

TUDO ORGÂNICO OU TUDO PSICOLÓGICO OU TUDO MUITO PELO CONTRÁRIO?

SIDNEY GLINA

Quando o problema começou, o Sr. João tinha 52 anos. Foi tudo muito agudo. Apesar de fumar 20 cigarros por dia e ser diabético, razoavelmente controlado, há dois anos, sua vida sexual era normal, “nunca havia tomado nenhum dos comprimidos para ajudar na ereção”. Na fatídica noite estava tendo uma relação sexual normal quando recebeu um telefonema dizendo que sua loja tinha sido assaltada; ficou muito chateado, mas resolveu acabar a relação antes de correr para a loja para contabilizar o prejuízo, mas não conseguiu, “foi incrível doutor, ele não subia, eu tentava, a Maria fez de tudo e ele não quis saber”.

Nos dias seguintes o João passou por um grande estresse, o prejuízo havia sido grande, mas ele não conseguia tirar da cabeça a “falha”. Todas as noites ele ia para a cama com a Maria e tentava ter uma relação. Até que no começo a ereção era boa, mas na hora de penetrar perdia a rigidez e não conseguia.

Muitas vezes acordava com uma ereção bem rígida e acordava sua esposa, rapidamente tentava penetrar e na grande maioria das vezes não conseguia. Mesmo na masturbação que antes sempre fora fácil,

começou a ejacular com o pênis a “meia bomba”. Como a Maria começasse a reclamar da insistência diária e a não querer continuar tentando, “afinal você não consegue mesmo”, foi em uma casa de massagem para fazer um teste. E de novo não conseguiu, até que no início pareceu que ia dar certo, pois a ereção estava boa, mas ela desapareceu no momento de colocar o preservativo. “Que bom que era uma profissional, pois o vexame foi menor!”

Foi na farmácia e comprou um dos inibidores de fosfodiesterase tipo 5, “o de maior dosagem e de marca”. Trouxe um buquê de flores e uma garrafa de vinho chileno, convenceu a Maria, e mesmo com o comprimido a ereção não foi boa. Conseguiu ejacular, mas não penetrou e a esposa dele ficou muito nervosa.

Ficou muito deprimido e, gradativamente, passou a perder a vontade de se masturbar e de tentar qualquer atividade sexual. Foi mais três vezes às casas de massagens e saiu mais quatro vezes com garotas de programa e só conseguiu penetração em uma das vezes, quando tinha tomado dois comprimidos de sildenafil 100mg e não colocou o preservativo. Nas últimas ve-

zes nem tentou a penetração, ficou apenas no sexo oral.

Foi a um urologista que, em uma rápida consulta, lhe prescreveu a mesma medicação que já vinha tomando sem sucesso. Seu endocrinologista sugeriu-lhe procurar um especialista, “que não aceitava meu convênio e cobrava caro, mas era muito famoso”. Fez vários exames: uma ultrasonografia Doppler mostrou “artérias normais”, porém a velocidade diastólica estava elevada em todas as medidas; os hormônios estavam normais; não teve ereção com a injeção de prostaglandina. O médico disse-lhe que ele tinha uma “fuga venosa” e lhe prescreveu tadalafila de uso diário e que se não desse resultado o passo seguinte seria a colocação de uma prótese peniana.

O Sr. João ficou muito assustado. Tomou a medicação por quinze dias, tentou mais duas

vezes com garotas de programa e ficou apenas no sexo oral ou na masturbação.

Passados mais três meses, o quadro já tinha três anos, foi a uma das clínicas que “aparecem na TV” e após uma série de exames foi diagnosticado com um problema de insuficiência vascular. Garantiram-lhe que se usasse uma injeção no pênis duas vezes por semana ficaria bom. Apesar de muito caras e de ter medo da “picada”, as injeções faziam efeito e passou a usá-las para ter relações sexuais. “A Maria permitia porque eu conseguia penetrar, mas me dizia que nunca tinha visto um homem precisar de injeções para ser Homem!” Além disto, passou a ter mais confiança e agora tem conseguido masturbar-se com boas ereções.

O caso do Sr. João é real, e pode representar uma coletânea de casos que vejo



frequentemente e que deve passar em todos os consultórios de quem faz Medicina Sexual. Para muitos, o quadro é orgânico: a diabetes e o tabagismo explicam o problema. Já os psicólogos e sexólogos mostrarão o início abrupto, a ansiedade de desempenho, a depressão, a parceira pouco colaborativa e até castradora, como explicação para uma disfunção erétil psicogênica.

Alguns mais condescendentes, no sentido de acomodar todos os dados, classificam como disfunção sexual de causa mista. O debate pode se estender; afinal, o paciente já era diabético e fumava antes do início abrupto da disfunção erétil e o quadro surgiu em um grande momento de ansiedade, onde a notícia do assalto, provavelmente, produziu um grande estímulo adrenérgico que derrubou a ereção. A necessidade de performance aliada à falta de percepção de que aquele não era o momento para ele continuar a atividade sexual pode ter levado o paciente a ficar muito preocupado e seguir perpetuando com a falha.

As ereções matinais rígidas, que persistiam no início do quadro e faziam o paciente acordar sua esposa e tentar ter relação a qualquer preço, atestam a integridade anatômica e mostram que a “máquina” funcionava e que, provavelmente, era a descarga adrenérgica que acabava com a ereção. Segundo Mann *et al.* (2005), “a presença de pelo menos uma ereção noturna normal indica que as estru-

turas penianas estão intactas e que os requerimentos orgânicos periféricos para o desenvolvimento de uma ereção foram preenchidos”.

A sequência de falhas e, conseqüentemente, de frustrações deve ter feito com que o interesse do paciente pela atividade sexual diminuísse, afinal é muito difícil lidar com alguma incapacidade sexual e, secundariamente, a não tentativa “protege” o homem da frustração.

Muitos irão arguir que se o paciente não conseguiu ter ereção nem com o uso de altas doses de inibidores de PDE-5, isto significa que há um problema orgânico, provavelmente uma disfunção endotelial causada pelo diabete.

Embora o diagnóstico de disfunção endotelial seja bastante complexo, a falta de resposta aos inibidores de PDE-5 não é patognomônico de lesão endotelial ou de patologia orgânica. Altos níveis de ansiedade são capazes de bloquear a resposta a essas drogas. Ghanem *et al.* (2006) mostraram que cerca de 10% de homens jovens sem lesão orgânica e que apresentavam a “impotência de lua de mel” não responderam ao uso de sildenafil.

Geralmente, os pacientes com disfunção erétil psicogênica costumam apresentar falhas com algumas parceiras e com outras não e o quadro tende a ser situacional.

Nosso paciente passou a apresentar falhas com todas as parceiras e em todas as situações.

Provavelmente, essa situação pode decorrer por causa de seu nível de ansiedade. É sabido que o músculo liso do corpo cavernoso permanece contraído e, conseqüentemente, o pênis no estado flácido, por ação do sistema simpático. Se um homem estiver tendo uma relação sexual normal, com uma ótima ereção e alguém ou alguma coisa o assusta (por exemplo, alguém entra no quarto), a perda da ereção é inevitável e isso ocorre por estímulo adrenérgico. A pressão para ter ereção ou o medo de falhar mantém o homem em um nível de ansiedade elevado, com uma superexcitação do sistema adrenérgico, o que dificulta e, muitas vezes, impede a ereção de ocorrer ou de se manter, independente da parceira ou da situação. Ele não vai para o ato sexual para ter prazer, mas para testar sua capacidade de não falhar. A relação negativa ansiedade-ereção é muito percebida no contexto dos tratamentos de infertilidade. Saleh *et al.* (2003) relataram que 11% dos homens, com função sexual normal, não conseguiram ter ereção no momento de colher sêmen para realizar o espermograma ou alguma técnica de reprodução assistida.

Nesse caso, outro ponto importante é o resultado da ultrassonografia doppler das artérias cavernosas que mostrou presença de artérias normais, não houve ereção com a droga intracavernosa e a presença de velocidade de pico diastólico elevada levou o ultrassonografista ao diagnóstico de disfunção veno-oclusiva ou “fuga venosa”.

A resposta do músculo liso cavernoso às drogas vasoativas não é uniforme, há muitos anos se conhece que em muitos homens é necessário reaplicar doses ou associar drogas para se conseguir uma resposta total do músculo cavernoso. Pagani *et al.* (1997) mostraram que em cerca de 70% de homens com disfunção erétil psicogênica foi necessária, pelo menos, mais uma dose de droga vasoativa para que a resposta fosse completa. Como não há uma maneira precisa de se avaliar a resposta do corpo cavernoso a essas drogas deve-se olhar com grande desconfiança os diagnósticos de fuga venosa, baseados na ultrassonografia Doppler ou na cavernosometria, principalmente quando não se conhece tanto a dose utilizada quanto o número de aplicações realizadas (Ghina e Ghanem, 2012).

No caso em questão, o paciente apresentou boa resposta erétil em outras ocasiões, o que afasta definitivamente o diagnóstico de disfunção veno-oclusiva dos corpos cavernosos ou “fuga venosa”.

Para quem atende pacientes com disfunção sexual é muito importante ouvir o paciente atentamente. Neste caso, é muito fácil mesmo fazer um diagnóstico de disfunção



erétil orgânica, depende da ênfase que o paciente dá aos fatos da história; basta ele omitir a presença de ereções matinais ou a maneira como o quadro se iniciou. Cabe ao profissional buscar os dados relevantes da história, não se deixando levar por ideias pré-concebidas. É importante observar que fator de risco não significa etiologia. Nem todo paciente diabético ou fumante vai ter disfunção erétil e os que tiverem, necessariamente, não irão tê-la em razão da diabetes ou do hábito de fumar. Da mesma maneira que a diabetes e a hipertensão são fatores de risco para a disfunção erétil, fatores psicossociais como depressão e estresse também o são, de modo igualmente importante. Assim, é fundamental lembrar que cada paciente é único e nosso cuidado para com ele deve ser completo e, muitas vezes, o que é bom para um não é bom para o próximo.

Embora a literatura nos leve a pensar o contrário, uma lesão orgânica da função erétil não é tão simples de ocorrer. Os níveis de testosterona onde ocorre a abolição da resposta erétil são extremamente baixos; níveis subnormais não impedem a ocorrência de ereções normais em animais e homens (Traish e Guay, 2006).

A via do óxido nítrico-GMP cíclico não é a única que existe na célula endotelial e no músculo liso do corpo cavernoso, a prostaglandina E1 que é produzida no tecido cavernoso produz o relaxamento sinusoidal via AMP cíclico. Estes são alguns exemplos de que a

natureza se protege no sentido de não permitir que a função responsável pela perpetuação da espécie seja facilmente danificada. A resposta quase universal aos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 é mais uma reafirmação dessa hipótese.

Para que haja uma ereção com o uso desses medicamentos, é necessário que o homem sem desejo, transmita o impulso ao tecido cavernoso, o óxido nítrico seja liberado, o GMP-cíclico seja produzido e só aí a medicação vai agir bloqueando a degradação deste último. Mas ainda a musculatura sinusoidal precisa distender, o sistema arterial cavernoso dilatar, a albugínea distender e a drenagem venosa ser bloqueada. A quase totalidade da “máquina” tem de estar íntegra e funcionando.

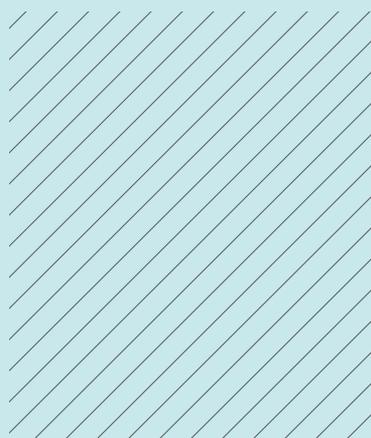
É claro que existem causas orgânicas. A disfunção erétil pós-prostatectomia é o exemplo mais claro, mas é fundamental que o especialista em Medicina Sexual não seja partidário de um lado ou outro. Como já disse, nosso paciente precisa ser ouvido e tratado como um todo e sempre temos de buscar o melhor tratamento para ele, independente de preconceitos e ideias pré-estabelecidas.

Encaminhei o Sr. João para psicoterapia sexual e hoje, após 8 meses, consegue boas relações sexuais sem o uso das injeções. Apenas de vez em quando, em “situações especiais” ele usa um dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5, “afinal ninguém é de ferro, né doutor?”



REFERÊNCIAS

- Ghanem H, Zaaza A, Kamel I, Anis T, Salem A, El Guindi A. Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsumated marriages. *Int J Impot Res.* 2006;18(1):52-4.
- Glina S, Ghanem H. SOP: corpus cavernosum assessment (cavernosography/cavernosometry). *J Sex Med.* 2012 Sep 12. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02795.x. [Epub ahead of print].
- Mann K, Pankok J, Connemann B, Sohn M, Thüroff JW, Benkert O. Sleep investigations in erectile dysfunction. *J Psychiatr Res.* 2005;39:93-9.
- Pagani E, Puech-Leão P, Glina S, Reis JM. The value of a second injection on the pharmaco-induced erection test. *Int J Impot Res.* 1997;9(3):167-8.
- Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril.* 2003;79(4):909-12.
- Traish AM, Guay AT. Are androgens critical for penile erections in humans? Examining the clinical and preclinical evidence. *J Sex Med.* 2006;3(3):382-404.



Sidney Glina: Urologista; Chefe do Departamento de Urologia do Hospital Ipiranga; Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina do ABC; Diretor do Instituto H. Ellis; Presidente da SLAMS – Sociedade Latino-Americana de Medicina Sexual.