

Disfunção erétil Secundária: Aceitação de Tratamento e a Determinação de Etiologia pelo Paciente **3**

Oswaldo Martins Rodrigues Jr.¹
Madalena Sartori²
Moacir Costa³

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; SARTORI, M. & COSTA M. Disfunção Erétil Secundária: Aceitação de Tratamento e a Determinação de Etiologia pelo Paciente. R.B.S.H. 2(2). 1992.

O paciente homem que procura diagnóstico e tratamento para disfunções sexuais pode ter em mente possíveis razões causais para tais disfunções. Essa crença prévia da etiologia da disfunção erétil secundária pode relacionar-se com a aceitação dos possíveis tratamentos, para o que estudou-se retrospectivamente 201 pacientes através das informações obtidas nas entrevistas de anamnese e psicológica, parte de diagnóstico multidisciplinar daquela queixa.

A etiologia mais referida pelo paciente foi a orgânica (57%), seguida da psicológica (40,46%). A psicoterapia, ou terapia sexual, foi indicada a 61% dos pacientes, sendo aceita por 56%; a aceitação maior deu-se entre os pacientes que se outorgavam causas sócio-educacionais (100%), psicológicas (61%), que não tinham hipóteses a priori (60%) ou mistas, orgânicas e psicológicas (55%). A prótese peniana foi proposta a 20% dos pacientes, sendo aceita por 45%, mormente entre os pacientes que se outorgaram causas sócio-educacionais (100%), mistas (60%) ou orgânicas (56%).

1. Psicólogo associado ao Instituto H. Ellis (SP); mestrando em Psicologia Social pela PUCSP. Terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis. 2. Psicóloga pela Universidade Paulista; estagiária do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP). 3. Psiquiatra do Instituto H. Ellis (SP); diretor do Curso de Especialização Livre em Sexualidade Humana do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP).

Os tratamentos mais aceitos entre os homens com disfunção erétil secundária são os menos agressivos e que envolvem menor tempo para a solução do problema. Assim, a revascularização, a prótese e a psicoterapia receberam menor aceitação. Medicamentos e hormônios são os tratamentos mais aceitos. Sob tais condições, os profissionais da área têm que lidar com situações extremamente sedutoras, em que o paciente aceita nem sempre o que lhe seria adequadamente indicável.

ABSTRACT

RODRIGUES Jr., O. M.; SARTORI, M. & COSTA, M. Secondary Erectile Dysfunction: Treatment Acceptation and Patient's Presumed Etiology. R.B.S.H. 2(2). 1992.

The male patient when searching for diagnosis and treatment for sexually dysfunctions may have in mind possible reasons and causes for the dysfunctions. This previous belief of the etiology for secondary erectile dysfunction may be related to the acceptance of the possible treatments, for what 201 patients were retrospectively studied through the data obtained in the diagnostic interviews. Sex therapy was referred to 61% of the patients and accepted by 56%; the acceptance of treatment was higher among the patients that had hypothesized socio-educational causes (100%), psychological (61%), had no prior hypothesis (60%) or thought of mixed (organic and psychological) causes (55%). The penile prosthesis was proposed to 20% of the patients and accepted by 45% of them specially among the patients that had given socio-educational causes to the erectile dysfunction (100%), mixed causes (60%) or organic (56%). The most accepted treatments among men with secondary erectile dysfunction are the less aggressive and the ones that involves a supposed smaller time to return sexual potency; then surgery for revascularization and penile prosthesis and psychoterapy were less accepted comparing to other treatments. Medication and hormones are the most accepted. Under such seductive conditions the professional has to deal with the patient to prescrib him the right treatment not the one he may wants or accept.

INTRODUÇÃO

Quaisquer dificuldades, problemas ou doenças no ser humano conduzem-no a buscar alguma solução e hipotetizar razões que expliquem tais situações em termos de causa e efeito. A "hipotetização" causal de tais situações preenche cognitivamente um estado de homeostase de personalidade, condição básica de bem-estar e adequação do ser humano. O homem portador de uma disfunção sexual deve desenvolver cognições visando auto explicar-se quanto às razões de condições tão embaraçosas em nossa cultura.

Ao ' buscar um tratamento para a disfunção erétil, o homem deve estar considerando tais cognições na aceitação de tratamentos a serem propostos para aquela disfunção sexual.

Visando reconhecer as associações entre os tratamentos propostos para a disfunção erétil e as etiologias hipotetizadas pelo paciente, este estudo foi desenvolvido.

MATERIAL E MÉTODOS

De um grupo de 961 pacientes homens com queixas sexuais que acorreram à clínica privada de caráter multiprofissional, no período de junho de 1986 a dezembro de 1987, 268 se outorgaram causas para suas disfunções (27,89%); destes, 201 (75%) apresentavam queixas de disfunção erétil secundária e foram estudados retrospectivamente. Para disfunção erétil secundária utilizou-se a seguinte definição: dificuldade parcial ou total para obter e/ou manter uma ereção peniana rígida que permita uma relação sexual adequada a satisfatória do ponto de vista do paciente, sendo que esta disfunção se desenvolveu após um período de normalidade e adequação anteriormente vivido (6, 13).

As causas outorgadas pelos pacientes foram pesquisadas nas entrevistas de anamnese e psicológica às quais o paciente foi submetido (29, 30, 31, 32, 34).

Os tratamentos foram propostos após a avaliação diagnóstica que abrangia exames orgânicos e psicológicos (3): avaliação arterial (21, 23, 25); estudo hemodinâmico do corpo cavernoso com clóridrato de papaverina (20), com cavernosometria de fluxo (48) ou cavernosometria de pressão constante (22, 24); taxas sanguíneas de testosterona, prolactina, FSH, LH e glicose; potenciais evocados penianos e reflexo bulbo-cavernoso no eletrodiagnóstico (4, 16, 17, 18, 19, 20); entrevista psicológica estruturada focalizada na sexualidade (29, 30, 31, 32, 33, 34, 35); Teste de Apercepção Temática de Murray (14, 15); Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (5); Escala de Auto-Eficácia Sexual, forma E (11, 43, 44) e Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina, forma III (37, 38).

A proposta de tratamento partiu da indicação mais adequada de determinado tratamento em função dos resultados dos exames orgânicos e psicológicos, discutidos entre os profissionais que os executaram.

Procurou-se estabelecer a associação entre a auto-outorga de etiologia para a disfunção erétil pelo paciente e a aceitação do tratamento proposto.

Os tratamentos propostos incluem a psicoterapia na forma de terapia sexual nos moldes enunciados por Kaplan (6, 7, 8, 9); a prótese peniana flexível, semi-rígida, de silicone com núcleo cordoado de prata 925, tipo Jonas; cavernosoplastia com plicatura dos

cornos posteriores dos corpos cavernosos do pênis (24) e ligadura da veia dorsal do pênis; cirurgia a Nesbit para Doença de Peyronie (10); auto-injeção de cloridrato de papaverina (27, 46, 47); cloridrato de ioimbina (2), inclusive como proposta placebo como alternativa de não aceitação apriorística de psicoterapia; tratamento do diabetes mellitus; testosterona; suspensão de medicação anti-hipertensiva ou bloqueadora de H2.

Também poderia haver indicação conjunta ou seriada de mais de um tratamento (1, 27, 41, 47).

As etiologias referidas pelo paciente foram agrupadas da seguinte forma:

- causas orgânicas: veias, vascular, traumatismos físicos e acidentados, idade, cirurgias, infecções, injeções, medicamentos;
- causas psicológicas: nervosismo, medos, excesso de trabalho, ansiedade, timidez, insegurança, bloqueios mentais e comportamentais;
- causas mistas: psicológicas e orgânicas concomitantes;
- causas místicas: divinas e superstições;
- causas sócio-educacionais: forma de educação e criação familiar;
- não sabe dizer: o paciente afirma não saber as possíveis causas para sua disfunção sexual.

RESULTADOS

O homem com queixas de disfunção erétil secundária que procura tratamento em clínica privada, cuja idade média é de 48 anos (variando de dezesseis a 74 anos), casado ou vivendo maritalmente (85,6%0), tende a hipotetizar etiologia orgânica para essa disfunção (43,26%). As causas psicológicas são elaboradas por 26,51%; as mistas (orgânicas e psicológicas concomitantes) por 13,95%; 13,49% dos pacientes referiram não saber o que poderia estar lhes causando a disfunção erétil; causas místicas e sócio-educacionais foram aventadas por 1,39% dos pacientes cada.

A aceitação dos tratamentos de acordo com tais etiologias varia de 33% a 100%, mas não há diferença significativa entre a aceitação de tratamento e as hipóteses orgânicas e psicológicas (56,99% contra 61,40%).

A tabela 1 mostra a associação entre proposição e aceitação dos tratamentos para a disfunção erétil secundária. Dos 219 tratamentos propostos, 126 foram aceitos.

A tabela 2 apresenta as propostas de tratamentos e as causas autooutorgadas para a disfunção erétil secundária.

As tabelas 3 e 4 apresentam a associação das propostas e aceitações de procedimentos cirúrgicos como tratamentos para a disfunção erétil secundária: revascularização das artérias pudendas, cavernosoplastia com plicatura dos cornos posteriores dos corpos ca-

Tabela 1 – Proposição e aceitação de tratamentos para disfunção erétil secundária (trinta pacientes não finalizaram a fase diagnóstica para receber as indicações acima).

Tratamentos	propostos (%)	aceitos (%)
Psicoterapia	134 (61,19%)	71 (56,35%)
Cirurgias:		
– Prótese peniana	44 (20,09%)	21 (16,67%)
– Cavernosoplastia	14 (6,39%)	10 (7,94%)
– Ligadura veia dorsal	2 (0,90%)	2 (1,59%)
– Nesbit	1 (0,46%)	1 (0,80%)
– Revascularização	3 (1,37%)	1 (0,80%)
Auto-injeção intracavernosa	2 (0,90%)	2 (1,59%)
Medicamentos	13 (5,94%)	12 (9,52%)
Hormônios	3 (1,37%)	3 (2,38%)
Tratamento de diabetes	1 (0,46%)	1 (0,80%)
Suspensão de medicamentos	1 (0,46%)	1 (0,80%)
Placebo	1 (0,46%)	1 (0,80%)
Totais	219 (100%)	126 (57,53%)

Tabela 2 – Aceitação de tratamentos para disfunção erétil secundária.

Tratamentos	propostos (%)	aceitos (%)
Psicoterapia	134	71 (52,99%)
Cirurgias:		
– Prótese peniana	44	21 (44,73%)
– Cavernosoplastia	14	10 (71,43%)
– Ligadura veia dorsal	2	2 (100%)
– Nesbit	1	1 (100%)
– Revascularização	3	1 (33,33%)
Auto-injeção intracavernosa	2	2 (100%)
Medicamentos	13	12 (93,31%)
Hormônios	3	3 (100%)
Tratamento de diabetes	1	1 (100%)
Suspensão de medicamentos	1	1 (100%)
Placebo	1	1 (100%)
Totais	219 (100%)	126 (57,53%)

Tabela 3— Proposta e aceitação de cirurgias de revascularização e cavernosoplastia como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Revascularização		Cavernosoplastia	
	propostos	aceitos	propostos	aceitos
Orgânica	2	2	8	6
Psicológica	—	—	3	3
Mista	—	—	2	1
Não sabe	—	—	1	—
Mística	—	—	—	—
Sócio-educacionais	—	—	—	—
Totais	2	2	14	10

Tabela 4— Proposta e aceitação de cirurgias de ligadura venosa e implante de prótese peniana de silicone como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Ligadura venosa		Prótese peniana	
	propostos	aceitos	propostos	aceitos
Orgânica	1	2	18	10
Psicológica	—	—	10	4
Mista	—	—	5	3
Não sabe	1	1	10	3
Mística	—	—	—	—
Sócio-educacionais	—	—	1	1
Totais	2	2	14	10

Tabela 5 – Proposta e aceitação de psicoterapias e auto-injeção de drogas vaso-ativas intracavernosas como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Psicoterapia		Auto-injeção	
	propostos	aceitos	propostos	aceitos
Orgânica	53	24	–	–
Psicológica	41	25	–	–
Mista	20	11	–	–
Não sabe	15	9	2	2
Mística	3	1	–	–
Sócio-educacionais	2	2	–	–
Totais	134	71	2	2

Tabela 6 – Proposta e aceitação de prescrição de hormônios e medicamentos como tratamentos para a disfunção erétil secundária (os números são absolutos para os pacientes estudados).

Causas auto-outorgadas	Tratamentos			
	Hormônios		Medicamentos	
	propostos	aceitos	propostos	aceitos
Orgânica	3	3	8	8
Psicológica	1	1	2	2
Mista	–	–	3	2
Não sabe	–	–	–	–
Mística	–	–	–	–
Sócio-educacionais	–	–	–	–
Totais	4	4	13	12

vernosos do pênis, ligadura da vela dorsal peniana e implante de prótese peniana semi-rígida de silicone, tipo Jonas.

A proposta e a aceitação de psicoterapia (modelo terapia sexual) encontram-se descritas na tabela 5, de acordo com as etiologias auto-outorgadas pelos pacientes sobre a disfunção erétil secundária.

A auto-injeção de drogas vaso-ativas intracavernosas (no caso, cloridrato de papaverina), como tratamento da disfunção erétil secundária, tem na tabela 5 sua proposição e aceitação pelos pacientes estudados, de acordo com as causas que estes se atribuíram para a disfunção.

A tabela 6 apresenta a proposta e aceitação de hormônios (testosterona) e medicamentos no tratamento da disfunção erétil secundária, de acordo com as causas auto-atribuídas pelos pacientes para a disfunção.

CONCLUSÕES

Os tratamentos mais aceitos entre homens com disfunções sexuais são os menos agressivos e que envolvem menor tempo para a solução das dificuldades; em conseqüência, a revascularização peniana, a prótese peniana e a psicoterapia são os tratamentos que tiveram menor aceitação proporcionalmente às indicações.

A psicoterapia foi menos aceita entre os pacientes que se atribuíam causas orgânicas e místicas, sendo mais aceita entre os que achavam que as causas da disfunção erétil eram sócio-educacionais, psicológicas ou não haviam formulado uma hipótese específica. Embora a psicoterapia, aqui especificamente a terapia sexual, seja de difícil aceitação se o paciente já não se considerar com causas não orgânicas, ela é ainda o tipo de tratamento mais adequado e de mais alta taxa de sucesso no tratamento da disfunção erétil (1, 12, 28, 45).

Os pacientes com indicação de implante de prótese peniana aceitaram na mais facilmente quando se atribuíam causas sócio-educacionais, mistas ou orgânicas em oposição às auto-atribuições de causas psicológicas ou sem formulações hipotéticas de etiologia para a disfunção sexual queixada.

A cavernosoplastia e ligadura venosa foram mais aceitas entre os pacientes que não haviam formulado hipóteses causais para a disfunção ou acreditavam-nas psicológicas.

Ao paciente que se percebe com dificuldades de origem psicológica, a indicação de psicoterapia é eticamente adequada e profissionalmente um dever. No caso de pacientes que crêem em origens orgânicas para sua disfunção, embora assim não sejam diagnosticados, a prescrição de procedimentos orgânicos não é somente não adequada, mas um perigo para os profissionais da área. Na busca de home-

ostase de personalidade, o paciente aceitará um tratamento orgânico, se lhe for indicado. A psicoterapia é um tratamento desenvolvido para pessoas cuja homeostase psicológica necessita ser alcançada. Ao contrário de tratamentos orgânicos, que servem especificamente para restaurar a saúde física. Concluimos que o profissional de saúde que trabalha com disfunções sexuais deve lutar contra a sedução do satisfazer ao paciente em contradição à ciência que o tenha formado.

Medicamentos e hormônios são aceitos com mais facilidade pelo homem impotente que faz do médico o representante de sua potência através da remediação de sua condição de doente. A promessa implícita de cura rápida, sem sofrimento físico ou psicológico e sem que o paciente tenha que se responsabilizar pelo próprio tratamento, deve ser a razão da maior aceitação pelos pacientes com esse tipo de disfunção sexual.

Empiricamente o profissional de saúde que atende a homens com disfunção erétil pode perceber a tendência destes a crer que a etiologia de sua dificuldade sexual é a que no presente estudo foi a mais encontrada: a orgânica (57%). Outro estudo com população análoga (42) refere pacientes com maior predisposição para aceitar a prótese peniana do que relacionar a disfunção erétil com causas orgânicas, embora a aceitação de tratamento, aparentemente, estivesse na dependência de como fosse prescrito pelo médico.

A aceitação da psicoterapia por pacientes que consideram sua disfunção de origem psicológica encontra naquele tratamento a manutenção de sua homeostase. O mesmo ocorre com os pacientes que se outorgam causas orgânicas para a disfunção. Isso talvez explique a menor aceitação de tratamento entre os pacientes que hipotetizam causas místicas (33,33%), pois tal hipótese não se encaixa com um tratamento psicoterápico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTHOF, S. E.; TURNER, L. A.; LEVINE, S. B.; RISEN, C.; KURSH, E.; BODNER, D.; RESNICK, M. Why so many people drop out from auto-injection therapy for impotence? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5(2):121-9, 1989.
2. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Ioimbina e inibição do desejo sexual - estudo duplo cego com 25 pacientes. Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência - ABEL). São Paulo, agosto de 1991.
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. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, XX(8):301-7, 1991.

4. GLINA, S.; MEDEIROS, M. O.; CHAO, S.; PUECH-LEAO, P.; REIS, J. M. S. M. Neurologic evaluation in patients with sexual dysfunction and premature ejaculation with preexisting neuropathy. *International Journal of Impotence Research*, 2(suppl2):93-4, 1990.
5. HATHAWAY, S. R.; MCKINLEY, J. C. *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade - Manual*. Rio de Janeiro, CEPA Ltda., s/d.
6. KLAPAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo-Tratamento Dinâmico das Disfunções Sexuais*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
7. _____. *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. São Paulo, Livraria Roca, 1982.
8. _____. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
9. _____. *Disfunciones Sexuales - Diagnóstico y Tratamiento de Las Aversiones, Fobias y Angustia Sexual*. Buenos Aires, Grijalbo S.A., 1989.
10. LEMBERGER, R. J.; BISHOP, M. C.; BATES, C. P. Nesbit's operation for Peyronie's disease. *Br. J. Urol.*, 56:721-3, 1984.
11. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, I.; FICHTEN, C. S.; AMSE, R. The SSES-EA measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *J. Sex. Mar. Ther.*, 11(4):233-47, 1985.
12. MONESI, A. A.; RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; FAVORETO, A. V. Os resultados da psicoterapia na impotência sexual. Apresentado no Simpósio de Impotência Sexual e no Curso Multidisciplinar de Diagnóstico em Impotência Sexual, Associação Brasileira para o Estudo da Impotência (ABED) Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Mineira da Urologia. Belo Horizonte, 1991.
13. MUNJACK, D. J.; OZIEL, L. J. *Sexologia: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984.
14. MURAY, H. A. Uses of The Thematic Aperception Test. *In: Handbook of Projective Techniques*. New York, Basis Books Inc., 1965.
15. _____. *Test de Apercepção Temática (TAT), Manual para la Aplicación*. Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1970.
16. PORTNER, M. R. Neurophysiological abnormalities in impotent patients with peripheral neuropathy. Em preparo, 1992a.
17. _____. Reflex latency versus distribution of motor units within the bulbocavernosus response in impotent patients. Em preparo, 1992b.
18. PORTNER, M.; TELOKEN, C. Bulbocavernosus reflex morphology I: indicator of altered excitability of the spino perineal connection in impotent men. *International Journal of Impotence Research*, 2 (suppl2):153-4, 1990a.
19. _____. Bulbocavernosus reflex morphology II: indicator of altered excitability of the spino perineal connection in impotent men. *International Journal of Impotence Research*, 2 (suppl2):155-6.
20. PORTNER, M. R.; PUECH-LEAO, P.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M. Monitoring smooth muscle activity to intracavernosal injection test in impotent patients. Em preparo, 1992.
21. PUECH-LEAO, L. E.; PUECH-LEAO, P.; ALBERS, M. T. V. *Impotência Sexual Vasculogênica - Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, Sarvier S/A Editora de Livros Médicos, 1981.

22. PUECH-LEÃO, P. Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão com pressão constante. Dissertação de Docência Livre, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.
23. PUECH-LEÃO, P.; ALBERS, M. T. V.; PUECH-LEÃO, L. E. Post-exercise penile blood pressure in the diagnosis of vasculogenic impotence. *Vasc. Surg.*, 17(4):216-9, 1983.
24. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; REICHEL, A. C. Leakage through the crural edge of corpus cavernosum -diagnosis and treatment. *Eur. Urol.*, 13:163-5, 1987.
25. PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M.; GLINA, S.; RODRIGUES Jr., O. M. Especificidade do índice-pênis braço no diagnóstico da impotência vasculogênica. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 15(1):55-6, 1988.
26. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *J. Bras. Urol.*, 13(1):11-4, 1987.
27. REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M. O uso de auto-injeção em pacientes com disfunção erétil. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, XX(11-12): 469-73, 1991.
28. REYNOLDS, B. S. Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: a critical review. *Psychol. Bull.*, 84:1218-38, 1977.
29. RODRIGUES Jr., O. M. Avaliação da disfunção erétil: objetivação da quantificação da ereção. *Arq. Bras. Med.*, 63(6):481-2, 1989a.
30. _____. A sexualidade do paciente: a vergonha do médico e de outros profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med.*, 46(10):511-2, 514, 516, 1989b.
31. _____. Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional - um modelo. *Arq. Bras. Psic.*, 42(2):57-62, 1990a.
32. _____. A pesquisa psicológica na disfunção erétil. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana, 2(2):4, 1990b.
33. _____. Impotência psicogênica: terapia intracavernosa adjuvante. Conferência apresentada em Atualização em Impotência-aspectos orgânicos e psicológicos (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência /Instituto de Urologia e Nefrologia), São José do Rio Preto, SP, 1990c.
34. _____. Editorial: A avaliação psicológica de disfunções sexuais masculinas em abordagem multidisciplinar. *Urologia Panamericana*, 3(2): VII-X, 1990d.
35. _____. Parâmetros psicológicos para a indicação de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas no tratamento da disfunção erétil. *Reprodução*, 6(4):217-20, 1991.
36. RODRIGUES, Jr., O. M.; COSTA, M. O inventário Beck de depressão e a utilização na disfunção erétil. *J. Bras. Psic.*, 36(5):283-92, 1987.
37. _____. O inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma III. *Sexus*, no prelo, 1992.
38. _____. Disfunção sexual erétil: diferenças psicosssexuais em causas orgânicas e psicológicas. *Reprodução*, 6(2):69-79, 1991.
39. RODRIGUES Jr., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. Prevalência de dificuldades sexuais em parceiros de homens sexualmente disfuncionais. *Rev. Bras. Sex. Hum.*, 1(1):75-83, 1990.

40. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; REICHELT, A. C.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P. Psicoterapia na disfunção erétil com cavernosometria alterada. *Arq. Bras. Med.*, 62(4):253-4, 1988.
41. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; MONESI, A. A.; FAVORETO, A. V.; DI SESSA, S. R. Atuação do psicoterapeuta no tratamento da disfunção erétil de etiologia orgânica. Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual (Associação Brasileira para o Estudo da Impotência - ABEL). São Paulo, agosto, 1991.
42. RODRIGUES Jr., O. M.; BUENO, M. R. B.; ARCHINÁ, R. Expectation of treatment in impotence with penile prosthesis referral. *Urologia Panamericana*, 3(1):25-8, 1991.
43. RODRIGUES Jr., O. M.; HADDAD, S. C.; DI SESSA, S. R.; COSTA, M. Autoconfiança sexual em indicação de prótese peniana para a disfunção erétil. *Rev. Bras. Med.*, 48(6):352-8, 1991.
44. RODRIGUES Jr., O. M.; LIMA, M. Z.; CECARELLO, C. V. Autoconfiança sexual em universitários. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, no prelo, 1992.
45. TURNER, L. A.; ALTHOF, S. E.; LEVINE, S. B.; RISEN, C. B.; BODNER, D. R.; KURSH, E. D.; RESNICK, M. I. Self-injection of papaverine and phentolamine in the treatment of psychogenic impotence. *J. Sex. & Marital Ther.*, 15(3):163-76, 1989.
46. VIRAG, R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *Lancet*, 2:938, 1982.
47. VIRAG, R.; FRYDMAN, D.; LEGMAN, M.; VIRAG, H. Intracavernous injection of papaverine as a diagnostic and therapeutic method in erectile failure. *Angiology*, 35:76-86, 1984.
48. WESPES, E.; DELCOUR, C.; STRUYEN, J.; SHULMANN, C. C. C. Cavernosometry-cavernosography: its role in organic impotence. *European Urology*, 10:229-32, 1984.