

# IMPOTÊNCIA, DISFUNÇÃO ERÉCTIL E VIRILIDADE - SUBJECTIVIDADE NA PERDA DE ERECCÃO

MÁRIO LOURENÇO

## RESUMO

Ocorreu uma mudança notável na última década no domínio da definição teórica e da nosologia das disfunções sexuais. Conceitos como impotência e frigidez foram abandonados pelos médicos. Mas, no caso concreto, da Disfunção Eréctil (DE) estamos perante uma patologia que recebe muitas influências culturais, das quais a mais importante tem a ver com a noção de virilidade. A literatura médica tem dado pouca atenção às manifestações e aos condicionantes da virilidade.

É relatada uma experiência pessoal de acompanhamento de doentes com DE (N = 116 doentes) numa consulta de Sexologia Médica num Hospital Central. Os resultados revelaram que 57% dos doentes assumiram ter a virilidade afectada, sobretudo, os sujeitos com DE Psicogénica e os que tinham DE relacionada com a Diabetes Mellitus. Chama-se a atenção para a necessidade de incluir as questões relacionadas com

a virilidade nas rotinas hospitalares e nos protocolos clínicos.

**Palavras-chave:** homem; virilidade; cultura; disfunção eréctil

## FALTA DE ERECCÃO: UM PROBLEMA ANTIGO - OLHARES MÁGICOS E CIENTÍFICOS

A expressão “Disfunção Eréctil” (DE) é, por excelência, técnica e clínica, mas também serve de metáfora científica a uma palavra ancestral: **impotência**.

Este vocábulo perde-se nos meandros da História da Humanidade, cruza todas

as civilizações e socio-culturalmente desperta muitas paixões. A primeira evidência escrita dos problemas da erecção remonta à civilização suméria, num texto religioso encontrado no templo de Istar (Brenot, 1995).

No passado, o conceito de **impotência** era empregue de forma generalizada, designando qualquer obstáculo ao sucesso sexual, desde a perda da libido, passando pela incapacidade para satisfazer uma mulher, pela anorgasmia, até qualquer coisa errada ligada à vida sexual do homem (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

A Disfunção Eréctil sempre suscitou receios e rodeou-se de múltiplos mitos e tabús.

Fenómenos marcadamente culturais como o Koro testemunham a persistência no séc. XX de crenças místicas e acientíficas, que durante muitos séculos dominaram a compreensão da Sexualidade Masculina, sobretudo, na sua vertente disfuncional (Bly, 1994). O Koro é característico de alguns povos do sudoeste asiático e tem a ver com a convicção de que quando o pénis se retrai e acaba por desaparecer, sendo absorvido pela parede abdominal e a morte do indivíduo acaba por



acontecer. A ausência do pênis é entendida por estes povos como uma influência dos deuses da morte.

Ao contrário do seu equivalente técnico (Disfunção Erétil), a palavra **impotência**, do ponto vista subjectivo, não é neutra. Mais do que um diagnóstico, a **impotência** no masculino, reflecte um modo de ser, uma perturbação na identidade masculina.

## IMPOTÊNCIA E PERDA DE VIRILIDADE

A forte carga de subjectividade que a erecção encerra não deixa de ser reconhecida nos meios científicos, continuando a erecção a ser apresentada como indispensável para o desempenho do coito mas

acumulando essa qualidade com a de símbolo da virilidade (Rolo, 1996; Stamogiannou *et al.*, 2005).

A apreciação da importância atribuída aos genitais, como configuradores da identidade masculina, não pode ser desligada do valor cultural que é atribuído aos mesmos. Nomeadamente, os Indianos acreditam que quando o esperma se perde pela urina o homem torna-se fraco e debilitado. O esperma é encarado como um líquido vital que não deve ser desperdiçado (Bly, 1994).

O conceito de “**impotência**” remete um pouco para a própria concepção da masculinidade.

Ser homem é, antes de mais, ter um estatuto de “macho”: forte, enérgico, poderoso, capaz e potente mas, também,

fértil. As representações fálicas que encontramos nas suas mais diversas formas, desde as pinturas rupestres (no paleolítico superior era raro encontrar uma caverna sem desenhos ou pinturas fálicas), até as estilizações artísticas contemporâneas, apresentam o pênis como um exemplo de força e de pujança física (Evola, 1993; Adinkrah, 2012). A imagem fálica projecta a onipotência do macho humano, a par de uma certa vocação mágica e fantasiosa desse símbolo (Gindin, 1989; Moreira, 1997).

Este é um dos pontos chave da discussão em torno da Disfunção Erétil. Muito embora possa ser considerada como uma patologia intrinsecamente física ou orgânica ela “mexe” com o fundo da identidade de cada homem, como os seus medos e angústias (Welzer-Lang, 2008). Quando o órgão sexual masculino se torna disfuncional, influencia o indivíduo como um todo, deixa uma marca não dissimulada na personalidade do homem (Marshall, 2002). Ele perde o seu auto-conceito, a sua energia e perde todo o prazer pela vida. O homem disfuncional arrisca-se a auto-desvalorizar-se: acha que já não é um homem (Morris, 1997).

*“O homem foi educado para não dar imensa importância aos problemas digestivos de origem nervosa, mas se ele inocentemente sofre de uma perturbação do impulso sexual de origem nervosa isso é quase um crime”.*

Este comentário, da autoria de Havelock Ellis, descreve com uma grande acutilância os riscos que corre um homem ocidental quando tem a triste signa de ter problemas a nível da sua saúde sexual (*apud* Gregoire e Pryor 1993, p.3).

Centrar-se na **performance** sexual, obriga a que o erotismo masculino esteja orientado para a produção de comportamentos, que veiculam socialmente um certo modo de ser (auto-definição). Mediante a Sexualidade o homem, procura estar em paz com a sua Identidade de Género (Welzer-Lang, 2008). A prová-lo temos os casos de violação masculina. Muitos destes agressores, têm sérios problemas quanto à sua Identidade de Género. Através da violência sexual vão exhibir, de forma estranha e cruel, a sua virilidade (Bly, 1994; Morris, 1997). A Sexualidade proporciona um terreno, de algum modo, seguro para a identidade masculina. O poder, a força, a inteligência, o êxito, a saúde etc., são terrenos mais aleatórios (Mercader, 2009; Winnett *et al.*, 2012). Para a masculinidade, a Sexualidade aparece como uma moeda de troca e como uma imagem de marca: assegura, confirma e garante social e culturalmente o que é ser homem, abrindo as portas para a sua aceitação pública (Pacheco-Palha e Lourenço, 2011).

Falar de desempenho pressupõe aceitar que a Sexualidade subentende a representação de um papel (“role”), ou vários papéis em simultâneo:



demonstrar a si mesmo a capacidade para seduzir e possuir uma mulher, demonstrar a sua heterossexualidade, exhibir as capacidades erécteis do seu pénis e, nesse sentido, sentir-se “normal” do ponto de vista sexual, etc. (Gindin, 1989; París, 1993; Welzer-Lang, 2008).

A prática clínica ensina-nos que o homem, quando confrontado com uma situação de Disfunção Eréctil, sente-se posto em causa e afectado a nível da sua virilidade, enquanto perturbação intrínseca de algo que já foi denominado de identidade sexual nuclear. Pretende-se com este conceito traduzir a sensação de pertença ao seu sexo biológico, estabelecida nos primeiros dois ou três anos de vida (Hoffman *et al.*, 1995; Fernández, 1996; Morris, 1997).

O homem disfuncional, ao sentir que o seu problema se perpetua no tempo, multiplicando as experiências de insucesso, acaba por reconhecer que é ele como homem que está a ser posto em causa. Vive na sua própria pele, a incapacidade de funcionar do ponto de vista sexual. Conclui, defraudado e culpabilizando-se, que para ser homem não basta ter um corpo portador de genitais masculinos. Em paralelo, igual desconforto é vivenciado por aqueles homens que são inférteis (Waynberg, 1994; Becker *et al.*, 2006). Estas experiências provocam sofrimento, atendendo a que ao longo de toda a vida se habituou a tomar consciência da sua identidade como incorporando a virilidade. Sempre aceitou

que a virilidade se materializava, sobretudo, através do sexo e da actividade sexual. A virilidade destaca-se como um elemento preponderante da identidade masculina, consubstanciando a sua imagem corporal (Porche, 2007; Winnett *et al.*, 2012). A afirmação da robustez física, assumida em práticas grupais, algumas com um forte pendor de marginalidade, como acontece durante a adolescência, decorre de uma necessidade social, mais ou menos ritualizada, de exposição do corpo másculo e viril (Del Valle e Rueda, 1991). Autores como Sims (1988), enfatizam o carácter determinante da virilidade e propõem como modelo unificador das perturbações da imagem corporal, o conceito de virilidade versus vida. Assim, os jovens e os homens asiáticos com a Síndrome de Koro, onde são patentes as preocupações hipocodríacas relacionadas com o corpo, teriam quer um medo generalizado em assumir a sua virilidade quer o receio de viver.

Nos países latinos, o vocábulo virilidade diz respeito a um conjunto de atributos físicos e sexuais do homem, assim como também possui um carácter mais generalista, aparecendo como sinónimo de masculinidade. Para os anglo-saxões, *virility* tem só a ver com as primeiras características.

As práticas sociais, como é o caso do cumprimento do serviço militar e o consumo de tabaco em público ou outros rituais de socialização, revelam-se tão importantes para

a coerência que se empresta à vivência da virilidade, quanto a sensação de controlo sobre o funcionamento dos genitais masculinos (Barak *et al.*, 1994; Courtenay, 2000).



Para os homens contemporâneos pretende-se uma renovação da imagem social, autores como Badinter (1993) apregoam o modelo do homem reconciliado: inteligente, com poder de decisão, compreensivo e afectuoso. No entanto, a virilidade apresenta-se entre as principais preocupações que mobilizam a atenção e o cuidado dos jovens neste novo século (Knight *et al.*, 2012).

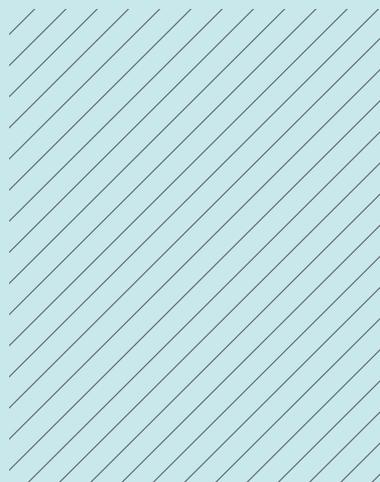
Privado do sexo, como símbolo da própria virilidade, o homem disfuncional, fica de alguma forma mutilado (Badinter, 1993). Ao não ser capaz de se servir do sexo (por impotência), o homem acaba por fracassar no desejo e sensação de posse das mulheres. Torna-se em alguém incapaz de comunicar as suas emoções à parceira, não se entrega com espontaneidade ao jogo amoroso e, à medida

que a disfunção não se resolve, acaba por não se desligar das sensações eróticas confinadas ao pénis. Em certos casos, tal tendência vai reforçar uma predisposição ou prática anterior, repetida ao longo dos anos, a ponto de ser o padrão habitual de experiência da sexualidade. Muitos destes homens dirigem-se às consultas de Medicina Sexual, em busca de um meio ou de uma substância miraculosa, que lhes permita reencontrar o pénis perfeito.

A Sexualidade, ao longo da vida, foi-lhe transmitida sempre com uma dupla mensagem: enquanto que na casa paterna, na escola e na catequese as questões relacionadas com a Sexualidade foram-lhe ocultadas, desvalorizadas, criticadas, desincentivadas, desintegradas do processo global de desenvolvimento do indivíduo, na rua, na taberna, no trabalho, a Sexualidade era apresentada como uma experiência excepcional, que alimenta a própria ideia de homem como macho. Vive a Sexualidade na ambivalência: como pulção e como excitação social, apelando sempre para uma autoidentificação. No quadro de uma masculinidade hegemónica, os órgãos genitais, são objecto de uma hipervalorização desmesurada (*"love machine"*). Tal aceção visa que a Sexualidade, por si só, seja capaz de confirmar o Género (Badinter, 1993). O homem destaca-se como um animal sexual. A mulher remete-se à sua condição de objecto de desejo. Sentir desejo sexual será uma prova da

virilidade masculina: o instinto masculino, uma força da natureza, que ele deve aprender a domar. Quanto maior o desejo sexual, mais poderosa a virilidade masculina. Os esforços exigidos aos homens, para cumprirem o respectivo ideal de masculinidade, geram perturbações afectivas, o medo de fracassar e comportamentos compensatórios (alcoolismo, etc.), que servem para cronificar, o que de início foram perdas episódicas da capacidade erétil (Bly, 1994).

A dificuldade ou impossibilidade de obter uma erecção nunca deveria ser classificada de **"impotência"**. Não supõe a incapacidade de transmitir prazer, quando a relação amorosa corresponde a uma oportunidade para comunicar e sentir afectos com a parceira sexual. O conceito de **"impotência"** está preso de outras noções discutíveis. Presume que é a acção exclusiva do homem que deve produzir prazer na mulher. Aposta que o prazer feminino radica na relação genital. Acredita que a introdução do pénis na vagina corresponde a um sinal de **"potência"** (París, 1993; Lourenço, 1999).



## RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Numa investigação realizada anteriormente em doentes com Disfunção Erétil (Lourenço, 1999) um dos aspectos que tivemos oportunidade de estudar relacionava-se com a percepção da perda da virilidade.

Foram seleccionados 116 doentes com Disfunção Erétil Secundária que frequentavam as consultas de Sexologia Clínica e de Aconselhamento Conjugal do Serviço de Psiquiatria e

de Andrologia do Serviço de Urologia do Hospital de São João (H.S.J., Porto, Portugal), no período compreendido entre Setembro de 1994 e Dezembro de 1997.

Esta amostra experimental estava distribuída por quatro subgrupos:

- *Diabéticos*: que abarca 34 doentes com Diabetes Mellitus tipo II e Disfunção Erétil.

- *Orgânicos não diabéticos*: contemplando 30 doentes com Disfunção Erétil e patologias orgânicas que não a Diabetes Mellitus tipo II. Nesta série de doentes estavam incluídas situações tão

diversas como: Traumatismos Pélvicos com lesão da Medula Espinal, Prostatectomia, Paramiloidose, Enfarte do Miocárdio, Úlcera Péptica e Esclerose Múltipla.

• *Psicogénica*: este subgrupo dizia respeito a uma população de 31 doentes, nos quais foram excluídas as possibilidades de organicidade, mediante a aplicação de um Protocolo (e que incluía a anamnese, o exame físico, exames laboratoriais e avaliação psicométrica que abrangia o Auto-Conceito, Ansiedade Estado/Traço, Inventário de Depressão de Beck e as Escalas da Experiência Sexual) que elaborámos para essa investigação mas que, em simultâneo, sofreram a influência dos factores que tradicionalmente têm sido relacionados com a psicogenicidade da Disfunção Erétil.

• *Mista*: este subgrupo era representado por 21 doentes em que coexistiam os factores indicadores ou sugestivos de organicidade e algumas situações ou fenómenos que apontam para uma causalidade psicogénica.

No presente trabalho, por economia de espaço, não são apresentados os resultados das escalas de avaliação psicométrica.

O Grupo de Controlo era formado também por 116 indivíduos dos quais 33 são doentes diabéticos sem Disfunção Erétil ou outra Disfunção Sexual e 83 indivíduos sem qualquer doença identificada, seleccionados

nas regiões norte e centro de Portugal. A amostra de doentes Diabéticos não Insulino-dependentes, sem problemática sexual, foi obtida graças à colaboração de vários colegas de Clínica Geral.

A *tabela 1* revela a caracterização genérica dos indivíduos com Disfunção Erétil (Grupo de Estudo) e dos sujeitos sem Disfunção Erétil (Grupo de Controlo).

A média de idades dos doentes disfuncionais foi de 49,63 (desvio padrão de 10,72; âmbito de 26-69), enquanto que a média de idades dos homens não disfuncionais foi de 50,97 anos (desvio padrão de 9,00; âmbito de 25-70), Levene's Test:  $F = 4,21, p = 0,041$ .

A média de anos de casados/relação marital estável foi de 25,02 para os homens disfuncionais (desvio padrão de 9,37; âmbito de 4-45) e de 27,35 para os sujeitos não disfuncionais (desvio padrão de 7,75; âmbito de 9-45), Levene's Test:  $F = 4,24, p = 0,040$ .

Na população final incluída neste estudo, a comparação dos homens disfuncionais ( $N = 116$ ) com os indivíduos não disfuncionais ( $N = 116$ ) não revelou diferenças estatisticamente significativas quanto à área de residência, vínculo laboral, classe socio-profissional, classe social e escolaridade.

No que se refere ao ordenamento dos indivíduos examinados por área de residência apuramos que 52,6% dos sujeitos da amostra experimental e 57,8% do Grupo de

Tabela 1. Caracterização geral das amostras estudadas.

	Grupo			
	de Estudo N=116		Controlo N=116	
<b>Morada</b>				
Porto	61	52,6%	67	57,8%
Fora do Porto	55	47,4%	49	42,2%
<b>Trabalho</b>				
Ocupado	91	78,4%	101	87,1%
Não Ocupado	25	21,6%	15	12,9%
<b>Classe Socio-Profissional</b>				
Serviços	19	16,4%	22	19%
Operariado	53	45,7%	61	52,6%
Estudantes	1	0,9%	0	0,0%
Outras	41	35,3%	31	26,7%
Liberais	2	1,7%	2	1,7%
<b>Classe Social</b>				
Superior	1	0,9%	0	0,0%
Média	16	13,8%	15	12,9%
Inferior alta	51	44,0%	39	33,6%
Inferior	48	41,4%	62	53,4%
<b>Escolaridade</b>				
Básica	101	87,1%	103	88,8%
9º - 12º ano	10	8,6%	12	10,3%
Superior	5	4,3%	1	0,9%



Controlo habitavam na área metropolitana do Porto ( $x^2 = 0,627, p = 0,428$ ).

No Grupo Experimental 78,4% dos sujeitos tinham vínculo laboral. O mesmo sucedia com 87,1% dos elementos do Grupo de Controlo. A comparação de frequências entre as duas amostras não revelou diferenças significativas ( $x^2 = 3,020, p = 0,082$ ).

Quer no Grupo de Estudo (45,7%), quer no Grupo de Controlo (52,6%), predominaram os elementos pertencentes ao operariado ( $x^2 = 3,169, p = 0,529$ ).

Enquanto que na amostra experimental predominaram os sujeitos pertencentes à classe social inferior alta (44%), no Grupo de Controlo imperaram os indivíduos que integraram a classe social tipificada como inferior (53,4%), ( $x^2 = 4,414, p = 0,220$ ).

A maioria dos sujeitos de ambos os grupos tinha pelo menos o 4º ano de escolaridade: respectivamente, 87,1% no Grupo de Estudo e 88,8% no Grupo de Controlo ( $x^2 = 2,868, p = 0,238$ ).

A percepção de cada doente em relação à sua virilidade foi avaliada mediante uma pergunta incluída na História Clínica: “*Alguma vez sentiu a sua virilidade afectada?*”, eram dadas duas alternativas de resposta: *Sim* ou *Não*.

A *tabela 2* esclarece até que ponto os elementos da nossa amostra se sentiram diferentes dos outros homens, verbalizando que a sua Virilidade foi afectada a partir do momento em que a Disfunção Erétil se manifestou; e, representa os vários subgrupos da Amostra Clínica (N = 116): doentes com Diabetes Mellitus e DE (“Diabéticos”), doentes com DE sem Diabetes (“Orgânicos

Não Diabéticos”), doentes com DE Psicogénica (“Psicogénica”) e doentes com DE Mista (“Mista”).

Os resultados revelam que 58,8% dos elementos “Diabéticos”, 36,7% dos sujeitos “Orgânicos Não Diabéticos”, 83,9% dos homens com DE “Psicogénica” e 42,9% com “DE Mista” consideraram que o aparecimento da Disfunção Erétil veio prejudicar/lesar a sua Virilidade.

A comparação de frequências entre os quatro subgrupos alcançou uma elevada significância estatística ( $x^2 = 15,94, p = 0,001$ ).

A Prova do  $x^2$  desvendou que as diferenças entre o subgrupo “Orgânicos não diabéticos” e o subgrupo “Psicogénica” eram estatisticamente significativas ( $x^2 = 9,94, p = 0,001$ ).

Idêntico resultado não foi possível obter na interacção

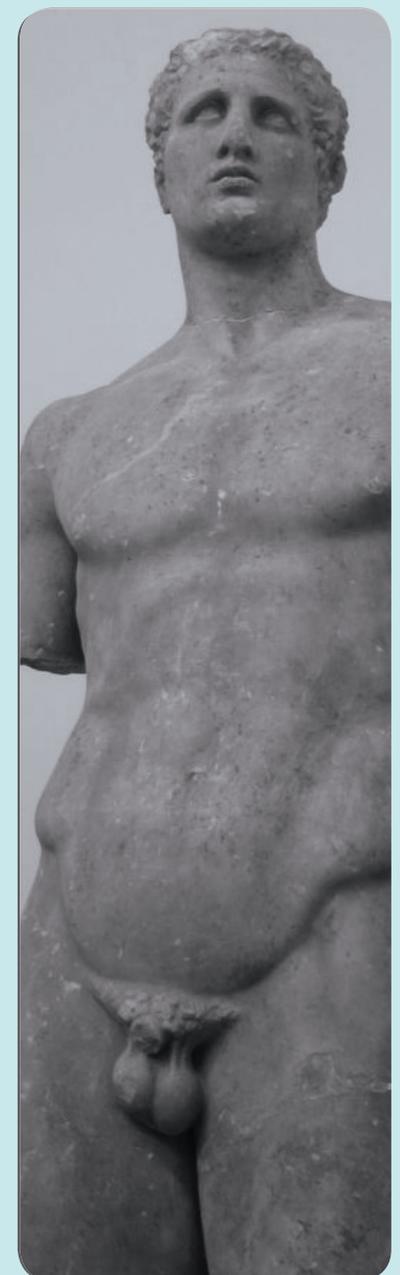
entre o subgrupo “Orgânicos não Diabéticos” e o subgrupo “Mista” ( $x^2 = 0,19, p = 0,656$ ). Entretanto, já obtivemos um efeito significativo para a interacção “Psicogénica”/“Mista” ( $x^2 = 9,57, p = 0,001$ ).

No total, 66 doentes (57% do grupo de estudo), reconheceram que a manutenção da Disfunção Erétil lhes provocava um acentuado desconforto, desânimo e incómodo, a ponto de considerarem que já não são suficientemente “viris”, com a conotação comum que esta palavra tem no contexto socio-cultural por-

Tabela 2. Virilidade afectada.

	<i>Diabéticos</i>	<i>Orgânicos Não Diabéticos</i>	<i>Psicogénica</i>	<i>Mista</i>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Sim</i>	2 (58,8)	11 (36,7)	26 (83,9)	9 (42,9)
<i>Não</i>	14 (41,2)	19 (63,3)	5 (16,1)	12 (57,1)

$x^2$  (Pearson): 15,94; p = 0,001



tuguês, no sentido de varonil, corajoso, destemido, enérgico, forte, robusto, másculo, sedutor, macho, etc. A vivência de mal-estar era especialmente manifestada pelos elementos da amostra psicogénica (83,9%). Em todos os outros subgrupos a Virilidade afectada era assumida, pelo menos, por 36% dos sujeitos dessa amostra. A Virilidade afectada não fica indiferente ao tempo de evolução da Disfunção Eréctil, obtivemos uma correlação significativa mas negativa entre as duas variáveis:  $r = -0,313$ ,  $p = 0,001$ .

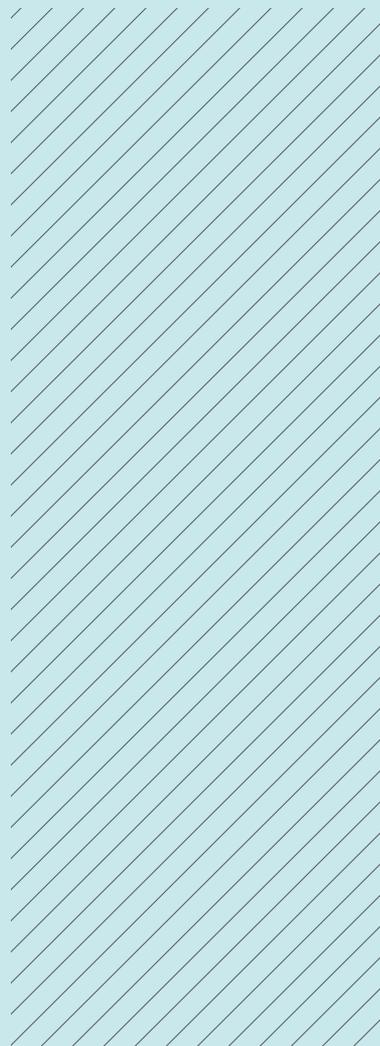
Estes resultados revelam a importância que devemos conceder a este constructo, ainda não conceptualizado do ponto de vista psicopatológico, na abordagem médica e psicoterapêutica da Disfunção Eréctil.

A prática psicoterapêutica em Medicina Sexual esclarece-nos sobre a força e a acção potencialmente desreguladora dos diagnósticos. Para muitos homens, o diagnóstico de uma doença como a DE traz consigo o “rótulo” de perda da virilidade e de alteração na autoestima. A rotulação (o mau uso do diagnóstico médico) pode transformar, o que numa fase inicial se corporiza como um problema sexual, uma dificuldade transitória de interacção sexual, numa patologia crónica, de evolução tantas vezes incerta (Wylie, 2008).

Se associarmos os termos virilidade e Disfunção Eréctil e os introduzirmos numa pesquisa no Pubmed, poucas re-

ferências serão encontradas. O que demonstra a necessidade de efectuarmos mais investigações médicas sobre estes conceitos e percebermos de que modo as novas terapêuticas farmacológicas poderão influenciar os aspectos psico-sociais (Shimma *et al.*, 1996; Elia *et al.*, 2005; Marshall, 2006).

Interrogar e quantificar o impacto de uma Disfunção Eréctil na virilidade do nosso doente é uma obrigação de qualquer especialista em Medicina Sexual. A evidência defende a necessidade da integração deste conceito nos protocolos clínicos, devendo a actuação clínica estar centrada no casal, sempre que possível (Lourenço, 2011).



## REFERÊNCIAS

- Adinkrah M. Better dead than dishonored: masculinity and male suicidal behavior in contemporary Ghana. *Soc Sci Med.* 2012;74,(4):474-81.
- Badinter E. XY a identidade masculina. Porto: Asa; 1993.
- Barak Y, Sirota P, Tessler M, Achiron A, Lampl Y. Body esteem in Israeli university students. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1994;31(4):292-5.
- Becker G, Castrillo M, Jackson R, Nachtigall RD. Infertility among low-income Latinos. *Fertil Steril.* 2006;85(4):882-87.
- Bly R. Iron John: una nueva visión de la masculinidad. Madrid: Gaia Ediciones; 1994.
- Brenot P. Male impotence: a historical perspective. Edição em inglês editada em Paris: L'Esprit du temps; 1995.
- Cavalcanti R e Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 2a ed. São Paulo: Roca; 1997.
- Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1385-401.
- Del Valle T, Rueda CS. Genero y sexualidad. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1991.

Elia D, Grivel T, Lachowsky M, Costa P, Amar E. Les médicaments de la dysfonction érectile et les femmes. *Gyn Obst Fertil*. 2005;33(9):590-3.

Evola J. *A metafísica do sexo*. Lisboa: Vega; 1993.

Fernández J. *Varones y mujeres: desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide; 1996.

Gregoire A, Pryor JP. *Impotence: an integrated approach to clinical practice*. London: Churchill Livingstone; 1993.

Gindin LR. *La nueva sexualidad del varon*. Buenos Aires: Paidós; 1989.

Hoffman L, Paris S, Hall E. *Psicología del desarrollo hoy*. vol. 1. Madrid: McGraw Hill; 1995.

Knight R, Shoveller JA, Oliffe JL, Gilbert M, Frank B, Ogilvie G. Masculinities, 'guy talk' and 'manning up': a discourse analysis of how young men talk about sexual health. *Sociol Health Illn*. 2012;Apr 4. [Epub ahead of print].

Lourenço M. *Contributo para o estudo clínico da disfunção erétil: a pessoa em interação*. [Tese Doutorado]. Faculdade de Medicina do Porto. Porto, Portugal; 1999.

Lourenço M. Da eficácia à satisfação no tratamento da disfunção erétil com injeção intracavernosa: ponderações da prática clínica. *Terapia Sexual*. 2011;XIV(2):67-81.

Marshall BL. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body Soc*. 2002;8(4):43-70.

Marshall BL. The new virility: viagra, male aging and sexual function. *sexualities*. 2006;9(3):345-62.

Mercader P. Le crime dit «passionnel»: des hommes malades de l'appropriation des femmes. *Empan*. 2009;1(73):40-51.

Moreira A. *Impotência sexual vasculogénica: Contributos para o seu diagnóstico e tratamento*. [Tese de Doutoramento]. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 1997.

Morris LA. *The male heterosexual*. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications; 1997.

Pacheco-Palha A, Lourenço M. Cross cultural aspects in infertility and human sexuality. In: Balon R, ed. *Sexual dysfunction II: beyond the brain-body connection*. Detroit, Michigan: S. Karger; 2011. Um volume da série *Advances in Psychosomatic Medicine*.

París C. *Por qué el sexo no funciona?* Barcelona: Oasis/Integral; 1993.

Porche DJ. Male body depilation. *J Nurse Practitioners*. 2007;3(1):14-5.

Rolo F. Etiopatogenia da disfunção erétil. *Geriatrics*. 1996;9(85):25-8.

Shimma E, Modernell R, Fonseca D, Oliveira W. O prazer está de volta. *Rev Globo Ciência*. 1996;54:42-9.

Sims AC. Towards the unification of body image disorders. *Brit J Psychiatry*. 1988; Jul (2, supplement): 51-5.

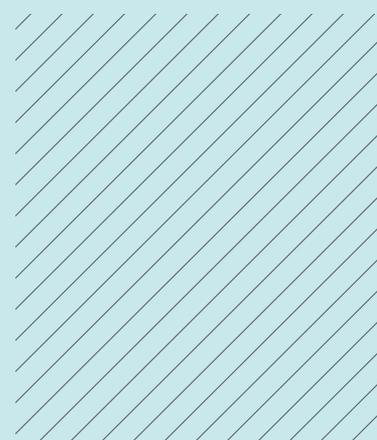
Stamogiannou I, Grunfeld EA, Denison K, Muir G. Beliefs about illness and quality of life among men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2005;17(2):142-7.

Waynberg J. *Guide pratique de sexologie médicale*. Paris: Simep; 1994.

Welzer-Lang D. Virilité: changements et précarisations. *Sexologies*. 2008;17(2):90-5.

Winnett R, Furman R, Enterline M. Men at risk: considering masculinity during hospital-based social work intervention. *Soc Work Health Care*. 2012;51(4):312-26.

Wylie K. The way forwards with the obsession with the penis. *Sexologies*. 2008;17(1):S46.



**Mário Lourenço:** *Psiquiatra e Psicoterapeuta; membro do Comité Executivo de FLASSES; Clínica do Casal do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Alto Ave. Creixomil, Guimarães, Portugal.*  
E-mail: [mariopsiquiatra@gmail.com](mailto:mariopsiquiatra@gmail.com)