

A DISFUNÇÃO ERÉTIL: A INFLUÊNCIA SÓCIO-CULTURAL NA SEXUALIDADE DO HOMEM JAPONÊS (REVISÃO DA LITERATURA)*

Eliane Alabe Padua¹

THE ERECTILE DYSFUNCTION: SOCIO-CULTURAL INFLUENCE IN THE SEXUALITY OF THE JAPANESE MAN (REVIEW)

Resumo:

Com objetivo de revisar os aspectos conceituais, epidemiológicos e culturais da disfunção erétil no Japão, foram identificados estudos sobre a epidemiologia da DE, aspectos socioculturais, comportamentos e atitudes dos japoneses frente à DE e a sexualidade. O Japão tem a maior taxa de expectativa de vida do mundo e a DE é a mais comum das disfunções sexuais. A cultura asiática é dotada de particularidades que afetam a sexualidade masculina e o homem japonês apresenta maior incidência de DE. Pouco se conhece sobre as variações da prevalência da DE entre culturas diferentes, mas sabemos que está associada a fatores raciais, culturais, religiosos e socioeconômicos. No Japão a DE apresenta tendência ao crescimento devido aos aspectos socioeconômicos, culturais, físicos e psicológicos provocando a preocupação da comunidade científica em realizar mais estudos a fim de detectar a verdadeira prevalência e fatores implicados na DE.

Palavras-chave:

Epidemiologia disfunção erétil; educação sexual Japão; sexualidade no Japão; disfunção sexual Ásia; epidemiologia DE Japão

Abstract:

To review the conceptual, cultural and epidemiological aspects of the erectile dysfunction in Japan, studies on Epidemiology of ED, social-cultural aspects, behaviors and attitudes of the Japanese toward ED and sexuality were identified. The Japan has the highest life expectancy rate in the world and the ED is the most common among sexual dysfunctions. The Asian culture has many particularities affecting the masculine sexuality, and the Japanese men present a high incidence of ED. A few understand the variations in Ed prevalence among different cultures, however it's highly associated to racial, cultural, religion and socio-economic factors. The ED presents an increasing tendency in Japan due to socio-economic, cultural, physic, and psychological aspects. More studies will be necessary in order to detect the true prevalence rate and factors implicated in ED.

Keywords:

Epidemiology erectile dysfunction; erectile dysfunction Japan; sexual education Japan; Japan sexuality; sexual dysfunction Asian;

[Sumario](#)

* Monografia apresentada como conclusão do curso de pós-graduação em sexualidade humana do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

¹ Psicóloga. Mestranda em Psicologia Clínica PUCSP. Psicodramatista. Terapeuta Sexual. Terapeuta de EMDR e Brainspotting. Terapeuta de Estresse Pós Traumático e Intervenções em Incidentes Críticos, Desastres e Catástrofes

Introdução

Estudos epidemiológicos evidenciam a alta incidência das disfunções sexuais na população em geral, sendo a disfunção erétil (DE) a queixa mais frequente nas clínicas sexuais e urológicas de todo mundo. Conforme a *American Psychiatric Association* (APA, 1994), “a disfunção erétil é definida como a incapacidade persistente e recorrente de obter e manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual, e essa perturbação causa acentuado sofrimento e dificuldades interpessoais”. Em 1952 foi introduzida nos critérios diagnósticos do *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* pela *American Psychiatric Association* (DSM-APA, 1994). Foi revisada nos anos de 1968, 80, 87 e 94. Era denominada “Impotência” e o termo conduzia a confusão na interpretação e investigação clínica e trazia implicações pejorativas, portanto, em 1992 o termo foi objeto de discussão na *National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement* (NIH, 1992) e substituído pela terminologia Disfunção Erétil.

Atualmente a DE acomete cerca de 150 milhões de homens no mundo e segundo o *The New England Research Institute Inc.* (UN, 1999), estima-se para os próximos 20 anos mais de 300 milhões de homens sofrendo algum grau de DE, sendo somente na Ásia um crescimento alarmante de 130%.

Para Kim & Tan (1997) a ocorrência da DE nas comunidades asiáticas é consideravelmente mais alta do que se pensa, supostamente porque a cultura asiática é dotada de particularidades que afetam a sexualidade. Alguns estudos epidemiológicos (SEUNG-CHUI, 1999) evidenciam esse aspecto apresentando dados comparativos com outras culturas e definindo as causas dentro de um ambiente cultural reprimido, fechado, com culpa e com fortes atitudes negativas frente à expressão sexual.

O Japão representa uma síntese do mundo asiático, com forte influência da ocidentalização e conseqüente evolução em todos seus costumes, inclusive os sexuais. Segundo Benedict (2002), sob o ponto de vista antropológico, é um país contrastante com outros povos e culturas, apresentando padrões culturais, normas e valores profundamente enraizados. Suas particularidades de conduta cultural levam seus indivíduos aos maiores níveis de estresse e desajustes em seu comportamento sexual, e conseqüentemente a altas incidências de DE. Essas questões culturais para os ocidentais são paradoxais, mas para os japoneses podem ser interpretadas como normais e como uma questão de autodisciplina.

Este estudo de revisão bibliográfica faz uma investigação dos aspectos gerais da disfunção erétil, epidemiologia e tratamento, dos aspectos históricos e socioculturais do Japão e aspectos da sexualidade japonesa, e tem como objetivo avaliar as particularidades da Cultura Japonesa que afetam ou não a sexualidade masculina, contribuindo para o aumento da incidência de DE, principalmente entre os homens de idade mais avançada. Como metodologia, foram realizadas no decorrer de 2005, buscas nas principais bases eletrônicas de dados: Medline, Pubmed, Dedalus, Lilacs, Kluver e Ovidi Fmusp, em Jornais e Revistas científicas, congressos internacionais na Ásia e no Ocidente, além de contato com os próprios autores, Ryukichi Kato, Chineko Araki e Dato’Dr HM Tan. Foram identificados estudos epidemiológicos colhidos no Japão e em outros países, e estudos sobre atitudes e comportamentos dos japoneses frente à DE.

Resultados

Desde a década de 60 que a DE vem sendo estudada por urologistas e psicólogos, ganhando no decorrer dos últimos anos a atenção de uma equipe multidisciplinar que privilegia uma abordagem biopsicosocial para avaliação e tratamento da DE. (DUCHARME, 2004).

Os urologistas contribuíram com o desenvolvimento de formas de tratamento médico e cirúrgico, como: a prótese peniana, a vacuoterapia, a injeção intracavernosa e os medicamentos orais para induzir a ereção, possibilitando a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos implicados no quadro de DE, enquanto que os psicólogos contribuíram com as novas técnicas psicossociais.

A DE é classificada segundo sua etiologia em: Orgânica, Psicogênica ou a combinação de ambas, onde fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais influenciam a saúde e a doença, estando os fatores psicológicos coexistindo com as causas orgânicas, (DUCHARME, 2004).

De acordo com seu grau de intermitência, a DE é classificada em Completa ou Severa, Moderada e Leve. Também é classificada em primária quando ocorrer ao longo de toda a vida do indivíduo ou secundária quando for adquirida após um período de ereção satisfatória. E nos subtipos: Situacional com determinados parceiros ou ocasiões específicas e Generalizada pela falta de excitação primária ou inibição crônica (GOLDSTEIN, 2004).

O primeiro estudo que apresentou dados da prevalência da DE foi conduzido na América do Norte (EUA) por Kinsey; Pomeroy & Martin (1948) e avaliou 5.300 homens de 10 à 80 anos de idade, considerando idade, educação, ocupação e residência, resultando numa variação de 0.1% aos 20 anos e 75% aos 80 anos. The Massachusetts Male Aging Study (FELDMAN, 1994), foi o primeiro estudo epidemiológico longitudinal, realizado nos EUA nas décadas de 80 e 90, em 11 cidades da região de Boston. Levantou dados importantes sobre a DE correlacionados com fatores fisiológicos e psicossociais, e estimou 52% dos homens entre 40 e 70 anos sofrendo algum de algum grau de DE.

O *The Global Study of Sexual Attitudes and Behavior - GSSAB*

(NICOLOSI, 2005) foi o primeiro estudo multinacional de pesquisa sistematizada para investigar dados relacionados a atitudes, crenças, saúde sexual, prevalência e correlação dos problemas sexuais. Foi realizado entre 29 países com 13.618 homens entre 40 e 80 anos e publicado em 2004. Seus resultados indicam ser a DE uma das mais comuns disfunções sexuais, apresentando prevalência duas vezes maior na região asiática, provavelmente pelo efeito do contexto psicossocial, eventos estressantes, grau de educação, relacionamento interpessoal e depressão.

Prevalência da disfunção erétil no Japão

Os estudos epidemiológicos realizados com homens ocidentais e de etnia japonesa, focalizando a prevalência da DE mostram um crescimento linear, especialmente com o avanço da idade, (Tabela 1). Mostram uma variação da prevalência da DE no Japão de 13% no estudo do GSSAB conduzido em 2005 e 71% no estudo de McKinlay et al. realizado em 1999. (Figura 1)

Estes estudos também apontam como fatores de risco associados à DE, as doenças crônicas, como: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Doenças Cardiovasculares e fatores psicológicos, como: ansiedade, depressão, raiva, baixa auto-estima, percepção

distorcida da imagem corporal, abuso sexual na infância, trauma, dificuldade de relacionamento, dificuldade na comunicação, estresse, aspectos culturais e religiosos. (FELDMAN, 1994; GOLDSTEIN, 2004; DUCHARME, 2004).

Naya; Mizutani; Ochiai; Soh; Kawauchi et al. (2003) investigando os efeitos de doenças crônicas na DE em japoneses com idades de 30 à 59 anos constatou que a alta incidência da DE severa nas idades de 50 à 59 anos é o dobro em relação as idades de 30 à 39 anos, e que é pois preciso educar o homem jovem sadio e o com doenças crônicas num estágio prematuro para prevenir a DE.

Avaliando clinicamente o desenvolvimento da DE em jovens com menos de 39 anos de idade que procuravam tratamento no Departamento de Urologia da Universidade e Hospital de Yokohama, observou-se que o número de jovens para tratamento da DE cresceu e que dos 196 pacientes analisados, 48.2% apresentavam DE psicogênica, 7.1% DE neurogênica e 23.2% DE vascular, e 25.8% dos 352 pacientes tinham queixa de disfunção erétil. (SASAKI, 2002).

Investigando a influência da DE na vida diária dos japoneses, um estudo com 2.034 homens e 1.820 mulheres, nas idades de 30 à 79 anos, verificou que a taxa de prevalência da DE era de 29.9% entre os homens e 30.1% das esposas reconheciam ter um marido portador de DE, experimentando uma influência negativa na vida conjugal. (SHIRAI, 2001).

Masumori; Tsukamoto; Kumamoto; Panser; Rhodes et al. (1999)

comparando duas comunidades, numa vila de pescadores em Hokkaido no Japão e Olmsted County nos EUA, avaliando a prevalência dos sintomas do trato urinário e hiperplasia prostática, em homens na faixa de 40 à 70 anos de idade verificou-se que a incidência da DE e a diminuição da libido são maiores em homens japoneses do que em americanos, numa proporção de 50% para as idades de 70 a 79 anos, e que existe entre os japoneses uma preocupação muito menor com a satisfação sexual.

O *Cross-National Study of Epidemiologic of ED* (NICOLOSI, 2003), estudo epidemiológico multinacional que investigou a prevalência e correlações da DE com 2.400 homens, sendo 600 em cada país: apresentou a prevalência da DE em 34,5%, 22,4%, 17,2% e 15,5% respectivamente Japão, Malásia, Itália e Brasil, sendo a DE um problema comum entre os homens maduros. A partir desse estudo Mackinlay; Digruttolo; Glasser; Shirai; Sweeney (1999) estimou-se haver cinco fatores associados a alta prevalência da DE no Japão: idade, educação, hipertensão arterial, medicamentos para Diabetes Mellitus e tabagismo.

Ao avaliar a relação da DE com a depressão, doenças cardíacas e qualidade de vida, outro estudo publicado em 2003, realizado com 6112 homens em 447 clínicas do Japão, apresentou um quadro onde a DE severa estava associada à depressão em 32%, associada à idade, disúria, doenças cardíacas e outras doenças crônicas em 81%. (SASAYAMA; ISHII; ISHIKURA; KAMIJIMA; OGAWA et al. 2003)

Outro estudo realizado mais recentemente sobre a relação da DE com a depressão e a ansiedade, mostra que homens até 45 anos apresentam depressão acompanhada por insatisfação no trabalho, no relacionamento conjugal, com reações negativas das parceiras e experimentam maior dificuldade que os mais velhos para ajustarem-se à vida com DE. Homens acima de 55 anos, apresentam outros fatores psicológicos associados aos fatores físicos. Os homens da faixa etária de 45 à 55 anos, necessitam maiores investigações (Figura 2). (SUGIMORI; YOSHIDA; TANAKA; BABA; NISHIDA et al. 2005)

Aspectos étnicos e religiosos, social e político

O Japão permaneceu por mais de 10 séculos, isolado em sua península como um povo de uma única etnia, falando um único idioma, desenvolvendo seu próprio modo de vida. Nos primeiros séculos da Era Cristã, este caráter unicista da sociedade e cultura japonesa sofreu sua primeira miscigenação vinda do continente chinês e península coreana.(SUSUKI, 2003).

No século VI com o início do processo de formação de um Estado novo no arquipélago japonês, intensificou-se o intercâmbio com o continente chinês e a península coreana. A entrada do Budismo e Confucionismo neste século também exerceu uma forte influência posterior sobre a sociedade e cultura. No século XIX com a Reforma “Meiji”, o Imperador “Meiji” assume o poder e implanta um novo regime, o monárquico. À partir daí, o Japão recebe sua primeira e radical influência do ocidente em todos os aspectos. Somente após a II guerra mundial a influência ocidental se consolida e o país passa a competir com outras nações do mundo, intensificando seu enriquecimento econômico (SUZUKI, 2003).

Nesta trajetória de influências ao longo de sua história, o Japão tem convivido com as contradições de ser uma cultura conservadora, e ao mesmo tempo propenso a aceitar novidades, que assimila de outras culturas, colocando sempre o toque tipicamente japonês. Essas são as características essenciais da Sociedade e Cultura Japonesa: o conservadorismo, a multiplicidade e a assimilação, que sob o ponto de vista antropológico refletem na conduta econômica, política, social e familiar.(SUZUKI, 2003; BENEDICT, 2002).

O japonês geralmente tem mais de duas religiões, uma prática diária que faz parte de seu estilo de vida. Essa mistura de religiões influencia fortemente a consciência japonesa na cultura, no sexo e na sexualidade. A religião original do povo japonês é o “Shintoísmo”, a religião do Imperador, um sistema sem coerência de crenças e práticas, que reconhece não existir os conceitos de bem e mal, de pecado e culpa pessoal no sexo e no amor, conceitos comumente associados na cultura ocidental. Representam o Shinto, os mitos, rituais de fertilidade, purificação, celebração de festas e festivais nacionais. Os ensinamentos foram transmitidos de gerações em gerações sem haver nada documentado. (READER; ANDREASEN; STEFANSSON, 1993; HATANO, 2004).

O Budismo foi introduzido no Japão pela Coréia no século VI, e rapidamente foi conquistado pela população e pelo Estado. Contribuíam dois elementos fundamentais à sua implantação: a necessidade religiosa do povo e as necessidades políticas do Estado. O verdadeiro budismo, pessimista, agnóstico e puritano não se instalou no Japão, mas o budismo dos deuses amáveis, de cerimonial sedutor e de imortalidade pessoal, que inculcava as virtudes da piedade, do pacifismo, da obediência, dando aos oprimidos a consolação devida para reconciliação da vida, ao povo sentimentos de fé e aos estadistas a fonte da ordem social e força nacional. O budismo atendia aos interesses da nobreza e das classes sociais dominantes, o que significava proibir a manifestação livre da expressão de amor, desejo e da sexualidade. Seu foco era o celibato.(YAMASHIRO, 1997).

O Confucionismo não era uma religião, mas uma doutrina também introduzida no século VI, que assegurava a continuidade do poder e a ordem pública, exercia poderosa influência sobre a evolução ética, ideológica e política das classes cultas do país. Teve forte influência no sistema feudal que dominou o Japão durante sete séculos.

Os Samurais eram os verdadeiros representantes, se constituíam em famílias nobres e guerreiras, conservadoras que controlavam o poder mantendo um restrito código de ética (HATANO, 2004).

A doutrina do Confucionismo foi aos poucos transmitida e incorporada por toda população, e seus principais fundamentos que influenciaram o comportamento sexual do japonês foram: controle e repressão sexual, proibição da expressão dos sentimentos e desejos, proibição do contato físico do corpo, todo comportamento romântico ou adúltero era mortal e sofria severa punição, inclusive com a pena capital, falar de sexo era tabu. O sistema familiar patriarcal decidia a escolha do cônjuge para o filho(a) e definia o número de filhos. Definia a relação entre homens e mulheres, como autoridade e inferioridade, tendo a mulher o papel passivo e de obediência ao pai e ao marido e seu papel sexual era a procriação (HATANO, 2004; YAMASHIRO, 1997).

O cristianismo foi introduzido no Japão em 3 diferentes ocasiões: no século XVI pelos portugueses, no século XIX quando do início da revolução industrial e após a II guerra mundial. Vários fatores contribuíram para a rápida expansão do catolicismo; a receptividade dos japoneses a uma religião com conteúdos europeus, seriedade dos catequizadores e habilidade com que apelavam às multidões, combate aos maus costumes, curas aos enfermos, a concepção do Deus onipotente e atitudes individuais e sociais. Apesar de não possuir muitos adeptos teve um papel importante na cultura japonesa (READER et al; 1993; YAMASHIRO, 1950).

É preciso compreender um pouco da história do Japão e o vínculo existente entre religião e cultura, entre religião e sexualidade para assimilar que a rápida modernização experienciada pela sociedade japonesa trouxe uma série de mudanças na vida diária, no estilo de vida e, portanto, no comportamento do japonês. Essas mudanças continuam desafiando o sistema de valores e a sexualidade com o conservadorismo, levando os homens a disfunções sexuais, especialmente a DE psicogênica.(HATANO, 2004).

A reforma de “Meiji” vai de 1868 à 1912, início da era moderna permitiu, que após dois séculos de isolamento o Japão retomasse seu lugar entre as nações mundiais com importantes transformações: regime autoritário em monarquia, fim do feudalismo e início do capitalismo industrial, transformação das classes sociais, ampliação das negociações diplomáticas e comerciais com o ocidente, choque de influências e interesses antagônicos com China e Coréia, tendência rápida de culturas e costumes ocidentais na literatura e no idioma, nos estudos e nas pesquisas científicas em todos os setores e no comportamento dos japoneses (YAMASHIRO, 1950; 1997).

Em 1926, o príncipe Hirohito sobe ao trono e adota o nome da era de seu reinado. Logo depois se defronta com crise em seu governo, seguida de rebeliões internas, guerra com a China, a II guerra mundial e a derrota em 1945. A II guerra mundial é um marco divisório de revolução no Japão, surge uma nova constituição, uma sociedade internacional unida e harmoniosa, se estabelecem mudanças radicais nas tradições, moldes convencionais, estilo de vida, e sexualidade. São relevantes: a conquista da liberdade social, política e cultural dos japoneses, principalmente garantindo os mesmos direitos do homem às mulheres, liberdade de pesquisa científica, liberdade ao culto às religiões e melhores condições de vida (YAMASHIRO, 1997).

Antes da II Guerra mais de 85% das mulheres preservavam sua virgindade até o dia do casamento e 90% dos homens tinham experiências sexuais antes de se casarem com prostitutas, até então permitidas. Em 1948 o aborto foi legalizado, tendo o papel fundamental no controle da natalidade (ASAYAMA, 1975).

Estudo da Sexualidade no Japão

A primeira publicação que se tem notícia sobre sexualidade no Japão foi em 1909, uma autobiografia “*Vita Sexualis*” do escritor Ogai Mori, cujo conteúdo descrevia suas experiências sexuais na adolescência, e uma paixão por um colega de classe livre de qualquer julgamento moral quanto a homossexualidade (HATANO, SHIMAZAKI, 2004).

O pioneiro no estudo do comportamento sexual foi Senji Yamamura, Biologista de influência ocidental, conhecido por suas investigações na diferenciação sexual animal, que em 1920 preparou uma conferência sobre sexologia com o título de “Human life biology-my opinion about sex education” em um curso preparatório da “Doshisha University”. (MIYAHARA, 1998). Em 1925 junto com seu discípulo publicou o “informe Kinsey japonês” baseando-se em dados levantados com mais de 1000 voluntários, através de questionários contendo questões sobre a primeira experiência sexual dos homens, consciência do desejo sexual, e masturbação.(ASAYAMA, 1975). O autor sofreu restrições ao seu trabalho, por opor-se à repressão da “liberdade de expressão”, vindo a ser assassinado por ultranacionalistas posteriormente. Seu discípulo finalmente publicou o estudo em 1950. (MIYAHARA, 1998).

Após a guerra, outra pesquisa estatística se desenvolveu com 2 estudos paralelos; um sobre o desenvolvimento sexual e comportamento sexual de estudantes universitários, e outro sobre o comportamento sexual de adultos através de questionários, repetindo essa mesma pesquisa em 3 fases distintas; em 1948-49, em 1952-53 e em 1958-60, fazendo posteriormente comparações, com um estudo mais recente realizado em 1974. Num total, seu trabalho alcançou mais de 20.000 participantes.(ASAYAMA, 1975; 1976).

Aspectos que afetam a sexualidade

Atualmente os estudos de prevalência da DE confirmam a incidência dos fatores sócio-culturais como uma das principais causas da Disfunção Erétil. A DE é uma reação fisiológica do afeto em detrimento da expressão sexual reprimida, assim como uma reação ao medo, ao estresse, aos sentimentos de culpa e à ansiedade, sendo de origem religiosa ou não.(SEUNG-CHUL, 1999).

No estudo epidemiológico de Nicolosi; Glasser; Paik; Gingell; Moreira et al. (2005), 57% dos japoneses com DE sentiam-se embaraçados e desconfortáveis para conversar sobre seu problema sexual com o médico, e 71% não procuravam tratamento médico por vergonha. De 1986 à 97, de 1000 pacientes que visitaram uma clínica urológica, 45% apresentavam uma alta incidência de DE psicogênica e 80% deles abandonavam o tratamento na terceira visita pelo constrangimento (KIMOTO, TALEI, TAKEDA, SEKI, YAMAGUCHI, KUMAZAWA, 1998).

O comportamento dos homens em buscar auxílio médico reflete diferenças significativas: no estudo entre Brasil, Itália, Malásia e Japão, apresentaram respectivamente, 19%, 2%, 6% e 0%. No GSSAB, 62% de homens com DE no Japão não tomam qualquer atitude, 14% na Malásia e 64% na China, por relutância em admitir o problema e a falta de percepção dele (NICOLOSI, 2003; 2005).

No estudo da DE feito por Araki em 2003, sobre o comportamento sexual dos homens na idade adulta e na velhice, verificou que o empobrecimento da comunicação entre os parceiros e a falta de contato físico refletiam na repressão dos desejos sexuais e incidência da DE pelas questões conservadoras e os tabus no sexo. Os jovens aprendiam que todo prazer, contato físico e intimidade sexual eram proibidos. Os casamentos eram arranjados antes do despertar para o sexo, por isso deviam ser acanhados e não cortejadores, não permitiam a prática do romantismo dentro de casa (BENEDICT, 2002).

A repressão do interesse sexual, das emoções eróticas, do contato físico, são preconceitos adquiridos pela influência do Confucionismo, assim como a ausência de uma educação orientada para o conhecimento da anatomia sexual e do ciclo de resposta sexual (SEUNG-CHUL, 1999). Numa DE psicogênica onde se verificam essas causas, o tratamento psicoterapêutico deve proceder com métodos efetivos de mudança de hábito no comportamento do casal: trocar expressões de amor e afeto, incorporar no dia a dia o contato físico, “petting”, beijos, aumentar o uso da linguagem positiva e explorar o corpo eroticamente. (SEUNG-CHUL, 1999; ARAKI, 2003).

Nos casos de DE os motivos mais frequentes para não buscarem auxílio médico era não sentirem interesse pelo sexo, não se aborrecerem com a DE, a disfunção não influenciava a vida diária. Quanto mais idoso fosse o homem menor seria sua preocupação com o sexo. O significado da função sexual e da virilidade talvez não fosse o mesmo que em outras culturas e raças. Talvez o sexo fosse secundário na visão do bem estar e saúde (MASUMORI, 1999; SHIRAI, MARUI, HAYASHI, ISHII, ABE, 2001).

Tratamentos tradicionais para a DE

As terapias tradicionais conhecidas como alternativas tem um papel fundamental nos cuidados com a saúde tanto física quanto mental na Ásia e são altamente prevalentes no tratamento da DE (SEUNG-CHUL, 1999).

Os homens procuram a Terapia alternativa antes de buscarem uma consulta médica, pois creditam que as propriedades multifacetadas da terapia podem levar a cura da DE e que outras terapias adotadas como injeção intracavernosa e outras drogas orais apenas adiam o problema (TAMBI, 1999).

Os tratamentos asiáticos têm recebido reconhecimento internacional da Organização Mundial de Saúde, desde 1980, com Programas de Saúde para ocidentalizar sua aplicação e padronização e conta hoje com vários centros de estudos espalhados pelo mundo (TAMBI, 1999).

As Terapias mais conhecidas são: Aromaterapia, Aryurveda, Fitomedicina ou Herbalismo, Naturoterapia, Massagem ou toque terapêutico, Korean Red Ginseng e Ginkgo Biloba (TAMBI, 1999)

A cultura popular também acredita nas terapias com reputação afrodisíaca: Pênis de crocodilo, Testículo de cabra, Extrato de pênis de tigre, Genitália de foca, Pênis de macaco, partes de animais que se parecem com pênis humano como cabeça de tartaruga ou de cobras, além dos “tônicos” para fortificar e melhorar a função renal, consequentemente melhorar a performance sexual (SHEUNG-CHUL, 1999; TAMBI, 1999).

Conclusão

A prevalência da DE no Japão assim como em outros países ocidentais, apresenta uma forte tendência de crescimento, associada ao aumento da idade, a educação, aos fatores físicos, culturais e psicológicos.

Os estudos que comparam a taxa de prevalência da DE em culturas diferentes demonstram existir diferenças entre os homens japoneses e ocidentais, mas não apresentam dados que cientificamente comprovem a que fatores são atribuídos essas diferenças. Em relação à alta taxa de prevalência da DE apresentada pelos homens japoneses não foi possível esclarecer se o fato é resultado específico das diferentes metodologias utilizadas nos estudos, ou de fatores socioculturais ou outro ainda desconhecido.

Os estudos apresentaram diferentes metodológicas que criam limitações na comparação dos resultados: diferenciação na coleta das amostras e administração dos estudos, precisão dos dados, tradução dos instrumentos de pesquisa, adequação das diversas amostras populacionais para facilitar uma análise estatística comparativa, diferenças na definição da DE. (NICOLOSI, GLASSER, PAIK, GINGELL at al. 2005).

Os estudos confirmam a necessidade de estimular o homem a incorporar novos hábitos culturais para enriquecer o relacionamento sexual, que os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores socioculturais implicados na DE, principalmente em culturas multinacionais, para compreenderem as atitudes e comportamentos apresentados pelo homem.

Existe um consenso na literatura científica acerca da relevância dos aspectos socioculturais implicados na gênese das disfunções sexuais e, embora a disfunção erétil seja amplamente estudada, pouco se conhece acerca das variações dela nos grupos geográficos, raciais, étnicos, socioeconômicos e culturais. Segue-se um campo vasto e fértil para futuras pesquisas.

Referências Bibliográficas

- ARAKI, C. Realizing better sexuality in middle to old age. In: 16th World Association for Sexology; 2003; Cuba.
- ASAYAMA, S. Adolescent Sex development and adult sexual behavior in Japan. J.Sex. Res. 1975; 11 (2): 91-112.
- _____. Sexual behavior in Japanese student comparison for 1974, 1960, 1952. Archives.Sex Behav.1976; 5, 5: 371-91.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). DMS-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4* ed. Washington: 1994.
- AYTAÇ, I.A., MCKINLAY, J.B.; KRANE, R.J. The likely worldwide increase in ED between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. Bju. International. 1999; 84:50-6.
- BENEDICT, R. O crisântemo e a espada: padrões de cultura japonesa. 3ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva; 2002.
- DUCHARME, S.H. Psychological Factors Modulating Erectile function. Sexuality and disability. 2004; 22(2): 171-5.
- FELDMAN, H.A.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, P.G.; KRANE, R.J.; MCKINLAY, J.B. Impotence and it's medical and psychological correlates: results of MMAS. J.Urology. 1994; 151: 54-61.
- FELDMAN, H.A.; ARAUJO, A.B.; JOHANNES, C.B.; DERBY, C.A.; MCKINLAY, J.B. Relationship between psychological risks factors and incident ED: Prospective results from the MMAS. American. J. Epidem. 2000; 156 (6): 533-41.
- GOLDSTEIN, I. Epidemiology of ED. Sexuality and disability. 2004; 22(2):113-120.
- HATANO, Y.; SHIMAZAKI, T. Japão. Acesso em: 2005. Disponível em: www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/GUS/JAPAN.HTM#_edn2. in Jaussen DF. Growing Up Sexually. Vol. I – World Reference Atlas. 2* Ed. 2004, Berlin: Magnus Hirschfeld Archives dor Sexology. Last revised: Fev 2006.
- HELLSTRON, W.J.G. Rationale approach for treatment of ED. Asian J. Androl. 2002; 4(2suppl 1):15-48.
- KIM, Y.C.; TAN, H.M. APSIR. Book on Erectile Dysfunction. Asia Pacific Society for sexual Medicine. Disponível em: [http:// www.apsir.org/htm/index.htm](http://www.apsir.org/htm/index.htm) Acesso em: 2005
- KIMOTO, Y.; TALEI, M.; TAKEDA, H.; SEKI, F.; YAMAGUCHI, A.; KUMAZAWA, J.A. Review of 1000 impotent men in Japan. 5th Asian Congress of Sexology . 1998. Korea
- KINSEY, A.C.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.E. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Sauders Company; 1948.
- LOPEZ, I. El libro de la vida Sexual. Barcelona: Ediciones Danae; 1968.
- MCKINLAY, J.B.; DIGRUTTOLO, L.; GLASSER, D.; SHIRAI, M.; SWEENEY, M. International differences in the epidemiology of male ED. Int. J. Clin. Pract. 1999; 102 (suppl): 35.
- MARUMO, K.. Epidemiology of ED: prevalence and risks factors. Apsir Book on ED. 1999:15-26.

- _____ ; NAKASHIMA, J.; MURAI, M. Age related prevalence of ED in Japan: Assessment by IIEF. *Int.J. Urology*. 2001; 8:53-9.
- MASUMORI, N.; TSUKAMOTO, T.; KUMAMOTO, Y.; PANSER, L.A.; RHODES, T.; GIRMAN, C.J.; LIEBE, M.M.; JACOBSEN, S.J. Decline of sexual function with age in Japanese man compared with American men-results of two community based studies. *Adult Urology*. 1999; 54(2): 335-44.
- MIYAHARA, S. Sexuality education in japan. 5th Asian Congress of Sexology. 1998, Korea.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT [internet]. Impotence. 1992; Disponível: http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/091/091_statement.htm
- NAYA, Y.; MIZUTANI, Y.; OCHIAI, A.; SOH, J.; KAWAUCHI, A.; FUJITO, A.; NAKAMURA, N.; ONO, T.; YWAMOTO, N; AOKI, T.; MURAI, M.; MIKI, T.; MARUMO, K. Preliminary report of association of chronic diseases and ED in middle aged men in Japan. *Urology*. 2003; 62 (3): 532-6.
- NICOLOSI, A.; GLASSER, A.; PAIK, A.; GINGELL, C.; MOREIRA, E.; LAUMANN, E.O.; WANG, T. Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the GSSAB. *Int. J. Imp. Res*. 2005; 17 (1): 39-57.
- NICOLOSI, A.; MARUMO, K.; LAUMANN, E.; KING R; GLASSER D; GILGELL, C; KIM, S.C. Sexual ativity and dysfunction in Asian and Western adults aged 40 to 80: are these differences? [Abstract]. *Int.J.Imp.Res*. 2003;15 (suppl 6): ps9.
- NICOLOSI, A.; MOREIRA, E.D.; SHIRAI, M.; TAMBÌ, M.I.B.M.; GLASSER, D.B. Epidemiology of ED in 4 countries: cross- national study of the prevalence and correlates of ED. *Urology*. 2003; 61 (1):201-
- READER, I.; ANDREASEN, E.; STEFANSSON, F. Japanese religions past and present.
1^a Ed. Sandgate: Japan Library; 1993.
- SASAKI, H.; GOTO, R.; SATO, M.; ONODERA, Y.; MORITA, M.; SUZICHI, S.I.; SHIMADA, M.; YKEUCHI, T.; Evaluation of ED developed in the younger age group (39 years old and younger). *Asian J. Androl*. 2002; 4 (2 suppl1): 105-30.
- SASAYAMA. S.; ISHII, N.; ISHIKURA, F.; KAMIJIMA, G.; OGAWA, S.; KANMATSURE, K. K.; IMOTO, Y.; SAKUMA, I.; NONOGI, H.; MATSUMORI, A.; YAMAMOTO, Y. Men's Health Study - Epidemiology of ED and Cardiovascular Disease. *Circ J*. 2003; 67:656-9.
- SATO, Y.; HORITA, H.; KUMAMOTO, Y.; TSUKAMOTO, T. Aging and sexual function impotente. 1995; 10; 273-80.
- SEUNG-CHUL, S. Psychosexual Counseling for ED. *Apsir Book on Erectile Dysfunction- The epidemiology and Physiology of Male sexual dysfunction, Its Clinical evaluation and treatment, and future trends in research*. Korea: APSIR; 1999.

SHIRAI, M.; MARUI, E.; HAYASHI, K.; ISHII, N.; ABE, T. Prevalence and correlates of ED in Japan. *Int. J. Clin. Pract.* 1999; 102 (suppl):36.

_ ;TAKIMOTO, Y.; ISHII, N.; IWAMOTO, T. Influence of ED on dayly life and general attitudes towards treatment [abstract]. *Nippon Hinyokika Gakkai zasshi.* 2001; 92, 7: 666-73.

SUZUKI, T. *Cultura e Sociedade Japonesa: Da época primitiva às origens do Estado. Estudos japoneses.* 2003; 23: 75-90.

SUGIMORI, H.; YOSHIDA, K.; TANAKA, T.; BABA, K.; NISHIDA, T.; NAKAZAWA, R.; IWAMOTO, T. Relationship between ED, depression and anxiety in japanese subjects. *J. Sex. Med.* 2005; 2: 390-6.

TAMBI, I. Traditional Alternative therapy in male sexual dysfunction It's relevance in Asia Today. *APSIR - Book on ED.* 1999: 218-22.

YAMASHIRO, J. *Japão passado e presente.* 3^a ed. São Paulo: Aliança Cultural Brasil-

Japão Centro de estudos nipônicos ; 1997.

_____ . *Pequena história do Japão.* São Paulo; 1950.