

Disfunção Erétil: opinião do paciente quanto a possível tratamento* **2**

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹
Mônica R. B. Pugliese²

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; PUGLIESE, M. R. B. Disfunção erétil: opinião do paciente quanto a possível tratamento. *R. B. S. H.* 4(1): 1993.

Com o objetivo de reconhecer as expectativas quanto a possível, tratamentos, durante a fase diagnóstica, de homens impotentes sexualmente, procedeu-se a estudo retrospectivo de 1681 pacientes, em clínica privada de caráter multidisciplinar. As expectativas quanto aos possíveis tratamentos encontram-se apresentados nas respostas ao Inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma III, referindo aceitação, rejeição/desconhecimento sobre as seguintes condutas: cirurgias, psicoterapias, medicamentos, orientação sexual, prótese peniana, hormônios, outros tratamentos.

A referência anterior à conduta terapêutica no que se refere à aceitação foi maior para medicamento (60,31%); orientação sexual (55,15%) e psicoterapia (52,38%). Em contrapartida, prótese peniana (20,23%), cirurgia (15,87%) e hormônio (8%) foram os mais rejeitados. Já os tratamentos mais desconhecidos para estes pacientes foram: outros tratamentos que não os citados (8,73%); hormônios (7,14%); prótese peniana (6,7%) e psicoterapia (6,34%).

De 194 (88,18%) indicações do psicoterapia, foram efetuadas 68 (35,57%). Das 34 cirurgias propostas (15,46%), foram realizadas 50%, sendo que dessas 17 cirurgias, 8 eram de implante para prótese peniana (47,06%). O mesmo aconteceu no que se refere aos medicamentos: 40 propostas, (18,18%), sendo realizadas apenas 50% delas.

* Instituto H. Ellis (SP).

1. Psicólogo clínico terapeuta associado ao Instituto H. Ellis, vice-presidente. Sudeste da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.
2. Psicóloga clínica, especializada em sexualidade pelo Instituto H. Ellis.

Recebido em 04.03.93

Aprovado em 15.03.93

Notou-se que as expectativas anteriores à proposta de tratamento pouco influenciam em seu curso real. A opinião abalizada do médico é a que mais conta; percebe-se, porém, que a motivação interna do paciente interfere na realização do tratamento que se realizará à contento, se tal motivação estiver presente de forma positiva. Caso contrário, é de fundamental importância a relação médico-paciente e o quanto ela pode influenciar na aceitação de tratamentos, re-estruturando cognitivamente o paciente. Entretanto, observa-se que essas motivações intrínsecas, quando inadequadas, podem ser alteradas com a intervenção a mais de um profissional de saúde mental. Essas motivações intrínsecas ainda devem conduzir o paciente à aceitação de tratamentos para a disfunção erétil.

SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M.; PUGLIESE, M. R. B. Erectile dysfunction: patient's attitude concerning possible treatments. *R. B. S. H. 4(1): 1993.*

In order to recognize expectancy towards the possibility of treatment for erectile dysfunction, prior to treatment reference a retrospective study of 1681 male patients was made the expectancy found at the I.II.E. Male Sexuality Inventory, form III, which referred acceptance/rejection/unknowledge about surgeries, psychotherapy, medication, sexual education, penile protheses, hormones, and "other treatments".

The prior acceptance was higher for medication (60.31 %), sexual education (55.15%) and psychotherapy (52.38%) but lower for penile protheses (20.23%), surgeries (15.87%) and hormones (8%), the mostly rejected. The most unknown treatments were the non-cited (8.73%), hormones (7.14%), penile protheses (6.7%) and psychotherapy (6.34%).

Out of 194 (88.18%) references of psychotherapy, 68 patients (35.57%) were treated. Out of 34 (15.46%) referred for surgeries, 50% were done, from which 8 were penile protheses implantations (47.06%). Medications were penile prescribed for 40 patients (18.18%) and accepted by 50%.

Prior expectancy do not really counts for the acceptance of the treatments. The professional opinion by the physician takes the patient to accept the treatments, although subjective motivation do interferes with that acceptance. This seems to be the explanation besides the importance of the empathy between patient and physician is able to re-structure within the patient taking him to accept treatments, unless his emotional/nonrational motivations do not let him treat adequately his erectile dysfunction.

INTRODUÇÃO

Quando o homem sexualmente impotente procura um médico, traz consigo todas as esperanças, motivações e expectativas para seu tratamento e sua conseqüente cura.

É importante o médico poder reconhecê-las, pois assim, com certeza, ficará mais fácil estabelecer uma conduta, ou melhor, uma estratégia terapêutica. Este trabalho tem por objetivo reconhecer as expectativas dos pacientes frente aos possíveis tratamentos propostos para a disfunção erétil (D.E.), tentando estabelecer sua influência no tratamento a ser efetuado. Para tanto, foi proposto, então, este estudo retrospectivo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram estudados, retrospectivamente, 1681 pacientes homens, com queixas sexuais, que buscaram uma clínica privada de caráter multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento, no período de fevereiro de 1987 a julho de 1989. Os pacientes com queixas de disfunção erétil foram submetidos à avaliação multidisciplinar: entrevista inicial para anamnese da queixa (11,14); estudo hemodinâmico do corpo cavernoso com cloridrato de papaverina (10), com cavernosometria de fluxo (18) ou cavernosometria por pressão constante (4); a avaliação arterial (5,6,7); taxas sanguíneas de glicose, FHS, LH, prolactina e testosterona; estudo da turgescência peniana noturna com fitas de rompimento progressivo tipo H-R; exame de potencial evocado peniano e reflexo bulbo-cavernoso; avaliação psicológica com entrevista estruturada na sexualidade: desenvolvimento e disfunção; e aplicação de testes psicológicos e o Inventário de Sexualidade Masculina, forma III(12,13, 14, 16). Neste inventário, o paciente apresentava sua opinião sobre os tratamentos possíveis para a disfunção erétil, apresentados pela questão:

- 35: Há várias possibilidades de tratamento para dificuldades sexuais; após metucioso estudo, um ou vários conjuntamente serão indicados a você. No verso de sua folha de resposta escreva: o que você acha de cada tratamento, se você gosta ou não da idéia, se tem algo contra cada um destes tratamentos:
- a) cirurgia;
 - b) psicoterapia;
 - c) medicamentos;
 - d) orientação sexual;
 - e) prótese peniana;
 - f) hormônios;
 - g) outros tratamentos.

Procurou-se estabelecer a prevalência das respostas e a elaboração de conclusões.

Ressalte-se que os pacientes participantes deste estudo obrigatoriamente passaram por uma fase de psicodiagnóstico; responderam, portanto, ao menos parcialmente, ao Inventário I.M.E. de Sexualidade Masculina, forma III.

RESULTADOS

Os pacientes estavam na faixa etária de 19 a 71 anos (média, 44 anos). Quanto ao seu estado civil: 164 (65,08%) viviam em convivência marital; 72 (28,57%) eram solteiros; 12 (4,76%), desquitados e 4 (1,59%), viúvos, ou seja, não conviviam maritalmente.

A queixa sexual que motivou estes pacientes a procurarem tratamento era a disfunção erétil. Observando-se os dados reunidos na Tabela 1, percebemos que 46 apresentavam queixas primárias de distúrbios eréteis (19,05%); as dificuldades eréteis situacionais foram referidas por 70 pacientes (28,97%), incluindo, nestes últimos, os pacientes primários e os secundários e 201 pacientes apresentavam disfunção erétil secundária (83,73%), ou seja, no que se refere à ereção peniana, eles já haviam apresentado período normal de vida sexual.

Tabela 1 – Distribuição da queixa sexual principal em formas desta disfunção.

Tipo da Disfunção Erétil	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária*	46	19,05
Secundária	201	83,73
Situacional**	70	28,97
TOTAL	252	100

Outras queixas concomitantes foram referidas (e/ou indentificadas) em 181 pacientes (71,83%). Destes, 100 pacientes (39,68%) apresentavam ejaculação prematura ou precoce (Tabela 2), sendo que 37 referiam ejaculação precoce primária (37%); 44 pacientes referiam ejaculação prematura secundária anterior ao distúrbio erétil (44%); 12 pacientes, ejaculação precoce secundária à D.E. (12%); e 7 pacientes, ejaculação precoce situacional (7%).

* 18 pacientes apresentam a forma primária situacional.

** Estes pacientes também acham-se incluídos entre os primários e secundários.

Tabela 2 – Tipos de ejaculação prematura na disfunção erétil.

Tipo de Ejaculação Precoce	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária	37	37
Secundária	44	44
Secundária à D.E.	12	12
Situacional	7	7
TOTAL	100	100

Na Tabela 3, observa-se que 13 pacientes (5,16%) apresentavam inibição ejaculatória, concomitantemente à disfunção erétil. Estes se distribuíram da seguinte maneira: 4 pacientes (30,77%)-inibição ejaculatória secundária à disfunção erétil; c 3 pacientes (23,08%)- inibição ejaculatória situacional.

Tabela 3 – Tipos de inibição ejaculatória concomitantes à disfunção erétil.

Tipo de Inibição Ejaculatória	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária	–	–
Secundária	6	46,15
Secundária à D.E.	4	30,77
Situacional	3	23,08
TOTAL	13	5,16

Na Tabela 4, nota-se que 68 pacientes (29,37%) também referiam inibição do desejo sexual, que se apresentam: 8 pacientes (11,77%) - inibição primária; 34 pacientes (50%) - inibição do desejo sexual secundário anterior à queixa erétil; 23 pacientes (33,82%) - inibição do desejo sexual secundário à D.E.; 3 pacientes (4,41%) - inibição do desejo sexual situacional.

Tabela 4 – Tipos de inibição do desejo sexual associados à disfunção erétil.

Tipo de Inibição do Desejo Sexual	Nº de Pacientes	
	Absoluto	Relativo (%)
Primária	8	11,77
Secundária	34	50
Secundária à D.E.	23	33,82
Situacional	3	4,41
TOTAL	68	29,37

A Tabela 5 apresenta as atitudes do homem com disfunção erétil, demonstradas durante a fase diagnóstica, quanto aos possíveis tratamentos. Vinte e cinco pacientes não responderam à questão em estudo (9,9%). A referência anterior à conduta terapêutica no que se refere à aceitação foi maior para os itens: medicamentos (60,31 %); orientação sexual (55,15%) e psicoterapia (52,38%). Em contrapartida, os itens prótese peniana (20,23%), cirurgia (15,87%) e hormônios (8%) foram os mais rejeitados. Já os tratamentos mais desconhecidos para estes pacientes foram: outros tratamentos que não os citados (8,73%); hormônios (7,14%); prótese peniana (6,7%) e psicoterapia (6,34%).

Tabela 5 – Atitude do homem com queixa de disfunção erétil quanto às formas de tratamento, anterior à indicação terapêutica.

Tipos de Tratamento	Atitude do Paciente Impotente			
	Acceptação	Rejeição	Desconhecimento	Não respondeu
Cirurgia	117 (46,42%)	40 (15,87%)	10 (3,9%)	85 (33,7%)
Psicoterapia	132 (52,38%)	14 (5,5%)	16 (6,34%)	90 (35,71%)
Medicamentos	152 (60,31%)	11 (4,3%)	11 (4,3%)	78 (30,95%)
Orientação Sexual	139 (55,15%)	11 (4,3%)	14 (5,5%)	88 (34,90%)
Prótese Peniana	91 (36%)	51 (20,23%)	17 (6,7%)	93 (38,80%)
Hormônios	116 (46%)	20 (8%)	18 (7,14%)	98 (38,8%)
Outros Tratamentos	103 (41%)	6 (2,3%)	22 (8,73%)	121 (48%)

Os tratamentos propostos e os aceitos foram agrupados em três grandes itens (Tabela 6). Em psicoterapia houve 194 (88,18%) propostas, efetuando-se 68 tratamentos (35,57%). Das 34 cirurgias propostas (15,46%), foram realizadas 17 (50%), sendo que, destas, 8 eram para o implante de prótese peniana (47,06%) (9,15). O mesmo aconteceu quanto a medicamentos: houve 40 propostas (18,18%), sendo realizadas apenas 50%.

Tabela 6 – Indicação terapêutica para a disfunção erétil (32 pacientes realizaram apenas os exames diagnósticos por solicitação de outros médicos, não recebendo indicação de tratamento).

Tratamentos	Nº de Pacientes	
	Propostos	Efetuados
Psicoterapias	194 (88,18%)	68 (35,57%)
Cirurgias	34 (15,46%)	17 (50,00%)
Medicamentos	40 (18,18%)	20 (50,00%)
TOTAL	220 (100,00%)	87

A Tabela 7 mostra-nos quais foram os medicamentos indicados para o tratamento da disfunção erétil, sua aceitação e resultados.

Tabela 7 – Medicamentos indicados e sua aceitação, e resultados para o tratamento da disfunção erétil.

Medicamentos	Nº de Pacientes	Resultados Positivos	Resultados Negativos
Ioimbina	22	13	9
Ioimbina + Hydergine	1	–	1
Ioimbina + Citoncurim	1	–	1
Ioimbina + Prazozin	1	–	1
Profasi	1	–	1
Potaba	1	–	1
Prostaglandina	2	–	2
Papaverina	2	1	1
Corticóides	1	1	–
TOTAIS	32	15 (46,88%)	17 (53,13%)

Obs.: 8 pacientes foram desconsiderados nesta tabela.

Ao analisarmos a atitude prévia acerca dos tratamentos para a disfunção erétil em pacientes considerados predominantemente psicogênicos e que aceitaram psicoterapia (Tabela 8), observa-se que os itens de maior aceitação foram orientação sexual (60,29%), medicamentos (58,82%) e psicoterapia (57,35%). Já os tratamentos mais rejeitados foram cirurgia (14,71 %) e prótese peniana (16,18%). No tocante a tratamentos desconhecidos, percebe-se outros tratamentos que não os citados (14,71 %); prótese peniana (13,24%) e hormônio (10,29%). Ressalte-se que 4 pacientes desconheciam todos os possíveis tratamentos descritos.

Tabela 8 – Atitude prévia sobre tratamentos para a impotência em pacientes que aceitaram tratamento em psicoterapia (n = 68).

Tipos de Tratamento	Atitude do Paciente Impotente			
	Aceitação	Rejeição	Desconhecimento	Não Respondeu
Cirurgia	34 (50,00%)	10 (14,71%)	5 (7,35%)	19 (27,94%)
Psicoterapia	39 (57,35%)	3 (4,41%)	5 (7,35%)	19 (27,94%)
Medicamentos	40 (58,82%)	4 (5,88%)	5 (7,35%)	19 (27,94%)
Orientação Sexual	41 (60,29%)	1 (1,47%)	5 (7,35%)	21 (30,88%)
Prótese Peniana	24 (35,29%)	11 (16,18%)	9 (13,24%)	24 (25,29%)
Hormônios	36 (52,94%)	3 (4,41%)	7 (10,29%)	22 (32,35%)
Outros Tratamentos	31 (45,59%)	–	10* (14,71%)	27 (39,71%)

* 4 pacientes desconheciam todos os tratamentos possíveis e descritos.

A indicação de psicoterapia (Tabela 9) mostra-nos que, de 146 propostas para a terapia sexual (97,33%), 48 casos (32,88%) tiveram o tratamento efetuado, até a alta. As indicações de terapia de grupo (1,33%) e de casal (1,33%) não foram aceitas. O mesmo não aconteceu com a terapia que se utiliza da abordagem corporal, apesar desta ter algumas particularidades: das 10 indicações recebidas (6,67%), foram realizados 9 tratamentos até a sua alta (90%). Ressalta-se que, de 6 pacientes que receberam indicação conjunta de terapia sexual com abordagem corporal, apenas um aceitou esta abordagem; 3 pacientes receberam medicação concomitante à abordagem corporal e 1 paciente obteve indicação de terapia de casal mais abordagem corporal. Destaque-se que as indicações para terapia sexual não apresentavam outras técnicas e indicações terapêuticas co-adjuvantes.

Tabela 9 – Tipos de psicoterapia indicados para o tratamento de disfunção erétil.

Tipos de Psicoterapia	Nº de Pacientes	
	Propostos	Efetuados
Sexual(*)	146 (97,33%)	48 (32,88%)
Grupo	2 (1,33%)	-
Casal	2 (1,33%)	-
Corporal(*)(**)	10 (6,67%)	9 (90,00%)
TOTAL	150 (100,00%)	-

CONCLUSÕES

Ao observarmos a Tabela 5, podemos perceber que as formas mais aceitáveis de tratamento para a disfunção erétil são, de início, os medica-

* 6 pacientes receberam indicação de abordagem conjunta de terapia sexual a abordagens corporais, sendo que apenas um aceitou a abordagem corporal.

** 3 pacientes receberam medicação concomitante a uma indicação de terapia de casal.

Obs:Indicação de psicoterapia sem outras técnicas e indicações terapêuticas co-adjuvantes.

mentos, a orientação sexual e a psicoterapia. Estas formas são aparentemente menos invasivas e, a priori, implicam em controle voluntário pelo paciente, o que pode conduzi-los a melhor aceitação. O contexto de invasão corporal pelo tratamento pode, ao menos parcialmente, explicar a rejeição maior pela prótese peniana (20%) e pelas cirurgias (16%). O maior desconhecimento dos tratamentos apresentados refere-se à prótese peniana e ao tratamento por hormônio, o que aparentemente não deveria ocorrer visto que são métodos de divulgação pela imprensa leiga e, aquele último, de fácil aquisição nas farmácias. Provavelmente, o que impede um consumo maior de hormônios, sem orientação médica, para o tratamento da disfunção erétil são as fantasias de uma possível interferência nos caracteres sexuais secundários do homem, com um déficit ou um aumento exagerado de hormônio; o que em última instância, poderia modificar ainda mais a masculinidade.

Nota-se que as expectativas anteriores à proposta de tratamento pouco influenciam seu curso real. Se pegarmos o item medicamentos, observaremos que obteve “ótima” aceitação como possível tratamento a ser realizado, porém, das 40 propostas, apenas 50% delas se realizaram. A respeito das cirurgias, um dos tratamentos mais rejeitados, observa-se fenômeno semelhante ao do medicamento: dos tratamentos propostos, foram realizados 50% deles. Ressalte-se que as próteses penianas também foram as mais rejeitadas, enquanto forma de tratamento, a estas totalizaram 47,06% das cirurgias realizadas.

Entre os medicamentos, o cloridrato de ioimbina, embora não haja muitos estudos que demonstrem como o efeito se dá, alcança bom nível de resultados com boa aceitação de tratamento, a qual pode se dar pelo efeito mágico que a droga sugere: um “afrodisíaco”. Porém, deve-se lembrar que a ação vasodilatadora periférica deve auxiliar nas disfunções veno-oclusivas e a ação sobre o sistema nervoso central, no desejo do paciente (1,2,3,17).

Concluímos, então, que a atitude prévia do paciente disfuncional não interfere no resultado final do tratamento. A opinião abalizada do médico é o que mais conta e - mesmo garantido um espaço para se discutir com o paciente o porque de determinado tratamento ser o mais adequado para aquele momento específico - a variável de maior interferência será a verdadeira motivação interna do paciente para a cura. A motivação, quando presente, passa por mediadores cognitivos (que podem ser corrigidos) da inadequação, quanto a forma de se tratar uma disfunção erétil, para a adequação proposta pelo médico, autoridade que buscou.

A aceitação da prótese peniana aparentemente é fruto da autoridade que o médico representa sobre as mudanças cognitivas e a atitude de receptividade pelo método terapêutico. No entanto, considere-se que a atitude prévia de rejeição não é passível de tais interferências por parte da figura

de autoridade do médico, posto que, dentre aqueles que tiveram o implante peniano, nenhum a rejeitava na fase diagnóstica. Naturalmente, o processo psicoterapêutico pode dessensibilizar o paciente quanto a medos neuróticos infundados a respeito desta terapêutica, mas lembremo-nos que a psicoterapia é um processo que, por si, já permite a modificação de atitudes, o que conduzirá à aceitação do implante peniano ou quaisquer outros métodos orgânicos no tratamento da disfunção erétil.

A aceitação de tratamento psicológico ainda se depara com resistências intrapsíquicas e concepções errôneas que grassam nossa cultura. Aceitar a psicoterapia significa, muitas vezes, que o paciente se reconhece como insano e psicologicamente inadequado, doente mental e incapaz. Considere-se, ainda, o conceito culturalmente divulgado do tratamento psicológico de longa duração, o que, a princípio, torna-se inverossímil para o paciente que se considera velho ou não-jovem, isto é, que não tenha mais a vida toda para se tratar e viver sexualmente feliz. Estes mediadores cognitivos recebem suporte social e muito deverá ser elaborado, por meio da mídia, para a modificação de atitude tão estável em cultura ocidental, mormente brasileira.

Neste ponto aponta-se a importância da relação médico-paciente e o quanto esta relação influencia na aceitação de tratamentos, re-estruturando cognitivamente o paciente. No entanto, por melhor que seja a relação médico-paciente, as motivações internas e subjetivas do paciente podem continuar a dirigir os mediadores cognitivos, o que o impedirá de mudar suas opiniões quanto aos tratamentos propostos ou menos aceitos, ao diagnóstico e à opção do tratamento apresentada pelo profissional. Tais motivações, muitas vezes não-cognoscíveis pelo paciente, podem ser acessíveis ao profissional de saúde mental, mas, também, nem sempre são mutáveis em poucas horas (!) de contato-diagnóstico com o paciente. As motivações intrínsecas ainda devem conduzir o paciente à aceitação de tratamentos para a disfunção erétil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BORGES Jr., E.; ORTIZ, V. O uso de cloridrato de Yoimbina na disfunção sexual masculina. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual*. São Paulo, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABEI), 1991.
2. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Loimbina e inibição do desejo sexual - estudo duplo cego com 25 pacientes. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual*. São Paulo, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABEI), 1991.

3. MORALES, A.; CONDRÁ, M.; OWEN, J. A.; SURRIDGE, D. H.; FENEMORE, J.; HARRIS, C. Is Yohimbine effective in the treatment of organic impotence? Results of a controlled trial. *J. Urology*, 137:1 168-72, 1987.
4. PUECH-LEÃO, P. Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão constante. Dissertação de Docência-Livre, Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.
5. 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.
6. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; REICHEL T, A. C. Leakage trough the crural edge of corpus cavernosum - diagnosis and treatment. *European Urology*, 13:163-5, 1987.
7. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; RODRIGUES Jr., O. M. Especificidade do índice pênis-braço no diagnóstico de impotência vasculogênica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 15(1):55-6, 1988.
8. PUGLIESE, M. R. B.; CECARELLO, C. V.; RODRIGUES Jr., O. M.; MONESI, A. A.; OLIVEIRA, E.; REIS, I. M. S. M. Terapia sexual de disfunção erétil: experiências profissionais em hospital previdenciário. *Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual*. São Paulo, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABEL), 1991.
9. REIS, J. M. S. M.; CHAO, S.; PUECH-LEÃO, P.; BASTOS, J. T. V. Penile implant preserving the crectile mechanism. *Proceeding of the Third Biental World Meeting on Impotence*, ISIR, 1938.
10. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL T, A. C.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 13(1):11-4, 1987.
11. RODRIGUES Jr., O. M. A avaliação de disfunção erétil: objetivação da quantificação da ereção. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 63(6):481-2, 1989.
12. RODRIGUES Jr., O. M. Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional - Um modelo. *Arquivo Brasileiro de Psicologia* 42(2):57-62, 1990.
13. RODRIGUES Jr., O. M. A pesquisa na disfunção erétil. *Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana*, 2(1):4, 1990.
14. RODRIGUES Jr., O. M. A sexualidade do paciente: a vergonha do médico e de outros profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina* 46(10):511-2, 514, 516, 1989.
15. RODRIGUES Jr., O. M.; BUENO, M. R.; ARCHINÁ, R. Expectation of treatment in impotence with penile protheses referral. *Urologia Panamericana*, 3(1):25-7, 1991.
16. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M. O inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma III. *Sexus*, 3(3):19-23, 1991.
17. SONDA, I. D.; MAZO, R.; CHANCELLER, M. B. The role of yohimbine for the treatment of erectile impotence. *J. Sex & Marital ther.* 16(1):15-21, 1990.
18. WESPWES, E.; DELCOUR, C.; STRUYEN, J.; SCHULMANN, C. C. C. Cavernometry - cavernosography: its role in organic impotence. *European Urology*, 10:229-32,1984.