

Resistências ao Tratamento da Disfunção Erétil de Etiologia Predominantemente Psicológica*

Resistance in the Treatment of Erectile Dysfunction of Mainly Psychological Etiology **5**

Walkíria Fernandes Moreira Ambrosano¹

RESUMO

A autora mostra as dificuldades ou obstáculos na avaliação e/ou tratamento psicológico, as quais chama de resistência.

Mostra também que fatores, encontrados com frequência na prática clínica, são evidenciados na tentativa de mostrar como as resistências ao tratamento podem aparecer, e qual o significado que elas podem ter no processo terapêutico.

Dentre as resistências mais comuns estão:

- Desejo dos pacientes de encontrarem uma etiologia orgânica para a disfunção erétil;
- Expectativas dos pacientes de terem um tratamento a curto prazo;
- Participação e/ou comportamento da parceira na avaliação psicológica e na terapia.

* Trabalho realizado em clínica psicológica privada da autora.

1. Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual.

Recebido em 18.07.94

Aprovado em 28.07.94

SUMMARY

The author shows the difficulties or obstacles to the evolution and/or psychological treatment, which we call resistance.

The author also shows that factors frequently found in a clinical practice are highlighted in a way to show the treatment of the resistances can show up and what meaning they can have in the therapeutical process.

Among the most common resistance we find:

- The patient's wish to find the organic causes to the erectile dysfunction;
- The patient's expectations to get a short-term treatment;
- Participation and/or behaviour of the mate in the psychological evaluation and therapy.

A disfunção erétil pode ser definida, de acordo com Munjack (1984), como a impossibilidade de obter ou manter uma ereção suficiente para praticar o coito com êxito. A perda da ereção pode preceder a penetração ou ocorrer durante o coito.

Múltiplas etiologias podem levar o homem a uma disfunção erétil, uma vez que a sexualidade humana pode ser entendida como algo complexo, resultante de diversos fatores, desde o físico até o cultural. Assim, para avaliar o paciente com queixas sexuais, deve ser feita uma avaliação clínica, tanto dos aspectos orgânicos quanto dos psicológicos.

Na avaliação dos aspectos orgânicos estão incluídas as consultas a médicos especialistas, como andrologistas, neurologistas, etc... e também, exames de rotina e/ou específicos de cada área. Recomendam-se os seguintes exames, como relata Puech-Leão (1990):

- 1) Determinação do índice pênis-braço, por Ultra-Som, com efeito Doppler, (Puech-Leão, Albers e Puech-Leão, 1983; Puech-Leão e cols., 1988);
- 2) Eletrodiagnóstico = eletromiografia estudo dos potenciais evocados perianais e de membros inferiores. E usado para verificar déficits de condução neurológica (Costa e cols., 1991);
- 3) Cavernosometria, para avaliar a capacidade de relaxamento e de distensão dos corpos cavernosos (Wespes e cols., 1984; Puech-Leão, 1987);

- 4) Cavernosografia por injeção de contrastes, serve para dar informações anatômicas do pênis (Wespes e cols., 1984);
- 5) Teste de ereção fármaco-induzida com cloridrato de papaverina (Reis e cols., 1987).

A avaliação psicológica objetiva identificar as fontes de ansiedade que inibem a sexualidade do paciente ou que dificultam a sua expressão. É importante que inclua a parceira sexual usual, uma vez que a queixa ou dificuldade sexual *deve ser* considerada como algo que aflige não só uma pessoa individualmente, mas o casal. Tal avaliação é feita através de entrevistas estruturadas na sexualidade, com o paciente, com sua parceira e com o casal (Rodrigues Jr., 1990 a,b) As entrevistas podem ser feitas por psicólogos ou psiquiatras e, para facilitar o diagnóstico, podem-se utilizar testes psicológicos, como T.A.T. ou o M.M.P.I. e questionários, como o Inventário de Sexualidade Masculina (Rodrigues e Costa, 1990, 1991). Tais instrumentos dão ao terapeuta dados sobre o desenvolvimento psico-sexual e a atual condição sexual do paciente. Através da avaliação psicológica, o terapeuta pode ter uma noção da extensão dos conflitos existentes, se foram originados na infância por alguma dificuldade sexual, insegurança, medo, ou se a queixa sexual é resultante de alguma inibição sexual frustrante que *gerasse ansiedade* na vida sexual futura. Tais instrumentos podem ainda dar ao terapeuta um perfil da personalidade do paciente, como este reage ao lidar com a dificuldade sexual, com as fontes de conflito ou ansiedade, etc... (Costa e cols., 1991).

Se um *paciente apresenta uma* queixa sexual com etiologia orgânica, não está obrigatoriamente excluída a possibilidade da existência de fatores psicológicos que contribuam para a sua dificuldade sexual, do mesmo modo que os “problemas emocionais e psíquicos” podem estar acompanhados de alterações orgânicas, que comprometam o funcionamento do organismo através da inervação autonômica (Costa e cols., 1991; Sister, 1988). Segundo Puech-Leão (1988),

“o diagnóstico diferencial entre impotência psíquica e orgânica deixa de ser importante hoje. Quase todos os pacientes têm um componente psíquico relacionados à ansiedade de desempenho, mesmo que fatores orgânicos estejam dificultando a ereção. A diferenciação que se impõe, hoje, é entre pacientes tratáveis pela psicoterapia, pela prótese peniana, pela cirurgia vascular, por auto injeções, etc...”

Quando, após as avaliações citadas, se verifica que o paciente necessita de um trabalho psicológico e lhe é proposto algum tipo de terapia, deparamos com algumas dificuldades que serão relatadas no presente estu-

do. Tais dificuldades, muitas vezes também são encontradas durante a avaliação psicológica. Essas dificuldades podem ser chamadas de resistência à abordagem ou ao tratamento psicológico.

RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Conceito de Resistência

De acordo com Laplanche e Pontalis (1986, pp. 595),

“resistência seria tudo o que, nos atos e palavras do analisando (ou paciente), se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente como uma atitude de oposição às descobertas na medida em que elas revelam seus desejos inconscientes. Foi como obstáculo à elucidação dos sintomas e à progressão do tratamento que a resistência foi descoberta”.

Desta forma, a resistência como uma defesa contra os perigos inconscientes que o tratamento pode trazer, ou seja, seria uma resistência à cura, que também, é considerada como um perigo novo. A resistência também pode ser apresentada como um benefício secundário da ‘doença’. Seriam as situações em que a queixa sexual poderia estar encobrindo outras dificuldades e conflitos do próprio paciente ou de sua parceira sexual.

De acordo com Freud (1969, pp. 133-43), cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem.

Munjack (1984) conceitua resistência como a forma de não-cooperação ou evitação ao tratamento. De acordo com Kaplan (1977),

“o surgimento e a solução das resistências são cruciais para o sucesso da terapia do sexo. As resistências mobilizadas no curso do tratamento revelam as causas anteriormente ocultas dos problemas sexuais do casal e, desta forma, criam oportunidades para a solução e mudança. As resistências podem surgir tanto no paciente que traz os sintomas como na parceira”.

Resistências Mais Comuns

Busca de Causa Orgânica

É muito comum os pacientes desejarem encontrar uma causa orgânica para sua queixa sexual, pois desta forma, o uso de medicação ou intervenção cirúrgica restabeleceria a resposta sexual, sem que tivessem participação “ativa” no tratamento. Não é raro tais pacientes fazerem uma “maratona”, indo a vários médicos para saber se há confirmação do diagnóstico, ou para obter alguma medicação para solucionar o problema sexual. Se a etiologia da queixa for psicológica, eles terão que participar de forma atuante, com maior empenho e responsabilidade no tratamento. Além disso, existe a dificuldade de aceitar algum comprometimento emocional ou psicológico, uma vez que isto é, geralmente, visto como fragilidade ou debilidade deles enquanto pessoas.

A sexualidade, quando é dificultada na sua expressão através de uma queixa sexual, faz com que o homem se sinta mais vulnerável. Suas dificuldades sexuais são sinônimo de fracasso da sua masculinidade e, falar de tais dificuldades é como admitir sua incapacidade de resolver seus próprios problemas, aumentando ainda mais, seus sentimentos de “impotência”.

É comum tais pacientes sentirem dificuldades de falar sobre seus problemas sexuais, mesmo para o profissional de saúde. Tal atitude parece ter o efeito de destruir suas defesas tão fortemente instaladas para que não tenha um questionamento sobre sua própria sexualidade. Mesmo frente a um psicoterapeuta, a quem é permitida socialmente tal confissão, ainda parece existir o efeito de destruição das defesas do paciente. Desta forma, parecem procurar “curas milagrosas” através de medicamentos, vitaminas, etc... para tentar restaurar suas dificuldades sexuais, (Rodrigues, Jr. e cols., 1989).

Duração do Tratamento

Outra preocupação comum dos pacientes é com relação ao tempo de duração do tratamento psicológico e quais os resultados que poderão obter. É claro que em nenhum trabalho psicológico pode ser determinado o tempo exato de duração, uma vez que depende de fatores como por exemplo, da forma em que é apresentada a disfunção, da presença de conflitos inconscientes operando em níveis imediatos ou profundos, do tempo em que a disfunção existe, da estrutura de personalidade dos pacientes e de suas parceiras, etc...

Como os conflitos se dão no nível do inconsciente, eles podem ser externalizados no comportamento do indivíduo de forma que possa trazer dificuldades na relação com o outro. Desta forma, atrás de muitas queixas estão os conflitos e as dificuldades da relação interpessoal.

De acordo com Maria do Carmo de Andrade Silva (1986),

“alguns casais têm consciência de que o problema transcende a esfera sexual, porém, outros não têm essa conscientização clara de outros conflitos, estando eles radicalmente convictos de que é a queixa sexual principal barreira na interação”.

É enfatizada, ainda, a relação de disputa de poder entre os parceiros, mágoas anteriormente vividas por um dos parceiros e não resolvidas com o outro, inseguranças pessoais e outros conflitos. Todos esses aspectos podem interferir no tipo de trabalho ou terapia proposta e no tempo de sua duração.

Podemos dar a média de tempo em que normalmente terminamos o trabalho com o paciente. Parece que isso ajuda a diminuir a ansiedade dos pacientes em relação no tratamento. Tal fato parece nos dar também um indício da ansiedade dos pacientes frente a situações que não estão sob o controle deles.

Participação da Parceira

Um fator relevante, considerado talvez uma das maiores resistências, diz respeito à participação da parceira sexual na avaliação ou tratamento. É muito comum os pacientes atribuírem a queixa sexual a um problema exclusivo deles, não querendo “envolver” a parceira. A exclusão da parceira no tratamento pode sugerir uma exclusão inconsciente da mesma na intimidade e privacidade do homem que trás a queixa sexual. É importante que se diga aos pacientes que nenhum problema sexual é de uma pessoa apenas. Mesmo que ele anteceda o relacionamento com a parceira atual, o comportamento do casal e os conflitos presentes em tal relacionamento podem mobilizar “defesas inconscientes” na pessoa que trás a queixa. Tal esclarecimento deve ser dado também à parceira. Isto parece ajudar a amenizar a responsabilidade do paciente na insatisfação do casal. Normalmente o sistema sexual em que os casais com disfunção sexual tentam funcionar é muito destrutivo. Geralmente neste sistema existem medo, rejeição, culpa, incompreensão, humilhação e uma disputa de poder entre o casal. De acordo com Kaplan, as dificuldades sexuais não são, invariavelmente, expressões de conflito intrapsíquico de uma pessoa, mas têm quase sempre, suas raízes nas vicissitudes das relações conjugais. Dentro desse sistema sexual, um dos parceiros pode estar na posição de querer destruir o prazer e o funcionamento sexual do outro, devido à sua insatisfação sexual e conflitos conjugais.

A convocação das parceiras é feita através do paciente o que talvez possa explicar a ausência delas nas entrevistas. Segundo Rodrigues Jr., Andrade e Costa (1990):

- 1) Os pacientes não passaram a elas a convocação;
- 2) Receberam a convocação verbal e não a consideraram ou o casal não considerou necessária a presença da parceira;
- 3) Receberam a convocação verbal através do paciente mas, se recusaram a comparecer.

Algumas parceiras comparecem à avaliação psicológica, mas não continuam o trabalho na terapia proposta. Não é raro se observar o medo de serem rejeitadas pelos parceiros, caso a sua participação não “garanta” o êxito do relacionamento sexual conjugal. Outras parceiras demonstram o receio de que, uma vez resolvida a disfunção sexual, o parceiro passe a procurar relacionamentos extra-conjugais. Outras ainda, alegam não terem nenhuma dificuldade sexual, e que se comportam com o parceiro, da melhor forma possível, ou seja, o problema não é com elas, mas sim, com eles. Quando as parceiras comparecem às entrevistas iniciais, é comum alegarem uma falta de motivação ou de interesse em participar do tratamento, devido ao seu “desgaste” e insatisfação no relacionamento com o parceiro em função da queixa sexual apresentada.

A frustração conseqüente da insatisfação sexual vai mobilizando as defesas e dificuldades pessoais de cada membro do casal e, comprometendo o ânimo geral dos parceiros e o relacionamento como um todo. Também não é raro as parceiras alegarem uma insegurança com relação a seus companheiros com dificuldades de ereção, por exemplo, atribuindo à tal dificuldade, a perda do interesse e da atração sexual por elas. Passam a desconfiar que eles têm outra parceira e que, por isso, não se interessam mais por elas. Sendo assim, acham que a dificuldade de ereção é devido à falta de desejo por elas. Costumam viver anos com tal desconfiança, às vezes chegando a perder o interesse em restaurar o relacionamento. Não podemos nos esquecer também, o fato de algumas mulheres sentirem um pouco ou nenhum interesse pelo sexo, sentindo-se melhor com a situação em que o marido apresenta uma disfunção erétil, o que as livraria da possibilidade de terem relações. É comum tais mulheres alegarem que o sexo não faz falta para elas e até não achariam ruim se tivessem que viver sem ele. Sabemos que o fator da repressão e da má informação ou educação sexual é muito forte na nossa sociedade. Não é raro desta forma, o sexo ser fator aversivo ou mal resolvido em determinadas pessoas que sofreram maior influência de tais fatores. Sendo assim, os contatos sexuais podem remeter à memória, lembranças de experiências traumáticas ou negadas como prazerosas, ocorridas na infância no decorrer da vida da pessoa, fazendo com que ela recuse ou evite o sexo,

como forma de se defender de tais lembranças ou experiências. Tal comportamento parece comprometer como um todo a relação afetiva e sexual do casal provocando sentimento de inadequação e rejeição, no parceiro dessa mulher, levando-o a uma disfunção de ereção ou outra qualquer. Ainda que a disfunção do homem não seja conseqüência desse comportamento da parceira, para ela, pode ser um ganho secundário, ou seja, um ganho por intermédio de ..., o fato da dificuldade ou impossibilidade do relacionamento sexual, devido aos fatores mencionados acima.

TRATAMENTO PSICOLÓGICO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Normalmente quando é proposto aos pacientes o trabalho psicológico, é importante que lhe seja explicado como será esse trabalho (Conselho Federal de Psicologia - 1987, art. 03).

Dentro deste trabalho estão incluídos vários tipos de terapia. A terapia sexual, nos modelos de Kaplam (1977), tende a isolar o sintoma particular ou queixa sexual. Os aspectos mais comuns são a prescrição de tarefas sexuais. Em tais tarefas ou exercícios, procura-se inicialmente orientar o casal para tirar o máximo de proveito e prazer nas carícias do corpo, sem considerar a penetração vaginal. E, a cada passo que o casal dá na direção de alcançar maior tranqüilidade, com ausência de ansiedade, conseguindo uma maior intimidade, as orientações vão caminhando de forma "progressiva" até que o casal consiga manter o ato sexual tirando melhor proveito da sua sexualidade. Desta forma, o casal terá oportunidade de ampliar a sua capacidade de expressar a sexualidade de forma mais tranqüila e prazerosa, com possibilidade de eliminar a ansiedade para que possam vivenciar uma maior sensualidade através de exercícios orientados, que deverão ser realizados na privacidade do casal. A cada sessão, as experiências vividas com os exercícios serão relatadas, e novas tarefas serão prescritas. Todo esse procedimento adquire um caráter pessoal, individual que é vivenciado pelo casal, com toda a erotização que vão descobrindo e externalizando à medida em que vai se tomando presente a intimidade entre eles. Esse processo continua, até que o casal possa vivenciar o sexo de maneira mais satisfatória.

A terapia conjugal tem como objetivo melhorar a capacidade do casal de enviar e receber mensagens, focalizando as discrepâncias nas comunicações verbais e não verbais e nas fantasias inconscientes compartilhadas entre os cônjuges. Objetiva um melhor entrosamento entre o casal. O casal pode ser hostil, mas é fundamental que exista o *desejo* de melhorar o relacionamento. Nesta terapia são exploradas as hostilidades, a competição entre o casal, etc.. (Calil, 1987)

Para os pacientes com queixa sexual, o ideal é que seja adotado um misto dos dois tipos de terapia, ou seja, devem-se trabalhar mágoas, angústias, hostilidades, competição e outros aspectos do relacionamento conjugal e não somente o sexual. Sendo assim, o casal terá a oportunidade de uma troca de, informações, com possibilidades de esclarecimento de crenças ou conflitos ligados à sexualidade, como também de estabelecer o diálogo, estimulando a expressão de idéias e sentimentos de ambos e a dinâmica de todo o relacionamento existente entre eles. No caso do paciente sem parceira fixa, deverá ser indicada a psicoterapia individual e, nas oportunidades em que ele tiver de ter um relacionamento sexual, poderão ser indicadas algumas tarefas sexuais.

Quando a intensidade dos problemas conjugais é maior, chegando a causar obstáculos à terapia sexual, é imprescindível que o terapeuta faça um trabalho mais específico abordando as dificuldades de tal relacionamento antes de iniciar a orientação das tarefas. Esse trabalho pode ser através de uma psicoterapia individual para ambos ou de uma terapia conjugal para trabalhar os aspectos afetivos, a hostilidade, os problemas do relacionamento geral, antes do sexual. Caso contrário, o casal pode não responder à terapia do sexo.

Citando Araguari Chalar Silva (1986), a terapia de casal pode não ser simplesmente a soma de tratamentos individuais, baseando-se no fato de que o casamento pode vir para preencher os vazios da vida e experiências de cada parceiro. Desta forma; criam-se sonhos e fantasias acalentados diante da possibilidade de viver com alguém que; nos completa. O comportamento de um produz efeitos peculiares no outro e, no entrosamento do casal, os problemas passam a ser da relação conjugal. Portanto, o casal constitui um sistema dinâmico no qual um reage à ação do outro interpretando a realidade ao seu próprio modo. Conhecer e compreender o sistema relacional em que o casal existe significa reconhecer a dinâmica específica que envolve os indivíduos. Torna-se imprescindível compreender esta dinâmica para conhecer a estrutura do relacionamento conjugal, e a maneira pela qual interage. Só assim, podem ser criadas condições melhores para um relacionamento sexual mais satisfatório.

A disfunção sexual pode ser causa ou conseqüência de tal sistema do relacionamento geral do casal, ou seja, a queixa sexual gerando insatisfação, pode levar ao desentendimento e hostilidade conjugal, assim como a hostilidade e os conflitos do relacionamento geral, afetivo, podem levar ao aparecimento de queixas sexuais. No relacionamento hostil e conflituoso, a dificuldade de comunicação aumenta e esse fato contribui para um maior comprometimento da relação conjugal. Não é raro, por isso, um paciente demonstrar resistência em levar sua companheira ao consultório. Esse comportamento, como já foi dito, pode ser demonstração da qualidade do relacionamento conjugal, ou seja, um relacionamento mais afetuosos,

onde apesar da dificuldade sexual, ainda existe amor, interesse e preocupação com o outro, normalmente existe uma maior participação de um na vida e interesse do outro. Quando os pacientes alegam que não querem envolver a parceira, ou quando apesar de convocadas, as parceiras se recusam a participar, tal fato pode sugerir também um mau funcionamento do sistema conjugal e sexual.

Kaplan (1977) também faz uma observação interessante, dentro da Psicanálise, a respeito da qualidade do relacionamento conjugal. Em alguma extensão, todos nós tratamos nossos conjugues como se fossem nossos pais. Transferências dos pais para o esposo resultam em medo de abandono, dependência excessiva e exigências. Algumas pessoas retrocedem nas relações conjugais e agem como “bons meninos e boas meninas”, passivos com receio de serem abandonadas pelo marido-pai. As relações conjugais podem resultar em hostilidade, ansiedade e grande infelicidade quando excessivamente governadas por transferências neuróticas e infantis não resolvidas, sobretudo quando num grau em que estejam fora do conhecimento do casal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Kaplan (1977), a resistência em um ou em ambos os parceiros quase sempre toma a forma de uma atitude para evitar as tarefas sexuais prescritas ou de um fracasso para responder a elas. A atitude de evitar as tarefas sexuais é também indicativa da presença de problemas diádicos e intrapsíquico que precisam ser resolvidos, ao menos em parte, antes que se possa continuar o tratamento.

É interessante observar que as resistências tendem a aparecer quando a queixa sexual começa a ser resolvida, ou seja, quando começa a haver uma melhora no funcionamento sexual. Em outras palavras, a resistência mobilizada pelas rápidas mudanças no funcionamento sexual pode ser entendida, quase sempre, por antecipação inconsciente do medo de abandono, do vínculo ou da responsabilidade no relacionamento sexual satisfatório, falta de expectativa de sucesso, manifestação de sentimento de raiva, etc.

Kaplan (1977) descreve que algumas vezes, as técnicas da Terapia Sexual são úteis para revelar e resolver as transações nocivas, das quais o casal, anteriormente, não tinha conhecimento.

Em alguns casos, é comum as parceiras tentarem sabotar o tratamento, alegando que estão cansadas para fazerem com o parceiro, os exercícios ou tarefas propostas pela terapia. Costumam alegar que tais exercícios são muito mecânicos ou ainda, que não dispõem de tempo para fazê-los. Esse tipo de resistência pode ser trabalhada pela interpretação e confrontação da parceira com o seu comportamento destrutivo.

Em outras situações é necessário dar oportunidade ao paciente ou à sua parceira, de lidar em profundidade com seus medos e conflitos inconscientes ligados à sua sexualidade. Neste caso, pode ser usadas as técnicas interpretativas da psicoterapia para facilitar o insight, numa intervenção num nível mais profundo, tentando modificar as raízes do problema. Esse procedimento pode ser usado numa combinação das técnicas experienciais da terapia sexual usadas concomitantemente ou, podem ser usadas após uma interrupção das tarefas sexuais, voltando a elas, após a resolução parcial dos conflitos. (Kaplan, 1977)

Em toda a dinâmica da Terapia, seja ela sexual, conjugal, individual, etc., é fundamental que o terapeuta esteja atento aos atos, falas e comportamentos do paciente e de sua parceira sexual, que possam ter outra conotação ou significado inconsciente, tentando esclarecer e conhecer esses significados.

Desta forma, torna-se mais viável o sucesso da terapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALIL, V L. *Terapia familiar e de casal*. São Paulo, Summus Editorial, 1987.
2. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia (CRP), Brasília, 1987.
3. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES JR., O. M; PORTNER, M. *Sexualidade -A integração do atendimento multidisciplinar*. Revista Brasileira da Clínica Terapêutica, Vol. XX(8):301-07, 1991.
4. FREUD, S. *Coleção standart das obras completas*. Vol. XIII, Rio de Janeiro, 1969.
5. KAPLAN, H. S. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1974.
6. LAPLANCHE e PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. 9ª ed., São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1986.
7. MUNJACK, D. J. e OZIEL, L. J. *Sexologia, diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, São Paulo, Livraria Atheneu, 1984.
8. PUECH-LEÃO, P. *Impotência sexual masculina*. Revista Ass. Médica Brasil, Vol. 36(1), p. 35-6, 1990.
9. PUECH-LEÃO, P *Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão com pressão constante*. Teste de Docência-Livre, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, S.P., 1987.
10. PUECH-LEÃO, P.; ALBERS, M. T. V.; PUECH-LEÃO, L. E. *Post-exercise penile blood pressure in the diagnosis of vasculogenic impotence*. Vascular Surgery, 17(4):216-9, 1983.
11. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; RODRIGUES JR., O. M. *Especificidade do índice pênis-braço no diagnóstico da impotência vasculogênica*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 15(1):55-6, 1988.

12. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; RODRIGUES JR., O. M. *Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso*. Jornal Brasileiro de Urologia, 13(1):11-4, 1987.
13. RODRIGUES JR., O. M. Editorial: *Avaliação psicológica*. Urologia Panamericana, 3(2): VII-XI, 1990b.
14. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. *Disfunção sexual erétil: diferenças psico-sexuais em causas orgânicas e psicológicas*. Reprodução, 6(2):69-80, 1991a.
15. RODRIGUES JR., O. M.; PUECH-LEAO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. *Disfunções sexuais e a procura anterior de tratamento*. Reprodução, 2(2):109-12, 1988.
16. RODRIGUES JR., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. *Prevalência de dificuldades sexuais em parceiras, de homens sexualmente disfuncionais*. R.B.S.H. (1). p. 18-21: 1990.
17. RODRIGUES JR., O. M. *Avaliação psicológica do homem sexualmente disfuncional, um modelo*. Ard. Bras. Psicol., 42(2):59-62, 1990a.
18. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. *O inventário IHE de sexualidade masculina*. Forma III.
19. SILVA, A. C. *O casal em terapia*. In VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, Livraria Roca, 1986.
20. SILVA, M. C. A. *Relações transferenciais*. In VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, S. P., Editora Roca, 1986.
21. SISTER, M. P. *Impotência sexual masculina -Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, Livro Médico Editora, 1988.
22. WESPES, E.; DELCOUR, C.; STRUYEN, J.; SHULMANN, C. C. C. *Cavernometry-caversography: its role in organic impotence*. European Urology, 10:229-32, 1984.