	44,4%	52,2%	57,7%	50,0%	50,4%
<b>Sem DE</b>	n	21	19	6	2	48
	%	46,7%	41,3%	23,1%	12,5%	36,1%
<b>Total</b>	n	45	46	26	16	133
	%	100%	100%	100%	100%	100%

O teste de qui-quadrado de Pearson, revela a existência de diferenças significativas entre graus de DE nos GE em estudo (Quadro 11 A).

Quadro 11 A – Teste de Qui-Quadrado de Pearson / DE por GE

<b>IIFE</b>	<b>Valor</b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
$\chi^2$	19,91	9	<b>0,018</b>

No que diz respeito à análise da distribuição dos resultados do IIFE em função dos grupos de escolaridade considerados, verifica-se não existirem diferenças significativas em nenhuma das suas dimensões (Vide quadros 12 e 13).

A Função Erétil apresenta resultados medianos próximos dos 80,00 nos três GESC, com uma análise de  $\chi^2$  (2, N=133) = 2,55,  $p=0,27$ , sugerindo resultados bastante próximos e sem diferenças significativas.

O mesmo se passa com todas as restantes dimensões do IIFE.

Quadro 12 - Estatística Descritiva Relativa – IIFE. Amostra por Escolaridade

<b>Função Erétil</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
<b>Até 9 anos</b>	82,76	8,62
<b>10 a 12 anos</b>	79,31	16,38
<b>13 ou mais anos</b>	82,76	10,34
<b>Fç. Orgásmica</b>	<b>Mediana</b>	<b>Int. Interqua.</b>
<b>Até 9 anos</b>	100,00	12,50
<b>10 a 12 anos</b>	100,00	10,00
<b>13 ou mais anos</b>	100,00	10,00

<i>Desejo Sexual</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Até 9 anos</i>	75,00	25,00
<i>10 a 12 anos</i>	75,00	25,00
<i>13 ou mais anos</i>	87,50	25,00
<i>Satisf. Rel. Sex.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Até 9 anos</i>	80,00	20,00
<i>10 a 12 anos</i>	73,33	25,00
<i>13 ou mais anos</i>	73,33	13,33
<i>Satisf. S. Global</i>	<i>Mediana</i>	<i>Int. Interqua.</i>
<i>Até 9 anos</i>	75,00	25,00
<i>10 a 12 anos</i>	75,00	34,38
<i>13 ou mais anos</i>	75,00	25,00

Quadro 13 - Teste de Kruskal-Wallis / IIFE por escolaridade

<i>IIFE / Escolar.</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
<i>Função Erétil</i>	2,55	0,27
<i>Fç. Orgásmica</i>	0,16	0,92
<i>Desejo Sexual</i>	3,07	0,21
<i>Satisf. Rel. Sex.</i>	1,05	0,58
<i>Satisf. S. Global</i>	0,08	0,96

## CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO SF-36 E AS DO IIFE

Seguidamente analisaremos as correlações entre as várias dimensões dos dois instrumentos de avaliação empregues no estudo (Quadro 14). A análise foi efectuada recorrendo ao coeficiente de correlação de Spearman, revelando que a Função Eréctil, se correlaciona fortemente e de modo directo com a Função Física,  $r_s(133)=0,28$ ,  $p<0,001$ , com o Desempenho Físico,  $r_s(133)=0,25$ ,  $p<0,01$ , e com a Saúde Geral,  $r_s(133)=0,07$ ,  $p<0,001$ .

A Função Orgásmica apresenta uma correlação directa com a Função Social,  $r_s(133)=0,19$ ,  $p<0,05$ , com a Vitalidade e Saúde Mental,  $r_s(133)=0,19$ ,  $p<0,05$ , com o Desempenho Físico,  $r_s(133)=0,18$ ,  $p<0,05$ , e com a Saúde Geral,  $r_s(133)=0,17$ ,  $p<0,05$ . O Desejo Sexual correlaciona-se com a Saúde Geral ( $r_s(133)=0,20$ ,  $p<0,05$ ) e a Função Física ( $r_s(133)=0,19$ ,  $p<0,05$ ), revelando uma correlação directa entre um maior grau de desejo sexual e um melhor estado de saúde e função física. A análise com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman suporta este resultado.

A Satisfação com a Relação Sexual não se apresenta correlacionada com quaisquer dimensão do estado de saúde, de acordo com o coeficiente de correlação de Spearman.

A Satisfação Global com a vida sexual correlaciona-se fortemente e de forma directa com todas as dimensões do SF-36, à excepção da Função Física.

Quadro 14 - Correlações de Spearman. Coeficientes de Correlação / Significância

SF-36 / IIFE	Função Eréctil	Fç. Orgásmica	Desejo Sexual	Satisf. Rel. Sex	Satisf. S. Global
Função Física	0,28 ***	0,11 ns	0,19 *	0,03 ns	0,16 ns
Desemp. Físico	0,25 **	0,18 *	0,11 ns	0,14 ns	0,28 ***
Dor Corporal	0,07 ns	0,12 ns	0,11 ns	0,08 ns	0,23 **
Saúde Geral	0,34 ****	0,17 *	0,20 *	0,15 ns	0,37 ****
Vitalidade	0,15 ns	0,19 *	0,11 ns	0,02 ns	0,40 ****
Função Social	0,09 ns	0,19 *	0,10 ns	0,12 ns	0,39 ****
Desem. Emocional	0,11 ns	0,15 ns	0,07 ns	0,00 ns	0,35 ****
Saúde Mental	0,12 ns	0,19 *	0,03 ns	-0,03 ns	0,44 ****

Nota: \*. Correlação é significativa para o nível  $p<0,05$  \*\* Correlação é significativa para o nível  $p<0,01$

\*\*\*. Correlação é significativa para o nível  $p<0,001$ . \*\*\*\*. Correlação é significativa para o nível  $p<0,0001$

ns. Correlação não significativa

Analisando da outra perspectiva, a Função Física apresenta uma correlação forte com a Função Eréctil,  $r_s (133)=0,28, p<0,001$ , e menos forte com o Desejo Sexual,  $r_s (133)=0,19, p<0,05$ .

O Desempenho Físico correlaciona-se bastante com a Função Eréctil ( $r_s (133)=0,25, p<0,01$ ), e a Satisfação Global ( $r_s (133)=0,28, p<0,001$ ), e com a Função Orgásmica,  $r_s (133)=0,18, p<0,05$ .

A Dor Corporal ou Física é fortemente correlacionada com a Satisfação Global com a sexualidade,  $r_s (133)=0,23, p<0,01$ .

A Saúde Geral correlaciona-se fortemente com a Satisfação Global com a vida sexual,  $r_s (133)=0,37, p<0,001$ , e com a Função Eréctil,  $r_s (133)=0,34, p<0,001$ . Existe uma correlação menos forte com o Desejo Sexual,  $r_s (133)=0,20, p<0,05$ , e com a Função Orgásmica,  $r_s (133)=0,17, p<0,05$ .

A Vitalidade apresenta uma correlação com a Satisfação Global,  $r_s (133)=0,40, p<0,001$ , e com a Função Orgásmica,  $r_s (133)=0,19, p<0,05$ .

A Função Social correlaciona-se de forma directa com a Satisfação Global,  $r_s (133)=0,39, p<0,001$ , e com a Função Orgásmica,  $r_s (133)=0,19, p<0,05$ .

O Desempenho Emocional só se correlaciona com a Satisfação Global com a sexualidade,  $r_s (133)=0,35, p<0,001$ , não existindo quaisquer correlação significativa com as outras dimensões do IIFE.

No que concerne à Saúde Mental, apresenta uma correlação forte com a Satisfação Global com a vida sexual,  $r_s (133)=0,44, p<0,001$ , e com a Função Orgásmica,  $r_s (133)=0,19, p<0,05$ .

## DISCUSSÃO

O interesse pelo estudo da sexualidade humana em geral e da resposta eréctil em particular, acompanhada por um maior aprofundamento das dimensões de QDV, tem vindo a aumentar grandemente de interesse nos últimos anos no mundo e também em Portugal. Provavelmente, por um lado, devido ao avanço social e económico e por outro, ao crescente interesse da opinião pública pelo tema, fortemente estimulado pelo advento do Viagra.

Neste estudo procurou-se investigar, descobrir e conhecer melhor o impacto e as inter-relações e influências da obtenção ou não de uma resposta eréctil, visivelmente orgânica, numa dimensão eminentemente psicossocial e subjectiva como a QDV.

Os primeiros estudos sobre a QDV ligados à resposta eréctil, surgiram relacionados com a cirurgia de ressecção da próstata (prostatectomia), e todos eles foram unânimes em considerar que tal intervenção e consequente DE, produz um impacto negativo na QDV dos sujeitos e suas parceiras, com repercussões graves no bem estar psicológico e social. Estudos com o mesmo cariz, em populações de doentes com lesão vértebro medular, vieram também confirmar que a QDV destes doentes melhora substancialmente quando se obtém sucesso terapêutico no restabelecimento da erecção e vida sexual.

Com o interesse por estudos com pessoas da população em geral sobre este tema, adaptaram-se instrumentos para medir e avaliar quer a função eréctil, quer a QDV. Aliando isto, ao facto de não conhecermos nenhum estudo português sobre este tema e com este desenho, surgiu o nosso estudo.

De facto, na nossa amostra confirma-se uma relação directa da Saúde Geral, Função e Desempenho Físicos com a Função Eréctil. Isto vem confirmar estudos prévios que também apontavam neste sentido. De salientar, é que esta população não é composta

por pessoas de qualquer consulta ou clínica de especialidade, mas da comunidade em geral. Isto sugere que a QDV é afectada negativamente quando existe falha erétil, independentemente de existir quaisquer patologia associada ou não.

Através dos nossos resultados podemos observar que a Função Física e o Desempenho Físico, são as dimensões de QDV que obtiveram um resultado mais elevado e que diminuem de forma significativa consoante se avança na idade. A Dor Corporal apresenta um tipo de comportamento oposto, confirmando a ideia de que a dor aumenta com a idade. A Saúde Geral e a Vitalidade apresentam os resultados mais baixos da amostra, sugerindo uma percepção negativa de saúde e fadiga.

O facto da população em estudo apresentar uma idade média que ronda os 44 anos de idade e um nível médio de escolaridade condizente com o ensino secundário completo, surge como relativamente próxima da nossa realidade social urbana.

As dimensões de Saúde representativas da QDV, encontram-se globalmente positivas ao nível da componente física, encontrando-se mais diminuídas na sua componente mental.

A quase totalidade das dimensões pioram com o avançar da idade dos sujeitos, com significativo destaque para a Função Física, Saúde Geral e Desempenho Físico. Estes resultados vem confirmar conclusões de estudos anteriores.

De salientar que as componentes mentais, como o Desempenho Emocional, Função Social e Saúde Mental se mantêm estáveis ao longo da idade. Isto sugere que independentemente da condição física se deteriorar, a pessoa consegue manter as suas capacidades mentais e sociais.

Relevante, também é o nível de escolaridade não interferir nas dimensões de QDV estudadas. Isto aponta para que o bem estar não seja fortemente determinado pelo grau académico, mas por outras dimensões, entre as quais se pode incluir a Função Erétil.

A capacidade de resposta eréctil na amostra estudada, revela um valor médio que se pode traduzir num grau de disfuncionalidade eréctil ligeiro, de acordo com o IIFE.

A prevalência geral da Função Eréctil encontrou-se relacionada com a idade e mostrou-se independente do grau de escolaridade. Isto vem confirmar estudos anteriores, onde uma pior resposta eréctil se associa a comprometimento da condição física dos sujeitos.

Olhando ao modelo factorial do SF-36, verifica-se que a Função Eréctil só se correlaciona com as dimensões da componente física, e pode-se afirmar que uma pior função eréctil afecta negativamente a QDV dos homens estudados.

De salientar que as dimensões complementares do IIFE, revelam uma excelente capacidade de resposta orgásmica, sem no entanto se deixar de correlacionar com a Função Eréctil. A Função Orgásmica relaciona-se mais e fortemente com as dimensões da componente mental do SF-36, remetendo mais esta sensação culminante subjectiva de prazer para a esfera psicológica, onde os afectos podem jogar um papel importante.

O desejo sexual e a satisfação global com a vida sexual, encontram-se ao nível da resposta eréctil, mas a satisfação com a relação sexual é a dimensão mais afectada. Contudo, todas elas se relacionam fortemente e de forma directa com a capacidade de obter uma resposta eréctil de qualidade.

Dado que a Satisfação com a Relação Sexual, a partir dos 50 anos de idade, se revelar insatisfatória para quase metade dos homens estudados e o facto de esta dimensão se relacionar fortemente com a Função Eréctil e a Função Orgásmica, sugere que a satisfação na relação sexual passa em grande medida por uma boa resposta eréctil e orgásmica/ejaculatória. A Satisfação na Relação Sexual não se mostrou associada com nenhuma das dimensões do SF-36.

O facto de a uma maior Satisfação Global com a sexualidade, corresponder um aumento de todas as dimensões de QDV estudadas, à excepção da Função Física, e de se

relacionar com sete das dimensões de QDV consideradas, suscita a importância de uma vida sexual positiva na QDV dos homens.

Sugere-se assim, que excluindo a fundamental e importante componente psicológica na sexualidade, a falha na resposta erétil é o factor determinante principal para o insucesso da vida sexual e conseqüente frustração e insatisfação sexual. Parece que todas as outras dimensões da sexualidade estudadas melhoram consoante a função erétil melhora também.

Verifica-se que os resultados do IIFE não são influenciados pelo grau académico, sugerindo que este não interfere na resposta erétil e nas outras dimensões da sexualidade avaliadas.

No nosso estudo confirma-se que a baixos índices de Função Erétil parecem corresponder índices mais baixos de QDV.

A prevalência de DE aumenta ao longo da idade, com especial destaque para a DE grave que sobe cerca de três vezes mais a partir dos 64 anos de idade. Verifica-se que o número de homens sem DE diminui bastante de forma coerente ao longo da idade, sugerindo que após os 65 anos, cerca de 88% dos homens sofrem de alguma grau de DE.

Comprova-se que o avançar da idade, parece ser um factor que condiciona a resposta erétil, provavelmente pelo comprometimento da condição física que lhe está associado. Em termos globais a prevalência de algum grau de DE nesta amostra em todos os GE, ronda os 64%, revelando um número extraordinariamente elevado. Estes valores são bastante preocupantes e vêm realçar a necessidade de um estudo mais alargado, representativo da população portuguesa, para que se possa ter uma visão do problema mais abrangente e exacta.

Dado que a prevalência de DE ligeira é relativamente próxima ao longo dos GE estudados, e a etiologia orgânica no homem novo ser residual, a necessidade de programas de informação e formação ao nível da sexualidade deve ser também implementada, podendo ser um auxiliar na resolução de muitas problemáticas sexuais.

Estes dados fornecem-nos informação sobre a forma como a Função Eréctil evolui e influencia a vida do homem. Assim, devemos aconselhar os profissionais de saúde a investigarem a dimensão Função Eréctil na relação clínica com os seus pacientes, sempre que existam comprometimentos físicos e da saúde geral. O facto do grau académico não se repercutir no desempenho sexual, sugere que esta avaliação da função sexual seja transversal a todos os estratos socioculturais.

## REFERÊNCIAS

- Aboseif, S. R., & Tanagho, E. A. (1999). Anatomy of the Penis. In W. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 2-6). São Francisco: The American Society of Andrology.
- Abram, H. S., Hester, L. R., Sheridan, W. F., & Epstein, G. M. (1975). Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *Journal Nervous Mental Disorders*, *160*, 220-6.
- Aggleton, P. (1990). *Health*. Londres: Routledge.
- Aizenberg, D., Zemishlany, Z., Dorfman-Etrog, P., & Weizman, A. (1995). Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*, 137-41.
- Albrecht, G. L. & Fitzpatrick, R. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. In Albrecht & Fitzpatrick (Eds.), *Advances in Medical Sociology*, vol. 5. *Quality of Life in Health Care* (p. 1-21). Londres: Jaipress.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La version española del SF-36 Health Survey (Cuestionário de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, *40*, 473-80.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (1ª ed.). Washington: APA.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2<sup>a</sup> ed.). Washington: APA.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>a</sup> ed.). Washington: APA.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>a</sup> ed., rev.). Washington: APA.

American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington: APA.

Anawalt, B. D. & Bremner, W. J. (1999). Endocrinology of Male Sexual Dysfunction. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 18-26). São Francisco: The American Society of Andrology.

Arai, Y., Aoki, Y., et al. (2000). Impact o interventional therapy for benign prostatic hyperplasia on quality of life and sexual function: a prospective study. *Journal of Urology*, 164 (4), 1206-11.

Bacalhau, J. (1922). *Anatomia, Fisiologia e Patologia no Pénis*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Bagatell, C. J. & Bremner, W. J. (1997). Androgens and behavior in men and women. *The Endocrinologist*, 7, 97.
- Balon, R., Yeragani, V. K., Pohl, R., & Ramesh, C. (1993). Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 209-12.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Nova Iorque: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J. (1989). Assessing people with sexual problems. In *Human sexuality and its problems* (2ª edição) (p. 412-55). Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Beckmann, J., & Ditlev, G. (1992). Conceptual Views on Quality of Life. In *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a new Quality of Health*. Kaplan, Branckraerts, Eerben, & Milz (Eds.) pp. 133-137. Copenhaga: WHO.
- Boolell, M., Gepi-Attee, S., Gingell, J. C., & Allen, M. J. (1996). Sildenafil, a novel effective oral therapy for male erectile dysfunction. *British Journal of Urology*, 78, 257-61.
- Brinot, P. (1994). *Male Impotence – A Historical Perspective*. Paris: L'Esprit du Temps.

Broderick, G. A. (1998). Evidence Based Assessment of Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 10 (supl. 2).

Buffom, J. (1986). Pharmacosexuology update: prescription drugs and sexual function. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 97-106.

Bullinger, M. (1993). Indices versus profiles – advantages and disadvantages. In Walker & Rosser (Eds.), *Quality of Life Assessment: Key issues in the 1990s* (p. 209-20). Boston: Kluwer Academic.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. Nova Iorque: Russel Sage Foundation.

Carrier, S., Zvara, P., & Lue, T. F. (1994). Erectile Dysfunction. *Endocrinology, Metabolism and Clinical Nutrition of America*, 23, 773-82.

Carson, C. C. (1981). Francois Gigot de la Peyronie (1678-1747). *Investigation Urology*, 19, 62.

Castro, J. J., & Nobre, E. L. (1998). Anátomo-Fisiologia dos Aparelhos Genitais. In *Curso de Formação em Sexologia e Disfunções Sexuais*, (Apresentação Oral). Lisboa: ISPA/NEDM.

Cavalcanti, R. & Cavalcanti, M. (1997). *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*.

São Paulo: Roca.

Clottes, J. (1995). Les Grottes Peintes du Paléolithique. *Pour la Science*, 210, 34.

Cohen, C. (1995). Sexe, Erotisme et Pré-Histoire. *Sciences et Avenir*, 579.

Collin, B. W. (1988). Impotence and Diabetes. *Metabolism*, 37, 19-21.

Cornely, C. M., Schade, R. R., Van Thiel, D. H., & Gavalier, J. S. (1984). Chronic advanced liver disease and impotence: cause and effect? *Hepatology*, 4, 1227-30.

Davidson, J. M., Kwan, M. & Greenleaf, W. (1982). Hormonal replacement and sexuality in men. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 11, 599.

De Leo, D., Diekstra, R. F. W., Cleiren, M. H., Sampaio Faria, J. G., et al. (1994). Quality of Life Assessment – instrument to measure self-perceived functioning and wellbeing in the elderly. In *Leipad Project, EUR/HFA Target 12*. Copenhagen: WHO.

Diemont, W. I., & Meuleman, E. J. H. (1997). Neurological testing in erectile dysfunction. *Journal of Andrology*, 18, 345.

Ellis, H. (1910). *Studies in Psychology of Sex* (7 vols.). Filadélfia: F. A. Davis.

Farquhar, M. (1995). Elderly People's Definitions of Quality of Life. *Social Science and Medicine*, 41, 1439-46.

Farré, J. M. (1994). Aspectos Conductuales en la Disfuncion Eréctil de Origen Psicogena. In J. M. Pomerol et al. (Eds.), *Práticas Andrológicas* (p. 473-77). Madrid: Masson/Salvat.

Fallowfield, L. (1996). Quality of quality-of-life data. *Lancet*, 348, 421-2.

Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.

Ferreira, P.L., Rosete, M. L. (1995). Cross-cultural validation of health outcomes measures: A Portuguese experience. *Quality of Life Research*, 4 (5), 425.

Ferreira, P. L. (1995). A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Trabalho apresentado ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge no âmbito do *Concurso "Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública"*. Lisboa: INSRJ.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-27.

Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

Fletcher, E. C., & Martin, R. J. (1982). Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 81, 413-21.

Foucault, M. (1985). *História da Sexualidade 1*. Rio de Janeiro: Edições Graal

Fourcroy, J. (1999). Sildenafil (Viagra). *IPPF Medical Bulletin*, 33, 1.

Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in “normal” couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111-15.

Freud, S. (1955). ‘A child is being beaten’: A contribution to the study of the origin of sexual perversions. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 175-204). Londres: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1919).

Galvão-Teles, A. (1999). Atraso pubertário masculino versus hipogonadismo. *Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição*, 8, 145-51.

Galvão-Teles, A. (2000). Andropausa, Envelhecimento, Hipogonadismo. Bases para o tratamento actual e futuro. Comunicação Oral, In *XX Curso Pós-Graduado de Endocrinologia e Andrologia*. Lisboa.

Giuliano, F. A., Knelleson, S., & Paturand, J. P. (1996). Epidemiologic study of erectile dysfunction in France (abstract). *European Urology*, 30 (supl. 2), 250.

Goldstein, I., Siroky, M. B., Sax, D. S., & Krane R. J. (1982). Neurological abnormalities in multiple sclerosis. *Journal of Urology*, 128, 541-5.

Goldstein, I. Vasomax Study Group. (1998). Efficacy and safety of oral phentolamine (Vasomax) for the treatment of minimal erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 159, supl. 240.

Goldstein, I., Lue, T., Padma-Nathan, H., et al. (1998). Oral Sildenafil in the Treatment of Erectile Dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397-404.

Gomes, F. A. (1987). As Disfunções Sexuais Masculinas: Incidência. In F. A. Gomes, A. Albuquerque, J. S. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal* (Vol. I, p. 201-2). Lisboa: Texto Editora.

Gomes, F. A. (1987b). Terapêutica Comportamental. In F. A. Gomes, A. Albuquerque, J. S. Nunes (Eds.), *Sexologia em Portugal* (Vol. I, p. 260-74). Lisboa: Texto Editora.

Gomes, F. A. (1991). Impotência e Vida Moderna: Ansiedade e Fadiga. *Revista Portuguesa de Hemorreologia*, 5 (supl. 1), 57-9.

Greenstein, A., Plymate, S. R., & Katz, P. G. (1995). Visually stimulated erection in castrated men. *Journal of Urology*, *153*, 650-2.

Guay, A. T. (1995). Erectile Dysfunction – are you prepared to discuss it? *Postgraduate Medicine*, *97*, 127-43.

Guyatt, G., Eagle, D., Sackett, B., et al. (1993). Measuring Quality of Life in the Frail Elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46* (12), 1433-44.

Hanash, K. A. (1997). Comparative results of goal oriented therapy for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, *157*, 2135-8.

Hanson-Divers, C., Jackson, S. E., Lue, T. F., Crawford, S. Y., & Rosen, R. C. (1998). Health Outcomes Variables Important to Patients in the Treatment of Erectile Dysfunction. *Journal of Urology*, *159*, 1541-7.

Hastings, D. W. (1963). *Impotence and Frigidity*. Boston: Little Brown.

Heaton, J. P. W. (1999). New Oral Medications for Erectile Dysfunction. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 80-3). São Francisco: The American Society of Andrology.

Hoberman, J. & Yesalis, C. (1995). L'Histoire de la Testosterone de Synthèse. *Pour la Science*, *210*, 84-9.

- Hollandsworth, J. G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science & Medicine*, 26, 425-34.
- Hultling, C., Giuliano, F., et al. (2000). Quality of Life in patients with spinal cord injury receiving Viagra for the treatment of erectile dysfunction. *Spinal Cord*, 38 (6), 363-70.
- Ignarro, L. J., Bush, P. A., Buga, G. M. et al., (1990). Nitric oxide and cyclic GMP formation upon electric field stimulation cause relaxation of corpus cavernosum smooth muscle. *Biochem Biophys Res Commun*, 170, 843-50.
- Incrocci, L., & Slob, A. K. (1994). Visual Sexual Stimulation and Penile Vibration in Screening Men with Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 6, 227-9.
- Jackson, G. (1999). Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, 53, 363-8.
- Johnson, J. (1968). *Disorders of sexual potency in the male*. Elmsford: Pergamon Press.
- Jonler, M., Moon, T., Brannan, W., Stone, N.N., Heisey, D., & Bruskewitz, R.C. (1995). The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *British Journal of Urology*, 75, 651-5.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. Nova Iorque: Brunner/Mazel.

Katschnig, H. (1997). How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry. In Katschnig, Freeman & Sartorius (Eds), *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadélfia: Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Filadélfia: Saunders.

Kirby, R. S. (1994). Impotence:; diagnosis and management of male erectile dysfunction. *British Medical Journal*, 308, 957-61.

Korenman, S. G. (1995). Advances in the understanding and management of erectile dysfunction. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 60, 1985-8.

Korenman, S. G. (1995b). Male Impotence. In Leslie J. DeGroot (eds.), *Endocrinology* (vol. III. p. 2435). Filadélfia: Saunders.

Korenman, S. G. (1998). Sexual Function and Dysfunction. In Wilson, Foster, Kronenberg & Larsen (eds.), *Williams Textbook of Endocrinology* (9<sup>a</sup> ed., p. 927). Filadélfia: Saunders.

- Korenman, S. G. (1998b). New insights into erectile dysfunction: a practical approach. *American Journal of Medicine*, *105*, 135-44.
- Krafft-Ebing, R. von. (1902). *Psychopathia Sexualis*. Brooklyn: Physicians and Surgeons Books.
- Krane, R. J., Goldstein, I., & Saenz de Tejada, I. (1989). Impotence. *New England Journal of Medicine*, *321*, 1648-9.
- Lazarus, A. A. (1965). The treatment of sexually inadequate man. In L. P. Ullmann & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (p. 233-40). Nova Iorque: Holt, Rinehart & Winston.
- Ledda, A., Belcaro, G., & Laurora, G. (1996). Vasculogenic Erectile Dysfunction. In A. Ledda (Ed.), *Diagnosis in Vascular Andrology* (p. 7-18). Berlin: Springer Verlag.
- Lewis, R. W. (1998). Combined use of transurethral alprostadil and an adjustable penile constriction band in men with erectile dysfunction: results from a multicenter trial. *Journal of Urology*, *159*, suppl. 237.
- Li, M. K., & Lau, K. O. (1995). Clinical evaluation of impotence. *Annals of Academic Medicine*, *24*, 741-4.
- Litwin, M. S., Nied, R. J., et al. (1998). Health-Related Quality of Life in Men with Erectile Dysfunction. *Journal of General Internal Medicine*, *13*, 159-66.

Liu, B. (1975). Quality of Life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34 (1), 4-13.

Lopes, G. (1994). Psicoterapia na Disfunção Erétil. In G. Lopes (Ed.), *Patologia e Terapia Sexual* (p. 109-28). Rio de Janeiro: Medsi.

Lopes, H. B., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. P. (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 483-97.

LoPicollo, J. (1992). Postmodern Sex Therapy for Erectile Failure. In R. Rosen & S. Leiblum (Eds.), *Erectile Disorders. Assessment and Treatment* (p. 171-3). Nova Iorque: Guilford Press

Lue, T. F. (1990). Impotence: a patient's goal-directed approach to treatment. *World Journal of Urology*, 8, 67-74.

Lue, T. F. (2000). Drug Therapy. Erectile Dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 342, 1802-13.

Lucie-Smith, E. (1992). *La Sexualidad en el Arte Occidental*. Barcelona: Ediciones Destino.

Mackenzie, D. M. & Langa, A. (1994). Quality of Life Measurement in Learning Disability: Basic Issues. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 1, 72-78.

Mandrek, K., & Golenhofen, K. (1992). The myogenic basic of smooth muscle motility in the corpus cavernosum penis. In F. M. Wiest (Eds.), *Cavernous Smooth Muscle Electromyography* (p. 7-19). Berlin: Medizintechnik.

Marmar, J. L. & Kadioglu, A.(1999). Vacuum Constriction Devices. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 84-8). São Francisco: The American Society of Andrology.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.

Mathien, N. C. (1997). Le Sexe Social. *Sciences et Avenir*, 4, 52-7.

Mattson, R. H., Cramer, J. A., & Collins, J. F. (1985). Comparison of carbamazepine, phenobarbital, phenytoin and primidone in partial and secondarily generalized tonic-clonic seizures. *New England Journal of Medicine*, 313, 145.

McCullough, A. R., & Fine, J. L. (1999). Psychosexual Issues in the Man, Woman, and Couple. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 53-6). São Francisco: The American Society of Andrology.

McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

McHorney, C., Ware, J., & Raczek, A. (1993). The MOS 36 Item Short Form-Health Survey (SF-36):II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-63.

McMahon, C. G., Samali, R., et al. (2000). Efficacy, safety and patient acceptance of sildenafil citrate as treatment for erectile dysfunction. *Journal of Urology*, 164 (4), 1192-6.

Meuleman, E. J. H. (1993). Investigation of Erectile Dysfunction. *Current Opinion in Urology*, 3, 434-91.

Meuleman, E. J. H. & Diemont, W. L. (1999). Office Evaluation of the Impotent Man. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 57-64). São Francisco: The American Society of Andrology.

Mills, L. C. (1975). Drug induced impotence. *Clinical Pharmacology*, 12, 104.

Miller, T. A. (2000). Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *American Family Physician*, 61, 95-104.

Mitchel, J. E. & Popkin, M. K. (1982). Antipsychotic drug therapy and sexual dysfunction in men. *American Journal of Psychiatry*, 139, 633.

Morales, A. M. (1984). Tobacco and Impotence. In *Proceedings of the First World Meeting on Impotence*. Paris: Céri.

Morales, A. M. & Saenz de Tejada, I. (1999). Transurethral Agents for Erection. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 75-9). São Francisco: The American Society of Andrology.

Moreira, A., Ferraz, L., La Fuente, J., Palha, A. P., Ramos, L., Castro, G., & Pimenta, A. (1991). Multidisciplinary approach with the CERI protocol. An experience of 320 patients. *Artères et Veines*, X, 193-6.

Moreira, A. (1992). Diabetes e Impotência. *Boletim do SPH*, 25.

Moreira, A. (1999). *A Disfunção Erétil*. Porto: Pfizer

Morgentaler, A. (1999). Male Impotence. *Lancet*, 354, 1713-8.

Morley, J. E. (1986). Impotence. *American Journal of Medicine*, 80, 897-905.

Mulcahy, J. J. (1999). Prosthetic Surgery for Impotence. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 106-10). São Francisco: The American Society of Andrology.

Mulhall, J. P. (1999). Penile Revascularization. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 99-101). São Francisco: The American Society of Andrology.

Nehra, A., & Goldstein, I. (1999). Epidemiology of Male Sexual Dysfunction. In W. J. G. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 7-11). São Francisco: The American Society of Andrology.

NIH Consensus Development Panel on Impotence (1993). Impotence. *JAMA*, 270, 83-90.

Nunes, C. A. (1987). *Desvendando a Sexualidade*. Campinas SP: Papirus

Nussbaum, M., & Sen, A. (1992). *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.

O'Keefe, M. & Hunt, D. K. (1995). Assessment and treatment of impotence. *Medical Clinics of North America*, 79, 415-34.

O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behaviour therapy: Application and outcome* (2<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Orley, J., & Kuyken, W. (1993). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. (prefácio). Nova Iorque: Springer Verlag.

Padma-Nathan, H., Hellstrom, W. J. G., Kaiser, F. E., et al. for the MUSE Study Group. (1997). Treatment of Men with Erectile Dysfunction with Transurethral Alprostadil. *New England Journal of Medicine*, 336, 1-7.

Padma-Nathan, H., Fromm-Freeck, S., Ruff, D., Apomorphine SL Study Group. (1998). Efficacy and safety of apomorphine SL vs placebo for male erectile dysfunction (MED). *Journal of Urology*, 159, suppl. 241.

Parsons, T. (1972). Definition of health and illness in the light of American values and social structure. In Jaco, E., & Gartley, E. (Eds.), *Patients. physicians and illness: A sourcebook on behavioral science and health*. London: Collier-MacMillan.

Pinto, H. M. C. (2000). *Níveis de bem estar e qualidade de vida nos idosos*. Lisboa: ENSP.

PNUD (1994). *Relatório do Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Tricontinental Editora

Pogach, L. M., & Vaitukaitis, J. L. (1983). Endocrine disorders associated with erectile dysfunction. In R. J. Krane et al. (Eds.), *Male Sexual Dysfunction* (p. 63-76). Boston: Little Brown.

Powell, L. L. (2000). Quality of life in men with urinary incontinence after prostate cancer surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 27, 174-8.

Reid, K., Surridge, D., Morales, A., et al. (1987). Double-blind trial of yohimbine in the treatment of impotence. *Lancet*, 2, 421-3.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.

Rosen, R. C. (1983). Clinical issues in the assessment and treatment of impotence: a new look at an old problem. *The Behavior Therapist*, 6, 81-5.

Rosen, R. & Leiblum, S. (1992). Erectile Disorders: An Overview of Historical Trends and Clinical Perspectives. In R. Rosen & S. Leiblum (Eds.), *Erectile Disorders. Assessment and Treatment* (p.3-26). Nova Iorque: Guilford Press.

Rosen, R. C., Leiblum, S. R., & Spector, I. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. *Journal of Sexual Marital Therapy*, 20, 67-85.

Rose, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kiripatrick, J. & Mishra, A. (1997). The International, Index of Erectile Function (IIEF): A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology*, 49, 822-30.

Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. Nova Iorque: Criative Age Press.

Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of Life Assessment: The World Health Organization Perspective. *European Psychiatry*, 12, 2635-65.

Schiavi, R. C. (1992). Laboratory Methods for Evaluating Erectile Dysfunction. In R. Rosen & S. Leiblum (Eds.), *Erectile Disorders. Assessment and Treatment* (p.141-70). Nova Iorque: Guilford Press.

Schildberger, R., & Teixeira, J.A.(1994). Qualidade de Vida em Sujeitos com Espondilite Anquilosante. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 375-379.

Schipper, H., Clinch, J., & Powel, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (p.11-24). Nova Iorque: Raven Press.

Seagraves, R. T., & Seagraves, K. B. (1992). Aging and Drug Effects on Male Sexuality. In R. Rosen & S. Leiblum (Eds.), *Erectile Disorders. Assessment and Treatment* (p.96-138). Nova Iorque: Guilford Press.

Seedhouse, D. (1986). *Health: The foundations for achievement*. Chichester: John Wiley.

Sell, H., & Nagpal, R. (1992). *Assessment of Subjective Well-Being. The Subjective Well-Being Inventory*. Nova Deli: WHO.

Sikka, S. C. (1999). Drug, Environment, and Chemical Exposures in the Realm os Sexuality. In W. Hellstrom (Eds.), *The Handbook of Sexual Dysfunction* (p. 27-34). São Francisco: The American Society of Andrology.

Slag, M. R., Morley, J. E., Elson, M. K., & Trence, D. L. (1983). Impotence in medical clinic outpatients. *Journal of the American Medical Association*, *249*, 1736-40.

Speer, D. C. (1998). *Mental Health Outcome Evaluation*. São Diego: Academic Press.

Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions. A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behaviour*, *19*, 389-408.

Stekel, W. (1927). *Impotence in the male*. Nova Iorque: Boni & Liveright.

Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). *Measuring Function and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham and London: Duke University Press.

Stief, C. G., & Wetterauer, U. (1998). Erectile responses to Intracavernous papaverine and fentolamine: comparison of single and combined delivery. *Journal of Urology*, *140*, 1415-6.

Testa, M. A., Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, *334*, 835-40.

Tiefer, L. (1986). In pursuit of the perfect penis: The medicalization of male sexuality. *American Behavioral Scientist*, *29*, 579-99.

TOMHS, research group (1996). Incidence and disappearance of erectile problems in men treated for stage I hypertension: the treatment of mild hypertension study (TOHMS). *European Urology*, 30 (suppl. 2), 38

USBC - United States Bureau of the Census (1995). *International Programs Data Base*. Washington: US Bureau of the Census.

Utiger, R. D. (1998). A Pill for Impotence. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1458.

Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. G., Frijda, N. H., & Van de Poll, N. E. (1995). Gender differences in behavior: activating effects of cross-sex hormones. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 343.

Ventegodt, S. (1998). Sex and the Quality of Life in Denmark. *Archives of Sexual Behaviour*, 27, 295-307.

Virag, R. (1982). Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. Letter to Editor. *Lancet*, 2, 938.

Virag, R. (1983). Impuissance: "remplacer les terms de psicologie par des terms de physiologie et de chirme". *Gazete Medicine Francese*, 90, 3-VI.

Virag, R. (1984). Conduit a tenir devant une impuissance chez un sujet porteur d'une arteriopathie oblitérante des membres inférieures. *Actualités Angeiologiques*, VI, (5), 19-23.

Virag, R., Bouilly, P., & Frydman, D. (1985). Is impotence an arterial disease? *Lancet*, 26, 181-4.

Virag, R., Bouilly, P., & Daniel, C. (1987). Signification de l'indice de pression pénien. *Journal de Maladie Vasculaire*, 12, 40-5.

Wagner, G. & Jansen, S. B. (1981). Alcohol and erectile failure. In Wagner G. Green R. (Eds.) *Impotence: physiological, psychological, surgical diagnosis and treatment*. Nova Iorque: Plenum.

Wagner, G & Saenz de Tejada, I. (1998). Update on male erectile dysfunction. *British Medical Journal*, 316, 678-82.

Ware, J. E. (1990). Measuring patient function and well-being: Some lessons from the Medical Outcomes Study. In *Effectiveness and Outcomes in Health Care: Proceedings of an invitational conference by The Institute of Medicine, Division of Health Care Services* (p. 107-19). Washington: National Academy Press.

Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-83.

Wayanberg, Y. (1981). *Handicap et Sexualité*. Rio de Janeiro: Mason.

Weiske, W. H. (1997). Epidemiology and Diagnostics of Erectile Disorders. In H. Prost (Eds.) *Penile Disorders* (pp. 103-24). Nova Iorque: Springer.

Williams, G., Abbou, C. C., Amar, E. T., et al., on behalf of the MUSE Study Group., (1998). The effect of transurethral alprostadil on the quality of life of men with erectile dysfunction, and their partners. *British Journal of Urology*, 82, 847-54.

Williams, G., Abbou, C. C., Amar, E. T., et al., on behalf of the MUSE Study Group., (1998). Efficacy and safety of oral transurethral alprostadil therapy in men with erectile dysfunction. *British Journal of Urology*, 81, 889-94.

Willke, R. J., Yen, W., et al., (1998). Quality of life effects of alprostadil therapy for erectile dysfunction: results of a trial in Europe and South Africa. *International Journal of Impotence Research*, 10, 239-46.

Wolpé, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wood-Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of Life as a Rehabilitation Outcome: Are we missing the Boat?. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 355-63.

Woodend, A. K., Nair, R. C., & Tang, A. S-L. (1997). Definition of life quality from a patient versus health care professional perspective. *International Journal of Rehabilitation Research*, 20, 71-80.

World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1993). *The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. The WHOQOL Group. *Psychology Medicine*, 28 (3), 551-8.

[www.qlmed.org/general.htm](http://www.qlmed.org/general.htm) (09/2000). *Instruments for Quality of Life Assessment in Medicine*.

Zeiss, A. M., Davies, H. D., Wood, M., & Tinklenberg, J. R. (1990). The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. *Archives Sexual Behavior*, 19, 325-31.

Zemel, P. (1988). Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. *American Journal of Cardiology*, 61, 27-33.

Zwang, G. (1984). *An History of Impotence. Proceedings of the First World Meeting on Impotence*. Paris: Editions du Ceri.

## ANEXOS

A - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

B - MATRIZ DE DADOS

## ANEXO A

**CONFIDENCIAL E ANÓNIMO**

**INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA  
SOBRE A FUNÇÃO ERÉCTIL E A QUALIDADE DE VIDA**

Ex.mo Senhor,

Em anexo encontram-se **dois questionários**, um de **avaliação da qualidade de vida** e outro sobre **função eréctil**.

Venho pedir a V. Ex.<sup>a</sup> a amabilidade de os preencher, respondendo da forma mais completa e sincera possível.

A confidencialidade e o anonimato estão garantidos, pelo que **não deve escrever o seu nome ou quaisquer dados que o identifique em nenhuma parte dos questionários**.

O objectivo deste estudo científico é o de avaliar em que medida a capacidade de resposta eréctil e conseqüente sexualidade se correlaciona com a qualidade de vida dos homens portugueses.

Caso entenda participar no estudo, preenchendo os questionários, deverá colocá-los no envelope anexo e enviá-los pelo correio. **A devolução é gratuita.**

Quaisquer esclarecimentos ou dúvidas sobre o estudo ou preenchimento dos questionários poderá ser esclarecida contactando o investigador;

Dr. Abel Matos Santos  
Av. 5 de Outubro, 357 - 3.º C  
1600-036 Lisboa

Tm. 963070478  
Tel. 217937193  
e-mail: abelms@ip.pt

Agradeço a V. Ex.<sup>a</sup> a atenção dispensada, tendo consciência de que **está a contribuir para o conhecimento de uma dimensão importante da saúde do homem.**

Subscrevo-me com os meus cumprimentos



(Dr. Abel Matos Santos)

**CONFIDENCIAL E ANÓNIMO**

Inicie aqui o preenchimento dos questionários indicando a sua idade e escolaridade.

**Lembro-lhe que não deve escrever o seu nome em nenhuma parte dos questionários.**

Idade \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

# QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

## ACERCA DESTAS PERGUNTAS

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir a pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente igual	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar as compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas** teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

(Por favor, em cada linha, **ponha um círculo à volta do número 1**, se a sua resposta for *Sim*, e à volta do **número 2**, se a sua resposta for *Não*)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a).

(Por favor, em cada linha, **ponha um círculo à volta do número 1**, se a sua resposta for *Sim*, e à volta do **número 2**, se a sua resposta for *Não*)

	SIM	NÃO
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria.	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as **últimas 4 semanas**, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as **últimas 4 semanas** teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	4
Muito fortes	5

8. Durante as **últimas 4 semanas**, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu.

**Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.**

Quanto tempo,  
nas últimas quatro semanas ...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

**Ponha um círculo para cada linha.**

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Terminou aqui o questionário de estado de saúde. Na página seguinte inicia-se o questionário relativo à função erétil. Preencha-o completamente, marcando um X sobre o círculo da sua opção.

# Índice Internacional da Função Erétil (IIFE)

## Escala Multidimensional para Avaliação da Disfunção Erétil

Estas perguntas referem-se aos efeitos que os seus problemas de erecção possam ter tido na sua vida sexual **nas últimas 4 semanas**. Responda às perguntas tão honesta e claramente quanto possível.

Ao responder a estas perguntas, deverá ter em mente as seguintes definições:

- **actividade sexual** inclui relações sexuais, carícias, cenas de sedução e masturbação
- **relação sexual** é definida como penetração do pénis na vagina
- **estímulo sexual** inclui situações como cenas de sedução com o parceiro, ver fotografias eróticas, etc.
- **ejaculação**: ejeção do sêmen do pénis (ou a sua sensação)

Marque com  a sua opção

1. Quantas vezes conseguiu atingir a erecção durante a actividade sexual, **nas últimas 4 semanas**? *Opte por apenas uma resposta*

- Ausência de actividade sexual
- Quase sempre/sempr
- Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Quando conseguiu atingir a erecção por estimulação sexual, quantas vezes é que essa erecção foi suficientemente firme para a penetração, **nas últimas 4 semanas**? *Opte apenas por uma resposta.*

- Ausência de actividade sexual
- Quase sempre/sempr
- Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

As três perguntas que se seguem referem-se às erecções que possa ter tido durante as relações sexuais

3. Quando tentou ter relações sexuais, **nas últimas 4 semanas**, quantas vezes é que conseguiu a penetração? *Escolha apenas uma resposta.*

- Não tentou ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Nas últimas 4 semanas, durante as relações sexuais, quantas vezes é que conseguiu manter a erecção após a penetração? *Escolha apenas uma resposta.*

- Não tentou ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

5. Nas últimas 4 semanas, durante as relações sexuais, foi difícil manter a erecção até ao final da actividade sexual? *Escolha apenas uma resposta.*

- Não tentou ter relações sexuais
- Extremamente difícil
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não difícil

6. Quantas vezes é que tentou ter relações sexuais, nas últimas 4 semanas? *Escolha apenas uma resposta.*

- Não tentou
- 1 a 2 tentativas
- 3 a 4 tentativas
- 5 a 6 tentativas
- 7 a 10 tentativas
- 11 ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, nas últimas 4 semanas, quantas vezes é que teve satisfação? *Escolha apenas uma resposta.*

- Não tentou ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- Muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (muito menos que metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

- actividade sexual inclui relações sexuais, carícias, cenas de sedução e masturbação
- relação sexual é definida como penetração do pénis na vagina
- estímulo sexual inclui situações como cenas de sedução com o parceiro, ver fotografias eróticas, etc.
- ejaculação: ejeção do sêmen do pénis (ou a sua sensação)

12. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o nível do seu desejo sexual? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

13. Com base nas últimas 4 semanas, como classificaria a sua vida sexual, em termos de satisfação? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Quase tão satisfeito quanto insatisfeito
- Moderadamente insatisfeito
- Muito insatisfeito

14. Com base nas últimas 4 semanas, como é que considera o relacionamento sexual com a sua parceira, em termos de satisfação? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Quase tão satisfeito quanto insatisfeito
- Moderadamente insatisfeito
- Muito insatisfeito

15. Com base nas últimas 4 semanas, como classifica o seu grau de confiança em conseguir e manter a erecção? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo / nenhum

Muito obrigado pela sua colaboração.

12. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o nível do seu desejo sexual? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

13. Com base nas últimas 4 semanas, como classificaria a sua vida sexual, em termos de satisfação? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Quase tão satisfeito quanto insatisfeito
- Moderadamente insatisfeito
- Muito insatisfeito

14. Com base nas últimas 4 semanas, como é que considera o relacionamento sexual com a sua parceira, em termos de satisfação? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Quase tão satisfeito quanto insatisfeito
- Moderadamente insatisfeito
- Muito insatisfeito

15. Com base nas últimas 4 semanas, como classifica o seu grau de confiança em conseguir e manter a erecção? *Escolha apenas uma resposta.*

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo / nenhum

Muito obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO B

CÓDIGO	IDADE	ESCOLA	SF1-1	SF2-2	SF3-3A	SF4-3B	SF5-3C	SF6-3D	SF7-3E	SF8-3F	SF9-3G	SF10-3H	SF11-3I	SF12-3J	SF13-4A	SF14-4B	SF15-4C
1	26	19	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
2	27	17	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
3	44	17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2
4	49	14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
5	34	11	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
6	59	9	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
7	40	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
8	37	17	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	2	1	2	2	2
9	37	17	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
10	56	12	4	3	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	2	1	1
11	72	17	4	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
12	30	6	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
13	52	17	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2
14	65	12	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2
15	32	11	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
16	30	12	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
17	52	17	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
18	28	17	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2
19	43	17	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
20	28	6	4	3	2	1	1	1	2	2	2	1	1	3	2	2	2
21	42	6	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1
22	44	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
23	34	17	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2
24	51	11	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
25	22	11	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
26	62	4	3	3	1	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2
27	28	17	4	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2
28	47	11	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
29	72	11	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2
30	49	21	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
31	56	12	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
32	72	4	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1
33	40	17	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2
34	65	11	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
35	76	17	5	4	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1
36	50	17	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
37	69	17	4	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
38	66	17	4	3	1	2	2	1	2	2	2	2	3	3	1	1	1
39	60	11	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
40	39	19	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
41	50	17	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
42	39	17	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
43	48	17	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
44	56	9	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2
45	46	17	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2
46	65	11	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2
47	31	6	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
48	36	10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
49	59	17	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1
50	40	11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
51	50	11	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2
52	52	11	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
53	50	11	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1
54	48	17	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
55	48	17	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	1
56	28	17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
57	61	4	4	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
58	27	12	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1
59	27	12	3	3	3	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	1	2
60	36	9	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2
61	36	17	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2
62	30	12	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2
63	64	4	4	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	1	1
64	37	11	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
65	43	19	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
66	30	6	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
67	31	17	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
68	75	6	4	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	1	2
69	70	9	4	3	1	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1
70	34	12	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
71	22	7	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
72	58	6	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
73	54	17	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2
74	38	11	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
75	36	17	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
76	63	15	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2
77	58	17	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
78	43	11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
79	58	12	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2
80	26	17	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2

SF16-4D	SF17-5A	SF18-5B	SF19-5C	SF20-6	SF21-7	SF22-8	SF23-9A	SF24-9B	SF25-9C	SF26-9D	SF27-9E	SF28-9F	SF29-9G	SF30-9H	SF31-9I	SF32-10
2	1	1	2	2	2	1	3	5	4	3	4	5	4	3	5	5
2	1	1	1	4	3	2	5	4	4	5	5	3	3	5	3	3
1	2	1	1	2	3	2	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3
2	2	2	1	1	1	1	2	5	5	2	2	5	5	2	5	4
2	2	2	2	2	3	1	2	4	6	3	2	4	6	2	5	5
2	2	2	2	1	1	1	2	6	2	3	2	2	4	5	4	3
2	2	2	2	2	1	1	2	5	6	2	2	5	5	2	5	5
2	2	2	2	1	4	1	3	3	4	4	4	4	4	3	3	5
2	2	2	2	1	1	1	3	3	6	2	3	5	6	3	5	5
1	1	1	1	2	4	3	4	4	3	4	5	3	5	6	5	2
2	2	2	2	1	1	1	2	6	6	1	2	6	5	2	4	5
2	2	2	2	1	1	1	2	5	6	2	2	5	5	2	5	4
2	2	2	2	2	4	1	3	3	4	4	4	4	4	3	3	5
2	2	2	2	2	1	1	3	3	6	2	3	5	6	3	5	5
1	1	1	1	2	4	3	4	4	3	4	5	3	5	6	5	2
2	2	2	2	2	1	1	2	6	6	1	2	6	5	2	4	5
2	2	1	1	3	2	2	3	4	5	3	3	5	4	3	4	3
2	2	1	2	1	1	1	1	6	6	1	1	6	6	1	6	5
2	1	2	1	3	3	2	3	5	5	3	3	4	4	4	4	4
2	2	2	2	2	2	1	2	5	6	2	2	6	6	2	6	5
2	2	2	2	2	1	1	2	5	6	2	2	6	5	1	5	4
2	2	2	2	2	2	1	4	5	6	4	4	5	4	5	4	4
1	2	2	2	1	3	3	5	2	5	4	4	4	4	5	4	4
2	1	2	2	3	2	2	2	5	4	1	3	4	6	3	6	3
2	2	2	2	1	3	1	2	6	6	1	2	6	5	1	5	5
2	1	1	1	2	3	1	4	5	6	3	4	4	4	5	5	3
2	2	2	2	2	1	2	2	6	6	2	2	6	6	2	6	5
2	2	2	2	1	2	1	2	4	5	2	2	4	4	3	5	5
2	2	2	2	2	1	1	2	3	4	5	2	3	5	5	3	5
2	2	2	2	2	2	2	2	4	6	3	4	5	3	4	4	3
2	1	1	2	1	1	1	2	4	4	5	2	5	4	2	3	5
2	2	2	2	2	2	2	3	4	6	4	4	4	5	2	4	5
2	2	2	2	1	1	1	2	6	6	1	2	6	6	1	6	5
2	2	2	2	2	1	2	1	2	6	6	1	2	6	5	1	5
2	2	2	2	2	1	4	2	4	4	6	5	4	5	4	3	4
2	1	1	2	4	3	1	5	3	2	5	5	2	2	6	2	2
2	2	2	2	1	1	1	2	5	5	3	4	6	6	2	6	5
1	1	1	1	4	4	1	6	3	5	4	6	4	5	5	4	1
2	2	2	2	1	1	1	1	6	6	1	1	6	6	1	6	5
2	2	2	2	1	2	1	3	4	4	4	4	4	5	3	5	4
1	1	1	2	3	1	1	4	6	6	2	4	5	5	4	4	5
2	2	2	2	2	2	1	4	3	3	5	5	4	5	5	5	2
2	2	2	2	2	1	1	2	4	6	3	2	5	5	2	5	4
2	2	2	2	2	2	1	2	5	6	2	2	6	6	2	5	5
2	1	1	2	2	3	1	4	3	3	5	4	4	4	5	4	3
2	2	2	2	2	1	2	2	4	5	3	3	4	5	2	5	5
2	2	2	2	2	1	2	1	2	6	6	2	2	6	3	5	5
2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	5	3	4	5	2	5	5
2	1	1	2	2	1	1	3	4	5	4	3	5	5	4	4	5
2	2	2	2	2	1	1	1	6	6	2	2	5	6	1	5	5
2	2	2	2	2	2	2	2	4	5	3	3	4	5	2	5	5
2	2	2	2	2	1	1	2	6	6	1	2	6	6	1	6	5
2	2	2	2	2	2	2	2	4	5	3	3	4	5	2	5	5
2	1	1	2	2	3	3	2	6	6	6	2	6	6	1	4	5
2	2	2	2	2	1	1	1	6	6	2	2	5	6	2	5	5
2	1	1	2	2	2	1	3	4	5	4	4	5	5	4	4	4
1	1	1	1	4	4	4	5	4	2	5	5	3	2	5	1	3
2	2	2	2	2	1	1	3	4	5	3	3	5	4	4	4	4
2	1	1	1	2	1	1	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4
2	2	2	2	2	3	4	2	4	4	6	4	4	4	5	4	3
2	1	1	1	3	1	1	2	4	5	3	3	4	5	4	3	3
2	2	2	2	2	2	3	2	3	5	6	3	5	5	5	4	3
1	2	2	2	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3
2	2	2	1	2	2	1	1	5	6	5	4	5	5	3	4	4
1	2	2	2	2	1	3	2	4	5	5	2	4	2	6	5	6
1	1	1	1	5	4	5	4	1	4	6	5	2	1	4	1	2
2	2	1	2	1	2	1	2	5	4	2	3	5	4	3	4	3
2	1	1	1	4	1	1	6	2	1	6	6	1	2	6	2	2
2	2	2	2	2	3	2	3	4	5	4	4	5	4	3	4	3
2	1	1	2	3	3	2	3	4	5	3	2	5	4	2	4	4
1	1	1	1	3	3	3	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4
2	2	2	2	2	2	2	2	5	6	2	3	5	5	3	5	4
2	2	2	2	2	1	3	1	2	4	6	3	2	6	5	2	5
2	2	2	2	2	3	3	3	3	5	5	3	3	5	4	3	4
2	2	2	2	2	2	1	1	2	5	6	2	3	6	5	2	5
2	2	2	2	2	4	4	2	5	4	6	2	5	5	4	3	4
1	1	1	1	4	4	3	4	5	6	2	4	5	5	4	4	5
2	2	2	1	2	2	1	3	5	6	2	3	5	5	3	5	5
2	2	2	2	2	1	1	3	5	5	2	2	5	4	2	5	3
2	2	2	2	1	2	1	2	6	6	2	3	5	4	4	4	5
2	1	1	1	1	1	1	2	4	6	2	2	5	6	1	6	5
2	2	2	2	2	1	2	1	2	5	6	2	3	5	2	5	5
2	2	2	2	2	2	1	1	2	5	6	1	2	5	6	1	6
2	2	2	2	2	1	1	2	6	6	1	2	6	6	2	6	5
2	2	2	2	2	2	1	3	6	6	2	3	5	6	3	5	5
2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	5	4	3	5	2	4	5
2	2	2	2	2	1	2	1	3	5	6	2	3	5	6	3	5
2	2	2	2	2	2	1	3	5	6	2	3	5	6	3	6	5
2	1	2	1	5	4	2	5	4	5	4	5	4	5	5	2	2

SF33-11A	SF34-11B	SF35-11C	SF36-11D	CÓDIGO	FE-1	FE-2	FE-3	FE-4	FE-5	FE-6	FE-7	FE-8	FE-9	FE-10	FE-11	FE-12	FE-13	FE-14	FE-15
5	2	4	2	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	0	0	4	4	0
4	2	4	2	2	1	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	4	4	3
3	3	3	3	3	1	1	1	1	5	3	1	2	2	2	0	1	1	1	1
5	3	3	2	4	1	1	1	1	5	3	1	3	1	1	1	2	1	1	2
4	2	4	2	5	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	0	0	0	0	0
5	3	3	2	6	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	0	0	1
4	1	5	1	7	1	1	1	1	5	5	1	2	1	1	0	0	0	0	0
5	4	2	4	8	1	1	1	1	5	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1
5	2	4	2	9	1	1	1	1	5	4	1	3	3	2	0	1	1	2	1
4	5	2	5	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	2
5	4	5	4	11	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	1	2
5	1	5	1	12	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	1	1	1	1	0
4	2	3	3	13	1	1	1	1	5	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1
5	1	5	1	14	3	3	3	4	5	2	1	2	1	1	0	1	0	0	1
4	2	5	2	15	2	2	2	2	5	5	2	1	2	2	3	1	0	0	0
4	3	4	2	16	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	0	0	1
4	2	4	4	17	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	0	1	1	0	1
5	4	5	2	18	1	1	1	2	5	5	1	2	1	1	0	0	0	1	0
5	2	3	2	19	1	1	1	1	5	4	1	2	2	2	2	2	1	1	0
2	4	2	4	20	1	1	1	1	5	2	1	3	1	1	0	1	0	0	1
5	1	5	2	21	1	1	1	1	4	2	1	4	1	1	2	1	3	3	1
5	3	5	1	22	1	1	1	1	5	5	1	2	1	1	1	2	1	0	0
5	2	3	4	23	1	1	1	1	5	1	3	3	1	1	0	1	3	4	1
5	2	5	1	24	1	1	1	1	5	3	1	2	1	1	0	2	0	1	1
4	3	3	2	25	3	1	3	4	4	2	1	3	2	2	2	1	1	2	1
4	3	3	3	26	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	0	1	0	0	1
4	3	4	3	27	1	1	1	1	5	3	1	3	1	2	3	2	1	1	0
5	1	5	1	28	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	0	1	1	0	0
4	2	3	2	29	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	0	2	1	1	1
5	2	4	2	30	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	0	1	0	0	0
5	3	2	4	31	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	0	1	0	0	0
4	3	2	3	32	1	1	1	1	5	2	1	2	1	1	0	2	0	0	2
3	3	2	4	33	1	1	1	1	5	2	4	4	4	2	0	1	4	4	1
4	2	3	2	34	2	5	5	5	0	0	0	3	3	3	2	2	2	1	2
3	4	2	5	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	4	4
5	1	5	1	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	3
5	2	2	2	37	1	1	1	2	5	2	1	2	1	1	0	1	3	3	1
5	3	2	5	38	5	5	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	4	3	4
3	3	2	3	39	3	3	3	4	5	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1
5	1	5	2	40	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	0	1	0	0	0
4	2	4	2	41	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	0	1	0	0	0
3	3	3	3	42	1	1	1	1	4	4	1	3	1	1	1	2	1	1	2
5	2	4	2	43	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	0	1	0	0	0
3	3	3	3	44	1	1	1	2	5	3	1	1	1	1	0	1	0	0	1
5	2	3	3	45	1	1	2	2	4	3	1	2	1	1	0	2	3	3	2
5	2	3	2	46	1	1	1	1	4	2	1	2	1	1	2	2	0	0	2
5	3	5	2	47	1	1	1	3	5	5	1	2	1	1	0	1	0	0	0
4	2	4	2	48	1	1	1	3	5	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
3	3	2	2	49	1	1	1	1	4	5	2	3	2	2	1	2	1	1	2
5	2	2	2	50	1	1	1	1	5	4	1	3	1	1	2	2	1	1	1
5	1	3	2	51	1	1	1	1	4	1	1	3	1	1	0	2	1	1	2
3	4	2	4	52	1	1	1	4	5	3	1	3	1	2	0	1	2	2	1
4	4	4	3	53	1	1	3	1	5	0	0	3	1	2	0	1	1	1	1
4	3	3	4	54	1	1	1	5	4	1	1	4	1	3	1	1	4	2	1
3	2	3	3	55	1	1	1	1	5	4	1	2	1	1	0	0	0	0	0
5	1	5	2	56	1	1	1	1	5	3	1	2	1	1	1	2	1	1	0
5	3	1	3	57	1	1	1	2	4	4	3	3	1	2	0	2	1	3	2
1	3	3	3	58	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	0	2	1	1	0
5	1	4	2	59	1	2	1	2	3	4	1	1	2	2	1	1	0	0	1
5	5	3	2	60	1	1	0	0	0	1	1	0	4	3	0	1	2	2	1
4	2	4	2	61	1	1	1	1	5	5	1	2	1	1	0	1	0	0	0
4	1	2	2	62	1	1	1	3	3	1	3	4	1	1	1	2	3	3	2
3	3	3	4	63	2	2	1	1	5	4	1	3	1	1	1	2	1	1	2
3	4	3	3	64	1	1	1	2	5	4	4	3	1	1	2	2	1	1	1
4	2	3	2	65	2	2	3	2	4	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2
4	3	3	2	66	1	2	1	2	4	5	1	2	1	2	0	1	1	1	1
5	2	4	2	67	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	0	1	0	0	0
5	4	3	4	68	1	2	1	2	3	4	2	1	2	2	0	0	1	1	1
4	3	3	3	69	3	4	4	3	5	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2
5	2	4	2	70	1	0	0	0	0	0	0	5	1	2	1	1	4	4	3
4	2	3	2	71	2	1	1	1	5	4	1	3	2	2	2	2	1	1	2
5	2	4	2	72	1	1	1	1	5	2	1	3	1	1	1	2	1	1	1
5	2	3	2	73	1	1	1	2	5	3	1	2	1	1	0	2	1	0	1
5	2	4	2	74	1	2	1	1	5	4	1	1	1	1	0	1	0	0	1
5	1	5	1	75	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	0	0	0	0	0
5	1	5	1	76	1	1	1	1	5	2	1	3	1	1	1	2	1	1	1
5	2	3	2	77	1	1	1	3	5	4	2	3	1	2	1	1	1	1	1
4	2	4	2	78	1	1	1	1	5	2	1	2	1	1	0	1	1	1	1
5	3	4	4	79	1	1	1	1	5	3	1	3	1	1	1	2	2	2	2
2	3	2	3	80	1	1	1	1	5	2	1	2	1	1	0	1	1	1	0





