

Ereção & Falha

Falhou, por quê?

Ereção & Falha

Falhou, por quê?

Dr. E. Sergio Iankowski Santos



© 2003, **E. Sergio Iankowski Santos**

Direitos de edição da obra em língua portuguesa em todo o mundo adquiridos por **E. Sergio Iankowski Santos**. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser apropriada e estocada em sistema de banco de dados ou processo similar, sob qualquer forma ou meio, seja eletrônico, de fotocópia, gravação, etc., sem permissão do detentor do copirraite.

Imprensa Livre Editora

Rua Comandã, 801 - Cristal - 90830-530

Porto Alegre - RS - Brasil

Fone: 51 3249.7146

E-mail: implivre@terra.com.br

www.imprensalive.net

Coordenação

Liliane Winkler

Revisão

Gabriela Koza

Capa/Projeto Gráfico

Karla Viviane Silveira

Catálogo

Evelin S. Cotta - CRB 10/1563

Contatos com o autor

Instituto de Infertilidade
e Andrologia

R. Lucas de Oliveira, 15 - 3º andar
Porto Alegre/RS - CEP: 90440-011

Fone: (51) 3332.9595

E-mail: sergiois@dualnet.com.br

Site: www.holographic.net/andro

**Depósito Legal na Biblioteca Nacional
conforme Decreto nº 1.825, de 20 de novembro de 1907.
CATALOGAÇÃO NA FONTE DO DEPARTAMENTO NACIONAL DO LIVRO**

I11e Iankowski, Sergio

Ereção & falha : falhou, por quê? : um estudo moderno sobre a disfunção sexual masculina e suas novas soluções / Sergio Iankowski. – Porto Alegre : Imprensa Livre, 2003.

ISBN 85-8664-112-X

1. Disfunção sexual - homens. 2. Masculinidade. I. Título. II. Título: Um estudo moderno sobre a disfunção sexual masculina e suas novas soluções.

Agradecimentos

Agradeço a familiares, amigos e
colegas que estimularam a
realização deste livro.
À Editora Imprensa Livre
que o viabilizou.
À jornalista Liliane Winkler
pela coordenação editorial.

Sumário

Prefácio	11
Introdução	13
I - As falhas e dúvidas sexuais mais frequentes dos homens ..	19
1. Brochando na primeira vez:	
„Falhei, por quê?%	23
2. Ejaculando muito rápido, com relações curtas e insatisfatórias:	
„Sempre foi assim%	29
3. Ejaculando muito rápido a partir de determinado momento ou em uma situação específica:	
„Nunca havia acontecido antes%	37
4. Diminuindo o número de relações:	
„Transava todos os dias e hoje é só uma vez por semana%	43
5. Falhas ocasionais:	
„Tomei um porre e brochei%	51
6. Falhas esporádicas:	
„Às vezes consigo, e outras, falho%	53
7. Falhas constantes:	
„Não tenho conseguido ereções de alguns meses para cá%	59
8. Ereções parciais:	
„Minhas ereções não são mais rígidas, perco-as facilmente%	63
9. Falta de libido:	
„Não tenho desejo, a tesão desapareceu%	67

10. O sexo com a idade:

„Estou velho, não consigo mais ter relações%	71
--	----

11. Implante:

„Estou em dúvida se coloco ou não implante%	77
---	----

12. Curvatura do pênis:

„Meu pênis é torto% ou „Meu pênis ficou torto%	83
--	----

13. Tamanho do pênis:

„Não sei se sou normal%	87
-------------------------------	----

14. O papel da mulher:

„Com a Maria eu funciono; com a Joana não%	91
--	----

II - Entendendo as Disfunções Sexuais Masculinas 93

- Disfunção Erétil (DE) 97

1. Definição	97
2. Incidência	97
3. Ereção	98
4. Causas	110
5. Diagnóstico	125
6. Tratamentos	131

- Ejaculação Precoce (EP) 141

1. Definição	141
2. Classificação	141
3. A dinâmica de ejaculação	142
4. Causas	143
5. Tratamentos	143

Prefácio

Olhos pequenos, agitados e intensamente curiosos, foi minha impressão ao conhecê-lo. Falava sem parar dos avanços na Andrologia: „Bãh, cara, sabes que muitas e muitas mulheres não querem que seus maridos voltem a ser aqueles garotões do início do namoro? Sabias disso?“ „Não, não sabia. Me conta.“ „Claro, elas ficam com medo que eles comecem a procurar mulheres mais jovens.“ „Me conta, me conta“ – eu repetia. E ele repetia, repetia, sempre acrescentando mais detalhes.

Assim passamos inúmeras tardes, noites, finais de semana. Seu entusiasmo pela medicina era conhecido, pois havia sido um dos melhores alunos na tão buscada Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Quando fez as malas e partiu em direção à Fundação Puigvert em Barcelona, foi em busca dos estudos mais avançados. Lá permaneceu enquanto pôde, retornando sempre que possível.

A decisão de ser um dos pioneiros brasileiros nos estudos da sexualidade masculina não foi nada fácil. Aliás, mexer com tabus nunca é fácil. Sergio Iankowski mexeu e – obrigado, polaco amigo – nos ajudou muito, homens e mulheres.

Cedo ingressou nos vários projetos de pós-graduação que prossegue. Um dos primeiros foi o de Infertilidade cursado na Fundação de Endocrinologia e Fertilidade em Porto Alegre, RS.

Os 23 anos que dirigiu, e ainda prossegue, o Instituto de Infertilidade, e Andrologia de Porto Alegre foram marcados por estudos. Sua reputação de médico atencioso com seus pacientes e pesquisador incansável trouxe-lhe inúmeros convites.

Algumas de suas pesquisas alcançaram grande impacto entre a sociedade do sul e centro do Brasil. Rapidamente, passou a membro efetivo da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH). Outros estudos inovadores foram levados e apresentados em congressos internacionais. Passou, então, a integrar a International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR) e veio também a integrar a European Society for Impotence Research (ESIR).

Com a demora na regulamentação nacional da nova especialidade, que ajudara a desenvolver, optou por longo e demorado curso universitário de pós-graduação. Seus finais de semana passaram a ser dedicados aos estudos, agora em Curitiba, na Universidade Tuiti do Paraná.

Sergio Iankowski, respeitado por seus colegas médicos, querido por seus amigos e pacientes, acreditem, continua com seus vibrantes olhos pequenos, ainda agitados e intensamente curiosos. Também, continua falando sem parar dos „incríveis avanços desta Andrologia% para a qual dedica seu saber e sua intensa capacidade de enxergar onde muitos conseguem apenas ver. Tenho muito orgulho em apresentar-lhes este ser humano brilhante.

Dr. Abraão Winogron
Médico e Jornalista

Introdução

„... Sou casado há 14 anos, tenho três filhos, amo minha esposa e ela me ama muito. De uns dois anos para cá minha vida desmoronou e estou à beira da loucura, quase saindo da razão por um problema que tem sido um terrível fantasma em minha vida. Sempre tive saúde boa, era muito feliz e hoje sou triste. Sobretudo, carrego este segredo comigo, que me tortura e corrói a minha alma dia a dia, minuto a minuto me arrastando à loucura... Vou contar-lhe o meu drama e gostaria de pedir esclarecimentos sobre o que devo fazer para resolver meu problema, pois esta carta é a minha última esperança, já estou à beira do abismo, à beira do suicídio...

De dois anos para cá, tenho sofrido muito com algo que não era assim, pois meu problema é que já não mais consigo ter duas relações sexuais seguidas, ou seja, mesmo depois de meia hora ou mais, não consigo... Meu desespero é tão grande que, quando tenho relações sexuais com a minha esposa, passo o tempo todo sem ejacular, me seguro o máximo possível para dar prazer a minha esposa, para que ela não perceba o meu drama, meu problema, o qual me causa vergonha, tristeza e pavor, é imaginar que ela possa perceber a minha deficiência... No início eu até nem ligava, mas com o passar do tempo, vendo meus colegas sorrirem e falarem que, durante suas relações, dão duas, três seguidas num espaço entre uma e outra de uma hora, fico triste e desesperadamente em apuros... Tenho vergonha de procurar um médico... Acho que vou enlouquecer, estou morrendo intimamente, e isso é muito triste... Minha vida está precisando desta ajuda, desta informação que poderá fazer a diferença significativa entre a alegria e a tristeza...%

***Trecho de carta remetida por um ouvinte a um programa de rádio, após entrevista que concedi sobre Disfunção Sexual.**

Recebo dezenas de cartas e e-mails semelhantes a este, dramáticos, desesperados e ansiosos por soluções. Recebo também, diariamente, pacientes em meu consultório nas mesmas condições. Foi esta a motivação maior deste livro.

Existem dois tipos de homens no que diz respeito à disfunção sexual masculina: os que admitem suas falhas e respeitam seus limites e os mentirosos. E são justamente estes, os que não assumem que já brocharam ou que não admitem a possibilidade de falhar, que podem ser os primeiros candidatos à impotência sexual. A ereção é uma consequência natural da excitação. Se o próprio indivíduo ou as circunstâncias não atrapalharem, ela ocorre naturalmente. Se eventualmente ela deixar de ocorrer, deve haver algum motivo específico que, procurado, sempre será encontrado. Esta é a atitude de bom senso que combina com uma boa vida sexual.

Os supermachos, os mentirosos, correm o risco de transformar uma brochada ocasional em um martírio tão grande, mas tão grande, a ponto de desenvolver uma disfunção sexual grave pelo medo gerado por uma falha isolada, comum, sem importância. São homens que acham que jamais podem dizer não a uma investida feminina, mesmo a mulher que não os atrai. O mito do homem infalível lhes impede de procurar auxílio. E, assim, a desinformação se alastra, as fantasias aumentam, a ansiedade toma conta e vêm novas brochadas.

Veja o caso relatado acima: um homem casado, com três filhos, 39 anos, acha que é anormal por não conseguir ter duas ou três relações seguidas. Chamo a atenção ao fato de que ele transa muito frequentemente, mesmo com 14 anos de relacionamento com sua parceira. O mais comum, não a regra, nessa fase de relacionamento é manter de uma a duas relações sexuais por semana, uma única vez. A frequência sexual é um dos fantasmas que assombra o mundo masculino, por pura falta de uso da razão. Existe uma série de variantes que interferem no ritmo sexual de uma pessoa, sem que isso signifique uma disfunção sexual. Mas a vergonha de buscar ajuda se sobrepõe... O medo de brochar ou ejacular precocemente passa a dominar o imaginário dos homens... Vem o desespero, a ansiedade, o terror, a tristeza... Homens indevidamente informados passam facilmente das dúvidas a respeito do próprio funcionamento ao desenvolvimento da ejaculação precoce. Depois vêm as falhas frequentes de ereção que podem evoluir para uma impotência total.

É nesse contexto de medos e incertezas que nasceu a idéia desta obra, para que todo homem saiba que pode algum dia falhar e entenda o porquê destas falhas. Daí o título: **“Ereção & Falha: Falhou, por quê?”**.



Há poucas coisas que já se nasce sabendo. Uma delas é fazer sexo. Sexo é inerente à natureza humana. Ele é a única garantia da reprodução do indivíduo, da manutenção da sociedade humana, sendo determinante para traçar a história da vida e para a evolução das espécies.

Um homem saudável física e emocionalmente, com um bom relacionamento com sua parceira, com um emprego estável e uma vida regular, com seus anseios alcançados ou bem encaminhados e seus limites aceitos, possui plenas condições de manter relações sexuais a cada três ou quatro dias, até o último pulsar de seu coração.

Complicações emocionais como o stress, a depressão, a ansiedade, os problemas financeiros, familiares e de relacionamento, podem atrapalhar o sexo. O mesmo vale para as doenças em geral e as doenças específicas do pênis, congênitas ou adquiridas, que podem provocar interferências no mecanismo de ereção.

A ereção é uma manifestação palpável do desejo do homem, sendo resultante de fatores **fisiológicos** (orgânicos) e **psicológicos** (emocionais) que desencadeiam seu funcionamento. A presença de desejo, tesão, ou sua diminuição ou ausência, é também dependente do estado emocional e orgânico do indivíduo.

É fundamental reconhecer a associação entre psiquismo e sexualidade. Muitos teóricos afirmam que „o primeiro órgão sexual do homem é o cérebro”, muito embora a participação de fatores psicológicos nas reações sexuais, em geral, não seja consciente, clara e facilmente discernível. Essa interferência do aspecto emocional no desempenho sexual é tão decisiva que uma brochada eventual pode se transformar em impotência se essa falha não for adequadamente entendida, transformando-se num verdadeiro drama.

Dentre tantas causas responsáveis pelo fracasso masculino em uma transa, apontamos o **medo** como o grande vilão: **medo** de não conseguir uma

ereção, **medo** pela falta de informações, **medo** de não satisfazer a parceira, **medo** de brochar novamente, **medo** de não ter um bom desempenho, **medo** por não ter intimidade, **medo** de enfrentar o novo, **medo** de doenças, **medo** do obstáculo a ser superado, **medo** de amar, **medo** do compromisso que relações sexuais envolvem, **medo** de ser rejeitado...

O segredo é saber controlar esse medo, entendê-lo, não deixar que a ansiedade tome conta, buscar o auxílio de um médico ou sexólogo, descobrir e superar seu fato gerador. Quando se transa, é necessário dar valor à pessoa que está ao lado, sua pele, seu cheiro, seu gosto, suas curvas, e nunca a preocupações com ereção ou funcionamento, ou seja lá o que for. Fora isso, é o estado geral de saúde do paciente que interfere no mecanismo de ereção ou as doenças típicas do pênis que devem ser detectadas e tratadas o quanto antes para se evitar danos maiores e até irreversíveis.

Buscar uma solução não significa se automedicar, mesmo porque medicamentos devem ser prescritos e acompanhados por um médico. O uso, hoje em dia em voga, de facilitadores da ereção pode ser nocivo. Apesar de toda a propaganda dos grandes laboratórios só comentarem a melhora do desempenho sexual por seus produtos, a realidade é que a ereção produzida por medicamentos é uma ereção muito provavelmente com „hipóxia%, ou seja, com baixa oxigenação do sangue presente no pênis. A quantidade diminuída de oxigênio leva, a médio prazo, a lesões do tecido peniano. Considerando-se que a maioria dos usuários dessas drogas são indivíduos com inseguranças emocionais ou leves problemas orgânicos, estes medicamentos serão causadores de problemas, ao invés de solução, quando colocados no lugar de uma psicoterapia breve que solucionaria os problemas emocionais, ou de tratamentos médicos dirigidos para a real causa da disfunção erétil quando do tipo orgânico.

Os conhecimentos que a medicina moderna têm trazido à tona em relação à sexualidade humana nos últimos 25 anos estão possibilitando um melhor entendimento das Disfunções Sexuais Masculinas, seus mecanismos, suas causas, seu tratamento e soluções, sobre os quais também procuramos discurrir de forma acessível, didática e sucinta.

No decorrer desta obra, apresentamos os casos mais comuns que se apresentam no consultório, propiciando uma forma de encontro consigo mesmo daqueles que sofrem de alguma alteração insatisfatória em seu comporta-

mento sexual. A principal intenção é tornar mais fácil o encontro de uma solução, ou pelo menos facilitar a procura de um especialista por aqueles homens que enfrentam dificuldades em sua vida sexual. Pretendemos, também, fazer com que a busca por auxílio tenha um caráter de obrigatoriedade, visto que o problema, em geral, afeta não só o indivíduo, como sua parceira e, freqüentemente, toda uma estrutura familiar.



I – AS FALHAS E DÚVIDAS SEXUAIS MAIS FREQUENTES DOS HOMENS

As Falhas e Dúvidas Sexuais Mais Frequentes dos Homens

Dentre os casos mais comuns que se apresentam em nossa clínica, selecionamos quatorze que, acreditamos, refletem as disfunções sexuais masculinas mais frequentes. Temos certeza que comentá-los e esclarecê-los será útil para um melhor entendimento e uma mais fácil resolução destas disfunções. As dificuldades sexuais do homem estão relacionadas com a libido, a ereção, a ejaculação, ou com a estrutura do pênis – curvaturas e tamanho – ou dizem respeito a curiosidades como a frequência do ato sexual, sua duração, o sexo com a idade, entre outras.

Em cada um desses casos, traçamos um perfil dos pacientes, identificamos a faixa etária, mostramos a causa que o levou ao especialista e reproduzimos alguns relatos que podem exemplificar e facilitar o entendimento da situação concreta.

Voltamos a afirmar: nosso propósito fundamental é permitir que o leitor com problema similar identifique-se, encontre-se, e, desta maneira, possa ser auxiliado a entender suas dificuldades sexuais, o que consideramos o primeiro passo para que sejam sanadas essas dificuldades.

Os casos relatados possuem nomes fictícios para preservar nossos pacientes e uma ordem obedecendo a evolução cronológica da faixa etária de maior incidência. Cada um deles é seguido por explicações mais amplas que se aplicam a casos similares e, por último, pela apresentação das soluções possíveis.

Importante salientar que os relatos foram sintetizados visando a facilitar a compreensão, porém com as informações relevantes para a análise e encaminhamento de cada caso. Também, frisa-se que esses relatos não são extraídos de uma única consulta, são retratos amplos de vários atendimentos com o mesmo conteúdo.

1. Brochando na primeira vez: “Falhei, por quê?”

Faixa etária predominante: dos 14 aos 24 anos

Perfil: em geral estudantes que vivem com os pais, sem condições de auto-sustento

Vida Sexual: sem relações sexuais até o momento. “Ficam” esporadicamente com mulheres com as quais não há laços afetivos profundos e nem muita intimidade. Ainda não tiveram namoradas fixas. Masturbação quase diária com ereção normal

Motivo da consulta: falha na primeira tentativa de manter uma relação sexual com uma mulher

Relato 1

Luis Fernando H., 16 anos, estudante: *„Fui numa festa com amigos e uma Ágata me fisgou com o olhar. Dei em cima e acabamos Áficando. Começamos de beijos e amassos... E fiquei de pau duro lá mesmo no bar. Já havia tentado ir para cama duas vezes com outras garotas, mas até agora não tinha rolado. Estava achando estranho que os meus amigos já tinham conseguido, mas não tinha com quem me abrir sobre isso. Naquele dia, achei que havia chegado a hora e fui para cama com ela. Só que, tiramos a roupa, coloquei a camisinha e justo na hora Áhê meu pau brochou. O interessante é que ele sempre funciona quando Ábato uma bronha e também nos amassos com qualquer menina... Fica duro feito aço. O que será que está acontecendo comigo?%*

Relato 2

Vilmar M., 64 anos, solteiro, professor universitário: *„Por incrível que pareça, nunca tive relações sexuais. Aos 22 anos tive minha primeira e única oportunidade de manter um contato sexual com uma mulher. Só que fiquei apenas na tentativa, porque não consegui ter ereção. Aquela brochada foi uma coisa tão humilhante, tão marcante, que nunca mais consegui me aproximar de uma mulher de forma mais íntima. Hoje eu entendo algumas coisas, mas na época... Acho que a frustração do fracasso fez com que eu me*

fechasse totalmente para o sexo. Sempre que me masturbo, minha ereção é normal, e ainda hoje me masturbo uma ou duas vezes por semana, mas perto de uma mulher... O medo de brochar chega a me fazer suar frio, me impede de pelo menos tentar me aproximar de alguém... Passei a vida usando desculpas e truques para evitar ir para a cama com alguma mulher... Ultimamente, tenho ouvido sobre estes medicamentos novos e tomei coragem de vir consultar...%

Explicações

– Tudo que se faz pela primeira vez traz em si um conteúdo de nervosismo, de ansiedade e de excitação maior. O primeiro dia de aula, a primeira prova, o primeiro emprego, são todos momentos com ansiedade natural. Fazer sexo pela primeira vez não foge a esta regra e possui agravantes por mexer com toda a intimidade do indivíduo. Assim como existem homens soltos, mais extrovertidos, e por isto, com mais facilidade de sentir-se à vontade em um primeiro encontro, existem também os mais tímidos, introvertidos, que necessitam de um maior número de encontros com uma mulher para estabelecer intimidade com ela e permitir que a tensão surja e se exteriorize sob a forma de uma boa ereção. Em geral, o adolescente tem receio de mostrar seu corpo, e esta vergonha se manifesta muito freqüentemente nas primeiras relações. Aliada a essa timidez, há a **ansiedade** em relação ao desempenho, a preocupação em saber se vai passar uma imagem de homem experiente, bom de cama, agradável como parceiro sexual. A **insegurança** e a **tensão nervosa** ativam o que nós chamamos de **Mecanismo da Adrenalina** que é uma descarga de **adrenalina** (o hormônio do nervosismo) no organismo, seguida por dificuldade ou perda da ereção. A adrenalina possui uma ação de **vasoconstrição**, ou seja, provoca o **fechamento** das artérias do pênis quando, para que a ereção ocorra, é preciso **dilatar** as artérias e **aumentar o ingresso de sangue** para dentro dos corpos cavernosos. Na ausência deste aumento de entrada do sangue, não se consegue uma ereção ou se perde a ereção já obtida. O número de jovens que chegam a **brochar** na primeira tentativa é muito alto, mais alto do que se possa imaginar. Portanto, se isso ocorreu com você, não é único, nem o primeiro e muito menos o último.

– Um novo comportamento social está em voga: o chamado *ficar*. *Ficar* significa que, durante uma festa ou evento similar, dois jovens podem decidir agir como namorados sem, na realidade, assumirem qualquer compromisso. Podem trocar beijos, abraços, carinhos e podem ou não chegar a manter relações sexuais. Na eventualidade de tentar manter uma relação, são muitos os jovens que não conseguem uma ereção. As causas mais freqüentemente identificadas são: o nervosismo natural dos primeiros encontros, a falta de intimidade com a parceira, o álcool ingerido em excesso, o ir para a cama sem que realmente a parceira tenha despertado tesão (impulsionado pela necessidade de auto-afirmação perante os amigos), a timidez, a vergonha de desnudar-se pela primeira vez na frente daquela pessoa, entre outras, como se observa no *Relato 1*. Volta aqui a questão do tipo de personalidade, mais tímida ou mais extrovertida (*Leia página 113*).

– Ambientes estranhos, casas de prostituição, saunas mistas, motéis, podem ser, em uma primeira vez, inibidores do desejo sexual. A iniciação sexual com uma profissional, por exemplo, pode ser um verdadeiro desastre para alguns jovens.

– Em geral, os jovens mostram-se confusos com o fato de brocharem com uma mulher, mas terem ereção normal durante a masturbação. São duas situações completamente diferentes. Sozinho não há interferência da ansiedade ou da preocupação com o desempenho ou de qualquer inibição. A ocorrência da ereção normal durante a masturbação já é por si só uma prova de que o mecanismo de ereção está saudável. Uma ereção normal durante a masturbação serve também para localizar a causa de brochadas no lado emocional do indivíduo, em seu nervosismo ou nas „bobagens% que lhe passam pela cabeça nestes momentos. Alguns homens fazem uma relação entre brochar e masturbação excessiva, como se essa fosse causa de problemas sexuais. É importante esclarecer que a masturbação é uma manifestação sexual absolutamente normal, não causa nenhum dano à saúde e nenhum trauma. Não há homem que não tenha se masturbado pelo menos eventualmente, e sua prática é comum entre adolescentes. A quantidade de vezes que um jovem dos 14 aos 20-21 anos se masturba é variável, podendo ser de uma vez por semana a três vezes ao dia. A masturbação serve, muitas vezes, como forma de vazão a

uma tesão contida pela falta de oportunidade de manter uma relação sexual e pode ser útil para o aprendizado do controle ejaculatório. Ela somente é merecedora de investigação se, ao possuir uma parceira, o homem optar pela masturbação a manter relações sexuais.

– O compromisso do desempenho nota dez para a conquista de uma mulher vista no início do relacionamento como „areia demais para o meu caminhãozinho%, ou seja, supervalorizada ou superdesejada, pode ser fonte de fracassos, mais uma vez por ansiedade. E essa humilhação da falha pode ser algo tão traumático a ponto de dificultar ou impossibilitar novas relações, a exemplo do *Relato 2*. Veja como uma única falha erétil pode bloquear a vida sexual de um homem que não suporta a possibilidade de vivenciar novamente a mesma sensação de vergonha. O medo de se relacionar desse paciente sedimentou-se a tal ponto que ele criou hábitos e subterfúgios, como ele mesmo reconhece, para evitar um relacionamento mais íntimo com uma mulher (*Leia páginas 114 e 115*).

– Quadros neuróticos graves, que dificultam o relacionamento com as pessoas em geral ou particularmente com as mulheres, são causas possíveis de falhas de ereção, embora mais raras.

– Causas orgânicas até os 25 anos praticamente inexistem. O componente principal geralmente está relacionado a uma questão de cunho emocional, psicológico (*Leia páginas 112 e 117*). Em vinte anos de experiência clínica nessa especialidade, detectei apenas três casos de disfunção sexual de origem orgânica em jovens: um, em função de um defeito congênito do pênis (pênis semi-atrofiado); um, em decorrência de infecções repetidas de testículo e epidídimo; e outro, devido a uma fibrose somente diagnosticada posteriormente, durante procedimento cirúrgico.

Soluções Possíveis

– É importante que haja uma compreensão de que uma primeira vez pode não ser a maravilha que se imagina, bem como o entendimento da an-

siedade desenvolvida por algumas pessoas em todas as primeiras tentativas, para não se transformar uma falha inicial em um drama.

– Não ter vergonha de buscar informações sobre a sexualidade (*Leia página 85 e seguintes*). A desinformação gera fantasias equivocadas, cria falsas expectativas, reproduz a imagem do supermacho, do homem viril e infalível. Conversas com pais, médicos, terapeutas ou pessoas adultas e responsáveis podem ser o melhor caminho. Fazer sexo é uma das coisas que já se nasce sabendo, mas ninguém nasce sabendo tudo...

– Não ter pressa em deitar-se com uma parceira, pois ninguém é obrigado a transar no primeiro encontro. Sabe-se que casais que se relacionam à moda antiga – saindo, conversando, namorando, se acariciando, deixando que aos poucos se criem laços afetivos e intimidade e que progressivamente cresça a tensão – têm maior possibilidade de fazer com que uma primeira relação tenha sucesso e seja mais agradável. Namoros mais longos facilitavam as primeiras relações exatamente por permitirem o surgimento paulatino da atração física entre o casal. Atualmente, são bastante frequentes as falhas de ereção em jovens pela ausência de atração real entre os parceiros, e a moda do „ficar% muitas vezes implica em transar quase por imposição da roda de amigos do que por um desejo genuíno e pessoal.

– Circunstâncias e condições ambientais (hora, local, disponibilidade, tipo de parceira...) favoráveis, tais como a própria cama, ambientes conhecidos, calma e carinho, são elementos que favorecem uma boa relação sexual.

– Em caso de bloqueios, medos excessivos ou falhas constantes, terapias com psicólogos(as) ou terapeutas sexuais têm alto índice de sucesso, mesmo que a ajuda seja procurada tardiamente, após vários anos de privação de relações sexuais, a exemplo do *Relato 2*. O objetivo nestas terapias é reconhecer as próprias emoções e aprender a controlá-las. Muitos homens poderiam ter uma vida sexual normal se tivessem procurado um especialista assim que ocorreu a primeira falha que tenha sido geradora de seu trauma.

– O uso eventual de medicamentos facilitadores da ereção pode abreviar o período de adaptação de um casal, facilitar a iniciação sexual de um jovem, ajudar a vencer os primeiros medos e dar um empurrão em direção à solução do problema. O uso desses medicamentos deve ser feito sob supervisão médica e, se possível, sob supervisão também de um terapeuta para que não se crie uma dependência psicológica do produto. Para fazer esta opção, há que se considerar a idade, a quantidade de vezes que falhou, o nível de exigência do paciente e/ou de sua parceira por uma solução mais rápida e o papel que um bom desempenho sexual poderá exercer sobre um novo relacionamento.

– Causas orgânicas em jovens são extremamente raras, porém em algumas situações mais graves ou recorrentes, deve ser feita uma investigação clínica e, se necessário, exames mais especializados.

– Lembre-se sempre de que, se você tiver dificuldade de entender uma brochada a ponto de gerar insegurança ou medo excessivos, é importante você buscar um especialista, nem que seja para você ouvir tudo aquilo que lhe parece óbvio.



2. Ejaculando muito rápido, com relações curtas e insatisfatórias: "Sempre foi assim"

Faixa etária predominante: dos 25 aos 35 anos

Perfil: em geral solteiros, mais ansiosos, e que estão iniciando sua vida profissional

Vida Sexual: relacionamentos mais estáveis, com namoradas esporádicas ou fixas, o que possibilita o estabelecimento de uma vida sexual com boa frequência. Costumam ter de duas a três relações a cada vez, quando mais jovens e em início de relacionamentos, com tendência a diminuir a quantidade após certo tempo. Nunca apresentaram problemas de ereção

Motivo da consulta: relações excessivamente rápidas, o que acaba gerando dificuldades de orgasmo da parceira e relações frustrantes. Ejaculam em menos de três minutos após a penetração

Relato 1

Paulo Ricardo D., 27 anos: *„Há alguns meses, tudo parecia normal comigo, até que comecei a ser pressionado por minha namorada. Ela se queixa de que ejaculo muito rápido. Ando meio cansado, trabalhando muito. Antes conseguia dar duas ou três, o que parece que compensava a rapidez da ejaculação, mas ultimamente só consigo dar uma a cada transa, e ainda mal dada. Namoro há três anos e ela vai para o meu apartamento nos finais de semana. O interessante é que me parecia tudo bem, e agora ela está reclamando. Acho que a coisa esfriou um pouco. Além disso, sempre me achei atento no sentido de satisfazê-la; sempre me preocupei se estava bom, se ela gostava; cuido do meu corpo, tento sempre me manter em forma; acho que o tamanho do meu pênis é normal... Mas depois que ela me chamou a atenção, comecei a pensar se tenho ejaculação precoce... Até andei lendo uma reportagem sobre isso... E aí parece que tudo piorou... Basta eu penetrar e já estou ejaculando... Acho que não dura um minuto e pronto... Já me aconteceu de ejacular até antes de penetrar...%”*

Relato 2

Martin F., 39 anos, 14 anos de casamento, dois filhos: *„Nosso relacionamento sempre foi bom, dentro de uma certa normalidade. Nós dois trabalhamos, curtimos nossos filhos e estamos equilibrados financeiramente. Desde o início do casamento eu tive uma ejaculação rápida, mas mantinha de duas a três relações sexuais a cada vez, sendo que nas últimas, digamos na terceira, o tempo de ereção ia aumentando, a demora era maior. Após oito anos de casamento, talvez pela rotina ou pelo excesso de trabalho, passamos a transar uma vez por semana. Eu tentava compensar o tempo curto de penetração com aumento do tempo de preliminares. Assim, ela passou a ter mais prazer com a estimulação manual do clitóris ou com sexo oral do que com a penetração propriamente dita. Nunca havia me dado conta que isso era um problema para minha mulher, até que ela resolveu fazer uma terapia e reconheceu que isso realmente a incomodava, que necessitava um tempo maior de penetração. A partir do momento que ela me abriu o jogo, a minha falta de controle de ejaculação passou a ser uma verdadeira tortura e parece que piorei. Passei a me questionar e a ficar muito inseguro...%”*

Relato 3

Roberto S., 38 anos, casado há 13 anos: *„Desde o início de minhas relações sexuais tive uma ejaculação extremamente rápida, pensei que casando e tendo um número mais freqüente de relações ia melhorar... Mas que nada... Além disso, nunca consegui dar duas seguidas... Minhas relações com minha esposa estão escasseando e acho que é pela ejaculação rápida... Ela não tem prazer e está evitando, e, nestas alturas, até eu já me sinto constrangido com a minha maneira de fazer sexo... Preciso resolver isto com urgência...%”*

Explicações

– Entende-se por ejaculação precoce (EP) a que ocorre em menos de três a cinco minutos de penetração em um homem de vida sexual regular. Homens com relações esporádicas ou escassas tendem a ejacular precocemente (*Leia mais sobre ejaculação precoce nas páginas 133 e 135*).

– Em geral, o portador de ejaculação precoce é um indivíduo ansioso, nervoso por natureza, e esta ansiedade repercute também sobre sua vida sexual, produzindo relações sexuais apressadas. Em alguns casos, a ansiedade é relacionada somente com sexo, ou seja, de alguma forma o indivíduo desenvolveu um nervosismo relacionado com transar. Em um caso que atendi, por exemplo, a preocupação do paciente era em relação ao tamanho de seu pênis e a capacidade do mesmo de satisfazer sua parceira. Cada vez que ia transar, o nervosismo era desencadeado por essa preocupação, o que o levava, sem se dar conta, a encerrar o ato de penetração o mais rápido possível, ejaculando.

– Um ejaculador precoce pode ser um homem com um alto grau de excitabilidade. A excitação faz parte da natureza humana, mas, quando em exagero, corresponde a um **não**-crescimento, a um **não**-amadurecimento. O indivíduo mantém-se na fase da adolescência, em que mulher e vagina são elementos excessivamente excitantes. É como se uma simples cruzada de pernas femininas fosse o suficiente para provocar a ejaculação.

– Há também os que limitam a relação sexual a uma atividade meramente genital (pênis X vagina). Nesses casos, há uma preocupação excessiva com a ereção, aumentando o grau de ansiedade e reduzindo todo ato de sentir, ver e tocar, que devem envolver o ato sexual. Essa ansiedade atua de tal forma que precipita a ejaculação.

– Uma criação moralista, que incute tabus e preconceitos quanto à sexualidade e ao ato sexual, também pode ser determinante para a falta de controle ejaculatório. Sexo proibido torna-se excessivamente excitante (*Leia página 113*).

– A ejaculação precoce pode ser um mau hábito adquirido porque o indivíduo começou sua vida sexual em situações que o obrigavam a transar rapidamente. A iniciação com uma prostituta, por exemplo, que, na maior parte das vezes, está muito mais preocupada com a rapidez do ato sexual para sobrar tempo para um maior número de parceiros do que com a satisfação de seu cliente. Desta forma, a atividade sexual torna-se algo puramente funcional, que se desenrola mecanicamente em três etapas: ereção / penetração / ejaculação, colocando de lado fatores como afeto, carícia e prazer, que, para alguns homens, são relevantes para um bom desempenho. Outra situação que pode provocar a ejaculação precoce é quando a iniciação é feita com uma namorada com a qual a relação sexual se dá em lugares e condições inadequados ou desconfortáveis, como o banco traseiro do carro ou o portão da casa, tudo às escondidas, com muita pressa, medo e angústia (*Leia página 117*).

– Há vários casais que se adaptam à ejaculação precoce que, muitas vezes, é compensada com a quantidade de relações sexuais ou com preliminares prolongadas, o que possibilita a mulher atingir o orgasmo. Quando existe uma situação adversa, tal como o stress, ou o abatimento físico do homem, ou mesmo a falta de estímulo pelo tempo de relacionamento, pode ocorrer uma diminuição do número de relações sexuais e, conseqüentemente, a ejaculação precoce passará a ser problema, conforme relatado no *Relato 2*. Muitas vezes, a falta de controle ejaculatório somente é detectada quando há troca de parceira, em função da adaptação da parceira anterior a essa situação.

– Algumas vezes não houve o aprendizado do controle ejaculatório que, normalmente, ocorre nas primeiras masturbações ou relações sexuais. Assim como se aprende o controle da micção aos 2-3 anos através de pequenos puxões de orelha dados pela mãe, e este controle, que inicialmente é forçado e consciente por medo das reprimendas, torna-se automático e inconsciente em pouco tempo, assim, o controle ejaculatório deveria ser aprendido e desenvolvido, sendo sua ausência por vezes uma falha educativa. A maioria dos homens aprende a protelar o orgasmo com a experiência sexual e o aumento da idade; outros continuam ejaculando precocemente.

– As dúvidas em relação à própria sexualidade são causadoras de ansiedade e conseqüente ejaculação precoce, como se percebe no *Relato 1*. Entre os questionamentos e dúvidas mais freqüentes estão: vou funcionar bem ou não, vou ter uma ereção ou não, vou agradar na cama a parceira ou não, se com esta relação sexual vou ou não conquistar e manter esta parceira ao meu lado, se vai ocorrer gravidez inesperada, se meu pênis é grande o suficiente ou não, se meu corpo será bem-visto ou não, se meu jeito será bem aceito ou não. Nestes casos ocorre o que se conhece como *racionalização do prazer erótico*, ou seja, os pensamentos deste homem estão voltados para estas questões e não para sexo e prazer. Assim, desvia-se a atenção, a tesão fica apagada por esta linha de pensamentos, o que impede que se desfrute do ato sexual, tornando-se espectador e crítico do próprio desempenho e, conseqüentemente, ansioso. Todas as dúvidas que possam surgir quando duas pessoas se relacionam são sempre causas de maiores ou menores índices de ansiedade, que pode ser geradora de um mau desempenho.

– A ejaculação precoce pode ser uma maneira inconsciente de revolta ou protesto a uma suposta tentativa de controle de uma mulher autoritária. O homem passa a associar a demora para ejacular – de que a mulher necessita para se satisfazer – como mais uma tentativa de controlá-lo, de impedi-lo de ter orgasmos quantas vezes quiser. Assim, a ejaculação prematura é uma forma de tentar se desvencilhar do jugo feminino, como se ele detivesse, nesse momento, o poder de controlar a situação.

– Muito raramente, defeitos congênitos nos componentes neurológicos (inervação motora ou sensitiva) ou nos componentes vasculares (artérias, veias, circulação) do mecanismo de ereção são causas de ejaculação precoce.

Soluções Possíveis

– Quando o problema está ligado a um distúrbio da personalidade mais grave e gerador de ansiedade, as terapias de fundo analítico são as mais indicadas, apesar de demandarem um tempo maior de tratamento e maior dedicação. A ansiedade pode ser tratada com o uso de medicamentos ansiolíticos.

– A alta excitabilidade também necessita de um tratamento psicoterapêutico, de amadurecimento, ou, quem sabe, de um maior número de experiências sexuais, maior número de parceiras.

– Maus hábitos são combatidos com esforços mentais para mudança de comportamento. Na maior parte das vezes, é necessária ajuda de um médico ou terapeuta ou, até mesmo, o uso, por determinado tempo, de medicamentos que retardem a ejaculação.

– É importante sempre lembrar que, justamente, pelo sexo ser uma coisa tão boa, mais ele deve ser curtido, vivenciado e aproveitado. Não incorra no equívoco de achar que por ser tão espetacular justifica interrompê-lo de imediato. Aproveite cada momento da melhor maneira possível, tranquilamente. Valorize as preliminares, a troca de carícias. Isso possibilitará um relaxamento maior, facilitará o controle da ansiedade e, conseqüentemente, retardará o processo ejaculatório.

– As dúvidas sobre a própria sexualidade devem ser desfeitas. Ler, informar-se com profissionais aptos, entender que ao se relacionar com uma outra pessoa o importante é o afeto envolvido no relacionamento, ou a atração física entre o casal. Lembrar-se de que a variedade, as diferenças nos seres humanos, geram a qualidade; se todas as pessoas fossem iguais, não haveria estímulo para o crescimento. São as particularidades, os detalhes que nos diferenciam, que dão colorido à vida, e nunca se pode prever o que agrada ou não a uma mulher.

– Pequenos truques na forma de realizar o ato sexual podem ajudar a evitar uma ejaculação precoce. Se a sua parceira demora mais tempo que você para atingir o orgasmo, aumente o tempo de preliminares. Converse com ela e descubra suas preferências. Busque posições em que você consiga ter um controle maior da ejaculação. Acostume-se com a penetração e tente perder o medo de manter o pênis na vagina. Existem formas de controle voluntário que podem ser aprendidos. Técnicas como a da Pause-Squeeze, da Compressão da Glândula e outras são ensinadas por terapeutas sexuais.

– Quando há uma relação direta entre o aumento da preocupação com o desempenho e a piora da ejaculação precoce, em geral são indicados o acompanhamento psicológico e o uso de antidepressivos-ansiolíticos associados ou não a vasodilatadores. Essa relação deixa claro o componente ansioso como causa da ejaculação rápida, como nos *Relatos 1 e 2*. Solicita-se também a colaboração da parceira, para a qual é sugerido evitar cobranças por um período e o aumento da frequência do ato sexual (a cada três a cada dias, no mínimo). Cerca de 87% dos casos de ejaculação precoce respondem bem a esses procedimentos, sendo que em 45 dias após essas medidas a ejaculação já passa a ser em sete a oito minutos após a penetração, com melhoras progressivas. Em alguns casos, recomenda-se que haja a suspensão temporária das preliminares, para fazer com que a excitação aumente com o pênis já dentro da vagina.

– A teoria psicanalítica comenta o conflito com a figura feminina, a raiva da figura da mulher e o desejo inconsciente de não dar prazer a ela como causa da ejaculação rápida.

– Defeitos congênitos ou adquiridos do pênis devem ser investigados em clínicas especializadas e tratados o mais rápido possível.



3. Ejaculando muito rápido a partir de determinado momento ou em uma situação específica: “Nunca havia acontecido antes”

Faixa etária predominante: dos 25 aos 45 anos

Perfil: homens que passam por alguma situação que gera ansiedade ou que estão enfrentando alguma doença física

Vida Sexual: em geral, homens que possuem vida sexual há alguns anos, com relacionamento estável e desempenho sexual sem queixas, ou homens com parceira nova, e que, até então, possuíam relações sexuais normais com parceira(s) anterior(es)

Motivo da consulta: aparecimento de ejaculação precoce

Relato 1

Renato G. H., 26 anos: *„Sou casado há dois anos e até há pouco tínhamos uma vida sexual normal, regular. Ocorre que, por motivos profissionais, fui transferido do interior para Porto Alegre, com a intenção de trazer minha mulher quando minha situação ficasse realmente definida e minha vida organizada. Está difícil a adaptação à cidade grande, e mais difícil ainda meu relacionamento conjugal. Como somente posso ir para casa aos finais de semana, começou a bater a insegurança de ambas as partes. Passamos a desconfiar e a ter muito ciúmes um do outro, o que não ocorria anteriormente. Para agravar todo esse stress, comecei a ejacular muito rápido... Ela tem ficado insatisfeita, já comenta que não sente mais vontade de transar... Isso faz com que eu fique muito tenso cada vez que vamos ter relações, até o ponto de, nos últimos dois meses, ejacular antes mesmo de penetrar.“*

Relato 2

Marcos L., 37 anos: *„Estou separado há um ano e, sabe como é, a gente fica carente, querendo um ombro amigo. E esse ombro estava bem perto de mim sem que eu notasse. Só que a coisa começou a ficar tão escancarada que não tinha mais como fugir. A minha secretária acabou revelando*

que se sentia atraída por mim. Eu não podia negar fogo, ainda mais para um Avião como aquele. Eu chegava a nem acreditar que aquela mulher maravilhosa estava querendo alguma coisa comigo... Era muita areia para o meu caminhão... Mas estava ali, tão fácil, e ao meu alcance que não podia deixar passar... Precisava ter dado conta do recado, mas na hora ã acho que fiquei tão excitado, que acabei gozando em dois minutos... A partir daí tenho mantido relações com esta moça, mas sempre com ejaculação rápida; raramente consigo controlar.%

Relato 3

Lauro W., 43 anos, casado há 15 anos: *„Sempre tive um bom relacionamento com a minha parceira e uma vida sexual ativa. Temos uma vida tranquila, equilibrada. O que está nos atrapalhando é que, há cerca de seis meses, comecei a não controlar a ejaculação. De início achei que ia passar, mas fui me encucando cada vez mais a tal ponto que cada vez ejaculava mais rápido... E parece que, quanto mais preocupado eu ficava, mais e mais rápido gozava... Isso já virou uma tortura... Tenho até evitado transar...%”*

Explicações

– A ansiedade é a maior causa de ejaculação precoce. Toda e qualquer alteração no ritmo de vida que provoque ou aumente os graus de ansiedade, o nervosismo, podem levar ao aparecimento da ejaculação precoce. Crises profissionais, perda de emprego, adaptações a um novo emprego (como no *Relato 1*), dívidas, dificuldades financeiras, doença em família, problemas pessoais de saúde, desavenças conjugais, brigas em família. etc. (*Leia páginas 114e 117*).

– O nascimento de um filho, com interrupção das atividades sexuais, pode eventualmente gerar, quando na retomada das relações, precocidade na ejaculação por um período, também pelo mecanismo ansioso. Tenho atendido vários pacientes que se encontram nessa situação. Parece que a mudança de ritmo que um filho recente impõe à vida de um casal induz o aumento da ansiedade. Este aumento está relacionado à diminuição do grau de atenção ao companheiro pela necessidade de cuidados com o filho, à sensação de alguns

homens de terem sido relegados a um segundo plano e ao menor tempo disponível para relações sexuais.

– O número de relações sexuais diminuído, principalmente por negativas da parceira em relacionar-se, independente das causas destas negativas, gera o que se conhece como ansiedade de rejeição. A sensação de estar sendo rejeitado provoca uma raiva inconsciente ou consciente, e tem como forma de expressão a ejaculação rápida. Há casos em que os homens relatam que, se dependesse deles, o casal teria relações com uma frequência bem maior, mas a esposa não tem disposição. Este ritmo desigual em um casal pode ser causa de ejaculação precoce por ansiedade de rejeição ou por excitação excessiva reprimida.

– Uma nova parceira pode ser causa de ejaculação precoce por gerar ansiedade de adaptação (como no *Relato 2*), ansiedade por agradá-la e satisfazê-la. É freqüente também a ansiedade por culpa, em casos extraconjugais, a ansiedade por medo das conseqüências diretas e indiretas de um novo relacionamento e a ansiedade por falta de intimidade com a nova parceira que leva sempre um certo tempo para estabelecer-se.

– Muitos pacientes revelam frustração por não conseguirem atender a todas as mulheres que se lhes insinuam. Há que se compreender de que forma a mudança de mentalidade e postura femininas interferem no comportamento dos homens. Sem tantas travas morais como em anos atrás e sem medo de uma gravidez inesperada pela proteção de anticoncepcionais, as mulheres estão abertas à possibilidade de terem relações sexuais mais descompromissadas, em busca simplesmente do prazer, tornando-as naturalmente mais disponíveis. Enquanto no passado, levar uma mulher para cama era algo que demandava tempo, habilidade, paciência, namoros duradouros e casamento – uma verdadeira batalha –, hoje em dia, é algo mais fácil, com a possibilidade delas escolherem, conquistarem e seduzirem. Só que nem todas nos excitam ou nos dão tesão, seja por seu aspecto físico, seja por seu jeito ou pelo momento particular da vida de cada um. Esse entendimento é fundamental, pois tentar transar com todas as mulheres do mundo é um sonho masculino que pode ter como preço várias brochadas e sensações de impo-

tência que podem se estender para as parceiras que realmente atraem e excitam.

– Uma falha eventual pode estabelecer a Ansiedade de Desempenho, ou seja, o indivíduo passa a ter medo de falhar novamente, torna-se inseguro, e pode, ao invés de falhar, ejacular rapidamente até para evitar a perda da ereção. O medo de perder ou não conseguir uma ereção é o maior causador de relações apressadas, pois o homem tende a abreviar até mesmo as preliminares. São sinais claros desta ansiedade: suor, tremores, extremidades frias, aceleração cardíaca (*Leia página 114*).

– As doenças orgânicas que causam dificuldades de ereção podem produzir como primeiro sintoma a ejaculação precoce, também pelo mecanismo de insegurança e medo de falhar. Em geral, a dificuldade de ereção por problemas orgânicos vai sendo percebida aos poucos, por uma ereção que não acontece ou que é parcial, sem rigidez, ou que é perdida com facilidade durante a relação. Na presença destes sintomas, o homem em geral começa a ficar extremamente preocupado com sua ereção e a evitar relações, ou a ejacular precocemente pelo medo da falha (observe o paciente do *Relato 3*).

Soluções Possíveis

– Entender que a ansiedade é a causa da disfunção ejaculatória é o primeiro passo para controlá-la, depois disto, é preciso buscar a causa da ansiedade, já que se conscientizar, se dar conta do porquê do problema, torna mais fácil resolvê-lo. Depois é dedicar-se a solucionar a causa, ou seja, o problema em si. O uso temporário de medicamentos tem indicação e bons resultados.

– Quando a ansiedade é gerada por fatores circunstanciais, ou seja, por fatores externos e passageiros, resta esperar ou trabalhar no sentido de trazer a vida ao seu ritmo normal. Nestas fases de mudanças de ritmo da vida pessoal, sexo fica em segundo plano por algum tempo e não são oportunas as exigências de desempenho. Se o indivíduo tenta manter os mesmos hábitos sexuais da fase anterior, em que não havia stress, poderá encontrar dificulda-

des, já que a tesão não é a mesma. Por isso, aguarde para que as coisas voltem aos seus devidos lugares e, aí, sim, retome naturalmente seu ritmo sexual.

– É importante que o homem respeite suas vontades e sentimentos. Assim, não se sinta na obrigação de atender a todas as mulheres que manifestarem interesse sexual por você. É importante que você também esteja atraído. Escute seu corpo, aprenda a ter habilidade para recusar, pois o pensamento de que „um homem nunca pode dizer não% poderá lhe trazer surpresas desagradáveis.

– Desacertos do casal se resolvem conversando, negociando com a parceira, aplainando arestas e, em alguns casos, usando o serviço de um médico ou terapeuta de casal como intermediário nessas negociações.

– A ansiedade das primeiras relações com uma nova parceira em geral passa com o transcorrer do relacionamento, principalmente porque, ao poucos, vai se estabelecendo uma maior intimidade que propicia uma troca recíproca de prazer. Em algumas situações específicas, o uso temporário de ansiolíticos ou o auxílio de um terapeuta pode apressar a resolução do problema.

– A Ansiedade de Desempenho também necessita ser entendida. Quando nos convencemos da não-obrigatoriedade de um desempenho nota dez, em geral, há uma melhora rápida. Nestes casos, também pode haver a indicação do uso de ansiolíticos ou de terapia. Quando se tem uma falha erétil, pode-se optar entre duas alternativas: ou se entende por que ela ocorreu ou se busca ajuda para entendê-la. Aceitar o fato de que brochar eventualmente é parte de nosso dia-a-dia pode nos fazer ter muitas e melhores ereções. Um caso que recebi e orientei através da Internet foi solucionado quando alertei para o fato de que aquele moço estava indo para cama com sua namorada por suas curvas, sua pele, seu cheiro, seu gosto, sua beleza, e não para ver se seu pênis se manteria duro ou não e por quanto tempo. Quando ele entendeu isto, parou de preocupar-se com seu pênis, a ansiedade baixou e as relações passaram a ser demoradas e prazerosas.

– Em casos em que se suspeita de causas orgânicas, a investigação por técnicas diagnósticas em clínicas especializadas é o melhor caminho.

– O tratamento da ejaculação precoce evoluiu significativamente na última década, e várias combinações de antidepressivos em doses pequenas, ditas subclínicas, e vasodilatadores estão sendo usadas com sucesso no seu tratamento. Cremes que diminuem a sensibilidade e técnicas terapêuticas possuem também papel importante. O índice de resolução com sucesso da ejaculação precoce está na faixa de 89% (*Leia página 135*).



4. Diminuindo o número de relações: “Transava todos os dias e hoje é só uma vez por semana”

Faixa etária predominante: 30 a 50 anos

Perfil: em geral, homens casados há 7-15 anos, estáveis financeiramente, com filho(s)

Vida Sexual: parceira fixa, com relações sexuais normais e com frequência alta na fase inicial do relacionamento.

Motivo da consulta: redução da frequência sexual, diminuição da libido

Relato 1

Augusto G., 41 anos, casado há 10 anos e com um filho de 7: *„Não consigo entender o rumo das coisas: trabalho, trabalho e não trepo. Agora que atingi uma certa segurança profissional, estou tranquilo do ponto de vista econômico, parece que eu e a minha mulher perdemos a tesão. Interessante é que antes, no início, transávamos até três vezes por dia, e nos últimos dois anos ficamos até duas semanas sem chegar um perto do outro. Logo agora que o filho está entrando na escola e as coisas estão bem encaminhadas... Tá certo que a gente tem discutido muito, mas acho que não justifica. Outro dia, ela até deu a entender que não sou mais o mesmo, que tudo mudou entre a gente e até me perguntou: ‘O que está acontecendo contigo?...’ É eu fiquei pensando: ‘Será que eu estou ficando impotente?’”*

Relato 2

Gerson B., 48 anos, casado há 15 anos, assessor parlamentar bem-sucedido : *„Por uma oportunidade profissional, me mudei para Brasília e tenho conseguido visitar a família uma vez por semana. Antes disso, mantínhamos uma relação sexual satisfatória para ambos. Transávamos de duas a três vezes por semana, com relações que duravam uma hora ou mais. De um ano para cá, nem sempre que vou em casa tenho relações, tenho evitado porque têm sido difícil conseguir uma boa ereção, parece que preciso de muita estimulação para conseguir rigidez. Duro mesmo só quando estou a*

ponto de atingir orgasmo. Ando constrangido e tenho a sensação de que minha vontade diminuiu.%

Explicações

– Existe uma preocupação muito grande dos homens em relação ao número de relações sexuais que mantêm, como ficou claro no caso que apresentamos na introdução desta obra. É preciso lembrar que não há um „normal% em relação à frequência sexual, já que número e forma estão relacionados a aspectos como fase do relacionamento, personalidade, grau de satisfação, circunstâncias (profissionais, sociais e familiares) e estado de espírito das duas pessoas envolvidas. Portanto, dependendo dessas condições, há um maior ou menor ritmo sexual.

– Considerando as variantes a que nos referimos quanto à frequência sexual, pode-se falar do que é mais comum numa determinada faixa etária ou em cada fase de relacionamento dos casais. Sendo assim, identificamos através de pesquisa as seguintes fases:

a) Adolescentes e adultos jovens, com faixa etária entre 14 e 25 anos: mantêm de uma a quatro relações sexuais por semana e, quando as mantêm, repetem de uma a três vezes. A frequência é influenciada pela disponibilidade de tempo, local e parceira;

b) Casais em início de relacionamento: relações diárias ou quase diárias, em geral uma por vez. Duas ou mais relações no mesmo dia ocorrem em 43% dos casais nessa fase;

c) Casais com 3 a 5 anos de casamento ou relacionamento estável: a frequência sexual baixa para duas a três vezes por semana, uma única vez, e é diminuída ainda mais com a presença de filhos;

d) Casais com 10 a 15 anos de casamento ou relacionamento estável: em geral a frequência sexual se mantém na ordem de uma a duas vezes por semana, uma única vez;

e) Casais com mais de 25 anos de casamento: relações uma, duas vezes por semana ou relações mais esporádicas, sendo que cerca de 25% dos casais nessa fase já não mantêm relações sexuais.

– Sabe-se que, do ponto de vista orgânico, considerando-se um homem saudável, é possível manter relações sexuais a cada três a quatro dias, ou seja, em torno de duas vezes por semana, independente da idade, ou seja, da adolescência até o final de sua vida. Esse é o tempo em que ocorre uma produção de líquido seminal suficiente para encher a vesícula seminal. Repleta, é um dos fatores indutores de desejo sexual. Mediante excitação, há uma aceleração dessa produção.

– No que se refere ao tempo que deve durar uma relação sexual, não existe o que se chama de normal, nem de tempo médio. Tudo vai depender da satisfação de ambos. Se um casal tem relações sexuais por cinco minutos e neste tempo ambos estão satisfeitos, ótimo, é uma relação satisfatória; se um outro casal só fica satisfeito se a relação sexual durar duas horas, ótimo, também não há reclamações a fazer tanto em um caso como no outro. O mais freqüente, no entanto, é que uma relação sexual dure de 30 a 40 minutos, com 15 a 20 minutos de preliminares e 15 a 20 minutos de penetração.

– Quanto ao tempo que deve durar uma ereção, também não existe um padrão de normalidade que possa mensurá-lo. Em teoria não há limites para o tempo que um indivíduo pode se manter em ereção. Novamente, o mais importante é que a ereção ocorra em tempo suficiente para que o homem e a mulher fiquem satisfeitos. É claro que algumas variantes interferem no tempo de ereção, tais como o grau de excitação, a disposição física, o estado emocional, a intimidade com a parceira, a troca de carícias mútuas, o entrosamento do casal...

– Quanto ao tempo que deve ocorrer uma segunda ereção, há uma relação direta com o fator idade. Em jovens de 15 a 25 anos, a ereção pode se repetir quase imediatamente; após os 30 anos, o tempo aumenta gradativamente, ficando em média em 30 minutos. Normalmente, neste tempo, o pênis recompõe toda a química necessária para uma nova ereção. Esse intervalo entre uma ereção e outra é o que se chama de período refratário (*Leia mais sobre mecanismo de ereção nas páginas 91 e 100*).

– Por potência sexual entende-se a capacidade de obter ereção e de ter relações sexuais satisfatórias. Não existe, portanto, qualquer relação entre

número de ejaculações e potência sexual. Essa é mais uma das fantasias com raízes na adolescência, quando há inclusive competições para ver quem ejacula mais e mais longe. Existem também conceitos populares de que aquele que consegue um maior número de relações é mais potente, mas a prática mostra que é a qualidade da relação que interessa, e não a quantidade.

– Já a quantidade de sêmen expelido vai depender do estado de saúde da próstata, uma vez que é a próstata o local onde é produzido 70% do líquido seminal. A maior parte dos homens idosos tem o que se chama de Hipertrofia Benigna Prostática, situação em que a próstata cresce de tamanho e se torna fibrosada, produzindo menor quantidade de secreção. Por isso, nessa idade, o ejaculado é sempre de menor volume.

– O volume ejaculado normal varia de 2ml a 5ml (de uma a três colheres de chá). Excesso de líquido seminal pode ser indicativo de infecções da próstata; já a diminuição do volume pode ser ocasionada pelas fibroses citadas anteriormente (*Leia mais sobre a dinâmica da ejaculação na página 134*).

– O casamento tem em geral uma evolução não-favorável a uma vida sexual intensa, e isso justifica a diminuição da frequência sexual. Os relacionamentos trazem consigo pequenas diferenças, rugas, discussões, brigas e ressentimentos que vão sendo guardados e acumulados a tal ponto que geram dentro de um ou de ambos a substituição do afeto e carinho inicial pela raiva, em geral negada ou não reconhecida, como observamos no *Relato 1*. Raiva não combina com tesão que, por si só, é uma manifestação de amor. A presença de filhos e/ou familiares que compartilhem a mesma casa também diminuem as possibilidades de ambiente propício a relações sexuais e aumentam as possibilidades de desacordos e rugas. Quando há bom relacionamento entre o casal, outros são os fatores que podem influenciar no ritmo sexual: tempo disponível, grau de envolvimento com atividades profissionais, sociais, domésticas, familiares, problemas de saúde...

– Muitas vezes há uma canalização de interesse e esforços para outra área que não a sexual, sem que haja uma aceitação ou percepção clara dessa situação. Grandes desafios profissionais, profissões que demandam muita dedicação, tanto mental quanto física, como pode ter ocorrido no *Relato 2*,

projetos de vida que estão sendo concretizados (grandes aquisições ou mudanças), casais que passam a se voltar muito para seus filhos, perdendo o convívio mais particular e íntimo. Tudo isso pode ser determinante para a redução do ritmo sexual, sem que necessariamente haja algum problema relacionado a uma disfunção orgânica.

– A evolução do indivíduo pode desenvolver doenças latentes como a depressão ou a ansiedade que tendem a aflorar na medida em que os problemas da vida começam a surgir no caminho da pessoa. Tanto a depressão como a ansiedade dificultam o desempenho sexual (*Leia páginas 112 e 117*).

– Há casos, mais raros, em que termina o amor. O relacionamento nestes casos pode estar recheado de discussões e brigas, ou ter se transformado em um relacionamento de „amiguinhos%, sem atração sexual, como irmãos.

– Uma nova parceira, uma nova paixão, pode em alguns casos ser a causa do afastamento sexual de um casal. O interesse por uma nova mulher traz consigo o desinteresse pela atual companheira e a natural diminuição da tensão pela mesma.

– Falhas eventuais ou relações sexuais frustrantes, ou seja, que não dão prazer para um ou para ambos os parceiros são muitas vezes a causa de afastamento sexual do casal. Homens portadores de ejaculação precoce mantêm relações sexuais rápidas demais e esta rapidez pode dificultar ou impedir que suas parceiras atinjam o orgasmo. Estas mulheres naturalmente começarão a ver suas relações sexuais como frustrantes e tendem a fugir das mesmas. Brochadas ocasionais também podem fazer com que o indivíduo comece a evitar relações pelo medo de não conseguir ereção.

– A saúde geral do indivíduo quando afetada traz consigo diminuições na libido. Diabéticos, cardiopatas, doentes renais, entre outros, são homens que têm, pelo menos, períodos de dificuldades de ereção relacionados com a doença em si ou com o stress e as preocupações que a doença traz consigo.

– As doenças do pênis, alterações circulatórias, neurológicas e/ou estruturais já são uma possibilidade nesta faixa etária e devem ser levadas em

consideração quando houver sinais sugestivos de sua presença, tais como saúde geral comprometida, ausência absoluta de ereções, dor quando em ereção, pênis torto, etc. O primeiro sinal de alerta pode ser a diminuição da frequência.

Soluções Possíveis

– Organizar a vida de tal forma que trabalho, lazer, família, sexo e convívio social tenham seus lugares e tempos disponíveis ainda é a melhor forma de não perder nenhuma das facetas da vida. Reservar um dia para namorar, sair para jantar, ir ao cinema... Isso certamente trará mais estímulo e união ao casal.

– Preserve sua intimidade. É importante que filhos ou pessoas que convivam no mesmo domicílio tenham limites estabelecidos. O quarto do casal deve ser fechado à chave após determinada hora da noite, e os filhos devem dormir em seus quartos e nunca no quarto ou cama dos pais, pois é prejudicial a todos compartilhar o mesmo espaço à noite.

– Como ficou claro, a satisfação do casal é mais importante do que a frequência e do que o tempo de uma relação sexual ou de uma ereção. Entretanto, uma ereção não deve ultrapassar três horas, em função do risco da má oxigenação do sangue que está parado dentro dos corpos cavernosos produzir lesões no pênis. O priapismo (uma ereção excessivamente prolongada) pode ocorrer acidentalmente com o uso de certos medicamentos, por complicações vasculares ou pelo uso de drogas intracavernosas. Na presença de priapismo, um médico ou um serviço de emergência deve ser procurado com a máxima urgência para que, com a utilização de um vasoconstritor, seja desfeita a ereção.

– Converse sobre as diferenças de opiniões, saiba negociar posições, busque um meio termo, perdoe sem se submeter ou sufocar sua maneira de ver as coisas. Em último caso, busque um mediador, um terapeuta de casais ou um psicoterapeuta para aplainar as dificuldades que devem ser a causa do afastamento.

– Cuidar da saúde mental é tão importante quanto preservar sua saúde física. Se o stress for muito grande, se sensações de tristeza e impotência frente a vida forem muito fortes, procure um terapeuta, uma psicóloga ou um psiquiatra e organize suas idéias.

– Quando o amor termina, infelizmente não há muito o que fazer, a não ser avaliar bem os prós e contras da separação e tomar as decisões mais coerentes possíveis com seus sentimentos.

– As falhas eventuais devem ser entendidas e não assumidas como impotência. Brochar de vez em quando faz parte da vida de todo homem e o importante é entender a causa e evitar a repetição das mesmas circunstâncias. Além disso, admita que circunstâncias desfavoráveis podem interferir em sua vida sexual. Uma conversa com um médico ou uma psicóloga pode resolver o problema.

– Revisões anuais com seu médico e cuidados com sua saúde podem prevenir ou evitar problemas maiores.

– Quando o seu pênis adoece, considere-o como qualquer outro órgão, como seus olhos, por exemplo, e procure um médico especialista nas doenças do pênis.



5. Falhas ocasionais: “Tomei um porre e brochei”

Faixa etária predominante: qualquer faixa etária

Perfil: diverso

Vida Sexual: normal, sem falhas ou queixas

Motivo da consulta: uma falha única, recente

Relato 1

Alexandre J. , 35 anos, casado há 6: *„Eu sempre tive uma vida sexual absolutamente normal com minha mulher, com relações de três a quatro vezes na semana, com ereção e tempo de ejaculação satisfatórios, tanto para mim quanto para ela. Mas há duas semanas fomos numa festa de casamento - por sinal maravilhosa, com comida e bebida a varrer - e, quando chegamos em casa, com o maior clima para uma relação sexual, eu simplesmente brochei. Está certo que abusei um pouco no álcool, mas acho que não justifica, era para ter ficado melhor ainda...%”*

Explicações

– Lembre-se sempre de que todo homem brochou algum dia, só que existem aqueles que admitem e os mentirosos. Não há como ser infalível, em especial com o excesso de cobranças sociais, financeiras, familiares, que recaem sobre todos nós, ou por situações específicas como o excesso de ingestão de álcool, como ocorreu no *Relato 1*. O álcool, num primeiro momento e em certa dose, libera e nos deixa mais soltos para o sexo, mas, a partir de uma quantidade, que é variável de pessoa para pessoa, produz depressão do sistema nervoso central, sonolência e incapacidade de ereção (*Leia página 110*).

– Muitos homens, com apenas uma brochada ocasional, acabam se tornando impotentes pelo simples fato de desenvolverem a Ansiedade de Desempenho. Ficam exageradamente impressionados com uma ou poucas falhas e têm medo de falhar novamente. Este medo, pela descarga de adrenalina, provoca cada vez mais falhas, e o sentimento de tédio é substituído pelo

sentimento de medo de que a ereção não ocorra. Costumo dizer aos meus pacientes que se queixam de brochadas ocasionais que a diferença entre os homens não está em brochar ou não, mas sim em como encaram esta brochada. Há os que dizem para si mesmos: falhei porque tinha bebido demais, ou porque tinha brigado com a mulher, ou porque tinha tido sérios problemas no ambiente de trabalho. Viram-se para o lado, dormem sossegados e, no outro dia, estão tendo relações normais. Um outro grupo age de forma errada: angustia-se intensamente com a brochada sem nem procurar entender o porquê dos fatos, se auto-intitula impotente, passa a duvidar de suas ereções e cria uma bola de neve que o leva à impotência sexual por Ansiedade de Desempenho (*Leia página 114*).

Soluções Possíveis

– Faça sempre uma reflexão sobre a relação de causa e efeito. Pense no que aconteceu para provocar a falha: ou um dia muito cansativo e estressante, ou sua mulher estava de cara feia, ou você ingeriu álcool em excesso, ou algo muito importante está por acontecer ou para ser resolvido. Tudo isso pode desencadear uma falha ocasional, relacionada a algo que você pode identificar como um fato gerador.

– Sexo não se faz por obrigação. É preciso sempre procurar reconhecer se você está ou não com desejo de fazer sexo e, em seguida, respeitar seus sentimentos, não forçar, não transar a não ser que a tesão esteja presente.

– O melhor remédio é entender brochadas eventuais como algo absolutamente ocasional. Não transforme isso numa tempestade em copo d'água; não crie problema onde não existe. Por isso, cuide para que uma simples falha não passe a ser causa de ejaculação precoce e, pela ansiedade excessiva gerada, levar até mesmo à impotência.



6. Falhas esporádicas: “Às vezes consigo, e outras, falho”

Faixa etária predominante: 25 a 50 anos

Perfil: em geral, homens casados, equilibrados financeiramente, podendo haver a incidência de alguma doença orgânica ou a ocorrência de algum fato gerador de ansiedade ou depressão

Vida Sexual: relações ou tentativas de relações na faixa de duas a três vezes por semana, algumas com sucesso, outras não. Em alguns casos, os períodos de insucesso duram duas ou três semanas, seguidos de outras tantas semanas com normalidade, em ciclos. Alguns destes pacientes têm como queixa a presença de boas relações com determinada parceira e falhas com uma outra

Motivo da consulta: dificuldades repetitivas de obter ereção quando sente desejo sexual e tenta transar com sua parceira intercaladas com relações com ereções normais

Relato 1

Gilberto P., 45 anos, casado há 13 anos: *„Desde que meu pai faleceu, tenho a sensação de que tudo está dando errado comigo. Até brocha parece que fiquei. O mais intrigante é que eu tenho vontade de manter minha vida sexual como antes, sinto vontade de transar, mas tem semanas que tudo fica pior e simplesmente nada funciona; em outras, tenho conseguido ereção normal parecendo que o problema está solucionado e, de repente, brocho novamente. Isso já está ficando constrangedor, angustiante...%”*

Relato 2

Valter O., 35 anos, bancário, solteiro: *„Eu me interessei por uma médica que sempre me pareceu do tipo difícil. Ela demorou para aceitar sair comigo, sempre dando alguma desculpa ou adiando nossos encontros. Relutou, relutou, mas saímos algumas vezes e acabamos transando. No início, tínhamos relações satisfatórias, mas sempre com a exigência de ser criado um*

clima muito romântico, tipo um jantar à luz de velas ou coisas semelhantes; dizia que assim se sentia seduzida. Ainda assim, muitas vezes ela nem queria transar. Em uma destas ocasiões eu ejaculei muito rápido e ela manifestou ter ficado extremamente chateada, ofendida, mesmo tendo explicado que aquele dia havia sido muito tenso. A partir daí ficou cada vez mais difícil levá-la para cama. E sempre que isso acontecia vinha a cobrança: “Mas hoje vai ser bom?É... Só que daí a coisa não era nada boa porque, sei lá, acho que ficava nervoso e aí gozava ainda mais rápido. De uns seis meses para cá, comecei a ter dificuldades de ficar de pau duro. Não consigo mais transar direito, mas continuo gostando dela, quero continuar saindo com ela...”

Após dois meses, em nova consulta, e muito sorridente:

„Não tenho mais saído com aquela doutora de quem lhe falei. Ficou difícil e resolvi evitar o relacionamento com ela. Fui a uma festa de amigos e conheci uma chilena que veio morar próximo a minha casa. Rolou um clima muito legal entre nós, assuntos comuns, interessantes e a possibilidade de transar estava clara, mas eu estava morto de medo de que acontecesse o mesmo que estava ocorrendo com a minha namorada anterior. Saímos algumas vezes, e lá pela terceira ou quarta vez não tive como evitar e levei-a para um motel. Como eu previa, aconteceu! Não consegui uma ereção. Fiquei com o pênis meio mole que não tinha condições de penetrar. Só que a reação dela foi completamente diferente: disse que tinha se encantado comigo, que eu não me preocupasse, que seria melhor da próxima vez. Contou-me de sua vida e de seus planos para o futuro, e ficamos mais umas duas horas batendo papo na cama. Lá pelas tantas sugeriu que fôssemos embora porque já era tarde e disse-me que gostaria muito de sair comigo novamente. Eu relaxei e me preparei para começar a pôr minha roupa, e aí, surpreendentemente, ela começou a me acariciar e tive uma ereção excelente. Transei como há muito eu não vinha conseguindo. Tenho saído com ela e transado otimamente. Será que vão voltar minhas dificuldades? Preciso usar algum medicamento?”

Relato 3

Rafael S., 27 anos, solteiro: *„Eu tenho uma namorada há alguns anos e sou fissurado nela. Só que no ano passado fui morar em Brasília e nos separamos por seis meses. Nesse meio tempo, ela teve outro namorado e eu também tive uns casos, mas não tirava ela da minha cabeça. Voltei para Porto Alegre e nos reencontramos logo em seguida. Há três meses reatamos o namoro. Mas tenho brochado várias vezes... Sinto que parte do problema está em que cada vez que vamos transar, na minha cabeça, vem a imagem dela trepando com outro... Quase morro de ciúmes.... Morro de raiva dela por ter me traído... Parece que dá um bloqueio total e acabo brochando...%*

Explicações

– A maioria dos casais estabelece hábitos, entre eles o hábito de ter relações sexuais com uma frequência determinada e em dias determinados e mantém este hábito enquanto o ritmo de vida do casal estiver seguindo um caminho tranquilo. No momento em que situações diferentes surgem, principalmente quando geradoras de preocupações maiores, a tentativa de manter o ritmo sexual pode resultar em fracassos da ereção. Exemplos: dificuldades financeiras, desemprego, novo emprego, estágio de preparação para concursos, doenças em família, morte de familiar, gravidez, nascimento de filhos, brigas entre o casal, período pré-separação, crises conjugais... Em qualquer destas situações ocorre geralmente uma diminuição do apetite sexual em função da tensão; o cérebro está mais preocupado em resolver a situação do que com sexo, como ocorreu no *Relato 1*.

– A maioria dos homens que tem uma falha costuma impressionar-se e, a partir daí, cria-se a chamada Ansiedade de Desempenho, sobre a qual já nos referimos anteriormente, que envolve uma preocupação excessiva em torno da ereção, substituindo a tesão e fazendo com que as brochadas fiquem cada vez mais frequentes. Ocasionalmente, este indivíduo pode superar sua insegurança ou esquecê-la, mas, se qualquer detalhe o lembrar de falhas anteriores, novas brochadas podem ocorrer. Isso se deve ao fato de a própria sociedade cobrar do homem um papel sexual agressivo, julgando como vergonhosa a

falha em cumprir esse papel. Então, a auto-estima do homem pode ser afetada por uma impotência ocasional ou esporádica, e isto pode conduzir à ansiedade e à inibição de seus reflexos sexuais. Na verdade, o sentimento desse homem é de não conseguir cumprir suas próprias exigências (conscientes e inconscientes) do que é ser um „verdadeiro homem“. É como se a rigidez do pênis e o tempo que ela se mantém fosse o centro da gravidade, da juventude e da sensação de dever cumprido.

– Reiteramos que, por vezes, uma única falha pode ser a causa de uma seqüência de dificuldades sexuais pelo mesmo mecanismo de formação de insegurança e da „famosa“ Ansiedade de Desempenho.

– Há muitos casos de falhas em relações extraconjugais. Em geral, são indivíduos que estavam habituados ao casamento e a relações normais dentro dele e tentam ter uma relação sexual com uma terceira pessoa. Falham por sentimentos de culpa, medo do novo, medo das conseqüências da aventura, tornando-se inseguros a partir desta falha. Começam a duvidar de sua ereção e levam para a relação marital a mesma insegurança e probabilidade de falhas.

– Com o surgimento de novas e mais graves doenças sexualmente transmissíveis (como a AIDS), aumentou o medo de contrai-las. Em alguns momentos, este medo, quando em excesso, pode ser o fator de bloqueio de uma ereção.

– Como já referimos, as brigas conjugais, a raiva da parceira por atitudes e palavras que estão em desacordo com a maneira de ser do indivíduo (*Relato 3*), podem ser causas de falta de tesão por ela e de brochadas quando estes sentimentos estiverem mais vivos. Há também, nesta situação, a possibilidade do desenvolvimento da Ansiedade de Desempenho.

– Aqui é importante comentar novamente sobre a ansiedade de rejeição que pode ser identificada no *Relato 2*. É o nervosismo que aparece quando o indivíduo sente-se não-gostado, não-aceito, passando a reagir inconscientemente com a raiva, a qual passa a ser responsável por possíveis falhas sexuais.

– Conseguir uma ereção hoje, não conseguir no dia seguinte, voltar a ter uma boa relação sexual dois ou três dias depois é em geral um sinal de que o problema sexual está ligado a um fator emocional, a mudanças de humor ou à falta de desejo circunstancial. Dificilmente um órgão adoece hoje e se cura espontaneamente amanhã, voltando a adoecer no dia seguinte. A parte orgânica do mecanismo de ereção, quando sofre em decorrência de doenças, tende a mostrar sintomas progressivamente mais graves e não se recuperar, a não ser com um tratamento médico específico; já o humor, os sentimentos, a afetividade, a disposição mental, o estado de espírito, estes sim variam de um dia para outro, ou até mesmo da noite para o dia.

– Doenças vasculares, neurológicas ou deficiências hormonais podem ser as causadoras da disfunção (*Leia página 102 e seguintes*). Tive vários casos em que, mesmo portador de uma deficiência vascular, o indivíduo, por tesão e em momentos de ausência completa de ansiedade e, portanto, com níveis baixos de adrenalina, conseguia uma relação sexual normal. Em outras situações, com níveis de ansiedade maiores, não conseguia uma ereção satisfatória. Aparentemente, altos graus de excitação podem compensar a disfunção erétil provocada pela presença de doenças orgânicas de pequeno e médio porte.

Soluções Possíveis

– O ideal em caso de alguma situação que está gerando depressão ou angústia seria reconhecer que se está preocupado com outra coisa, virar para o lado e dormir, ou conversar com a companheira a respeito dos problemas buscando soluções a dois. No entanto, alguns homens tentam manter seu hábito sexual, ter relações com a mesma frequência de épocas anteriores, ter relações sem realmente estar desejando tê-las, e é nesta ocasião que a ereção deixa de ocorrer. Aqui volta novamente o conselho da necessidade de respeitar a si mesmo, bem como a ausência eventual de desejo sexual. Não se pode forçar relações sexuais como se isto fosse uma obrigação, pois transar deve ser visto como um prazer.

– O conhecimento e entendimento e, principalmente, a aceitação de que somos humanos e sujeitos a sentimentos e mudanças de humor e de que estes

sentimentos podem afetar nossa maneira de se comportar, inclusive, e principalmente, em nossa vida sexual. Este é o primeiro passo para aceitar, sem traumatizar-se, ou fazer um drama, eventuais brochadas.

– É importante ter consciência de que quando os parceiros não têm afetividade recíproca, hostilizam-se, seguramente terão dificuldade de se harmonizarem sexualmente. Nesse caso, é indicada a terapia de casal para que seja retomado o diálogo, bem como entendidas e aceitas as diferenças, se possível. Nesses momentos de crise conjugal, há que se aprender a ceder, respeitar a parceira, entender sua individualidade e seu direito de ter suas próprias opiniões, sua maneira própria de ver a vida, seus anseios e desejos.

– Examinar e entender, com o auxílio de um terapeuta, seus sentimentos, suas ansiedades e fantasias têm em geral ótimos resultados.

– Marcar uma consulta com um médico especialista pode resolver dúvidas sobre a saúde de seu mecanismo de ereção (*Leia página 91*).

– Um tratamento medicamentoso, com ansiolíticos, vasodilatadores, auxiliares da ereção, sob supervisão médica, podem contribuir para a resolução da dificuldade (*Leia página 123*).



7. Falhas constantes: “Não tenho conseguido ereções de alguns meses para cá”

Faixa etária predominante: de 40 a 70 anos

Perfil: profissões e situação socioeconômica variadas, casamento estável ou separados há alguns meses, alguns apresentando problemas de saúde

Vida Sexual: parceira fixa e, até meses atrás, apresentavam uma vida sexual normal

Motivo da consulta: ausência de desejo para ter relações sexuais, dificuldades ou ausência de ereções

Relato 1

Roberto Q., 46 anos, casado há 18 anos: *„Me dou bem com minha mulher, e até uns nove meses atrás tínhamos uma boa vida sexual. De repente, meu desejo diminuiu, não tenho tido ereções matinais e nem noturnas. Foi uma coisa repentina... Na verdade, eu já vinha notando que alguma coisa não estava bem... Não tenho mais vontade... Apesar dela ser compreensiva, já estão surgindo as cobranças... Eu estou me estranhando, porque sempre tive uma vida sexual bem ativa desde os meus 16 anos, quando comecei a transar. Tentei até me masturbar, mas nem assim consigo ficar com o pau duro...”*

Relato 2

Augusto T., 44 anos, casado há 16 anos, com dois filhos: *„Nossa vida era considerada normal, apesar de nossas relações sexuais estarem meio mornas. Mas éramos parceiros, amigos, companheiros. Tínhamos uma vida social agradável, uma convivência fraterna e tranquila. Acho que, como os filhos já estão na faixa dos 12 e 13 anos, minha mulher foi buscar algo para se motivar e começou a sair com um ex-namorado. Nunca imaginei que pudesse passar por uma situação dessas, fiquei perplexo. No início, nem desconfiava, mas aos poucos fui estranhando, pois suas ausências começaram a ficar cada vez mais evidentes. Depois de algum tempo, como foi aumentando minha dúvida, encontrei no celular dela um número de telefone com*

ligações muito freqüentes. Até que um dia resolvi esclarecer o assunto e ela me abriu o jogo e propôs a separação. Essa situação se arrastou por mais um tempo em função da questão financeira. Ela foi morar com esse tal de ex-amorado, abandonando até mesmo os filhos que ela tanto ama. Isso não durou 45 dias e o encanto se desfez... Entre os dois chegaram a ocorrer cenas de agressão física... Bateu a culpa, o arrependimento... Depois de muito sofrer e de me torturar, acabei aceitando-a de volta e reatamos o casamento... Eu não posso viver sem essa mulher... Só que aí os problemas apareceram... Eu não consigo sentir tesão... Não consigo ereção como antes... Não consigo transar... Não sinto desejo... Na verdade, não consegui perdoar, esquecer o que ela fez... Só vem a traição na minha cabeça... Ejaculo rápido quando consigo ereção, mas a maior parte das vezes nem consigo ter ereção...%

Explicações

– A ausência de ereção por longo tempo pode ser decorrência, algumas vezes, de falhas ocasionais que se tornaram tão preocupantes a ponto de criarem o medo de transar e passar pela frustração de brochar novamente. Uma ejaculação precoce pode ser um primeiro passo para falhas de ereção, tendo em vista a Ansiedade de Desempenho já tão comentada em casos relatados anteriormente. A angústia de não ter conseguido algumas vezes pode gerar um grau de ansiedade tão elevado a ponto de bloquear a ereção. Ou seja, o indivíduo brochou algumas vezes ou teve ejaculação precoce em algumas relações e impressionou-se tanto com isto, que não consegue mais transar ou ter uma ereção.

– O mesmo vale para algum fato que causou decepção, tristeza, sofrimento, raiva da parceira, provocando ou não uma depressão tão profunda a ponto de fazer com que o desejo sexual não se manifeste por algum tempo. Quando a má fase passa, permanece o medo de não conseguir ereção, o que vale para o *Relato 2* onde a raiva permanece, inconsciente, apesar da disposição em recomeçar o relacionamento.

– Se você verificar que não possui mais ereções matinais ou noturnas (*Leia página 100*), fique atento, pois isso pode ser um indicativo de algum

problema orgânico, de inervação ou circulação, ou ambas, ou estrutural do pênis, que devem ser investigados.

– As causas orgânicas são, em casos como esses, extremamente importantes por apresentarem-se como uma possibilidade bastante provável da disfunção erétil. Doenças vasculares, diabete, alcoolismo, hipertensão, como também outras doenças que afetam o organismo em geral podem repercutir sobre o mecanismo de ereção. O desaparecimento por meses da capacidade de ereção como no *Relato 1*, em que não há sinais de problemas emocionais maiores, torna obrigatória a avaliação da saúde geral do paciente e da saúde do mecanismo de ereção por seus exames específicos. Discorreremos ao longo deste livro sobre os problemas orgânicos que interferem na ereção, e cada um deles pode, nestes casos, ser considerado como responsável pelo problema (*Leia páginas 102 e seguintes*).

Soluções Possíveis

– Entender e resolver sua ansiedade ou sua depressão com o auxílio de um terapeuta pode ser um dos caminhos para seu problema.

– Marque uma consulta com um especialista para esclarecer suas dúvidas sobre a saúde de seu mecanismo de ereção ou verificar se suas falhas são de origem orgânica, e não emocional. Pode ser considerado um erro crasso de todo profissional que atue nessa área a limitação da investigação somente à causa orgânica, bem como a limitação da mesma investigação somente à causa psicológica/emocional. Ambas devem sempre ser objeto de atenção e aprofundamento com exames ou testes específicos (*Leia páginas 117 e seguintes*).

– A avaliação da saúde geral é importante nestes casos, considerando-se a possibilidade maior de que sejam casos orgânicos, ou seja, provocados por doenças do organismo que repercutem sobre o mecanismo de ereção ou por doenças próprias do pênis. Como está descrito neste livro, a investigação por exames específicos tem indicação para um esclarecimento adequado da dificuldade de ereção (*Leia página 119*).

– Um tratamento medicamentoso, com ansiolíticos, vasodilatadores, auxiliares da ereção, sob supervisão médica, pode contribuir para a resolução da dificuldade. Em casos mais extremos, pode-se recorrer ao uso de implantes para a retomada de uma vida sexual prazerosa para você e sua parceira.



8. Ereções parciais: “Minhas ereções não são mais rígidas, perco-as facilmente”

Faixa etária predominante: dos 40 aos 70 anos

Perfil: profissões e situação socioeconômica variada, casamento estável, com possível presença de problemas de saúde

Vida Sexual: manutenção do desejo e vida sexual ativa, apesar de ereções parciais, tentativas de uma a duas vezes por semana

Motivo da consulta: inicialmente, ausência de rigidez, perda fácil da ereção, com progressão para perda total da capacidade de ereção

Relato 1

Norberto J., 52 anos, casado há 24 anos: *„Não sei o que está acontecendo comigo: tenho vontade de transar, sinto desejo por minha mulher, mas há dois anos meu pau não fica duro como antes. Minha vida sexual sempre foi ativa, mas ultimamente eu tenho que fazer muita ginástica para conseguir a penetração... Não tenho rigidez. Minha parceira tem sido compreensiva, mas acho que a situação tem ficado cada vez pior.”*

Relato 2

Carlos T., 56 anos, viúvo há 4 anos: *„Desde que minha parceira faleceu, não tinha vontade de ficar com nenhuma mulher. Fiquei muito resistente a qualquer relacionamento. Mas sabe como é, tem mulheres que insistem até a gente ceder. Tinha uma viúva de um ex-amigo que estava sempre lá na padaria para fazer compras. Com muito jeito ela se manteve persistente. Sempre queria alongar o assunto no final de tarde. Há dois anos começamos a sair e acabamos morando juntos. No início, minhas ereções eram parciais e ultimamente não dá nem para fazer cócegas. Para falar bem a verdade, a minha mulher era muito mais bonita... Não tem nem comparação... Mas esta nova parceira reorganizou a minha vida e supriu aquela solidão horrível que eu estava sentindo...”*

Explicações

– A partir dos 45 anos começam a aparecer os problemas orgânicos como causa da falha erétil, sendo a saúde geral do paciente um componente importante na avaliação médica no que diz respeito à disfunção sexual. Doenças vasculares, cardíacas, renais, prostáticas, a diabetes, o uso do fumo ou álcool são agravantes ou mesmo a causa principal de problemas de ereção (*Relato 1*).

– Muitas vezes o diagnóstico da diabetes é feito na investigação da impotência, ou seja, a única queixa do paciente é a dificuldade de ereção. Ao procurar o especialista e fazer os exames de rotina, a diabetes é identificada, sem haver qualquer outro sintoma associado. A Neurite Diabética de Pudendo é uma lesão nos nervos que levam ao pênis o estímulo erótico, ocasionando a dificuldade de ereção. Lesões na circulação, também provocadas pela diabetes, podem estar presentes.

– Os medicamentos para hipertensão, insuficiência cardíaca e renal podem interferir no desempenho sexual (*Leia página 110*).

– Por volta de 4% a 6% dos homens passam pelo que chamamos de Andropausa, que significa a falta de produção de testosterona pelos testículos e pode ter como consequência uma diminuição acentuada da libido (*Leia página 104*).

– A depressão por perda de algumas pessoas com quem foi mantida uma relação afetiva por um longo tempo, em função de viuvez ou separação conjugal, pode ser determinante para a dificuldade de ereção com outra mulher, como observa-se no *Relato 2*. Ou seja, esse homem ainda não estava pronto para estabelecer um novo relacionamento e, tendo em vista não ter superado essa falta, não consegue sentir atração pela nova parceira.

Soluções Possíveis

– Há muitos problemas orgânicos que podem ser facilmente controlados e até mesmo sanados se for adotada uma nova forma de vida. Novos hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos sob orientação médica, o uso de remédios adequados para cada problema detectado, ou seja, procurar meios de restabelecer a saúde geral do corpo é um dos caminhos para que seja sanado o problema de disfunção erétil.

– O álcool e o fumo podem ser grandes causadores de impotência. Quem fuma pode ter 2,5 vezes mais chance de ter dificuldades de ereção. Portanto, fique atento. Não deixe que um vício atrapalhe o prazer do sexo.

– Detecte o quanto antes a diabetes com a realização de controles médicos periódicos, para que ela não seja a responsável por lesões mais graves em seu pênis. Lembre-se de que lesões neurovasculares graves são irreversíveis (*Leia página 108*). Se você for atento e não deixar agravar o problema, tratamentos simples podem restabelecer sua ereção.

– Faça exames de taxa de testosterona. Caso seja detectada a baixa produção, a reposição hormonal é fácil de ser feita e corrige essa deficiência.

– Em caso da perda de alguém que você se relacionava há um longo tempo, somente mesmo o passar do tempo para amenizar o seu sofrimento. Teoricamente, a fase de depressão posterior à separação ou morte de parceira pode durar de seis meses a dois anos. Aos poucos, os fatos passam a ser metabolizados, amenizando a dor frente ao que parecia ser de difícil aceitação. Procure novos estímulos para sua vida, não se viole em se relacionar com alguém sem ter superado seu drama. Se você achar importante uma nova parceira, não tenha pressa para ter relações sexuais. Namore, faça programas que lhe proporcionem prazer e divertimento. Adquira aos poucos intimidade para, daí sim, retomar sua vida sexual.

– Não veja sua impotência como algo que faça parte de sua vida. Também não transforme isso numa tortura. Procure auxílio de um especialista assim que você observar as primeiras mudanças na qualidade de suas ereções. Pense que a forma como você lidar com essas primeiras manifestações de impotência pode ser fundamental para o manejo de sua vida sexual ao longo do tempo. Não dramatize, mas também não negligencie.



9. Falta de libido: “Não tenho desejo, a tesão desapareceu”

Faixa etária predominante: em geral, mais de 50 anos

Perfil: em geral, homens casados que estão tendo problemas de saúde, financeiros ou de relacionamento, homens separados ou viúvos

Vida Sexual: os com parceira fixa possuíam uma vida sexual normal e ativa até alguns meses ou anos atrás. Os homens separados ou viúvos em geral relatam ausência de relações desde a separação ou a morte da parceira

Motivo da consulta: perda do desejo sexual ou da capacidade de ereção

Relato 1

Pedro A., 51 anos, casado há 20 anos: *„Parece que tudo tem dado errado ultimamente. Como se não bastasse ter perdido meu emprego no banco, onde tinha cargo de gerente, acabei indo à falência no negócio que montei no interior do Estado. Para agravar, parece que estou bloqueado em minha vida sexual... Não tenho mais vontade de nada, nem de trepar... Até brocha eu estou...”*

Relato 2

Carlos V., 39 anos, separado: *„Estou separado há seis meses e só agora consegui ir para a noite fazer festa. Meus amigos insistem muito e dizem que só assim eu vou sair do buraco, desse meu isolamento. Acontece que não tenho a mínima vontade de me aproximar de mulher alguma... Me intimido... Tenho a sensação de que sexo para mim agora é totalmente dispensável... Mas tem vezes que a mulherada dá em cima, toma a iniciativa e leva adiante... Em algumas dessas ocasiões, não consegui fugir da raia, tive que ir para láos finalmentes... Foi horrível... Não tenho conseguido nem ter ereções, acabo passando o maior constrangimento...”*

Relato 3

Leonardo M., 43 anos: *„Sempre tive uma vida sexual satisfatória, com relações a cada dois-três dias, mas há oito meses, depois que tive que me submeter a uma cirurgia de ponte de safena, não tenho mais desejo, interesse sexual, nem por minha mulher e nem por qualquer outra. Isso fez com que diminuíssemos nossas relações e o nosso contato íntimo. Tenho até evitado chegar perto para não ter que forçar uma situação. Tenho sentido muito cansaço ultimamente...%”*

Explicações

– Conforme frisamos, o desejo sexual, a libido, está diretamente ligado às circunstâncias da vida do indivíduo. Homens que adoecem, que têm problemas cardíacos como o infarto do miocárdio, por exemplo, ou que necessitam submeter-se a cirurgias de grande porte, que operam a próstata, ou que tenham qualquer outro tipo de doença grave que lhes ponha a vida em risco, desenvolvem muito freqüentemente uma depressão posterior, pelo reconhecimento de sua fragilidade e da possibilidade de morte (*Relato 3*). Depressão e tesão se antagonizam (*Leia página 115*).

– Indivíduos submetidos a cirurgias de grande porte estão sujeitos a serem portadores de lesões secundárias ao procedimento cirúrgico (*Leia página 109*). Já atendi casos de pacientes que fizeram ponte de safena e que tiveram como seqüela uma fibrose peniana provocada pelo uso de sonda uretral. As cirurgias que envolvem a região genital e a parte inferior do abdome podem lesar a inervação e a circulação relacionadas com o mecanismo de ereção.

– A perda de emprego, as dificuldades financeiras, a ausência de perspectivas de progresso profissional ou financeiro causam sensações de impotência generalizada e se refletem na vida sexual como uma falta de tesão, como se pode observar no *Relato 1*. Pacientes com perda recente de pessoa próxima em casos de separação após um relacionamento de longos anos (a exemplo do *Relato 2*), doença ou morte de familiar, também desenvolvem período de depressão e de ausência de desejo sexual. Stress e tesão também se antagonizam (*Leia página 115*).

– Um mau relacionamento, um casamento de anos e com conflitos, brigas diárias, críticas, posicionamentos diferentes, raiva da parceira, são todos elementos que favorecem o desaparecimento do interesse sexual (*Leia página 116*).

– Na presença de lesões neurológicas e/ou vasculares do mecanismo de ereção, é freqüente que, tendo se tornado difícil obter uma ereção de boa qualidade, o indivíduo abandone as tentativas, evitando assim episódios de frustração e vergonha. Esta fuga do problema é muitas vezes confundida com falta de desejo. Corrigido o problema erétil, verifica-se que este tipo de paciente volta a demonstrar interesse e desejo sexual de forma normal.

– Como já dissemos, um percentual pequeno de homens passa pela Andropausa, ou seja, há uma parada da produção de hormônios masculinos que estão ligados ao desejo sexual. Em alguns homens têm sido detectadas altas taxas de prolactina pela presença de um tumor benigno de hipófise (Prolactinoma). Como a prolactina é um hormônio inibidor da produção de testosterona, há a perda do desejo sexual.

Soluções Possíveis

– Primeiramente, há que se ter calma, entender a causa da diminuição da libido e tentar fazer com que, ao passar do tempo, tudo volte aos seus devidos lugares. Importante a realização de um *check-up* e a reavaliação de sua saúde geral e a de seu mecanismo de ereção. Na ausência de problemas orgânicos tem indicação o tratamento com um psicoterapeuta e/ou o uso de antidepressivos.

– A investigação de doenças orgânicas do mecanismo de ereção é importante, pois pode estar na dificuldade de ereção a causa da diminuição da vontade.

– Reiteramos que a reposição hormonal é hoje em dia extremamente fácil em homens e, sob controle médico, sem nenhum risco. No caso de ser detectada a presença de tumor de hipófise (Prolactinoma), existe tratamento medicamentoso que provoca a regressão do tumor, com conseqüente retomada da produção de testosterona e, portanto, da libido.



10. O sexo com a idade: “Estou velho, não consigo mais ter relações”

Faixa etária predominante: acima dos 60 anos

Perfil: em geral, relacionam idade com desempenho sexual; podem ter comprometimento da saúde geral que influi na capacidade de ereção ou doenças próprias do mecanismo de ereção; têm problemas de relacionamento com a parceira; a parceira desistiu da vida sexual

Vida Sexual: ausente ou com pouca frequência devido à dificuldade de ereção

Motivo da consulta: ausência de relações sexuais ou baixa frequência sexual

Relato 1

Breno V., 75 anos, casado há 53 anos: *„Minha mulher é diabética e possui insuficiência renal. Não temos relações há muitos anos. Tenho um caso fora do casamento com uma jovem senhora de 46 anos. O problema é que, ultimamente, só consigo fazer sexo a cada quinze-vinte dias, enquanto, antes, isso ocorria duas ou três vezes na semana. Temos que encontrar uma saída%.*

Relato 2

Francisco H., 71 anos, casado há 48 anos: *„Já joguei a toalha há muito tempo. Eu e a Ânega vieia% estamos totalmente parados. Ela está sempre cansada, diz que não temos mais idade para isso. Mesmo que eu insista, inventa sempre alguma desculpa. Acho que eu também não dou mais para a coisa... Isso tem me angustiado, porque tem vezes que ainda sinto vontade... Tem gente que diz que sexo não tem idade, tenho dúvidas quanto a isso...%.*

Relato 3

Isnar M., 67 anos: *„Minha mulher tinha uma doença progressiva e faleceu há oito meses. Como ela estava muito deprimida e foi ficando debilita-*

da, há mais de cinco anos não mantínhamos relações sexuais. Desde que eu estou viúvo, fui morar na casa da minha filha que é muito atenciosa comigo e muitas vezes até peca pelo excesso de zelo. Me sinto feliz com os netos ao meu redor, mas tem momentos que gostaria de ter a minha vida: sair mais, conhecer outras pessoas... Sempre pela manhã eu faço as minhas caminhadas no parque, onde fiz amizade com uma senhora muito simpática e que acompanhou todo meu sofrimento com minha mulher. Depois que enviuvei, essa senhora começou a manifestar seu interesse... Sabe como é, chimarrão para cá, chimarrão para lá... Um dia fui visitá-la em sua casa e fomos para cama. Infelizmente, fiquei só na tentativa, porque não consegui ter ereção. Há muito tempo eu não sentia qualquer desejo sexual... Minhas ereções matinais eram raras... Me mantive fiel no casamento e agora queria uma nova chance, mas não sei se vou conseguir...%

Relato 4

José P., 68 anos: *„Doutor, o meu problema é a ejaculação... Tenho ereção normal... Tenho relações com minha mulher uma a duas vezes por semana, mas só consigo ejacular em uma em cada dez relações... Não tenho problemas de ereção... Tenho vontade de fazer sexo e meu pau fica duro, mas a ejaculação, às vezes, leva mais de uma hora para acontecer, se acontecer...%*

Explicações

– O importante é se ter presente que o que interfere na capacidade de ereção não é a idade, mas o estado de saúde geral do homem. Por isso, a importância de *check-ups* anuais e demais medidas preventivas para uma vida saudável, tais como boa alimentação, exercícios físicos monitorados e adequados à idade. Se tudo está bem, se a saúde está boa, por que o pênis não pode funcionar bem se ele faz parte desse todo? Desde que a cabeça tenha tesão, o homem tem plenas condições de manter sua capacidade erétil até o fim de sua vida.

– Com o passar dos anos, ocorrem pequenas alterações no comportamento sexual, mas que não têm relação com a capacidade sexual, quais sejam: a ereção, após os 50 anos, é muito mais influenciada pelo toque direto do que

por estimulação visual; com o tempo, há uma diminuição da quantidade de produção do líquido seminal, e o ejaculado tem seu volume diminuído; a queda de produção de testosterona diminui a libido em casos de homens que passam pela chamada Andropausa, sendo que na maior parte dos homens há também uma queda menos significativa da produção de testosterona, mas sem efeito nenhum sobre a capacidade de ereção.

– Existe uma influência muito acentuada do chamado „culto à juventude“ imposto por questões culturais. Ou seja, pensar que sexo é algo que combina mais com a juventude e com os atributos decorrentes dessa fase: disposição, energia de sobra, corpo bonito, pele sem rugas... Ao se deparar com as marcas do tempo, muitos homens podem desenvolver uma depressão pela percepção dos efeitos do envelhecimento, agravada muitas vezes pela falta de estímulo por parte da parceira, fazendo com que o casal castre sua vida sexual, como ocorre no *Relato 2*. Portanto, assim como a capacidade de ereção possui uma relação direta com o estado de saúde física, também existe uma relação com o estado de saúde mental desse homem, e não com sua idade.

– O mito de que as pessoas perdem o interesse sexual é perpetuado pela desinformação e pela má interpretação das inevitáveis mudanças fisiológicas impostas pelo passar do tempo. Em geral, o fracasso sexual e a postura de negação sexual (evitar sexo) são induzidos pelo pessimismo e pela ansiedade originados dessa falta de informações.

– Nos casos de viuvez, observa-se que há uma inibição ou perda do hábito de convivência com outras mulheres. Os longos anos de convívio com a esposa criam hábitos e dificultam enfrentar situações novas (*Leia página 115*). Ao se deparar com a possibilidade de se relacionar com outra mulher, podem aparecer problemas de ereção provocados justamente por essa falta de hábito de conviver com pessoas variadas, e volta a ser necessário nestes casos o estabelecimento de intimidade com a nova parceira que deve ser conquistada aos poucos, sem pressa. Em alguns casos, a interferência da família que passa a ver e a tratar esse homem, viúvo, mais como um „vovô“ do que como alguém que pode e deve realizar seus desejos sexuais dificulta a retomada da vida sexual desta pessoa, a exemplo do *Relato 3*.

– A ejaculação difícil, em geral, está relacionada com problemas de próstata ou com perda ou diminuição da inervação responsável pelo mecanismo ejaculatório provocada por doenças, degenerações ou lesões neurológicas (*Leia páginas 108 e 110*).

Soluções Possíveis

– Se existe o desejo de retomar e ter uma vida sexual ativa, se você ainda tem tesão, então há condições de você ter relações sexuais, independente de sua idade. Basta recuperar a sua saúde geral, se esta apresentar alguma alteração, ou sanar doenças próprias do seu mecanismo de ereção, se estas se fizerem presentes. Mesmo nos poucos casos em que lesões graves são encontradas, existe a possibilidade de recuperar a capacidade de ereção através de um procedimento um pouco mais complexo, é verdade, mas também eficiente e satisfatório que consiste na utilização de implantes penianos.

– Se você acha que sua parceira diminuiu ou perdeu o desejo, considerando sexo algo desagradável, tente fazê-la ir a um ginecologista para uma reposição hormonal, ou leve-a junto a uma consulta com um médico especialista em disfunção sexual masculina para uma boa conversa e esclarecimentos. Tente, com carinho, retomar os velhos tempos e erotizar sua relação que, com o passar do tempo, foi esquecida do ponto de vista sexual. Faça com que o casal saia daquela acomodação habitual decorrente de longos anos de convivência. Use de muita criatividade e imaginação.

– Desfaça seus mitos para diminuir suas frustrações. A busca de informações com um especialista pode lhe trazer esclarecimentos úteis, a partir dos quais você poderá tentar retomar sua vida sexual ou evitar novos fracassos. Além disso, existem vários medicamentos facilitadores da ereção que podem auxiliar no resgate de uma vida sexual ativa.

– Há casos em que realmente houve uma desistência por parte da mulher e/ou do próprio homem da vida sexual. Encare isso como uma opção, e não como uma decorrência da idade. Se isso lhe acarretar angústia, é impor-

tante buscar auxílio com um médico especialista e, se necessário, o seu encaminhamento a um terapeuta para aliviar seu sofrimento.

– É importantíssima a realização de uma avaliação física e a realização de exames para investigar a saúde geral e a do pênis. Há muitas doenças próprias do pênis que afetam o mecanismo de ereção, tais como o surgimento de zonas de fibrose e a disfunção vascular. Nesses casos, podem ser ministrados medicamentos auxiliares da ereção, fibrinolíticos, para desfazer as zonas de fibrose, e a reposição hormonal, quando esta se fizer necessária.

– Na presença de ejaculação retardada, deve ser investigada a saúde da próstata e realizada uma avaliação neurológica da região genital. Lembro sempre a meus pacientes que, infelizmente, quanto maior a preocupação em ejacular mais difícil se torna fazê-lo. Portanto, é mais adequado procurar não se preocupar em ejacular e lembrar-se de que o importante é o prazer advindo do contato, dos carinhos, da penetração, do afeto envolvido na relação: a ejaculação é decorrente destas coisas, e, se não acontecer, resta o prazer obtido durante a relação.



11. Implante: “Estou em dúvida se coloco ou não implante”

Faixa etária predominante: acima dos 50 anos

Perfil: normalmente, paciente com problemas de saúde geral e/ou comprometimento do mecanismo de ereção

Vida Sexual: em geral, ausente ou muito difícil há mais de dois anos

Motivo da consulta: impotência sexual

Relato 1

Álvaro D., 56 anos, casado há 28 anos: *„Parece brincadeira, mas faz dois anos que não tenho relações com minha mulher. Comecei a ficar impotente de forma gradativa. Inicialmente, achei que era passageiro, mas o problema foi se agravando a tal ponto de não conseguir nenhuma ereção. Já usei todos estes medicamentos novos e nenhum deles funcionou... Não posso mais adiar uma solução... Andei pensando em implante, mas tenho muito receio de cirurgia... Também não consigo imaginar ficar sempre com o pênis duro... Será que vale a pena?%”*

Relato 2

Tomaz F., 59 anos, casado há 29 anos, empresário: *„Doutor, o Sr. nem imagina o que aconteceu comigo antes daquela cirurgia que havíamos marcado há 6 anos. Deixei o papel da clínica, com a data marcada, no bolso da camisa. Minha mulher descobriu e fez o maior escândalo. Me pressionou dizendo que se eu colocasse o implante iria espalhar a notícia para todos os meus amigos e conhecidos. Além disso, criticou a utilização de um método artificial, mesmo sabendo que eu tinha uma lesão grave no pênis, o que me impedia a ereção. Só que agora estou decidido: vou colocar o implante por uma razão muito especial. Estou muito interessado por uma pessoa e não posso continuar assim. Tenho que solucionar esse problema de uma vez por todas.%”*

Dois meses após a cirurgia, em nova consulta:

„Preciso lhe contar como foi meu desempenho. Estou me sentindo um novo homem. Lembra daquela mulher que estava conquistando? Pois foi ela que estreou o implante e parece estar extremamente satisfeita. Disse que nunca havia tido relações tão gostosas...% (após três meses, esse paciente se separou e foi viver com essa nova parceira).

Relato 3

Carlos Alberto Z., 61 anos, após colocar implante: *„Fiquei viúvo há dois anos e desde então não tive relações sexuais com nenhuma mulher. Tenho uma padaria e vinha recebendo com frequência a visita da viúva de um amigo meu, as insinuações dela sugerindo jantares e encontros tornaram-se tão claras que fui obrigado a dizer a ela do meu constrangimento em sair com a viúva de um amigo que me tinha sido muito querido. Na verdade, acho que me dava conta da minha impotência e, por esta e outras, resolvi procurar um médico. Meus exames mostraram lesões sérias da inervação e da circulação de meu pênis e foi-me oferecida a opção de colocar um implante peniano. No início relutei bastante, mas por fim decidi fazê-lo. Depois de dois a três meses da cirurgia me surpreendi saindo com a viúva de meu amigo e um pensamento jocoso me passou naquele momento pela cabeça: quando a gente tá brocha, até moralista fica, não é mesmo?%”*

Relato 4

Gilnei D., 68 anos: *„Era muito difícil para eu admitir para minha mulher a necessidade de colocar um implante para voltar a conseguir uma penetração, há muito impossibilitada pela minha dificuldade de ereção. Isso me perturbava tanto... Mas acabei me convencendo de que, se realmente queria resolver o problema, o implante era a única saída. Eu já tinha tentado tudo. Marquei a cirurgia sem falar nada, não queria que ninguém soubesse. Fiz escondido de minha esposa. No outro dia, após colocar o implante, estava no quarto fazendo o curativo escondido mas, infelizmente, ou felizmente, a minha*

mulher entrou repentinamente.... Viu que eu estava com o Ápau duroÊ e perguntou surpresa: ÁMeu velho, o que houve, o que aconteceu contigo?Ê Eu tentei disfarçar e respondi meio encabulado: ÁÉ que eu fui no doutor, ele fez um tratamento e acabou ficando assim. Vou voltar lá para ver o que eu faço agoraÊ. Primeiro ficou aquele silêncio massacrante, depois ela disse carinhosamente: ÁEstá te doendo? Te incomodando?Ê Eu respondi timidamente que não, e ela, surpreendentemente: ÁEntão quem sabe tu deixas assim...Ê%

Relato 5

Tadeu R. , 64 anos: *„Doutor, eu fui submetido a uma cirurgia de retirada total da próstata por ter sido detectado câncer. Antes eu tinha ereção normal, com relações sexuais de uma a duas vezes por semana. Depois da cirurgia tudo mudou. Achei que com o tempo ia melhorar, mas há mais de um ano estou totalmente impotente. Chego a pensar se valeu a pena ter feito essa cirurgia, mas quando a vida está em jogo, a gente não pensa duas vezes...%*

Explicações

– O implante é uma solução eficiente e simples para determinados casos, principalmente quando existem lesões graves e definitivas de inervação, circulação ou estrutura do pênis. A função do implante é ocupar parte do espaço dos corpos cavernosos que deveria ser preenchida por sangue, de forma que menos sangue é necessário para se obter uma ereção. O implante é, portanto, um facilitador da ereção, sendo necessária a tensão para que a ereção se complete e, quando isto ocorre, o implante chega a ficar imperceptível. No dia-a-dia o pênis permanece alongado, mas não em ereção, nem mesmo rígido (*Leia mais sobre implantes nas páginas 128 à 131*).

– É um procedimento ambulatorial que dura aproximadamente 35 minutos sob anestesia local e sem qualquer problema de rejeição. A atividade normal é retomada em 24 horas, e quinze e vinte dias depois é possível recuperar a vida sexual normalmente.

– Muitos homens não se sentem estimulados a resolver seu problema de impotência em função do desinteresse sexual da parceira. Este desinteresse pode ser em respeito às dificuldades sexuais que ela percebe no marido ou pode ser genuíno; conversar é a forma de esclarecer posições. Mais raramente, mulheres inseguras ou excessivamente ciumentas posicionam-se como se achassem „preferível% ou „mais cômodo% que o marido mantenha-se impotente, já que a resolução do problema significa uma possibilidade de perdê-lo para outra, como no *Relato 2*. Mulheres modernas estimulam e apóiam seu parceiro na busca de uma solução.

– Quanto ao preconceito de se recorrer a algo artificial, vale uma reflexão: se você tem miopia, você não usa óculos? Se você tem um problema irreversível do joelho ou no colo do fêmur, não colocaria uma prótese? As cirurgias plásticas não estão recorrendo cada vez mais a processos artificiais? Pois esse deve ser o mesmo raciocínio: como o pênis não está funcionando e a única solução é o implante, por que não recorrer a esse artifício? E sorte que existe uma saída, muito pior se ela não existisse. Perder tempo com a demora na tomada de decisão de se buscar um recurso para se resolver a impotência, ou mesmo para a colocação de um implante, pode significar perder boas oportunidades para se estabelecer novas relações e, em consequência, de ter uma vida mais alegre e feliz, como no *Relato 3*. Não vale a pena se fechar para o mundo por preconceitos ou vergonhas. O pênis é um órgão como outro qualquer, não tratá-lo é uma atitude preconceituosa.

– Cerca de 60% dos homens submetidos a uma prostatectomia radical (cirurgia ampla de retirada da próstata por presença de câncer) ficam impotentes, como podemos observar no *Relato 5*. Isso se deve ao fato de que a grande preocupação do cirurgião não é a manutenção da vida sexual do paciente, e sim salvar sua vida ameaçada pela presença do câncer. Inervação e circulação peniana podem, então, ser lesadas de forma ampla e definitiva e, nestes casos, a indicação para uso de implantes penianos é em geral a única solução, quando medicamentos como os inibidores da fosfodiesterase ou drogas intracavernosas já não funcionarem.

Soluções Possíveis

– Infelizmente, há situações em que não há medicamento que consiga reverter a impotência, como é o caso do *Relato 1*, quando é constatada uma disfunção erétil ocasionada por lesão neurovascular grave e definitiva. Há duas opções para esse paciente: ou ele se habitua com a impotência e desiste de ter uma vida sexual com penetração ou ele vence seus tabus e medos e opta pela cirurgia para colocação de implantes penianos.

– Após a prostatectomia, exames podem detectar lesões neurovasculares de grande porte no pênis, motivo pelo qual não há resposta a tratamentos medicamentosos. Há, às vezes, a opção da utilização de injeções intracavernosas que, com o tempo, tornam-se desconfortáveis e dolorosas. Assim, a melhor alternativa nestes casos é o implante peniano.

– Se a causa da impotência for irreversível, não havendo resposta a tratamentos medicamentosos, um único e bom caminho será a colocação de implante.



12. Curvatura do pênis: “Meu pênis é torto” ou “Meu pênis ficou torto”

Faixa etária predominante:

- 1) Dos 18 aos 40 anos - curvatura de origem congênita
- 2) Acima dos 40 anos - curvatura adquirida

Perfil:

- 1) Jovens preocupados com a aparência estética do pênis
- 2) Homens que passam a perceber a curvatura do pênis

Vida Sexual: em geral, normal, com relações de uma a duas vezes por semana e a maior parte sem dificuldade de ereção

Motivo da consulta: curvatura do pênis

Relato 1

Tiago P., 24 anos: *„Acho o meu pênis muito torto e isso me causa muito constrangimento... vergonha... Além do mais, dificulta a penetração. Será que é possível corrigir?”*

Relato 2

David W., 53 anos, casado há 25 anos: *„Há três anos não tenho relações com minha mulher. Só que passei a me interessar por uma colega de trabalho e começamos a transar. O problema é que tenho ereções mas acho que o meu pênis está com um aspecto meio estranho. Parece que entortou, fica difícil a penetração.”*

Explicações

– Temos observado que muitos homens procuram um especialista por estarem preocupados com o fato de que seu pênis sempre foi torto ou entortou de algum tempo para cá; ou porque observaram um „caroço” dentro dele; porque sentem dor quando em ereção; ou a ereção está se tornando difícil; ou, ainda, porque estão tendo perda do tamanho de seus pênis.

– Existem dois tipos de curvaturas penianas: uma de origem congênita, ou seja, o indivíduo nasceu com o pênis desta forma. É a chamada Curvatura Congênita do Pênis que podemos observar no *Relato 1*. A outra, que aparece em homens que antes tinham um pênis reto, ocorre em função de lesões conhecidas como Doença de Peyronie, a exemplo do *Relato 2*.

– A maioria dos homens tem no pênis uma leve curvatura que é provocada pela assimetria normal do corpo humano. Assim como as mulheres nunca têm os dois seios perfeitamente iguais, as duas metades que formam o pênis podem ser desiguais e um dos testículos é geralmente um pouco maior e mais baixo do que o outro. Havendo uma pequena diferença entre os dois lados do pênis, este, quando em ereção, curva-se para o lado menor. A exceção entre os homens é ter o membro, quando ereto, totalmente reto. Sempre existe algum desvio em relação ao eixo. São consideradas normais angulações até 30° em relação a este eixo quando para a esquerda, para a direita ou para cima. Quando a curvatura é para baixo, somente angulações até 15° são compatíveis com um bom desempenho sexual devido ao fato do eixo da vagina ser para cima.

– Já a curvatura peniana que aparece em indivíduos que anteriormente tinham um pênis reto é provocada por fibroses ou por fraturas da albugínea e deve ser tratada de imediato. Um médico francês foi o primeiro a descrever este tipo de lesão peniana, e por isto, estas lesões levam seu nome, sendo conhecidas como Doença de Peyronie. Ela atinge principalmente homens a partir dos 40 anos, sendo comum em diabéticos. É uma doença que afeta a elasticidade do pênis pelas fibroses desenvolvidas. Se essa elasticidade for mais atingida em um dos lados, no momento em que o pênis entrar em ereção, vai curvar para o lado que está com menor capacidade de distensão. Se o comprometimento ocorrer de forma difusa no pênis, quando em ereção, já não se distenderá tanto, ficando menor, podendo perder, no decorrer da doença, parte do seu comprimento. A perda da elasticidade, com o conseqüente endurecimento das estruturas do pênis, freqüentemente, leva à diminuição progressiva da capacidade de ereção, podendo evoluir para a impotência.

– Pode-se identificar duas fases distintas da Doença de Peyronie: uma chamada fase inflamatória, quando há dor durante as ereções e a placa é facilmente sentida e identificada abaixo da pele. A segunda fase é a de consolidação da fibrose, com deformidade peniana e ausência de dor nas ereções. Pode ocorrer a reabsorção espontânea da fibrose (*Leia mais sobre a Doença de Peyronie nas páginas 106 e 107*).

Soluções Possíveis

– Só é necessário corrigir a curvatura congênita do pênis se ela for realmente acentuada, dificultar a penetração, ou se for causa de grande preocupação estética de seu portador. A correção é feita por dois ou quatro pontos cirúrgicos, encurtando por uma „prega“ o lado mais longo através de procedimento ambulatorial, sob anestesia local.

– Quanto mais precoce for o diagnóstico da Doença de Peyronie, mais eficiente é o tratamento. Medicamentos fibrinolíticos podem auxiliar na regressão dos pontos de fibrose, podendo ser necessárias cirurgias de retirada das placas. Depois que a cicatriz se formar, o tratamento irá depender do grau de deformidade do pênis.



13. Tamanho do pênis: “Não sei se sou normal”

Faixa etária predominante: dos 16 aos 50 anos

Perfil: em geral, homens que estão iniciando um relacionamento e que já possuem (ou sua parceira) termo de comparação em relação à vida sexual

Vida Sexual: em geral, estão com dificuldades no controle da ejaculação ou não estão mais se relacionando sexualmente; ou mantêm relações, mas estão preocupados com o tamanho do pênis

Motivo da consulta: ejaculação precoce (fase intermediária), bloqueio total com ausência de ereção, ou o tamanho do pênis está atrapalhando

Relato 1

Matheus G., 25 anos: *„No meu primeiro namoro parecia tudo bem. Eu tinha 18 anos e minha namorada 16. Dávamos de cinco a oito trepadas a cada noite que ficávamos juntos e acho que ela ficava bem satisfeita. Depois de cinco anos, terminamos nosso relacionamento. Quando fui transar com outra mulher, tudo caiu por terra. Ela reclamou, disse que eu tinha um pinto pequeno. Depois disso, passei a ejacular muito rápido e até com o pau mole comecei a ficar. Encabulei, não quero nem mais trocar de roupa em vestiários para que não vejam o meu pênis. Isso já virou idéia fixa... Comecei a me menosprezar em tudo... Tenho a sensação que não sirvo para nada...%”*

Relato 2

Paulo M., 28 anos: *„Comecei a transar há quatro meses e de um mês para cá comecei a me questionar se estava trepando bem. Será que meu pênis é normal? Será que é pequeno? Será que estava satisfazendo a minha parceira? De repente, parece que passei a ejacular cada vez mais rápido e não consigo mais segurar. Daí, mais encucado fiquei e cada vez meu desempenho está pior... Até dificuldade de ereção tenho tido.%”*

Explicações

– Existe uma fantasia muito freqüente entre os homens quanto ao tamanho de seu pênis, sempre associando tamanho e prazer, tamanho e capacidade sexual e pessoal, transferindo para o pênis sua própria visão como ser humano capaz de fazer e realizar, independente de sua posição ou conquistas financeiras, profissionais e sociais. Entretanto, na maioria das vezes não existe relação entre prazer e tamanho do pênis.

– A partir de uma pesquisa realizada em nossa clínica com cerca de quatro mil homens, pôde-se constatar que, no Rio Grande do Sul, a média do tamanho do pênis é de 13,4 cm de comprimento e 12 cm de circunferência, com variações entre 10 cm e 18 cm no comprimento e entre 10 e 15 cm na circunferência.

– Importante salientar que a vagina da mulher mede por volta de 8 cm de profundidade em média e o primeiro terço, ou seja, os primeiros 3-4 cm da vagina são os de sensibilidade mais acentuada.

– Em função das fantasias criadas em torno do tamanho do pênis, os homens tendem a se comparar com outros homens. No entanto, mesmo se dois homens tiverem o mesmo tamanho de pênis, o ângulo de visão que um homem tem de seu próprio pênis e o ângulo que ele tem do pênis do parceiro faz com que ele veja o pênis do outro sempre maior que o seu. Portanto, para fazer essa comparação de uma forma mais fidedigna, olhe seu pênis através do espelho para constatar como ele é maior do que você enxerga ou imagina.

– O pênis tem índices de encolhimento ou detumescência variáveis. Assim, um homem com 15 cm de pênis em ereção pode ficar com 5-6 cm quando este encolhe. Já um outro homem, com os mesmos 15 cm, pode ficar com um pênis com 10-12 cm quando não ereto. Essa variação se deve aos graus de ansiedade e à elasticidade do corpo cavernoso que são individuais.

– A preocupação excessiva com o tamanho do pênis pode desencadear uma ejaculação precoce, como no *Relato 1*, ou falhas de ereção, como no *Relato 2*.

– Relações satisfatórias com uma parceira demonstram a possibilidade de relações da mesma qualidade com outras e falam a favor de um pênis perfeitamente capaz de boas penetrações que, só não ocorrerão, se for fantasia de uma mulher em particular um pênis grande (*Relato 1*).

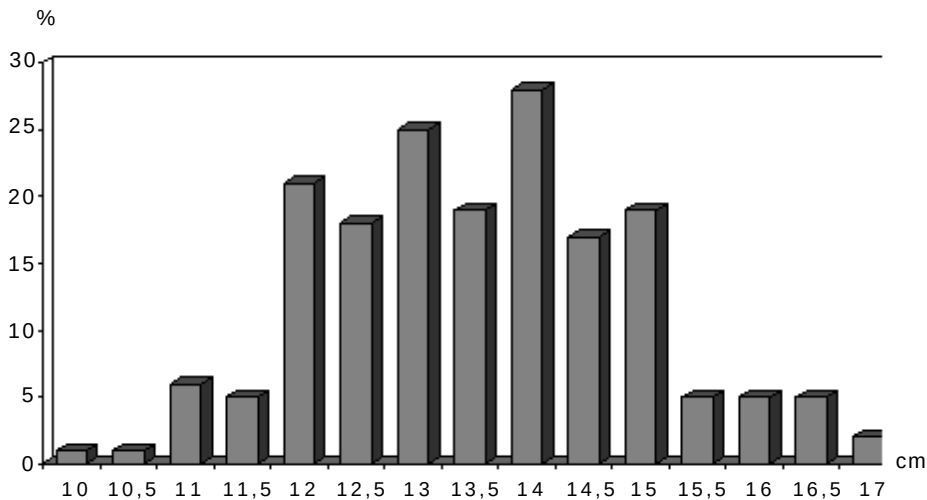
– São raros os homens que possuem o chamado micropênis (comprimento e circunferência menor que 9 cm).

Soluções Possíveis

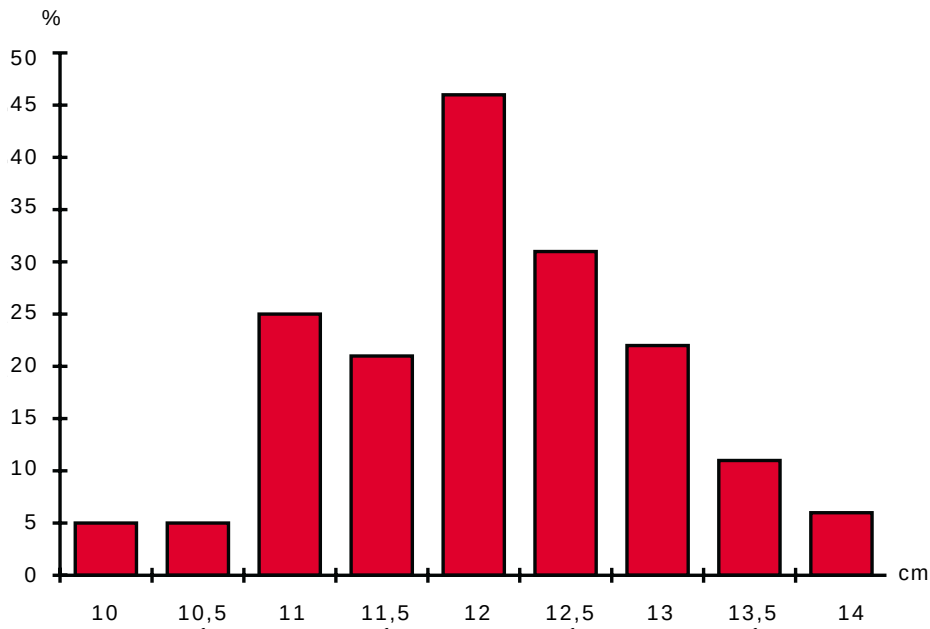
– Como o homem pode e obtém satisfação sexual com qualquer tamanho de pênis, o mais importante para a troca de prazer é a conexão dos parceiros, o toque, o carinho, o vínculo, o estímulo...

– As técnicas disponíveis para aumentar o diâmetro ou o comprimento do pênis só estão sendo utilizadas em casos de micropênis e implicam em estudo anatômico-funcional-estético multidisciplinar. São técnicas experimentais e liberadas pelo Conselho Federal de Medicina tão somente nos casos de micropênis e em ambiente de pesquisa. Tenho acompanhado o trabalho de alguns médicos que se aventuram a utilizar técnicas de aumento de pênis e os resultados são decepcionantes. Alguns profissionais tentam o corte do Ligamento Suspensor do pênis, mas observei vários casos em que o processo de cicatrização deste tipo de cirurgia resulta em retração com diminuição, e não aumento do comprimento do pênis, e deformações acentuadas nas posições de ereção. A utilização de colágenos para o aumento da espessura, bem como a Lipoescultura (uso de gordura do próprio indivíduo) implicam em reabsorção parcial, tanto do colágeno quanto da gordura, deixando o pênis cheio de reentrâncias. No caso do colágeno, ocorrem ainda granulomas por baixo da pele. Outros colágenos (Alloderm, Creme Russo, por exemplo) têm resultados semelhantes. A „fisioterapia“ com aparelhos extensores também não tem mostrado nenhum tipo de resultado que compense a tortura de utilizar estes aparelhos por seis-oito meses, 12 horas por dia, tracionando continuamente o pênis.

Comprimento do Pênis
(homens X tamanhos)



Circunferência do Pênis
(homens X circunferências)



14. O papel da mulher: “Com a Maria eu funciono; com a Joana não”

Faixa etária predominante: indeterminada

Perfil: homens com relacionamentos variáveis

Vida Sexual: ativa, com queixas de que com uma determinada parceira possui um desempenho satisfatório e, com outra, tem falhas eréteis freqüentes

Motivo da consulta: falhas eréteis com determinada mulher

Relato 1

João Paulo M., 35 anos: *„Sempre tive uma vida sexual normal, sem qualquer tipo de problema de ereção até pouco tempo atrás. Eu tenho uma namorada com quem durante três meses mantive boas transas. Depois, de uma hora para outra, nossa vida sexual ficou muito ruim a ponto de eu começar a ter dificuldades de ficar com o pau duro. Eu gosto dela, ela é minha parceira nos estudos, até estamos fazendo o mesmo curso e curtimos as mesmas coisas... O mais interessante é que há uns 30 dias eu conheci outra garota em uma festa... Surgiu um clima entre a gente. Apesar de me sentir culpado, mas atraído por ela, acabei levando-a para um motel. Fiquei impressionado com o meu desempenho. Parece que retomei a performance de antigamente. Temos saído com freqüência, e tudo tem funcionado muito bem... Acontece que estou com dificuldade de terminar meu namoro porque acho que ainda temos coisas em comum... Gostaria de entender o porquê disso... Como posso funcionar com uma e não funcionar com a outra?% (Descrivendo melhor sua namorada, esse paciente relatou que, apesar de companheira, ela é uma pessoa extremamente controladora, autoritária e desinteressada em sexo, tendo, ao que tudo indica, muita dificuldade de atingir o orgasmo. Ao contrário, a moça com a qual mantém um caso transpira sensualidade, aproveita qualquer oportunidade para sugerir ou se insinuar para que os dois mantenham uma relação sexual. É uma pessoa mais liberal por se colocar à vontade na cama e com orgasmo fácil.)*

Explicações

– O tipo de relacionamento, a afinidade e a interação homem/mulher são a base para um bom desempenho sexual. Graus de interesse sexual semelhantes, a capacidade de obtenção de prazer, o tipo de educação (mais moralista ou mais liberal), são fatores que interferem na boa performance sexual masculina.

– O prazer feminino é altamente excitante para um homem. Transar com uma mulher que tem dificuldade de atingir o orgasmo, ou travas morais, tabus, que a impeçam de se liberar na cama, muitas vezes podem ser determinantes para dificuldades de ereção.

– Mulheres portadoras de pouco desejo sexual, dificuldades de orgasmo ou dispareunia (dor à penetração), consideradas disfunções sexuais femininas, podem provocar diminuição do vínculo afetivo do casal e disfunção sexual no parceiro. O companheiro de uma mulher com problemas de desejo ou excitação pode começar, por mecanismo de ansiedade ou por frustrações, a ter um menor nível de motivação para a atividade sexual, a sofrer de ejaculação precoce ou dificuldades de ereção.

– O ciúme e o autoritarismo geram raiva. A raiva não combina com a tesão, apenas cria um ambiente adverso ao sexo. Além disso, posturas controladoras castram uma relação e, em vez de aproximar, afastam o casal.

Soluções Possíveis

– A escolha da parceira é o primeiro passo para uma vida sexual de boa qualidade.

– Na eventualidade de surgirem dificuldades de relacionamento, terapeutas de casal são em geral a opção de maior bom senso.



II – ENTENDENDO AS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Nesta segunda parte da obra, procuramos fornecer informações sobre o tema Disfunção Sexual Masculina de um ponto de vista mais técnico. Fizemos um esforço para a utilização de uma linguagem simples e de fácil entendimento ao público leigo, sem conhecimentos médicos, mas infelizmente não foi possível fugir totalmente da utilização de certos termos, sob pena de suprimirmos informações relevantes.

Consideramos de extrema importância que os homens entendam um pouco mais sobre a fisiologia e o funcionamento do pênis. A compreensão desse mecanismo poderá fornecer maiores subsídios para desfazer mitos ou evitar que uma simples brochada, ou uma ejaculação rápida ocasional, evolua até o ponto de ser causa de impotência sexual.

– Disfunção Erétil (DE)

1. Definição

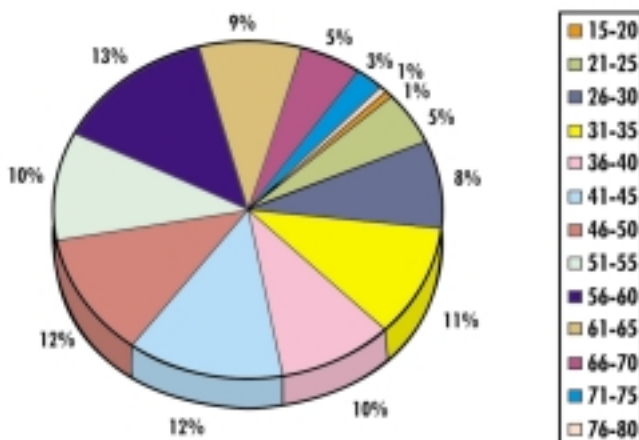
As Disfunções Sexuais Masculinas podem estar relacionadas com a Libido, com a Ejaculação ou com a Ereção. A ausência ou diminuição do desejo sexual e, mais raramente, o excesso de desejo sexual, constituem as alterações possíveis da Libido. A ejaculação precoce e a dificuldade de ejacular são as mais frequentes disfunções da Ejaculação. As dificuldades de Ereção podem ocorrer em graus variados e são denominadas Disfunções Eréteis.

Define-se Disfunção Erétil (DE) como a incapacidade de um homem obter uma ereção com rigidez suficiente para manter por um tempo adequado uma relação sexual satisfatória para si e para sua parceira.

As falhas no mecanismo de ereção opta-se atualmente por denominar de Disfunção Erétil (DE), termo este que utilizamos nesta obra, em detrimento ao termo impotência sexual, mais pejorativo, amplo e definitivo, e menos capaz de definir com clareza o problema da falha de ereção que pode ser eventual, circunstancial, por causas diversas e nem sempre impeditiva do exercício da atividade sexual.

2. Incidência

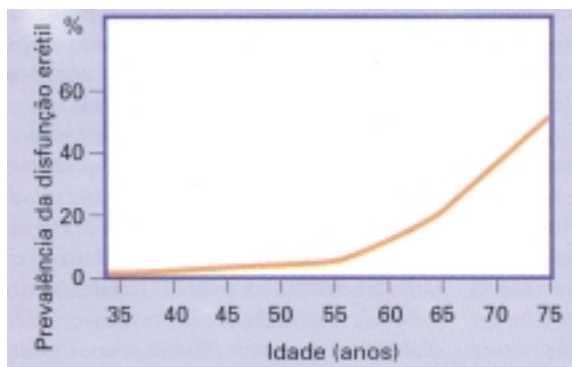
Incidência de Disfunção Erétil por idade



Existe uma grande dificuldade de estimar com precisão a população que sofre com a Disfunção Erétil, uma vez que grande parte dela nunca procurou auxílio. Felizmente, os progressos da medicina no conhecimento do mecanismo de ereção e o surgimento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento da disfunção erétil, bem como a divulgação pela mídia destes progressos, têm facilitado a quebra gradativa de um dos tabus de nossa sociedade: o funcionamento sexual masculino e seus problemas.

Estimativas sugerem que entre dez e oito milhões de homens, somente nos Estados Unidos, são portadores de Disfunção Erétil. Se considerarmos uma incidência na ordem de 10% da população masculina adulta, deve existir algo em torno de sete a oito milhões de homens no Brasil que sofrem também de Disfunção Erétil. Recente pesquisa do Hospital de Clínicas de São Paulo, envolvendo 2.835 pessoas maiores de 18 anos em dez cidades brasileiras, apontou que 14,7% dos homens sofrem de Disfunção Erétil, em gradações que variam de moderada a completa. Outras publicações apontam que 25% dos homens padecem em algum momento da vida de algum tipo de disfunção sexual.

Incidência de Disfunção Sexual por faixa etária



O fator idade muda a suposição diagnóstica da causa da disfunção. Enquanto nos indivíduos jovens a causa de uma dificuldade de ereção está ligada quase em números absolutos a um problema emocional ou circunstancial (cuidado com quem afirmar o contrário!), nos homens na faixa acima dos 45 anos, os mesmos problemas estão em 75% dos casos relacionados a alterações da saúde em geral ou a doenças do pênis que, como qualquer outro órgão do corpo humano, tem suas doenças próprias.

Um estudo da Massachusetts Male Ageins Study, em uma amostra de 1.290 homens com idade entre 40 e 70 anos, apontou que 9,6% apresentavam DE completa (sempre incapazes de conseguir e manter uma ereção adequada para a relação sexual); 25,2% apresentavam uma disfunção moderada (algumas vezes capazes de conseguir e manter uma ereção adequada); e 17,2% de DE mínima (quase sempre capazes de conseguir e manter uma ereção adequada). A probabilidade de DE completa variou de 5,1% aos 40 anos até 15% aos 70.

MMAS (Massachusetts Males Aging Study)

Impotência	40 anos	70 anos
Completa	5%	15%
Parcial	17%	34%

A maioria dos homens experimenta eventualmente curtos episódios de Disfunção Erétil geralmente associada ao stress, ao uso abusivo do álcool e a circunstâncias inadequadas ao aparecimento de sentimentos eróticos.

3. Ereção

3.1. A resposta sexual – Desejo e Excitação

Nos últimos 50 anos houve uma intensificação na busca de conhecimentos a respeito do funcionamento sexual humano e, atualmente, sabe-se da necessidade de uma perfeita harmonia entre fatores físicos, psíquicos e relacionais.

O desejo sexual, a tesão, é um sentimento inerente ao ser humano, nascemos com ele. A tesão faz parte de nossa natureza e do processo de reprodução da espécie humana. Os caminhos que os pensamentos e idéias percorrem para que o desejo apareça ainda não são totalmente compreendidos, mas tem-se o conhecimento de que fantasias, atração física, sensações de afeto e bem-estar ao tocar e ser tocado, desejo de prazer ou de afirmação de

identidade sexual, são alguns dos componentes envolvidos no desenvolvimento da tesão.

O desejo amoroso é acompanhado de um aumento da liberação, no cérebro, de um hormônio conhecido como Dopamina que, por sua vez, aumenta a produção de um outro hormônio, a Luliberina, que estimula mais ainda a produção de Dopamina. Este processo repete-se criando uma tensão acumulada que se liberta na hora do orgasmo.

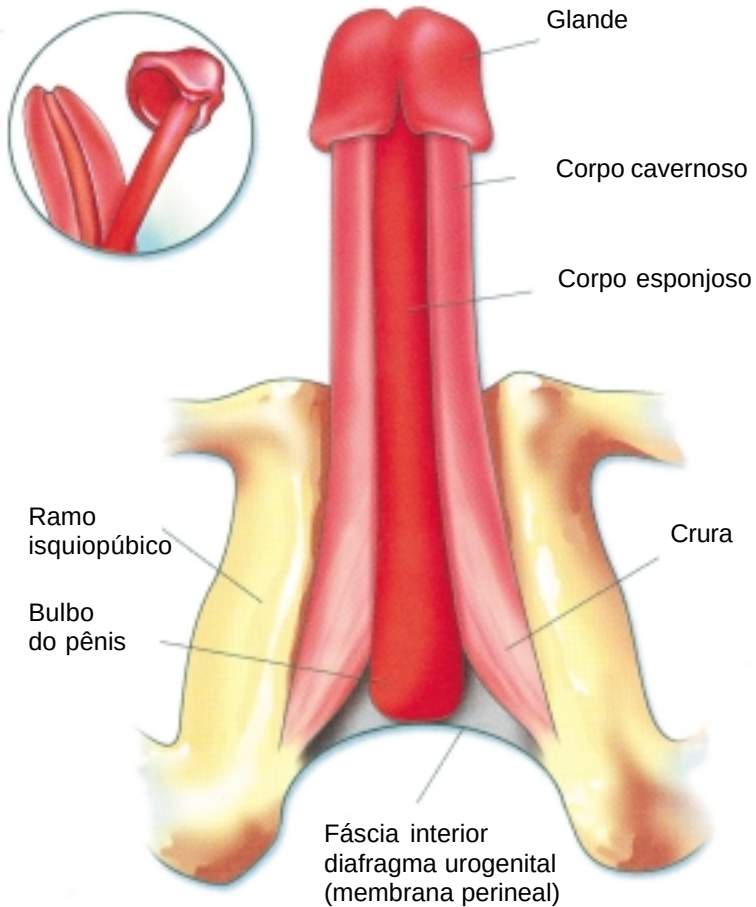
É este estímulo cerebral, a tesão, que irá disparar o mecanismo de ereção, pois será transmitido, através dos nervos, do cérebro até a região genital, produzindo nesta as modificações vasculares necessárias para a ocorrência da ereção.

As pesquisas de Masters e Johnson que observaram dez mil ciclos sexuais em 700 homens e mulheres, na década de 50, durante 10 anos, permitiram descrever o ciclo da resposta sexual humana em quatro fases: fase de excitação, fase de platô ou de manutenção, fase de orgasmo e fase de resolução.

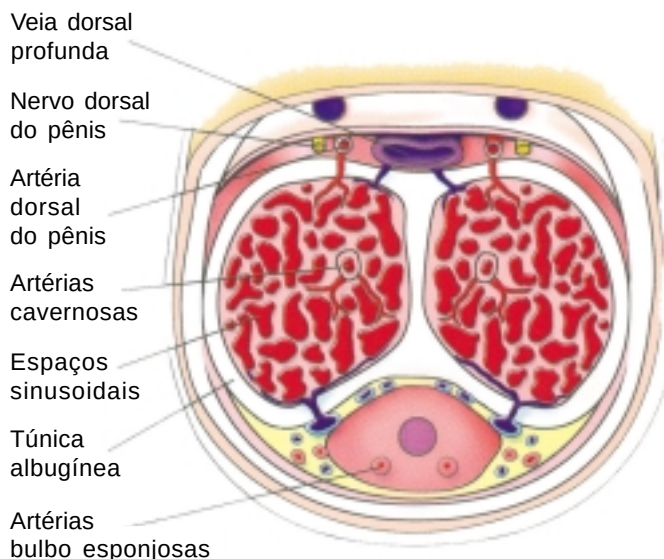
Este padrão de resposta sexual masculina caracteriza-se pelo aparecimento e manutenção de uma ereção rígida completa, pela sensação subjetiva de prazer, quando se dá a ejaculação, e pelo período regressivo, que leva à detumescência peniana (amolecimento do pênis, perda da ereção) e que inclui um período refratário, de duração variável, em que o homem não tem capacidade fisiológica para uma nova resposta sexual.

A ereção depende, portanto, do correto funcionamento de um eixo, com início no cérebro, com suas sensações de tesão, continuando pela transmissão, pelos nervos, do estímulo desencadeado por esta tesão ao longo da coluna vertebral até a região genital. Ao chegar na região genital, este estímulo desencadeia um fenômeno vascular, com o aumento do fluxo de sangue ao pênis, com conseqüente aumento da pressão intracavernosa e bloqueio da saída deste sangue. É esse bloqueio, chamado de bloqueio venoso, que mantém o sangue dentro do pênis, provocando sua rigidez e permitindo a penetração e a realização de todas as outras funções sexuais: ejaculação, orgasmo e, eventualmente, reprodução.

3.2. Anatomia do Pênis



Corte Transversal do Pênis



**Distúrbio Sexual Masculino, p.352*

O pênis é o órgão masculino da cópula, tendo semelhanças com o clitóris feminino e com função erétil similar. Pode ser dividido em três partes: a base, o corpo e a glândula do pênis.

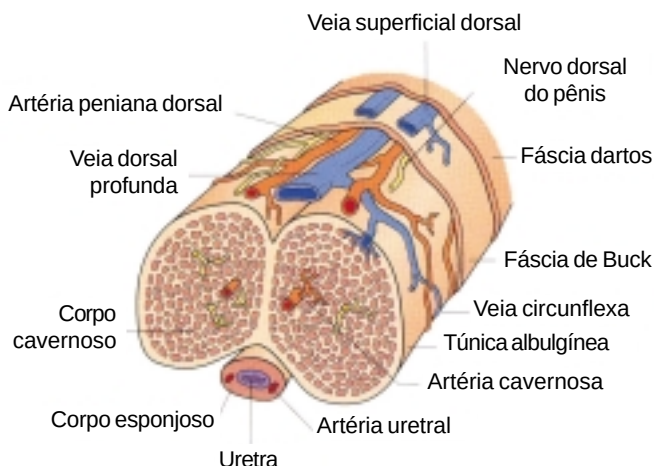
A base fixa nos ossos pélvicos corresponde às raízes do pênis que vão se encontrar na linha média formando os corpos cavernosos e o bulbo, que contém a uretra e continua sob a forma do corpo esponjoso. O corpo do pênis é constituído, portanto, por três cilindros: dois corpos cavernosos e um corpo esponjoso situado por baixo dos corpos cavernosos. Em sua extremidade distal, o corpo esponjoso se expande formando a glândula.

No dorso do pênis, encontram-se as estruturas denominadas nobres que são as artérias, veias e nervos chamados dorsais onde estão envolvidos por um tecido conhecido como „Fáscia de Buck“ e pela pele.

Os corpos cavernosos constituem as câmaras de pressão responsáveis pela ereção e rigidez do pênis. O tecido cavernoso é constituído de trabéculas, lacunas, pequenas câmaras, como pequenos balões que se enchem e se esva-

ziam de sangue conforme o estado do pênis, em ereção ou flacidez. São envolvidos por um tecido semelhante ao dos tendões, conhecido como albugínea, que é resistente, fibroso e relativamente indistensível. A albugínea, na parte média superior do pênis, forma o chamado septo mediano, onde muito freqüentemente há formação de fibrose capaz de encurvar o pênis para cima. Quando distendido, os corpos cavernosos usam um mecanismo de retenção do sangue por compressão das pequenas veias por sua própria dilatação. Apertadas, essas veias não conseguem exercer sua função de retirar sangue do pênis.

O corpo esponjoso tem uma estrutura semelhante a dos corpos cavernosos, é mais fino e não possui este sistema de bloqueio do sangue venoso.



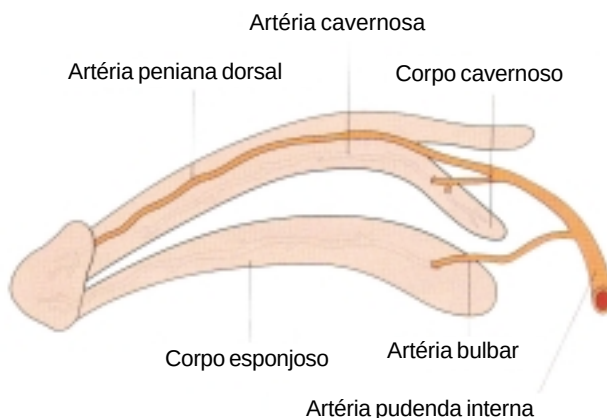
**Disfunção Erétil, p.10*

3.3. Circulação do Pênis

a) Artérias (ingresso de sangue)

O aporte de sangue ao pênis é feito através da artéria pudenda interna que se origina na artéria ilíaca externa. A artéria pudenda interna, chegando ao pênis, subdivide-se em artéria dorsal, artéria cavernosa e artéria bulbar. A artéria bulbar irriga o bulbo, o corpo esponjoso e a glândula. A artéria cavernosa

sa irriga os corpos cavernosos, e seus ramos terminais são chamados artérias helicinais que vão diretamente às trabéculas dos corpos cavernosos e artérias trabeculares que correm junto às trabéculas. Quando o pênis está flácido, o fluxo arterial principal é pelas artérias trabeculares e as artérias helicinais estão curtas e fechadas. Durante a ereção, as artérias helicinais alongam-se e enchem-se, preenchendo as lacunas dos corpos cavernosos. A artéria dorsal do pênis caminha ao longo do dorso peniano e se conecta com a artéria bulbar. Da saúde destas artérias e da capacidade de dilatar-se das mesmas depende primariamente a ereção.



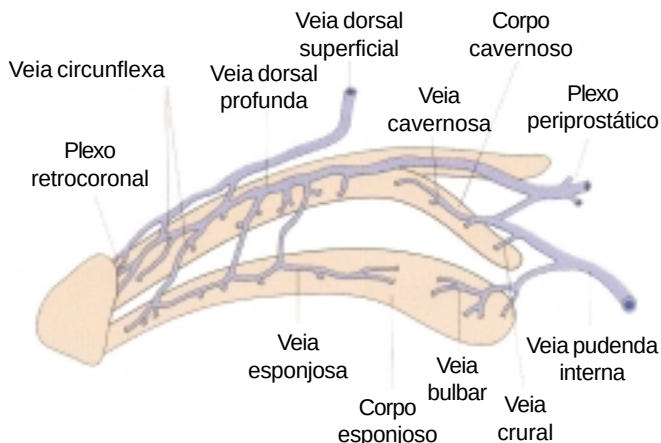
**Disfunção Erétil, p.11*

b) Veias (drenagem do sangue)

O sangue é retirado do pênis por três grupos de veias: o superficial, o intermediário e o profundo.

O sistema superficial drena a pele e as estruturas externas à Fáscia de Buck e dirige-se à veia dorsal superficial e, desta, à veia safena. Esse sistema é pouco importante no que tange à ereção e não é motivo para preocupações quando houver veias mais salientes na pele do pênis. O sistema intermediário drena a glândula e as porções distais dos corpos cavernosos e do esponjoso; é constituído de veias circunflexas que drenam para a veia dorsal profunda. O sistema profundo drena as porções restantes dos corpos cavernosos e esponjosos.

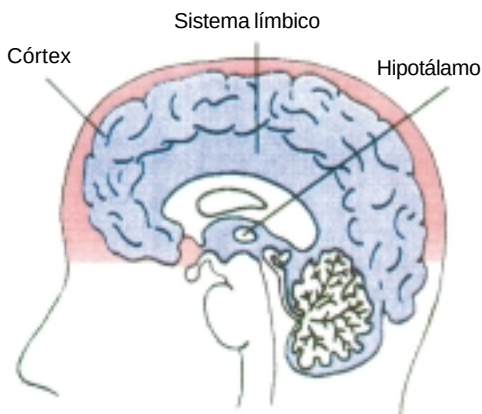
Todos os sistemas comunicam-se entre si e drenam para a veia pudenda interna. Um sistema venoso saudável e com capacidade de oclusão é o segundo grande componente da ereção.



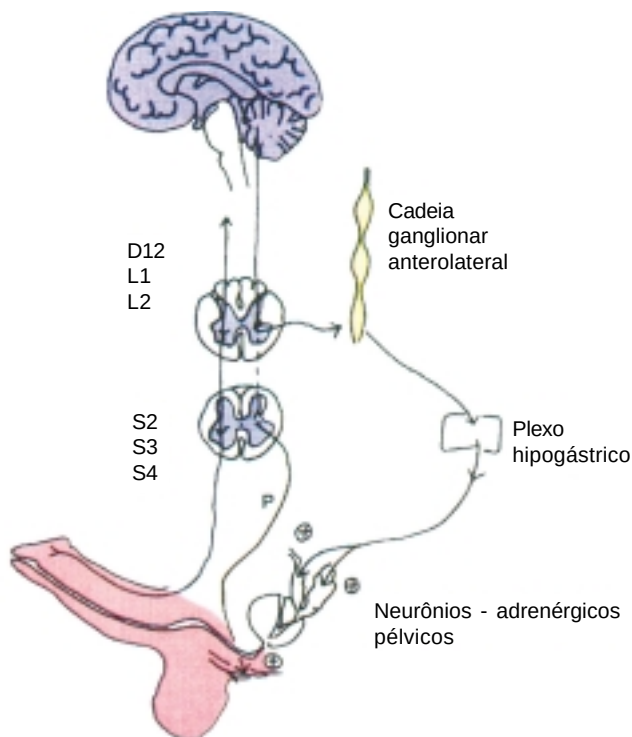
**Disfunção Erétil, p.12*

3.4. Inervação do Pênis

O funcionamento e controle do ato sexual iniciam-se no cérebro, principalmente em três áreas: córtex, sistema límbico e hipotálamo. O córtex é a área superficial do cérebro, onde o ser humano percebe as sensações provenientes de seus sentidos: tato, olfato, visão e audição. Percebidas as sensações, o córtex cria uma resposta que é na verdade um estímulo que prossegue no sentido de gerar a sensação



**A Disfunção Erétil, p.23*



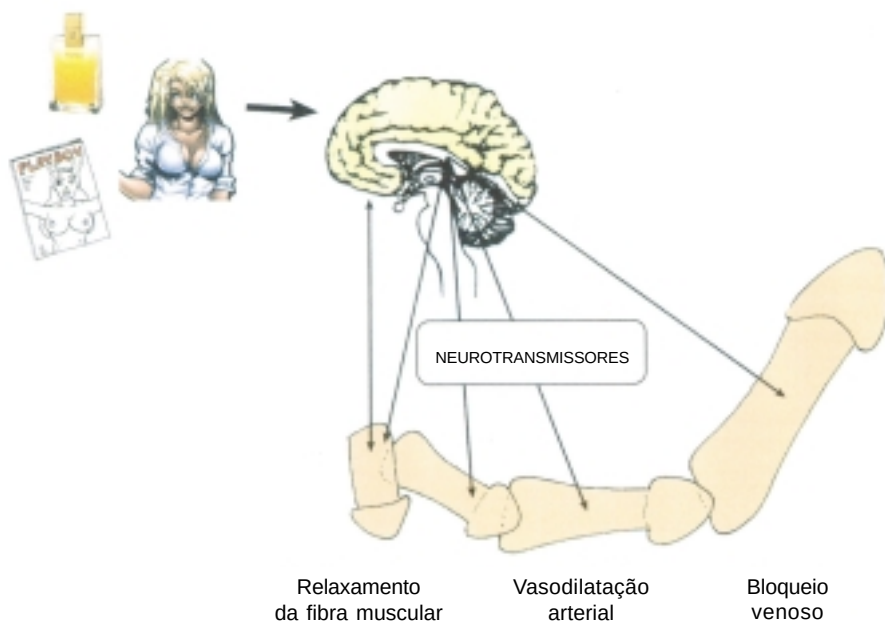
*A Distunção Erétil, p.24

de tesão. O sistema límbico e o hipotálamo modulam o comportamento afetivo e sexual e amplificam os sinais nervosos que são direcionados à região genital.

Fibras nervosas motoras e sensitivas conectam o cérebro ao pênis e permitem a transmissão do desejo sexual e sua manifestação sob a forma de ereção. Os nervos chamados pudendos e o nervo dorsal do pênis são a ponta final da cadeia nervosa que leva à ereção.

3.5. Mecanismo de Ereção

Como já referimos anteriormente, a ereção é um acontecimento que no ser humano exige a integração do cérebro com seu conteúdo físico e emocional, a presença de hormônios em quantidades adequadas (**boa produção hormonal**), a boa qualidade das vias de transmissão (**inervação saudável**) e a normalidade vascular (**artérias e veias saudáveis**).



* A Disfunção Erétil, p.26

A rigidez completa obedece a um ciclo erétil que possui três fases:

1 – Relaxamento da fibra muscular: esta fase é regulada por transmissões nervosas que liberam no pênis substâncias químicas que alteram o funcionamento arterial e venoso, relaxam a musculatura chamada lisa dos corpos cavernosos, permitindo o enchimento de pequenas câmaras que compõem os corpos cavernosos.

2 – Vasodilatação arterial: período de ingresso maior de sangue arterial, com aumento da pressão peniana e diminuição da saída desse sangue.

3 – Bloqueio Venoso: nesta fase há a manutenção da rigidez, que é assegurada pela pressão peniana pelo aumento do tônus das veias do pênis e pelo anel osteomuscular da base do pênis.

A ereção é produzida por estímulo sensorial local dos órgãos genitais e por estímulos psicogênicos centrais, os quais percebidos e gerados no cérebro, são integrados na região hipotalâmica. Diferentes conexões nervosas,

através da medula espinhal, permitem modular o fluxo dos impulsos nervosos que transmitem a mensagem ao pênis. A ereção ocorre quando as terminações nervosas e o endotélio (tecido interno dos corpos cavernosos) libertam substâncias que relaxam o músculo liso do pênis.

Resumindo: **a ereção ocorre quando um estímulo é transmitido pelo sistema nervoso, do cérebro ao pênis. Quando chega no pênis, este estímulo provoca o relaxamento da musculatura lisa e a dilatação das artérias, com entrada maior de sangue, aumentando-o de volume. As veias (por onde sai o sangue), em resposta a essa pressão maior de sangue, fecham-se e retêm este sangue, mantendo o estado de ereção.**

Na maior parte dos mamíferos, o estado de repouso do pênis é um fenômeno fisiológico ativo, ou seja, depende da existência de um músculo, o qual em contração permite a retração do pênis no abdômen, quando o órgão está em repouso. No homem não existe um músculo contrator, mas é a contração permanente da chamada musculatura lisa dos corpos cavernosos que mantém o pênis em repouso, associada a artérias não-dilatadas e à drenagem do sangue venosos sem restrições. O estado de flacidez é mantido pela presença de substâncias químicas (catecolaminas, adrenalina, noradrenalina...) que são liberadas pelo estado consciente do indivíduo, no qual estão presentes valores sócio-culturais e morais, bem como todas as preocupações profissionais, financeiras e familiares. A mensagem produzida no cérebro do indivíduo com tédio, e transmitida pelo sistema nervoso nada mais faz do que anular o efeito destas substâncias inibidoras da ereção. O mesmo mecanismo explica a ereção matinal, que não possui nenhuma relação com a vontade de urinar, mas com a ausência destas substâncias pelo estado de relaxamento induzido por uma fase do sono conhecida como fase REM.

3.6. Tipos de Ereção

a) Ereção Reflexa: é a ereção obtida por estímulo manual do pênis; é uma resposta reflexa entre fibras de nervos do pênis e a coluna na região da medula sacral. Não sofre influência do cérebro ou de centros superiores, embora seja facilitada por pensamentos eróticos.

b) Ereção Noturna ou Matinal: é a ereção que ocorre durante o sono, ou ao acordar. Todos os homens normais passam aproximadamente 25% de seu tempo de sono em ereção e, eventualmente, acordam com esta ereção. Sua causa está relacionada com uma fase de sono chama de fase REM (Rapid Eyes Movement ou Movimento Rápido dos Olhos) em que fatores inibidores da ereção são anulados. A presença das ereções noturnas é um bom indicativo da saúde do pênis e, em geral, fala a favor de que problemas de ereção deste indivíduo, se ocorrerem, são provavelmente psicológicos e não orgânicos, mas considerando-se que os caminhos da inervação que controlam a ereção noturna, a ereção reflexa e a ereção psicogênica são diferentes, isto pode não ser sempre verdade.

c) Ereção Psicogênica: assim é denominada a ereção produzida pelo desejo sexual, pelo sentimento de tesão. Os estímulos eróticos percebidos pelo cérebro (visão, olfato, tato...) são transmitidos ao pênis, disparando todos estes mecanismos já descritos que levam à ereção.

4. Causas da Disfunção Erétil

4.1. Endócrinas

Hipogonadismo (testosterona baixa)
Hiperprolactinemia
Hipotireoidismo
Hipertireoidismo
Andropausa

4.2. Vasculares

a) Arteriais

Arteriosclerose
Traumatismo pélvico ou perineal
Danos por Cirurgia

b) Venosas

Insuficiência de Relaxamento da Musculatura Lisa
Tônus adrenérgico alto
Defeitos de Neurotransmissão
Alterações da Túnica Albugínea
Doença de Peyronie
Danos traumáticos
Danos por isquemia
Danos por diabete
Canais Venosos Anormais
Congênitos
Adquiridos

4.3. Neurológicas

a) Sistema Nervoso Central

Doença de Parkinson
Esclerose Múltipla
Doença de Alzheimer
Acidentes Vasculares Cerebrais

b) Medula Espinhal

Lesões na medula espinhal
Compressão na medula espinhal
Esclerose múltipla
Espinha Bífida

c) Nervos Periféricos

Neuropatias-diabete, álcool
Lesões cirúrgicas
Fraturas Pélvicas
Lesões da cauda eqüina

4.4. Iatrogênicas (como efeito colateral)

a) Lesões Centrais

Cirurgia Cerebral
Cirurgia Espinhal

- b) Lesões aos Nervos Parassimpáticos
 - Cirurgia do reto
 - Cirurgia da bexiga
 - Cirurgia da próstata
- c) Lesões nos vasos sanguíneos
 - Cirurgia aorto-iliaca
 - Cirurgia de transplante renal
- d) Lesões no Pênis - Cirurgia para doença de Peyronie
- e) Lesões Endócrinas - Cirurgia de retirada dos testículos

4.5. Medicamentos ou drogas que podem causar DE

- a) Drogas legais
 - Fumo
 - Álcool
- b) Drogas Ilegais
 - Maconha
 - Cocaína
 - LSD
 - Anfetaminas
- c) Drogas Anti-hipertensivas
 - Diuréticos
 - Betabloqueadores
 - Alfabloqueadores
 - Vasodilatadores Arteriais
 - Antagonistas do Cálcio
 - Metildopa
- d) Drogas Endócrinas (Hormônios)
 - Estrógenos
 - Antiandróginos
 - Inibidores da 5-alfa-reductase
- e) Drogas Psicotrópicas
 - Tranquilizantes maiores
 - Inibidores da MAO
 - Antidepressivos
- f) Outras
 - Digoxina
 - Cimetidina ou Ranitidina
 - Metoclopramina
 - Carbamazepina
 - Finasteride
 - Ácido Acetil Salicílico

4.6. Psicológicas

- Intrapsíquicas
- Imediatas
- Circunstanciais

4.1. Causas Endócrinas

Causas Endócrinas de DE

Hipogonadismo (testosterona baixa)
Hiperprolactinemia
Hipotireoidismo
Hipertireoidismo
Andropausa

A presença em excesso ou a ausência de certos hormônios pode ser a causa de dificuldades de ereção. A testosterona, hormônio masculino por excelência, produzida nos testículos, tem papel importante na fisiologia do homem, e sua ausência ou redução tem efeito negativo sobre a capacidade de ereção.

O **Hipogonadismo** (a presença de testículos que funcionam mal e produzem, portanto, pouca testosterona) e a **Andropausa** (situação também de baixa produção de testosterona em função da idade) são exemplos de situações de disfunção erétil por causa hormonal.

O **Hipertireoidismo** e o **Hipotireoidismo**, alterações para mais ou para menos na função da glândula tireóide, estão associados à diminuição do desejo sexual e à disfunção erétil, provavelmente por aumentarem os níveis de prolactina, baixarem a secreção de testosterona e aumentarem a arteriosclerose.

A **Hiperprolactinemia**, ou seja, um aumento excessivo da secreção de um hormônio chamado Prolactina, que na mulher tem por efeito o aumento da produção de leite no período de amamentação, no homem, é causa de disfunção erétil por diminuir os níveis de funcionamento testicular e a produção de testosterona. A Hiperprolactinemia está associada a um mau funcionamento da Glândula Hipófise. Muitas vezes, um pequeno tumor desta glândula, conhecido como Hiperprolactinoma, é o causador do problema. Excessos de prolactina também ocorrem em pacientes com diabete, hipotireoidismo, diálise, doenças hepáticas, uso de drogas para tratamento da hipertensão, tranqüilizantes, antieméticos e outros.

4.2. Causas Vasculares

Causas Vasculares – Arteriais de DE

Arteriosclerose
Traumatismo pélvico ou perineal
Danos por Cirurgia

Doenças nas artérias podem causar disfunção erétil por restringir o fluxo sanguíneo para o pênis. A doença vascular é a mais freqüente causa de DE, e o tipo de lesão é variável, podendo atingir os vasos que irrigam e drenam o pênis ou a composição química do tecido cavernoso. O paciente com disfunção erétil de causa arterial geralmente queixa-se de ereção incompleta, sem rigidez e de perda fácil. As ereções matinais destes pacientes costumam ser mais rígidas e duradouras, mas em geral há perda da espontaneidade da ereção e diminuição da rigidez quando em relações sexuais.

A arteriosclerose, doença relacionada com altos níveis de colesterol, reduz a luz das artérias e dificulta a ereção. Segundo alguns autores, cerca de metade dos casos de disfunção erétil em pacientes com mais de 50 anos são devidos à arteriosclerose. A arteriosclerose é a doença responsável também pelos infartos no coração, por isto a correlação entre infarto e disfunção erétil. A presença de doença vascular em qualquer região do corpo pode ser indicativa de uma provável disfunção erétil, e uma disfunção erétil de fundo vascular pode ser o primeiro sintoma de uma doença vascular em progressão. Outras causas de insuficiência arterial são: a hipertensão, a hiperlipidemia, tabagismo, diabete, trauma perineal ou pélvico, cirurgias amplas de baixo ventre e a radioterapia. A disfunção erétil ocorre em 40% a 80% dos homens com Doença Vascular Periférica e em 10% dos portadores de hipertensão.

Causas Vasculares – Venosas de DE

Insuficiência de Relaxamento da Musculatura Lisa
Tônus adrenérgico alto
Defeitos de Neurotransmissão
Alterações da Túnica Albugínea
Doença de Peyronie
Danos traumáticos
Danos por isquemia
Danos por diabete
Canais Venosos Anormais
Congênitos / Adquiridos

Se há um bom fluxo de sangue ao pênis pelas artérias, o passo seguinte para que a ereção ocorra é que o sistema venoso represe este sangue dentro dos corpos cavernosos. É como encher uma pia, é preciso abrir a torneira (artérias) e colocar o tampão no ralo (veias) impedindo o escoamento da água.

O mecanismo de veno-oclusão depende, para funcionar bem, de alguns fatores: um ingresso adequado de sangue, um bom relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos e de uma túnica albugínea (aquele tecido semelhante a um tendão que envolve os corpos cavernosos) saudável e capaz de, ao dilatar-se, exercer pressão sobre as pequenas veias, fechando-as.

Do ponto de vista venoso, a impotência pode ocorrer por presença de canais venosos grandes (fístulas) que permitem escoamento excessivo de sangue e que podem ser congênitos (desde o nascimento) ou provocados por traumatismos ou cirurgias, como, por exemplo, a comunicação cavernoso-esponjosa provocada para tratar priapismo (ereção excessivamente prolongada). A impotência pode também ocorrer por insuficiente relaxamento da musculatura lisa que pode advir de um tônus adrenérgico alto (excessiva quantidade de adrenalina que ocorre em pessoas tensas) ou por defeitos na transmissão nervosa. Por último, defeitos na túnica albugínea são causas de incapacidade desta túnica de exercer pressão oclusiva e ocorrem, por exemplo, na doença de Peyronie, no diabético, no traumatismo e nas alterações estruturais desta túnica.

Doença de Peyronie

Curvatura por
Doença de Peyronie



**Medical Therapy and Radical Surgery in the Treatment of Peyronie's Disease, p.16*

A doença de Peyronie é caracterizada pelo aparecimento de uma placa de fibrose que envolve o tecido cavernoso. Esta placa leva geralmente à deformidade do pênis e a algum grau de dificuldade de ereção. Tem-se visto com muito mais frequência a doença de Peyronie em consultório, ultimamente. Isso se deve a uma maior busca por tratamento e, em parte, ao aumento de casos devido ao maior uso de aparelhagem via uretra para diagnóstico e cirurgias e de sondas uretrais.

A incidência é maior entre os 40 e 60 anos e os principais sintomas são: a presença de „caroço% ou de placa dura no pênis; curvatura peniana, muitas vezes, fazendo ângulo; dor, quando em ereção; e disfunção erétil.

A causa ainda é discutida, mas há algumas suposições aceitas, tais como: microtraumas repetidos durante as relações sexuais, trauma único e agudo, microtromboses relacionadas com problemas vasculares, predisposição genética. Há aumento da incidência da doença de Peyronie em diabéticos e em pacientes com síndrome de Dupuytren.

O diagnóstico é clínico e a ecografia pode ser usada para mensurar a extensão da lesão.

Tratamentos:

Substâncias consideradas fibrinolíticas, como o Potaba (aminobenzoato de potássio) e a orgoteína, têm sido usadas com sucesso. A cirurgia de Nesbit (constituída por cortes em elipse ou plicaturas, tendo como objetivo o encurtamento do lado oposto à curvatura do pênis) tem sido usada em alguns casos, bem como a excisão e substituição do tecido fibrosado por enxertos de tecidos retirados do próprio indivíduo ou por materiais sintéticos como o goretex ou o dacron. A terapia extracorpórea por ondas de choque tem sido experimentada.

4.3. Causas Neurológicas

Causas Neurológicas de DE

a) Sistema Nervoso Central

Doença de Parkinson
Múltipla
Doença de Alzheimer
Acidentes Vasculares Cerebrais

b) Medula Espinhal

Lesões na medula espinhal
Compressão na medula espinhal
Esclerose múltipla
Espinha Bífida

c) Nervos Periféricos

Neuropatias-diabete, álcool
Lesões cirúrgicas
Fraturas Pélvicas
Lesões da cauda eqüina

Danos aos nervos que levam ao pênis o estímulo erétil representam 20 % das causas de disfunção erétil. As lesões podem ocorrer ao nível do cérebro (sistema nervoso central), da medula espinhal (coluna), ou dos nervos pélvicos ou penianos.

Doenças do sistema nervoso central, como a Doença de Parkinson, a esclerose múltipla e os acidentes vasculares cerebrais (derrames), são causas de disfunção erétil. Segundo levantamentos, 86% das pessoas que têm um acidente vascular cerebral apresentam disfunção erétil.

Na medula espinhal, doenças como a esclerose múltipla são causas de DE, e as lesões na medula, sejam por acidente ou traumatismos da coluna, afetam em maior ou menor grau a capacidade de ereção, dependendo da altura da coluna em que ocorreram.

Os nervos periféricos são afetados por doenças chamadas neuropatias ou por lesões no transcorrer de cirurgia na região pélvica. As neuropatias mais comuns são as provocadas por diabete e alcoolismo. Estudos mostram que o uso diário de duas doses de whisky por dois anos produz em 60% dos homens neuropatia em maior ou menor grau do nervo podendo. Cirurgias na bexiga, próstata, intestino grosso e reto, radioterapia e outras cirurgias pélvicas radicais são causas de disfunção erétil por dificultarem ou impedirem a passagem do estímulo erótico até o pênis.

4.4. Causas Iatrogênicas (como efeito colateral)

Causas Iatrogênicas de DE

a) Lesões Centrais	Cirurgia Cerebral Cirurgia Espinhal
b) Lesões aos Nervos Parassimpáticos	Cirurgia do reto Cirurgia da bexiga Cirurgia da próstata
c) Lesões nos vasos sanguíneos	Cirurgia aorto-ilíaca Cirurgia de transplante renal
d) Lesões no Pênis	Cirurgia para doença de Peyronie
e) Lesões Endócrinas	Cirurgia de retirada dos testículos

As cirurgias realizadas na maior parte das vezes para preservar a vida de uma pessoa em face de doenças graves como o câncer podem lesar nervos ou vasos sanguíneos e provocar impotência. A Ressecção Transuretral da Próstata, cirurgia realizada via uretra para retirada parcial ou total de uma próstata que esteja dificultando a saída da urina, pode provocar danos aos nervos cavernosos pelo uso de cautério, por isto a indicação de realização de um ecodopler peniano e uma eletroneuromiografia (exame da inervação peniana) num prazo de três a seis meses após a cirurgia para avaliar o grau de lesão ocorrida e as possibilidades de recuperação.

Outras cirurgias podem provocar impotência pelos mesmos mecanismos, ou seja, lesando nervos ou vasos que estejam envolvidos com a ereção e são citadas no quadro acima.

4.5. Medicamentos ou drogas que podem causar DE

Medicamentos ou drogas que podem causar DE

a) Drogas Legais

Fumo
Álcool

b) Drogas Ilegais

Maconha
Cocaína
LSD
Anfetaminas

c) Drogas Anti-hipertensivas

Diuréticos
Betabloqueadores
Alfabloqueadores
Vasodilatadores Arteriais
Antagonistas do Cálcio
Metildopa

d) Drogas Endócrinas (Hormônios)

Estrógenos
Antiandróginos
Inibidores da 5-alfa-reductase

e) Drogas Psicotrópicas

Tranqüilizantes maiores
Inibidores da MAO
Antidepressivos

f) Outras

Digoxina
Cimetidina ou Ranitidina
Metoclopramina
Carbamazepina
Finasteride
Ácido Acetil Salicílico

O equilíbrio hormonal, a normalidade, tanto em quantidades quanto em capacidade funcional, dos neurotransmissores que participam do mecanismo de ereção, o mecanismo vascular já descrito e, portanto, parte importante da capacidade de ereção podem ser afetados pelo uso de drogas e medicamentos dos mais variados. A busca de informações junto ao médico a respeito dos medicamentos em uso ou a serem utilizados é a melhor forma de prevenção

de efeitos colaterais indesejáveis. Já existem dados que permitem afirmar que entre 15 a 20% das causas de procura por tratamento para DE estão relacionadas com usos de medicamentos.

O fumo é um destruidor da circulação bastante conhecido e o álcool um causador contumaz de neuropatia periférica envolvendo os nervos pudendos. Drogas como a maconha e a cocaína, embora citadas por alguns usuários como facilitadoras das relações sexuais, produzem, em médio prazo, dificuldades de ereção por aumento indireto da atividade dos receptores alfa-adrenérgicos.

Os medicamentos usados para tratar hipertensão estão em sua maioria relacionados com perturbações no mecanismo de ereção, mas é necessário lembrar da necessidade do tratamento desta patologia. Os diuréticos retiram, de forma desequilibrada, componentes químicos importantes para a ereção. O uso inadequado de hormônios, a exemplo das reposições que são feitas em academias de ginástica, gera impotência sexual relacionada balanço hormonal falho.

As doenças psicológicas como a depressão, a ansiedade, as fobias e outras, já são, por si próprias, capazes de afetar o mecanismo de ereção, e as drogas necessárias para seus tratamentos são também nocivas ao mecanismo de ereção, daí a necessidade de uma avaliação médica voltada para definir a prioridade do paciente e a melhor conduta em cada caso.

A Cimetidina, usada no tratamento da úlcera gástrica, é também utilizada para desfazer um priapismo (ereção prolongada) que pode ocorrer acidentalmente durante testes de ereção com drogas injetáveis. Esta ação mostra o poder desta droga de dificultar a ereção. A Metoclopramida (Plasil, utilizado para vômitos) pode causar hiperprolactinemia grave e, por isto, perda da libido e DE. O ácido Acetil Salicílico, modificando a viscosidade sanguínea, modifica também a química necessária para a ereção.

4.6. Causas Psicológicas

Causas Psicológicas de DE

a) Intrapsíquicas

- Problemas de relacionamento na família
- Formação repressora
- O tipo de personalidade
- Depressão, Ansiedade generalizada e Stress

b) Imediatas

- Ignorância e Expectativas irreais
- Ansiedade de Desempenho ou medo do fracasso
- Dificuldade de comunicação do casal
- Racionalização do prazer erótico
- Experiência sexual traumática ou marcante
- Depressão, Ansiedade e Stress
- Medo ou Vergonha da intimidade
- Relacionamento geral pobre

c) Circunstanciais

- Stress, ansiedade ou depressão eventuais
- Parceira nova
- Perda de parceira
- Ambiente, local ou hora inadequados
- Consumo excessivo de álcool
- Relacionamentos conflituosos

Ainda se tem muita dificuldade em fazer pacientes portadores de disfunção erétil entenderem que esta disfunção pode estar relacionada tão somente com suas emoções. Os mecanismos de ereção foram explicados e uma das preocupações que tivemos foi mostrar que um hormônio conhecido como adrenalina, produzido em situações de nervosismo, tem uma ação importantíssima: fecham as artérias periféricas, entre elas, as penianas, tornando assim impossível a ereção.

É por isso que a emoção **medo** pode impedir a ereção, a emoção **ansiedade de agradar** ou de **funcionar bem** pode também impedir a ereção, a emoção **vergonha** faz o mesmo. Problemas emocionais são, portanto, toda e qualquer emoção ou sentimento que estejam envolvidos de forma errada ou em hora errada com a vida sexual do indivíduo, e não necessariamente representam, como as pessoas por vezes pensam, graves distúrbios mentais.

Eventualmente, o fundo da questão sexual mostra realmente uma causa **intrapsíquica**, ou seja, um erro na formação ou no desenvolvimento da personalidade que é representado por informações recebidas de forma errada em idade de crescimento e resultam em atitudes adultas não dentro da realidade comum. A maior parte das disfunções eréteis está, no entanto, relacionada com os chamados **fatores psicológicos imediatos**, ou seja, experiências ou circunstâncias na vida de um indivíduo que geram sentimentos ou emoções de fundo real ou fantasioso, mas que influem sobre seu desempenho sexual. As **causas circunstanciais** são aquelas que fazem parte ocasionalmente da vida e da natureza humana, ou seja, na presença de certos acontecimentos qualquer ser humano teria reação similar, e o resultado dos fatos sobre o organismo é explicado fisiologicamente.

a) Causas Intrapsíquicas

Problemas de relacionamento na família de formação do indivíduo podem levar à DE. O excesso ou a escassez de afeto podem levar a conflitos relacionados com o Complexo de Édipo, que se resolveriam pela identificação com o pai e a sublimação dos desejos incestuosos.

Formação repressora, influência de valores religiosos ou morais excessivos e castradores podem causar conflito entre desejo e realização sexual. Aqui se geraria um conflito entre o desenvolvimento pleno da sexualidade e o medo da punição por fazê-lo.

O tipo de personalidade do indivíduo é determinante em sua vida sexual. Dificultam: a timidez, a introversão, a preocupação excessiva com detalhes do aspecto físico (o sentir-se feio, muito magro ou muito gordo, por exemplo; maior o dano se esta preocupação estiver relacionada com os órgãos genitais, se são pequenos ou grandes, tortos ou não, etc.). Facilitam: a extroversão, a atitude sem vergonha, a auto-estima elevada.

Depressão, Ansiedade generalizada e Stress são características que quando presentes em uma personalidade geram propensão a dificuldades sexuais.

b) Causas Imediatas

Ignorância e Expectativas irreais e por isto inabilidade para um desempenho sexual eficiente ou frustração por desempenho sexual inferior ao esperado. Tem como causa, em geral, uma escassa educação sexual e uma personalidade muito introvertida. Em pleno século XXI, ainda se encontram pessoas cujas dúvidas a respeito de sexualidade são primárias e atrapalham suas vidas. Idéias como a de que o orgasmo do homem e da mulher tem que ocorrer simultaneamente, de que a mulher tem que sempre ter orgasmo, de que há obrigação de ter um determinado número de ereções em cada encontro são falsas, mas ainda presentes em certos indivíduos, dificultando, pelo mecanismo de ansiedade, suas funções sexuais.

Ansiedade de Desempenho ou Medo do fracasso, em geral, associados à falha anterior ou à excessiva preocupação em satisfazer a parceira. Essa é a mais freqüente das ansiedades a atrapalhar o desempenho sexual. Alguns homens, quando frente à possibilidade de ter uma relação sexual, referem sensação de frio nas mãos e pés, suadouro, batimento cardíaco acelerado, todos sintomas de descarga de adrenalina (o hormônio da ansiedade), provocados pelo simples medo de falhar, de não conseguir uma ereção ou de ejacular rapidamente e não conseguir satisfazer sua parceira. Curioso e compreensível, quando sozinhos ou quando em situações sensuais, mas sem a possibilidade de concretizarem uma relação sexual (ex.: a parceira está menstruada ou o ambiente não permite uma relação sexual, estar na sala de estar da casa de um parente presente, por exemplo), a ereção acontece plena e fácil.

Dificuldade de comunicação do casal, não conseguir conversar com a parceira, não saber de suas impressões a respeito da vida sexual do casal, de suas necessidades e desejos podem influenciar negativamente a performance sexual do homem que ficará limitado a suas fantasias a respeito de seu desempenho.

Racionalização do prazer erótico. O indivíduo não permite que as emoções surjam, e a tesão é uma emoção, bem como afeto, carinho, etc. Fica clara neste indivíduo a preocupação tão somente com seu desempenho ou com outras considerações racionais demais.

Experiência sexual traumática ou marcante como falhas eventu-

ais ou repetidas, infidelidade de parceira anterior, perda de parceira por morte ou separação, produzem no indivíduo ausência de desejo por depressão ou por desejo inconsciente de não passar por sensações semelhantes, risco que correria se novamente se relacionasse com outra parceira.

Depressão, Ansiedade e Stress provenientes de situações da vida, circunstanciais, são causas sempre de disfunção erétil.

Medo ou Vergonha da intimidade. Dificuldade de conviver com a intimidade, com o ficar nu, com a nudez da parceira, etc.

Relacionamento geral pobre. Pouca verbalização. Volta aqui o alerta sobre a necessidade de comunicação com a(s) parceira(s), o envolvimento afetivo, o reconhecimento do afeto e a expressão deste afeto resultam com facilidade em relações sexuais de melhor qualidade.

c) Causas Circunstanciais

Stress, ansiedade ou depressão eventuais estão sempre relacionados com diminuição do desejo sexual; o cérebro quando ocupado com preocupações profissionais, financeiras, familiares, de saúde ou outra similar não tem espaço para o erotismo e a sensualidade, e, em períodos da vida em que estão presentes estas preocupações, é normal que a libido diminua, o que significa que homens habituados a terem relações sexuais com suas parceira duas-três vezes por semana passem a uma frequência de uma vez por semana ou até menos. É frequente que, na tentativa de manter o hábito anterior, estes homens tentem ter relações na mesma frequência anterior ao período de stress, e a possibilidade de falhas nestes casos é alta porque o indivíduo está, na realidade, transando sem tesão, por hábito, às vezes por cobrança da parceira que, não se dando conta do momento especial, preocupa-se com o menor interesse do homem. Incorrendo neste erro de tentar manter seus hábitos, o homem pode criar uma seqüência de problemas: a partir da falha por pouco tesão, começam as falhas pela preocupação de ter falhado, e a autodefinição como impotentes, e a Ansiedade de Desempenho, e os desentendimentos do casal, etc. Qual a atitude correta? O respeito por seu momento. O reconhecimento de que se está com outras preocupações. A conversa, a comunicação com a parceira para que ela seja informada de suas preocupações.

Parceira nova sem atrativos ou excessivamente valorizada, ou sem intimidade estabelecida. A maior liberdade das mulheres nos tempos atuais tem proporcionado situações que há alguns anos não eram comuns: o assédio feminino, ou seja, a clara iniciativa da mulher que tem disposto muitos homens numa posição de não poder ou não saber dizer não, colocando-se desta maneira em uma relação sexual em que a parceira não o atrai realmente, não estimula sua tesão e, por isto, implica em possível falha da ereção. Saber dizer não passou a ser um dever masculino e uma atitude inteligente e de bom senso. A mulher excessivamente valorizada, aquela da qual se costuma dizer „é muita areia para o meu caminhãozinho“, produz, quando em condições favoráveis para que ocorra uma relação sexual, um aumento da ansiedade que está relacionado com a vontade de se superar em termos de desempenho, ou com o medo de não corresponder às expectativas, ou com inibições de outros tipos.

Perda de parceira por morte ou separação, período de luto. Seja qual for a razão que nos fez perder uma pessoa próxima e, independente das qualidades ou defeitos desta pessoa, sua perda implica em dor, tristeza e depressão, sentimentos que se contrapõe à tesão. Um indivíduo deprimido, saudoso, não sente desejo sexual. Isto explica a ausência de erotismo em homens viúvos ou separados por um período que varia de seis meses a dois anos.

Ambiente, local ou hora inadequados. É necessário reforçar aqui a obrigação de estabelecer uma relação de causa-efeito, ou seja, ambientes inadequados, situações tensas, pouco tempo disponível e outras situações podem inibir a excitação em qualquer pessoa e é um erro ver neste tipo de falha um sinal de impotência sexual.

Consumo excessivo de álcool. O álcool em certa dose é desinibidor e estimulante, mas, a partir de uma determinada dose, passa a ser um inibidor da atividade do córtex cerebral e da atividade sexual. Problema maior é determinar a dose que é estimulante e a dose inibidora, já que a ação do álcool é diferente de pessoa para pessoa e num mesmo indivíduo varia com seu estado de espírito.

Relacionamentos conflituosos ou desgastados. Raiva da parceira. O primeiro estimulante sexual entre um casal é a sensação de carinho entre os parceiros. A raiva, antagonista do carinho, afasta, tira o desejo de fazer carinho e a vontade de fazer sexo.

5. Diagnóstico

Protocolo:

História Clínica**Exame Físico****Dosagem Hormonal:** Testosterona, Prolactina, T3 e T4,
Glicemia em jejum**Exames Específicos:**

- a) Ecodopler Peniano com Ereção Fármaco Induzida
- b) Eletroneuromiografia Perineal

Outros Recursos

A mais importante função de um médico que lida com dificuldades de ereção é identificar se a causa desta disfunção está relacionada com uma circunstância eventual, com um problema de ordem psicológica, com uma doença orgânica ou com uma combinação destes fatores. O segundo passo é fornecer ao paciente esta informação de um modo inteligível e assimilável, de forma que, entendendo seu problema, o indivíduo possa, então, optar pelos diversos tipos de tratamento disponíveis. Cabe ao médico, também, a explanação ampla das formas de tratamento às quais o paciente possa recorrer.

Estabelecer a relação causa-efeito, ou seja, a ereção não ocorreu por este ou por aquele motivo, evita que o paciente se rotule como impotente. Rotular-se como impotente torna muito mais difícil o tratamento, e a realidade é que a falha erétil tem sempre uma causa. A impotência não é uma entidade ou uma doença incompreensível.

História Clínica

A História Clínica é constituída pelas informações que o paciente fornece ao médico na primeira consulta: sua idade, seu estado civil, como foi sua vida sexual até certo tempo atrás ou desde sempre, quando seu problema iniciou, que tipo de queixa tem em relação ao seu desempenho sexual, como está sua saúde geral, seu relacionamento com sua parceira, que repercussões sua dificuldade tem tido em seu relacionamento, se ocorrem ou não ereções em outras circunstâncias como ao ficar só, ao acordar pela manhã ou durante a noite, ou na presença de outra parceira, quais as modificações que sua vida

soufreu e que podem estar relacionadas com o problema (perda de emprego, aposentadoria, brigas conjugais, nova parceira, doenças, acidentes com trauma na região pélvica, etc.). Cada uma destas informações permite ao médico com experiência formar, aos poucos, uma imagem e um diagnóstico para cada paciente.

Essa conversa inicial com um paciente já permitiu por diversas vezes a cura do problema pela informação. A fantasia, por exemplo, de que o pênis é pequeno já foi muitas vezes desmanchada pela informação do tamanho médio do pênis. Um outro paciente queixou-se de ejaculação precoce e, colhida sua história, fiquei sabendo que tinha relações e manutenção da ereção por mais de 50 minutos, mas que sua parceira não conseguia orgasmo neste tempo. Informado de que o tempo mais freqüente de penetração encontra-se na faixa de dezoito-vingte minutos, o enfoque mudou para a dificuldade de orgasmo da parceira, que era o problema real.

A idade do paciente é indicativa da presença ou não de problemas orgânicos uma vez que em jovens com idade inferior a 30 anos é extremamente rara a ocorrência de disfunção erétil com causa orgânica, situação que já se inverte quando se considera a faixa etária superior aos 50 anos. O estado civil identifica a possibilidade da disfunção estar associada a conflitos conjugais, separação provável, nova parceira, ansiedade do primeiro encontro ou outras situações que gerem ansiedade ou depressão. Se a queixa do paciente está relacionada a um fato que sempre ocorreu ou se é um acontecimento novo, permite a diferenciação entre causas congênitas (nascem com o indivíduo) e adquiridas. As informações sobre a saúde geral do paciente abrem a possibilidade de que seu problema esteja relacionado com as doenças que o afetam ou com os medicamentos em uso. A presença de ereções noturnas ou matinais fala a favor de problemas mais emocionais do que orgânicos, embora não afastem a última possibilidade.

História Clínica

O Exame Físico é indispensável por fornecer ao médico as informações sobre a saúde geral do indivíduo, a estrutura do pênis, saúde dos testículos e conseqüente boa produção hormonal, presença de deformidades e fibrose nos corpos cavernosos.

Dosagem Hormonal

As Dosagens Hormonais e outros exames de sangue são hoje acessíveis e realizados de forma simples em qualquer bom laboratório, abrindo a possibilidade de repor ou corrigir deficiências ou outras alterações na produção de hormônios.

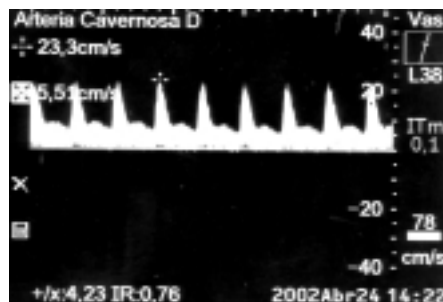
Exames Específicos

a) Ecodopler Peniano a Cores com Ereção Fármaco Induzida

A avaliação do ingresso de sangue no pênis, ou seja, das artérias penianas, foi facilitada a partir do uso da ecografia, associada ao sistema Doppler (faixas de som), que permitem o estudo morfológico destas artérias (sua forma) e suas capacidades de condução do sangue, a velocidade de seus fluxos sanguíneos, além da avaliação dos tecidos cavernosos. Em geral, este exame é feito com o uso de um vasodilatador injetado no pênis, sendo a prostaglandina o mais usado, que induz um processo similar ao que ocorre durante a excitação sexual com abertura das artérias e ereção progressiva. Permite, portanto, que o mecanismo de ereção seja avaliado de forma dinâmica. É, hoje em dia, o exame mais utilizado. Fornece dados sobre a irrigação do pênis, sobre sua estrutura e sobre o mecanismo de veno-oclusão.



Ecodopler normal

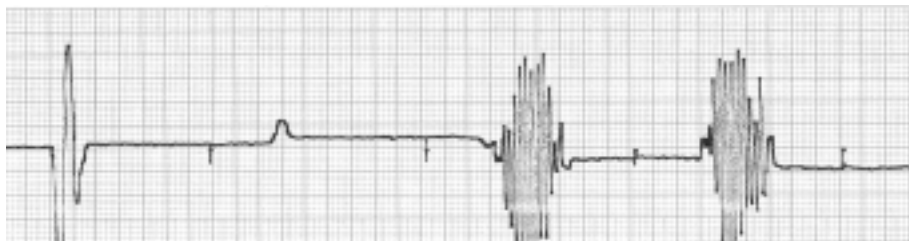


Ecodopler Anormal

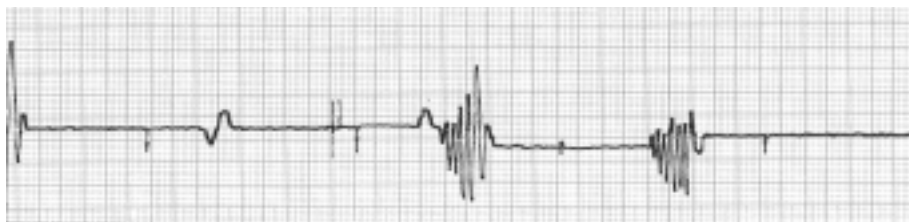
b) Eletroneuromiografia Perineal – Avaliação Neurológica

A avaliação da inervação é feita por pequenos estímulos que são aplicados em pontos chaves e captados por eletrodos em pontos ao longo do nervo que se está interessado em pesquisar. A aparelhagem permite medir a intensidade e a velocidade com que estes estímulos são conduzidos pelo nervo e, como existem medidas padrões conhecidas de um nervo normal, saber se o nervo em questão está saudável.

A neurocondução do Nervo Dorsal do Pênis, ou seja, a medida da velocidade com que este nervo conduz estímulos elétricos, avalia a saúde da inervação própria do pênis, enquanto a medida da Latência do Reflexo Bulbo Cavernoso busca a integridade dos nervos que comunicam o pênis com a coluna. O Potencial Genito-Cerebral Evocado é a avaliação dos caminhos neurológicos entre o pênis e o cérebro, a inervação sensorial desde o pênis até o córtex cerebral.



Eletroneuromiografia – Normal



Eletroneuromiografia – Anormal

Outros Recursos

TEFI (Teste de Ereção Farmacologicamente Induzida): é um teste simples usado quando não se dispõe de aparelhos de ecodopler e que tem por base a observação da ereção após a aplicação de um vasodilatador. Seus resultados são dados em graus de ereção e não levam em consideração estados de ansiedade.

TESV (Teste de Estimulação Sexual Visual): o paciente é colocado em sala privada onde é exibido filme erótico. A ereção obtida em função desta estimulação é avaliada. Bastante falho em função das inibições pessoais e da variação do que é erótico para cada indivíduo. Pouco utilizado atualmente.

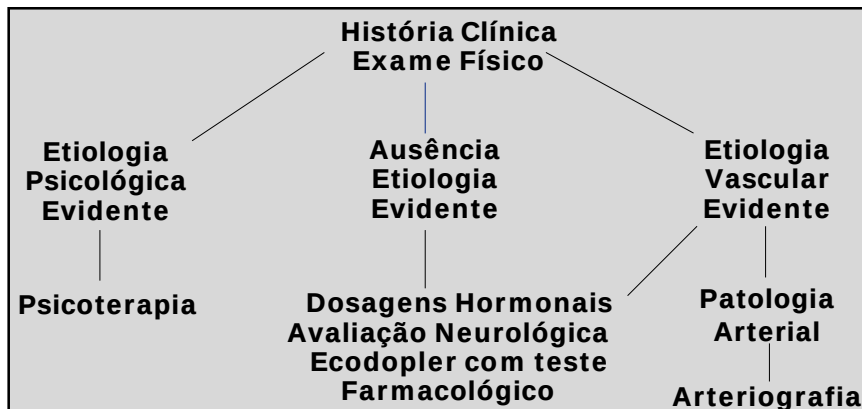
Arteriografia: radiografias das artérias penianas são realizadas quando se suspeita de obstrução ou lesão de artérias. O ecodopler tem substituído as arteriografias por não serem invasivos.

Teste de Ereção Noturna: a partir do conhecimento de que em 25% do tempo de sono um indivíduo normal permanece em ereção, a avaliação destas ereções, de sua duração e de sua qualidade, passou a ter importância como forma de diagnóstico. Aparelhos específicos com anéis colocados no pênis e sensores que levam a um gravador as mudanças sofridas por estes anéis com a pressão que o pênis induz quando no processo de ereção foram desenvolvidos. A informação que o paciente traz a respeito de acordar ou não em ereção durante a noite ou pela manhã é, na maior parte das vezes, elucidativa e dispensa maiores esforços de avaliação da ereção noturna.

Biópsias de Corpo Cavernoso: a retirada de fragmento dos corpos cavernosos por biópsia e sua avaliação por exame anatomo-patológico é indicada em casos mais raros de suspeita de lesão do tecido cavernoso.

Cavernosograma e Cavernosometria: a avaliação por radiografia associada à aplicação de contraste sob pressão para o interior dos corpos cavernosos é uma forma de avaliar a circulação peniana. Em nossa clínica, foi

feito um estudo comparativo entre Ecodopler e Cavernosograma, mostrando que, em havendo resultados iguais como forma de diagnóstico, o uso do ecodopler torna-se preferível por seu caráter não invasivo e indolor.



6. Tratamentos

Tratamentos:

- Consulta
- Psicoterapia
- Tratamento Hormonal
- Medicamentos Orais
- Medicamentos Vasoativos
- Agentes Físicos
- Tratamento Cirúrgico

Consulta

As opções de tratamentos disponíveis para a disfunção erétil são amplas e variadas levando em consideração o tipo de disfunção, sua causa, as circunstâncias, a idade do paciente e suas condições gerais de saúde. Por vezes, como já foi dito, a simples consulta com um médico especialista na área já é, por si mesma, uma solução, um tratamento eficaz. É surpreendente a quantidade de pessoas desinformadas apesar dos progressos do século XXI e da mídia que os divulga. A informação a estas pessoas é, por vezes, a única conduta necessária. É surpreendente também o grande número de homens que não fazem a ligação entre seus sentimentos e seus atos.

Embora pareça óbvio que o ser humano tem sua conduta ditada basicamente por sua maneira de pensar e sentir, ainda existem homens que se colocam na obrigação de terem um desempenho sexual de atleta em circunstâncias totalmente desfavoráveis e, quando o médico ou terapeuta consegue tornar estes homens conscientes deste fato, está tratando sua pretensa disfunção sexual. Atendi, por exemplo, homens que se queixavam de não conseguirem acompanhar seus amigos em festas com prostitutas e não admitiam um fato simples: muitos homens não sentem atração por prostitutas, não combina com seus conceitos de sexo, não se sentem à vontade e não têm tesão por profissionais do sexo.

A avaliação clínica por um *check-up* e a correção ou tratamento de alguma doença encontrada, ou o encaminhamento a especialistas, têm papel importante e, por objetivo, favorecer a recuperação da atividade sexual.

Psicoterapia

As diversas técnicas de psicoterapia têm oferecido formas de solucionar o problema sexual, seja pela informação, seja por sugerir e facilitar novas maneiras de se comportar, seja por auxiliar na solução de outros conflitos pessoais. É freqüente a resistência ao tratamento psicológico, sendo que pessoas que são orientadas no sentido de procurar uma psicóloga ou psiquiatra não aceitam esta sugestão, alegando que não são *loucas*, que não acreditam ou não vêem como conversar possa resolver seus problemas, que não têm tempo ou dinheiro para este tipo de tratamento, e buscam soluções mágicas e práticas.

Conversar sobre dúvidas ou problemas é uma experiência que todos já devem ter passado, quem sabe em relação a problemas profissionais, financeiros, de definição de um caminho profissional na adolescência com pais ou amigos, e encontraram nestas conversas alívio, senão uma solução. Por que não conversar sobre sexo com quem entende? Por que não obter aí um alívio ou uma solução? Tenho usado para alguns pacientes a imagem de uma pessoa dormindo em uma casa ampla e escutando de seu quarto um ruído na sala. Esta pessoa pode ter duas condutas: tapar a cabeça com o cobertor e passar a noite em claro, com medo e sofrendo, ou levantar e acender a luz e ir até a sala, onde provavelmente o ruído está sendo produzido pelo vento na cortina ou qualquer outro evento accidental. Fazer uma terapia é levantar e acender a luz, olhar para suas fantasias, situar-se na realidade e aprender a conviver melhor consigo mesmo, a ter um melhor controle emocional e uma melhor qualidade de vida.

Tratamento Hormonal

A reposição de testosterona pode ser feita hoje em dia por comprimidos diários, injeções mensais ou cremes que são aplicados na pele após o banho. É importante chamar a atenção para o fato de que excessos de testosterona transformam-se em hormônios femininos e os mesmos excessos estão relacionados com o câncer de próstata. Portanto, antes de usar a testosterona sob qualquer uma de suas apresentações, é sempre necessário dosar os níveis de testosterona através de um exame de sangue para saber

da real necessidade de sua reposição. O uso indiscriminado de testosterona pode provocar desequilíbrios na balança hormonal e impotência.

A produção excessiva de prolactina é, em geral, decorrente de um tumor da hipófise conhecido como Hiperprolactinoma e que, tratado com medicação oral por alguns meses, tende a regredir. Outras causas frequentes de aumento da produção de prolactina são o hipotireoidismo, a insuficiência renal, o stress e o uso de alguns medicamentos como a metildopa, cimetidina, reserpina, metaclopramina e fenotiazinas. O hiper e o hipotireoidismo estão também relacionados com dificuldades de ereção e comprometem a libido, mas seus tratamentos tendem à normalização destes problemas.

Medicamentos Orais

Os medicamentos orais atuam ou por ação sobre o sistema nervoso central, aumentando a libido, ou de maneira periférica, diretamente na química do pênis. Podem ser classificadas como iniciadoras da ereção ou facilitadoras da ereção, embora na realidade ainda não se disponha de nenhuma droga iniciadora da ereção por via oral, estando no mercado, enquadradas neste grupo, apenas as injeções intracavernosas de Alprostadil. Já as drogas facilitadoras modificam a composição química do pênis, de forma que a ereção ocorra de forma mais fácil e duradoura, e exigem a presença de tesão inicial para sua ação.

Medicamentos de Ação Central

São divididos em três grupos de acordo com seu mecanismo de ação:

- Com ação de bloqueio dos receptores adrenérgicos: loimbina
- Sendo agonistas dos receptores dopaminérgicos: Apomorfina (Uprima) e Bromocriptidina
- Com ação de bloqueio dos receptores serotoninérgicos: Trazodona

Medicamentos de Ação Periférica

Duas formas de ação são conhecidas:

- Por bloqueio de receptores alfa-adrenérgicos: Fentolaminas (Vasomax, Heryvil, Regitina)

– Por inibição de uma enzima chamada fosfodiesterase, cuja ausência ou bloqueio facilita a ereção: Sildenafil (Viagra)

– Uma segunda geração de inibidores da fosfodiesterase, com ação mais seletiva e mais prolongada é constituída pelo: Tadalafil (Cialis) e o Vardenafil (Levitra)

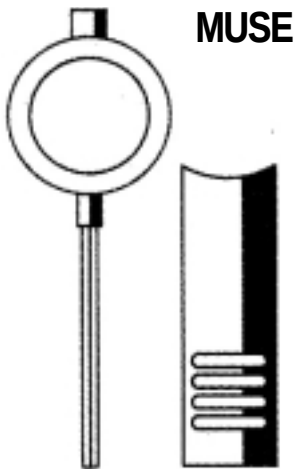
Importante frisar que todo medicamento deve ser usado sob supervisão médica e cada caso tem sua indicação própria. Todos os medicamentos no mercado, atualmente, exigem que o usuário tenha tesão previamente, mas tem seu efeito anulado por excessiva presença de adrenalina provocada por estados ansiosos ou por doenças orgânicas que impedem suas ações farmacológicas.

Medicamentos Vasoativos

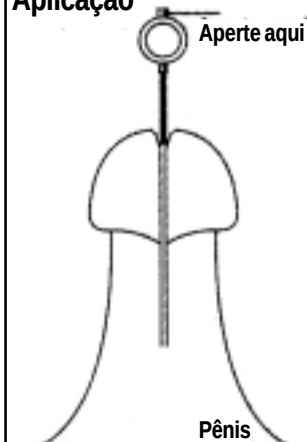
O uso da Papaverina, uma substância que injetada no pênis provoca relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos, vasodilatação e ereção, foi um dos primeiros passos na direção do conhecimento da química da ereção. Utilizada como tratamento, foi associada a outras drogas como a fentolamina, a regitina e a prostaglandina. A necessidade de uma injeção no pênis e as complicações decorrentes do uso prolongado, tais como fibrose e priapismo, limitaram seu uso, e a Prostaglandina (PGE1), usada isoladamente, tomou seu lugar por apresentar menores efeitos colaterais e maior eficácia. Uma nova forma de apresentação da PGE1 encontra-se disponível: um gel contendo a mesma substância e que, introduzido na uretra, produz ação semelhante à droga injetável. A dose e a frequência a serem utilizadas devem ser determinadas por acompanhamento médico, sob pena de sérias complicações, devendo o paciente ser alertado para contatar seu médico sempre que a ereção durar mais do que três horas.

Medicamentos Vasoativos

Creme aplicado na uretra

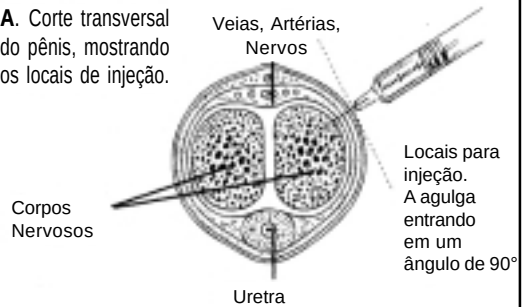


Aplicação

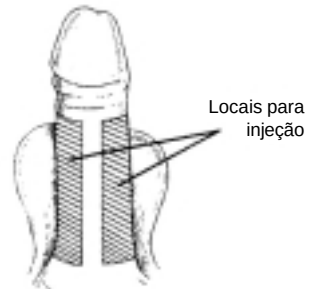


Injeções Intracavernosas

A. Corte transversal do pênis, mostrando os locais de injeção.



B. Vista superior do pênis, mostrando os locais de injeção.



Introduzindo a agulha no local da injeção

Agentes Físicos

a) Dispositivos de Vácuo: aparelhos sob a forma de tubos e que, aplicados ao pênis, permitem a formação de vácuo e sucção com conseqüente ereção por forçar a vinda de sangue para dentro dos corpos cavernosos são utilizados, embora de manipulação incômoda.

b) Anéis Constritores: anéis elásticos colocados na base do pênis podem exercer a função de retenção do sangue dentro dos corpos cavernosos. Há risco de trombose ou lesões da túnica albugínea.

Tratamento Cirúrgico

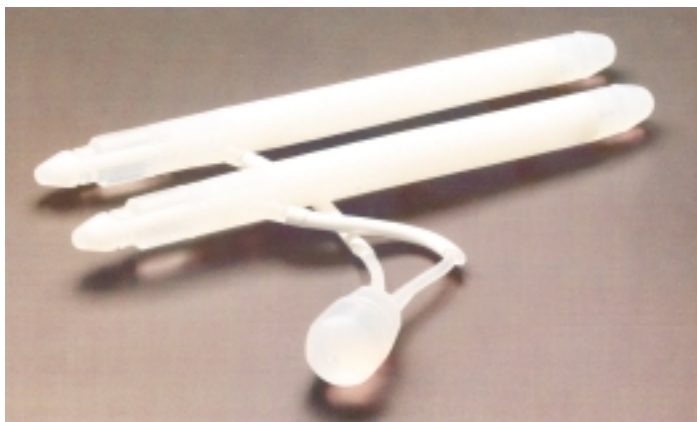
a) Cirurgia Arterial: ocasionalmente, pode-se diagnosticar impotência decorrente de problemas arteriais. A esclerose de artérias pode dificultar a passagem de sangue até os corpos cavernosos. Microcirurgia envolvendo a anastomose da artéria epigástrica inferior para um dos vasos do pênis é uma das possibilidades.

b) Cirurgia Venosa: a cirurgia de veias anormais pode também restabelecer a potência em certos casos.

c) Implante Peniano: as primeiras próteses penianas utilizadas eram de acrílico rígido colocadas no tecido subcutâneo do pênis e apresentavam complicações e inconvenientes graves. Foram rapidamente substituídas por próteses feitas de silicone e colocadas dentro dos corpos cavernosos. Eram, ainda, esses modelos desconfortáveis, mas em 1973, Jonas introduziu os implantes penianos maleáveis, utilizados até hoje e constituídos por uma trança de fios de prata revestida por silicone, proporcionando maior conforto para o paciente, conciliando uma ereção plena com ótimo resultado estético. Desde então, estes modelos de implantes têm evoluído bastante, permitindo que o paciente reassuma sua vida sexual normal sem perda da espontaneidade e de suas atividades cotidianas. Desde o início dos anos 80, temos realizado a cirurgia de Implante Peniano em ambulatório, não sendo, portanto, necessária a internação hospitalar, sob anestesia local, com uma incisão de 2cm e num tempo médio de 35 minutos. A função da colocação de um implante é ocupar um espaço de 70-80 % dos corpos cavernosos, permitindo que a ereção ocorra com o preenchimento por sangue dos restantes 20-30%. Há uma enorme

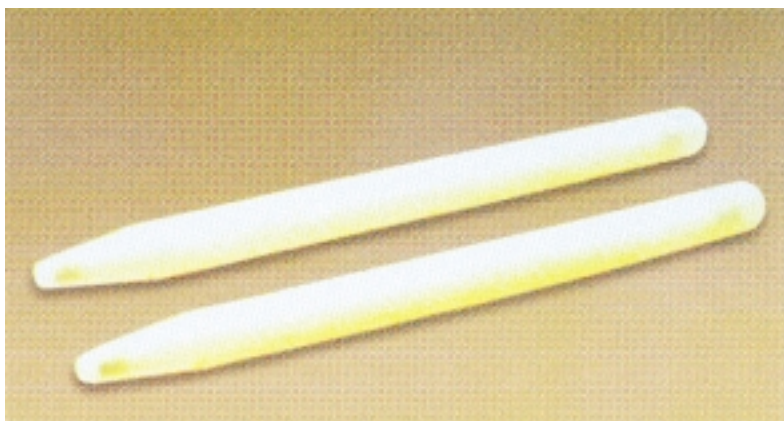
facilitação da ereção, mas continua sendo necessário ter tensão para que a chamada ereção secundária ocorra.

Dois tipos de implantes são os mais usados atualmente: o implante dito maleável constituído por dois cones de silicone sólido com uma trança de fio de prata em seu interior e o implante inflável, o qual possui uma estrutura em balão que é inflada pelo acionamento de uma pequena válvula acoplada. O índice de sucesso da cirurgia de implante peniano é muito alto, atingindo 96% em nossa experiência. Apesar dos tabus em relação aos implantes penianos, a colocação de um Implante Peniano deve ser sempre uma opção e, em nossa experiência, uma excelente opção para casos em que os tratamentos usuais não funcionam.

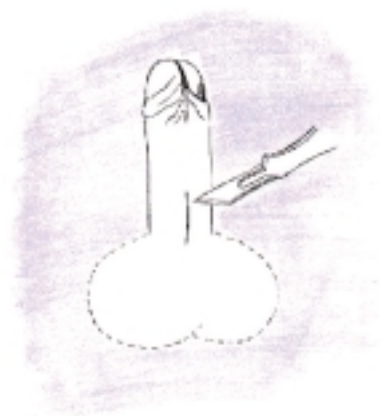


Implante
Inflável

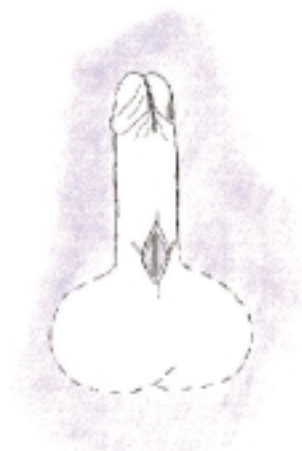
Implante
Maleável



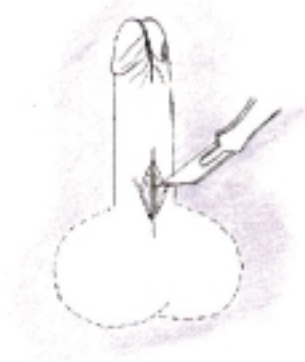
Cirurgia de Implante Peniano



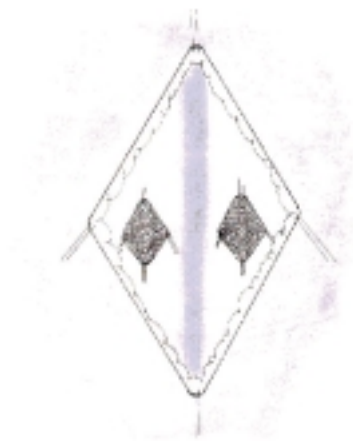
a) Incisão Penisescrotal



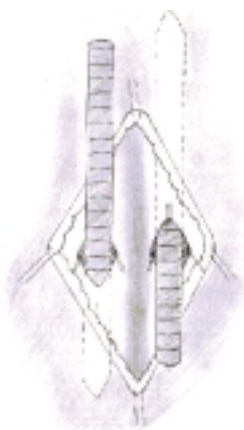
b) Abertura por planos



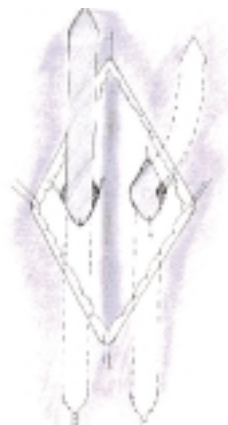
c) Incisão na Albugínea



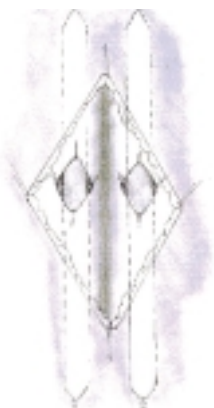
d) Albugínea aberta à esquerda e à direita



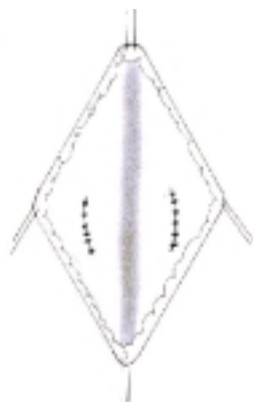
e) Usando os medidores e/ou dilatadores



f) Colocando os implantes



g) Implantes colocados



h) Sutura da Albugínea



i) Sutura final por planos

– Ejaculação Precoce (EP)

1. Definição

Algumas tentativas têm sido feitas para definir a Ejaculação Precoce (EP). A EP é aquela que ocorre sem controle voluntário; é a incapacidade de um homem para inibir a ejaculação o tempo suficiente para sua parceira chegar ao orgasmo em 50% das relações (Máster & Johnson); ou, ainda, é a que ocorre em menos de três/cinco minutos de penetração em um homem de vida sexual regular.

Atualmente, a definição técnica mais utilizada é a seguinte: „Ejaculação precoce é a presença e persistência de orgasmo e ejaculação como resultado de estimulação sexual mínima, antes, durante ou logo após a penetração e antes que a pessoa o deseje, provocando aflição marcante e não relacionada a usos de qualquer substância química%.

A EP é a mais comum das disfunções sexuais com frequência que varia de 10% a 70%. Um estudo que envolveu 1.422 homens adultos encontrou uma incidência de 29% de portadores de EP. Em nossa clínica (Instituto de Infertilidade e Andrologia), o percentual de homens com disfunção sexual que procuram auxílio, tendo como queixa principal a EP, situa-se em torno de 70% quando considerada a faixa etária entre 15 e 40 anos.

2. Classificação

A Ejaculação Precoce é classificada em Primária e Secundária.

A EP Primária é definida como aquela que é referida pelo paciente como presente desde o início de sua vida sexual, ou seja, em nenhum momento o indivíduo teve um tempo de ejaculação normal, mais prolongado ou satisfatório.

A EP Secundária é a que aparece em algum momento da vida de um indivíduo que mantinha anteriormente relações sexuais em tempo satisfatório ou exercia controle voluntário sobre sua ejaculação. A experiência mostra que o portador desse tipo de EP tem em geral uma causa passível de ser diagnosticada por colheita de sua história clínica ou exames complementares.

A EP Secundária está em geral associada a crises no relacionamento (ex.: atritos conjugais agudos, separação, reinício de relacionamentos, novas parceiras. etc.), ansiedade de desempenho provocada por falha eventual, ansiedades em geral, depressão ou à disfunção erétil de causa orgânica seja vascular, neurológica e/ou hormonal. As disfunções eréteis orgânicas levam à dificuldade de ereção ou à dificuldade de manter ereção e geram no paciente ansiedade intensa do tipo de desempenho e, conseqüentemente, EP como sintoma precursor da impotência.

Na prática clínica, encontra-se um terceiro grupo de pacientes que denominamos de pacientes com ejaculação precoce circunstancial. São homens com um fator ansioso de maior porte que aparece frente a certas circunstâncias como, por exemplo, início de relacionamentos, mulheres do tipo „difíceis% para se relacionarem sexualmente, parceira excessivamente valorizada, presença de raiva da parceira, etc.

3. A dinâmica da ejaculação

A dinâmica normal da emissão e ejaculação envolve uma seqüência sincronizada de três fases:

- 1) Aumento da secreção de componentes do sêmen
- 2) Desenvolvimento de uma câmara de pressão na uretra posterior
- 3) Expulsão do líquido seminal através da uretra

A deposição das substâncias que constituem o líquido seminal é feita de maneira ordenada. Primeiro, a musculatura lisa da próstata se contrai, espremendo a secreção prostática. O conteúdo dos vasos distais e ampola são os próximos, seguidos pela secreção rica em frutose, incluídos aqui os espermatozóides das vesículas seminais.

O processo ejaculatório é dependente da idade e dos níveis de testosterona. Máster e Johnson notaram que homens idosos e/ou homens com níveis baixos de testosterona têm menor volume de ejaculado, força expulsiva menor e melhor controle do tempo de ejaculação. Acredita-se que o orgasmo seja uma experiência cerebral associada às contrações da musculatura da região pélvica e da uretra, depois da contração dos vasos deferentes, próstata e vesículas seminais.

4. Causas

Diferente dos problemas relacionados com o mecanismo de ereção, ainda é virtualmente impossível afirmar com certeza se a causa da ejaculação precoce é primariamente de causa orgânica ou primariamente de fundo psicológico. As teorias postulam papéis para cada etiologia e, de forma esperada, há evidência para apoiar ambas as causas, psicológica e biológica, na EP. Em raras ocasiões, a causa da EP pode ser atribuída exclusivamente a uma ou outra etiologia.

Uma causa puramente orgânica pode ser resultante de cirurgia pélvica, prostatectomia radical, ou relacionada com hipogonadismo, traumas do sistema nervoso simpático devido à cirurgia aórtico-abdominal, fraturas pélvicas, prostatites, uretrites, doenças neurológicas ou urológicas. A causa psicológica pode ser evidente quando um homem ejacula rápido tão somente frente a situações de vergonha ou culpa (nova parceira, relações extraconjugais) ou devido à hostilidade de sua parceira (relacionamentos em fase de separação). Estas etiologias claras tendem a ser, no entanto, exceções.

A observação de pacientes que usavam, por outras causas, certos medicamentos forneceu ao longo dos estudos médicos dos últimos anos algumas pistas dos caminhos pelos quais a ejaculação ocorre. Muito conhecidos são os medicamentos que retardam a ejaculação, que classificamos em três grandes grupos: antagonistas da dopamina, antidepressivos e agentes que habilitam o ácido gama-aminobutírico (GABA).

5. Tratamentos

Antes de citarmos os tratamentos para EP, reiteramos que todo e qualquer medicamento deve ser administrado sob orientação médica, sob pena de danos irreversíveis ao usuário.

Antidepressivos tricíclicos: dos antidepressivos tricíclicos, a clomipramina que está no mercado há várias décadas tem sido a mais utilizada das drogas e a que mais é encontrada quando se buscam estudos científicos relacionados ao tratamento farmacológico da EP. Embora a mai-

or parte dos estudos científicos tenha sido feita com doses entre 10 e 50mg da substância, sabe-se que doses baixas retardam a ejaculação enquanto doses altas já interferem na capacidade de ereção, podendo causar impotência.

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina: comparados com a clomipramina, os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), tais como a fluoxetina, a paroxetina e a sertralina, induzem menos e menores efeitos colaterais. Devido a constatações controvertidas, ainda é difícil recomendar um ISRS específico. A experimentação com vários ISRSs em diversas doses parece ser a melhor estratégia quando se considerar um ISRS para o tratamento da EP.

Alfa Bloqueadores: as substâncias conhecidas como alfa-1 bloqueadores, como alphuzosine, terazosine e a fenoxibenzamina, têm sido testadas e sua eficácia comparada com outras drogas. Alguns trabalhos falam em eficácia variando entre 49 a 65% de bons resultados.

Trazadone: a trazadone é uma droga antidepressiva química e farmacologicamente diferente de outros antidepressivos. Esta droga pode causar alterações hemodinâmicas em alguns pacientes e tem efeitos colaterais acentuados em alguns casos. Pode causar priapismo, embora este efeito colateral seja raro (um a cada dez mil). A trazadone é responsável por 79% dos casos de priapismo induzido por drogas psicotrópicas. Trabalhos com uso de trazadone mostram índices de melhora em torno de 39%, com efeitos colaterais presentes em 61,2% dos casos.

Tratamentos Tópicos: uma outra forma de tratamento da EP são as ações diretas sobre o pênis, seja sob a forma de uso de cremes, como os cremes de lidocaína (anestésico) seja sob a forma de vasodilatadores intracavernosos, como a papaverina ou a prostaglandina. Os resultados encontrados na literatura não são encorajadores, citando a pouca eficácia dos cremes anestésicos e grande desconforto no uso das injeções intracavernosas com poucos benefícios.

Psicoterapia: com diferentes técnicas, o tratamento psicológico tem excelentes resultados.

Outros: em nossa clínica, temos usado combinações de alguns dos medicamentos citados acima, associados a vasodilatadores, com excelentes resultados.

