



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Um estudo sobre *follow up*, adesão e descontinuação da
terapia farmacológica da disfunção erétil com inibidores da
fosfodiesterase tipo 5 em homens com disfunção erétil em
Portugal

Vera Maria Pereira Forjaz Gouveia Costa

Orientador da Dissertação:
Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Professora Doutora Cláudia Carvalho

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
Mestre em Psicologia da Saúde
Especialidade em Sexualidade

2008/2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES n° 6037 / 2007 publicado em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março, 2007.

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira, pela proposta do tema deste projecto, pelo apoio incansável e inigualável que me prestou, e pela orientação cuidada e atenção que dedicou a este projecto.

Ao Professor Doutor António Pazo Pires, por todo o apoio na metodologia de investigação deste projecto.

À minha família, pelo apoio incondicional.

Ao António.

Resumo

Esta investigação, integrada nos domínios da Psicologia da Saúde e da Sexologia Clínica, e com um delineamento descritivo e de caracterização de população, pretende avaliar a taxa de descontinuação da farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (Viagra®, Cialis® e Levitra®) em pacientes com disfunção eréctil, identificar as razões para essa descontinuação e os factores preditores para a adesão à farmacoterapia para cada um dos três inibidores da fosfodiesterase tipo 5, bem como compreender o tipo de *follow-up* realizado pelos médicos especialistas no contexto do tratamento.

A investigação, que contempla três análises de *follow-up* – aos 6, 12 e 24 meses, retrospectivamente – incluirá uma amostra de 300 homens com diagnóstico clínico de disfunção eréctil, medicada com um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 pelo médico especialista pelo menos 12 meses antes do início da investigação. Contactar-se-ão os médicos especialistas para efeito de levantamento dos processos clínicos de doentes e, seguidamente, aplicar-se-ão três questionários de auto-resposta: I - Questionário sócio-demográfico, II - Questionário sobre a resposta sexual e satisfação sexual e III - Questionário de *follow-up* na DE, através de correio tradicional ou e-mail, precedidos de uma carta de consentimento informado.

Palavras-chave: disfunção eréctil; inibidores da fosfodiesterase tipo 5; adesão terapêutica; *follow-up*; descontinuação.

Abstract

This investigation integrated in Health Psychology and Clinical Sexology domains with a descriptive and characterization of population design, aims to evaluate the rate of discontinuation of treatment with phosphodiesterase type 5 inhibitors (Viagra®, Cialis® e Levitra®) in patients with erectile dysfunction, identify the reasons for this discontinuation and analyse the predictors of treatment compliance for the three phosphodiesterase type 5 inhibitors, as well as understand the type of follow-up that is made by clinicians in the context of treatment.

The investigation, that contemplates three follow-up analyses – 6, 12 and 24 months, retrospectively – will include a sample of 300 men with a diagnosis of erectile dysfunction, medicated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor by the clinician, at least 12 months before the investigation takes place. The clinicians are going to be contacted to gather the clinic processes of patients and further participants are going to be submitted to three self-filling questionnaires, I - Social and demographic questionnaire, II - Sexual satisfaction questionnaire and III - Follow-up in ED questionnaire. These questionnaires are going to be sent by mail or electronic mail, followed by an informed consent letter.

Keywords: erectile dysfunction; phosphodiesterase type 5 inhibitors; treatment compliance; follow-up; dropout.

Índice

Introdução.....	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Perspectiva Histórica da erecção	3
2. Fisiologia da Ereccção	4
3. Perspectiva histórica da disfunção eréctil	5
3.1. <i>Evolução histórica da função eréctil e disfunção eréctil</i>	5
3.2. <i>Perspectiva histórica da disfunção eréctil como perturbação psicológica</i>	6
3.3. <i>Evolução histórica da definição de disfunção eréctil</i>	7
3.4. <i>Definição actual de disfunção eréctil</i>	8
4. Etiologia da disfunção eréctil e os sistemas afectados	8
4.1. <i>O Peso dos factores psicossociais na etiologia da disfunção eréctil</i>	10
5. Avaliação e Diagnóstico de disfunção eréctil	11
6. Incidência e prevalência da disfunção eréctil	12
7. Consequências da disfunção eréctil	13
7.1. <i>Consequências psicológicas e relacionais da disfunção eréctil</i>	13
7.2. <i>Disfunção eréctil, virilidade e masculinidade</i>	14
8. Tratamento da disfunção eréctil	15
8. 1. <i>Intervenção psicoeducacional, aconselhamento, psicoterapia ou terapia sexual</i>	15
8 .1.1. <i>Terapia Racional-emotiva (Rational-emotive therapy)</i>	16
8. 1.2. <i>Terapia sexual de grupo (Sex group therapy)</i>	16
8. 1.3. <i>Terapia de Masters & Johnson modificada</i>	17
8. 1.4. <i>Intervenção educacional</i>	17
8. 2. <i>Terapêuticas Locais</i>	17
8. 2.1. <i>Injecções intracavernosas</i>	17
8. 2.2. <i>Terapêutica intauretral</i>	17
8. 2.3. <i>Terapêutica transdérmica</i>	18
8. 2.4. <i>Dispositivos de vácuo</i>	18
8. 3. <i>Terapêuticas cirúrgicas</i>	18
8. 3. 1. <i>A cirurgia vascular</i>	18
8. 3.2. <i>Próteses e implantes penianos</i>	19

8. 4. <i>Abordagem farmacológica oral</i>	19
9. Abordagem farmacológica oral: Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5	20
9.1. <i>Sildenafil (Viagra®)</i>	21
9.1.2. <i>A forma de actuação do Sildenafil</i>	21
9.1.3. <i>Eficácia do Sildenafil</i>	21
9.1.4. <i>Efeitos secundários do Sildenafil</i>	21
9.2. <i>Tadalafil (Cialis®)</i>	22
9.2.1. <i>A Forma de actuação do Tadalafil</i>	22
9.2.2. <i>Eficácia do Tadalafil</i>	22
9.2.3. <i>Efeitos secundários do Tadalafil</i>	22
9.3. <i>Vardenafil (Levitra®)</i>	23
9.3.1. <i>A Forma de actuação do Vardenafil</i>	23
9.3.2. <i>Eficácia do Vardenafil</i>	23
9.3.3. <i>Efeitos secundários do Vardenafil</i>	23
10. Terapia combinada: inibidores da fosfodiesterase tipo 5, intervenção psicoeducacional, aconselhamento, psicoterapia ou terapia sexual	23
11. O papel dos factores fisiológicos, psicológicos, relacionais e sexuais na farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5	25
12. O papel da parceira no tratamento da disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase tipo 5	26
13. O papel do médico no tratamento da disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase tipo 5, o <i>follow-up</i> e a relação médico-paciente	27
14. Optimização do tratamento com inibidores da fosfodiesterase tipo 5	28
15. Procura de tratamento e adesão à farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5	30
16. Descontinuação da farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5	32
16.1. <i>Razões para a descontinuação da farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5</i>	34
16.1.1. <i>Formação inadequada do paciente relativamente ao uso do fármaco</i> ...	34
16.1.2. <i>Follow-up insuficiente por parte dos clínicos</i>	35
16.1.3. <i>Efeitos secundários</i>	36
16.1.4. <i>Custo elevado</i>	37
16.1.5. <i>Opção por outros tratamentos</i>	37

16.1.6. <i>Envelhecimento, declínio da saúde e comorbilidade de doenças</i>	38
16.1.7. <i>Ineficácia, insatisfação e insucesso do tratamento</i>	38
16.1.8. <i>Recuperação das erecções espontâneas</i>	39
16.1.9. <i>Preocupações com os efeitos secundários e com a segurança dos fármacos</i>	40
16.1.10. <i>Factores relacionais</i>	40
16.1.11. <i>Diminuição da actividade, interesse, desejo e satisfação sexual</i>	41
16.1.12. <i>Falta de espontaneidade e pressão para a relação sexual</i>	41
16.1.13. <i>Receio relativamente a relações extra-conjugais</i>	42
16.1.14. <i>Constrangimento na procura de ajuda médica e na obtenção do fármaco</i>	42
16.1.15. <i>Expectativas irrealistas</i>	43
16.1.16. <i>Relutância na dependência do fármaco</i>	43

II – PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

18. Objectivos do estudo e questões de investigação	44
19. Delineamento do estudo	44
20. Pertinência do estudo	45
21. Método	46
21.1. <i>Participantes</i>	46
21.2. <i>Instrumentos</i>	46
21.3. <i>Procedimento</i>	47
22. Referências bibliográficas	49
23. Anexos	57
Anexo A - Questionário sócio-demográfico, Questionário de resposta sexual satisfação sexual e Questionário de follow-up na DE	58
Anexo B – Informação Clínica a recolher dos processos dos pacientes	69
Anexo C – Carta de Consentimento Informado	71
Anexo D – Esquema de Investigação	73

Lista de Abreviaturas

DE	Disfunção erétil
PDE-5	Fosfodiesterase tipo 5
GMPc	Guanosina monofosfato cíclico
DS	Disfunção sexual
QDV	Qualidade de vida
FE	Função erétil
FS	Função sexual
NO	Óxido nítrico
Inibidores PDE-5	Inibidores da fosfodiesterase tipo 5

Introdução

O tratamento da disfunção erétil (DE) mudou em 1998 após o Viagra® (Sildenafil) ter sido aprovado como o primeiro inibidor da fosfodiesterase tipo 5 (inibidor PDE-5) para o tratamento da DE (Tiefer, 2006). Até à introdução do Sildenafil, o tratamento dos pacientes com DE pertencia ao campo dos urologistas e dos profissionais de saúde mental, passando, depois disso, a incluir os médicos de clínica geral. Alguns estudos concluíram que a percentagem de clínicos gerais que discutem questões sexuais com os seus pacientes é muito diminuta e que alguns médicos falham em informar os pacientes devidamente e em assegurar um *follow-up* adequado, assim como em estar envolvidos na rotina dos pacientes e questionar acerca das necessidades e expectativas dos pacientes (e.g., Hartmann & Burkart, 2007; Read, King & Watson, 1997, *cit. por* Sadovsky, 2003; Hatzichristou et al., 2004, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

Vários estudos têm vindo a apontar as características consideradas pelos pacientes como sendo mais importantes numa medicação para a DE (e.g., Kuan & Brock, 2002; Lue et al., 2004) e os principais preditores da adesão aos inibidores PDE-5 (Berner, Ploger & Burkart, 2007; Perelman, 2003; Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg, 2008). Entre estas características podemos encontrar o custo, efeitos secundários, segurança, eficácia, rapidez de efeito e duração da acção, potencial interacção com comida ou álcool, invasividade, aprovação do tratamento e disponibilidade do mesmo, espontaneidade, naturalidade e aceitação da parceira (e.g., Kuan & Brock, 2002; Montorsi et al., 2005, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007; Lue et al., 2004; McCabe & Matic, 2007). Berner, Ploger & Burkart, (2007) concluíram que a melhoria da qualidade de vida (QDV), das relações sexuais, da auto-estima e das erecções eram os mais importantes preditores no aumento da possibilidade de uso de um inibidor PDE-5.

A investigação demonstra que a taxa de descontinuação de um inibidor PDE-5 é elevada, apontada em cerca de 50% na maior parte das investigações (e.g., Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007; Klotz, Mathers, Klotz & Sommer, 2005; Jiann, Yu, Su & Tsai, 2006; Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens, 2002; Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007). Contudo, os resultados das investigações referentes ao tempo médio de tratamento com inibidores PDE-5 são contraditórios, apontando períodos entre 1 e 5 anos (Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart, & Leufken, 2002;

Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg, 2008; Padma-Nathan, Eardley, Kloner, Laties, & Montorsi, 2002, *cit. por* Sato, Tada, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007). Estes dados conduzem-nos a uma questão central no tratamento da DE: se a FE é tão importante para o bem-estar global, auto-estima e relação com a parceira, e se existe uma forma fácil e eficaz de tratar a DE, por que as pessoas param de a usar? (Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007). Entre as razões para a descontinuação da farmacoterapia com inibidores PDE-5, estes estudos citam variáveis como a formação inadequada do paciente relativamente ao uso do fármaco e *follow-up* insuficiente por parte dos médicos; custo elevado; expectativas irrealistas; factores relacionais; diminuição da actividade, interesse, desejo e satisfação sexual; falta de espontaneidade e pressão para a relação sexual e constrangimento na procura de ajuda médica e na obtenção do fármaco.

A presente investigação pretende avaliar a taxa de descontinuação da farmacoterapia com os inibidores PDE-5 em homens portugueses com DE, as razões para essa descontinuação e os factores preditores para a adesão à farmacoterapia para cada um dos inibidores PDE-5, bem como compreender a duração e o tipo de *follow-up* realizado pelos médicos especialistas com os pacientes aos quais é prescrito um inibidor PDE-5. Apesar de já terem sido desenvolvidos estudos na área da descontinuação, adesão e *follow-up* na farmacoterapia com inibidores PDE-5 para a DE, nenhum deles contém em si mesmo todas as variáveis pertinentes para colmatar a falha ainda existente no conhecimento. Ainda, é de referir que em Portugal não existe nenhum estudo publicado no âmbito desta problemática, carecendo a comunidade científica de dados que possam servir, futuramente, para uma melhor compreensão da problemática da DE e da farmacoterapia com inibidores PDE-5. Deste modo, este estudo vem clarificar, reagrupar, adicionar e adaptar as variáveis referidas nos diferentes estudos e formular uma metodologia mais concreta e abrangente adaptada à população portuguesa.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Perspectiva histórica da erecção

[The male organ has been seen as many things over the course of history], both noble and coarse. The penis was an icon of creativity; it was the link between the human and the sacred, an agent of bodily and spiritual ecstasy that hinted of communion with the eternal. Yet it was also a weapon against women, children, and weaker men. (...) All these complexities and contradictions, the very unpredictability of life itself, were embodied by one body part above all in antiquity—the penis (Friedman, 2001, cit. por Gross & Blundo, 2005, p.85).

A virilidade, componente desde sempre associada à erecção, foi sendo representada em diversas civilizações antigas. Na mitologia egípcia, o Deus Min é apontado como o Deus da virilidade (Pimenta, 2002), na Antiga Grécia, o Deus Sileno (Alain Jardin, 1998, cit. por Giuliano, 1998) e na Roma Antiga, o Deus Priapus, representado com o pénis erecto envolvido de frutos (Moreira, 2002a). O pénis é adorado no Egipto e na Judeia sob o nome de *Phallus*, na Índia como *Lingam*, na Arábia como *Dkeur* e na Grécia como *Priapus* (Bacalhau, 1922, cit. por Santos, 2001). Na Babilónia e em Atenas, fizeram-se grandes manifestações em honra dos genitais e construíram-se vários altares de culto a *Phallus* e *Priapus* (Moreira, 1999, cit. por Santos, 2001).

O processo de erecção do pénis intriga os médicos desde a Antiguidade. Os Antigos não deixaram de notar que a erecção se produzia na sequência de estimulação, contudo, pensavam que o pénis inchava com ar. Já Aristóteles dizia que o pénis, tal como o coração, era um órgão que se movia sozinho (Giuliano, 1998). É com o Renascimento que se põe em destaque o papel do sangue na erecção. Leonardo da Vinci demonstrou que o pénis erecto se encontrava preenchido por sangue, desafiando os ensinamentos de Hipócrates em vigor até então, e que a erecção era fruto do fluxo de ar e de “espíritos vitais” para o pénis (Vendeira, 2003).

A “balança de Phallus”, um fresco existente na Casa Vetti, ilustra que pelo peso do pénis se pode determinar a quantidade de sangue que enche os tecidos cavernosos, constituindo o primeiro método de avaliação da qualidade da erecção (Moreira, 2002a). Mais tarde, Eckhardt demonstra que a erecção se trata de um refluxo que necessita de uma dilatação activa das artérias e de uma retenção venosa. Mais tarde, alguns

investigadores descobrem que a erecção recorre a uma série de mecanismos químicos extremamente elaborados (Giuliano, 1998).

2. Fisiologia da erecção

I don't simply have a penis: my penis is greater than itself
(Bernheimer, 1995, cit. por Potts, 2001, p. 148).

Actualmente sabe-se que a erecção do pénis é um evento neurovascular mediado por factores psicológicos e pela condição hormonal (Lue, 2000). É um dos componentes da actividade sexual e representa a capacidade erétil, funcionando não só como um símbolo de virilidade mas igualmente para permitir o coito (Rolo, 2002). Pode dizer-se que o processo vascular da erecção apresenta fundamentalmente cinco fases distintas: a fase 0 é o estado de flacidez, a fase 1 é a de enchimento, a fase 2 a da tumescência, a 3 é a fase de erecção completa, a 4 da erecção rígida e a última, a fase 5, a de detumescência do pénis (Carvalho, 2002).

No processo de erecção, os pensamentos sexuais são processados no hipotálamo, ao nível do córtex cerebral, que envia impulsos nervosos para a medula sagrada e que, em resposta à estimulação hipotalâmica, envia estímulos para a periferia provocando a vasodilatação das arteríolas penianas (Santos, 2001). A erecção resulta de um aumento de sangue arterial, resultando num ingurgitamento do tecido erétil, o espaço sinusoidal dos corpos cavernosos. Os corpos cavernosos expandem-se, provocando tensão e rigidez do pénis (Korenman, 1995). Na fase de repouso predomina a contracção da musculatura lisa das artérias penianas e dos corpos cavernosos induzida pelo estímulo adrenérgico (Carvalho, 2003). Após a ejaculação ou cessação do estímulo erótico, a musculatura lisa contrai-se e reduz-se o afluxo de sangue, retornando o pénis ao estado inicial de flacidez (Wagner & Saenz de Tejada, 1998, cit. por Santos, 2001).

Os vários neurotransmissores envolvidos na erecção peniana são a noradrenalina, serotonina, dopamina e ocitocina, que estimulam a produção do óxido nítrico (NO), molécula essencial para a erecção peniana (Carvalho, 2003; Pereira, 2007). Quando o NO se forma, não existe nenhum receptor específico, pelo que o seu alvo é a enzima guanililciclase (GC). Esta é activada para converter o guanosina trifosfato (GTP) em guanosina monofosfato cíclico (GMPc). É particularmente importante a acção da

enzima fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5) sobre o GMPc, pois enquanto existir NO, a PDE-5 assegura à célula muscular lisa cavernosa uma fonte de energia reciclável e duradoura, que permite a erecção (Pereira, 2007).

3. Perspectiva histórica da disfunção erétil

Impotence has been a devastating problem since the beginning of recorded history (Génesis, 20:3, cit. por Tiefer, 2006, p. 280).

3.1. Evolução histórica da função erétil e disfunção erétil

Desde os tempos mais remotos que o Homem se preocupa com a problemática da DE. A primeira descrição de *impotência erétil* foi encontrada em papiros egípcios datados de 2000 A. C. (Moreira, 2002a). As referências bíblicas relativamente à DE, descrevem-na como uma forma de castigo para o adultério (Génesis, 20:3, *cit. por Rosen & Leiblum, 1992*). Na Idade Média, a igreja atribuía a DE aos efeitos de uma possessão demoníaca, como se constata nas palavras de Tomás de Aquino: “A fé católica ensina ambos que existem demónios e que pelos seus feitos, podem infligir injúrias no homem e impedir a cópula carnal” (Johnson, 1968, *cit. por Santos, 2001, p. 5*).

Ao longo dos tempos, o homem procurou meios para lutar contra a DE. Os papiros egípcios continham receitas específicas com várias raízes (Rosen & Leiblum, 1992), o Egipto, a Grécia e a China antigas já conheciam o uso de afrodisíacos (Giuliano, 1998), como as ostras, na época do Império Romano (Silva & Pires, 2002). Também o Yajurveda, texto sagrado Hindu, recomendava a ingestão de tecidos testiculares (Hoberman & Yesalis, 1995, *cit. por Santos, 2001*) ou o Ginseng (Zwang, 1984, *cit. por Santos, 2001; Silva & Pires, 2002*). Na Idade Média cozinhavam-se remédios à base de múltiplos compostos, como pimento, tomate e formigas amarelas pisadas. Séculos mais tarde, na época de Ambroise Paré, receitava-se o extracto de pó de cantárida (Giuliano, 1998).

Foi na mitologia Grega que, pela primeira vez, se reconheceram causas psicológicas da DE. A lenda grega retrata Iphiclus, um jovem que vê o pai aproximar-se com uma faca, pensando que a vai utilizar nele. O jovem desenvolve uma DE

crónica e esta lenda representa o primeiro registo da ansiedade de castração (Johnson, 1968, *cit. por* Santos, 2001).

O papel dos factores orgânicos evidencia-se nos registos acerca da idade do Iluminismo, que referem que Luís XVI, rei de França, tinha uma “total impotência” (Hastings, 1963, *cit. por* Santos, 2001). Por ter aquilo que se determinou como o prepúcio excessivamente apertado, foi circuncidado, representando a primeira tentativa cirúrgica para o tratamento da DE (Rosen & Leiblum, 1992).

O papel dos factores genéticos ou hormonais foi pela primeira vez reconhecido no século XIX, com Napoleão Bonaparte. Sabia-se que Napoleão tinha uma doença endócrina desconhecida, que resultou numa DE. No relatório da autópsia descrevia-se que os seus genitais “tinham grânulos na próstata, o pénis e os testículos eram muito pequenos, e todo o sistema genital parecia exibir uma causa física para a ausência de desejo sexual e a castidade que caracterizava o falecido” (Johnson, 1968, *cit. por* Santos, 2001, p. 7).

3.2. Perspectiva histórica da disfunção erétil como perturbação psicológica

De acordo com Santos (2001), a DE tornou-se uma preocupação dos psicólogos e psiquiatras nos finais do século XIX, destacando-se Richard Von Krafft-Ebing (1902) e Havelock Ellis (1910), que consideravam a DE como sendo primordialmente resultante de “degeneração moral”. Para estes autores, a masturbação causava “neuroses do aparelho sexual” e “enfraquecimento do centro coordenador da erecção” (p. 188-9). Ainda, uma actividade sexual excessiva na fase adulta era considerada como uma causa da DE, encorajando-se a abstinência sexual (LoPicollo, 1992).

No século XX começam a ser identificados os factores psicológicos como causa e consequência da DE, atingindo relevo com psicanalistas como Freud e Stekel. A tradicional posição psicanalítica considerava os factores psicogénicos como causa primordial na falha erétil, em que a DE resultava de imaturidade, de atraso desenvolvimental e de um complexo de Édipo mal resolvido, visão que vai trazer um avanço sobre o conceito de degeneração moral (LoPicollo, 1992).

Na segunda metade do século XX, dá-se uma importância cada vez maior ao papel etiológico dos factores orgânicos como desencadeadores da DE, com Stekel (1972, *cit. por* Santos, 2001) a diferenciar a DE de causa psicogénica e orgânica, através da observação das erecções nocturnas e matinais.

Mais tarde, o papel da ansiedade é discutido pelos comportamentalistas (Rosen & Leiblum, 1992), contribuindo para as abordagens modernas de intervenção na DE. Hellen Kaplan (1974, *cit. por* Santos, 2001) foi a primeira a sugerir um modelo multicausal para a etiologia da DE, interligando os factores orgânicos com os factores psicossociais. Em 1978, um encontro de urologistas e outros médicos em Nova Iorque, tornou-se o ponto de viragem que modificou a antiga forma de pensar na DE como sendo exclusivamente um problema psicogénico, desenvolvendo-se, paralelamente, uma visão nova e mecanicista da erecção e, por consequência, da sexualidade (Tiefer, 2006)

3.3. Evolução histórica da definição de disfunção erétil

Historicamente, o termo “impotência” foi aplicado a uma variedade de DS masculinas, como a ejaculação precoce, a anejaculação, as aversões sexuais, bem como a própria DE. Concluiu-se mais tarde que o termo impotência comportava conotações pejorativas e estigmatizantes, passando então a ser utilizada a classificação “disfunção erétil” (Santos, 2001).

Masters & Johnson (1970, *cit. por* Santos, 2001) vêm dar um grande contributo, distinguindo “impotência primária” de “impotência secundária”, sendo a primária definida como um homem que nunca atingiu ou manteve uma erecção satisfatória para a relação sexual e a secundária como a incapacidade para ter um desempenho sexual adequado com determinadas parceiras ou em situações particulares (Rosen, 1983, *cit. por* Santos, 2001).

Relativamente aos diversos modelos utilizados para explicar a DE, sabe-se que antes de 1980, a DE era conceptualizada em termos binários – ou era psicogénica ou orgânica, o que simplificava a planificação do tratamento. Ao longo do tempo tornou-se evidente que o modelo binário por si só era insuficiente para explicar a base multifacetada e multideterminada por detrás da DE (Althof, 2006).

O modelo biopsicossocial ganhou proeminência a partir de 1980. Integrou-se a predisposição, precipitação e manutenção quer psicológica quer biológica e os factores contextuais e o seu impacto na resposta ao tratamento. Este modelo ficou fraccionado com a introdução dos fármacos orais para a DE, sendo as causas e efeitos, tratamentos e respostas de novo percebidos através da visão biomédica. Mais tarde, o sucesso

limitado da farmacoterapia voltou novamente a atenção para o modelo biopsicossocial (Althof, 2006).

3.4. *Definição actual de disfunção eréctil*

Uma DS caracteriza-se por uma perturbação nos processos do ciclo de resposta sexual ou dor associada à relação sexual, sendo o ciclo de resposta sexual dividido em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (APA, 2000). Para Allen Gomes (1980, p. 207-213, *cit. por* Moreira, 2003), por DS entende-se “toda a situação em que o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual, ou a concretiza de forma insatisfatória para si ou para a(o) companheira(o).

A DE pode ser definida como uma incapacidade, persistente ou recorrente, para atingir ou manter uma erecção (APA, 2000), de forma a ter um *performance* sexual satisfatória (*NIH Consensus Development Panel of Impotence*, 1993, *cit. por* Klotz, Mathers, Klotz & Sommer, 2005), como parte de um processo global e multifacetado do funcionamento sexual masculino (*NIH Consensus Statement*, 1992, *cit. por* Pais Ribeiro & Santos, 2005). Esta definição pode ser vista como interferindo directamente com pelo menos dois estágios do ciclo de resposta sexual: excitação e orgasmo (Potts, Grace, Gavey & Vares, 2004).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000) existem diferentes padrões de DE, sendo que alguns homens relatam incapacidade para obter qualquer erecção desde a primeira experiência sexual, outros referem que perdem a erecção quando tentam a penetração ou durante os movimentos sexuais. Alguns homens podem relatar ser capazes de experimentar uma erecção apenas durante a masturbação ou ao acordar.

4. **Etiologia da disfunção eréctil e os sistemas afectados**

It's not all in your head (Toufexis, 1988, *cit. por* Tiefer, 2006, p. 285).

Numa função sexual (FS) “normal” existe um processo biopsicossocial que depende da coordenação dos factores psicológicos, endócrinos, vasculares e neurológicos (Levine, 2000, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008). A DE pode instalar-se não só por patologia da capacidade eréctil mas também secundariamente à disfunção do desejo, ejaculatória ou orgástica (Rolo, 2002). Actualmente utiliza-se

uma terminologia descritiva de DE, dividindo-se em orgânica (vascular, endócrina, neurogénica, iatrogénica) e psicogénica. Pode ainda existir uma combinação das duas, denominando-se de DE mista (DeWire, 1996, *cit. por* Levine, 2000).

A DE vascular é a mais comum dentro do componente orgânico e está associado a patologias como a arteriosclerose, diabetes mellitus, insuficiência renal crónica, hipertensão, doença pulmonar e doença cardiovascular (Fazio & Brock, 2004; Rolo, 2002). Relativamente à DE endócrina, esta pode dever-se a uma diminuição da vascularização natural do aumento da idade e de andropausa (Feldman et al., 1994, *cit. por* Hillman, 2008) bem como a perturbações hormonais (Fazio & Brock, 2004; Rolo, 2002).

A DE de causa neurogénica pode relacionar-se com perturbações como a doença espinal e doença cerebral (Fazio & Brock, 2004), doença de Parkinson, acidente vascular Cerebral (AVC), tumores e traumatismos. É de referir que todas as doenças que atinjam o sistema nervoso autónomo vão mais cedo ou mais tarde interferir com a capacidade erétil (Rolo, 2002). A DE iatrogénica relaciona-se com o uso e abuso de álcool e tabaco e com o consumo de estrogénios e anti-androgénios, antihipertensores, antidepressivos ou esteróides, entre outros (Wagner & Saenz de Tejada, 1998, *cit. por* Santos, 2001; Fazio & Brock, 2004).

A DE psicogénica lida com perturbações ligadas ao SNC como a ansiedade, apresentando uma estrutura nervosa periférica e rede vascular peniana intactas. Para Palha (2003), o melhor critério de DE psicogénica é a existência de erecções matinais, nocturnas ou fora do contexto sexual. Alguns estudos demonstram que os factores psicológicos são responsáveis, isoladamente ou em combinação com causas orgânicas, por um número substancial de casos de DE (e.g., Levine, 2000; Rosen, 2001, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008).

De acordo com Borrás-Valls & Gonzalez-Correales (2004), a classificação dos factores etiológicos da DE como orgânicos, psicogénicos ou mistos, é uma forma de classificação relativamente útil para organizar a intervenção na DE. Contudo, de acordo com os autores, é totalmente arbitrária, uma vez que qualquer problema erétil é psico-orgânico, porque afecta o homem como um todo.

4.1. O Peso dos factores psicossociais na etiologia da disfunção erétil

Kaplan (1974, *cit. por* Lourenço, 2003), no seu modelo multicausal da etiologia da DE, distingue as causas psicossociais remotas das causas imediatas. As causas remotas da DE estão associadas a dificuldades durante o desenvolvimento psicosexual, como o sentimento de culpa e medo relativamente à sexualidade, problemas de identidade sexual e experiências traumáticas.

Entre as causas imediatas podemos encontrar a ansiedade de execução (APA, 2000), na qual se perpetua a associação: experiência frustrante – fracasso sexual – DS (Masters & Johnson, 1970, *cit. por* Lourenço, 2003; Kaplan, 1974, 1979, *cit. por* Lourenço, 2003). A DE pode igualmente ser o resultado de um estado depressivo (McCarthy, 1992, *cit. por* Lourenço, 2003), tal como ilustrado pelo *Massachusetts Male Aging Study*, no qual a depressão foi a variável psicológica mais fortemente associada à DE (Feldman et al., 1994, *cit. por* Carson, 2002). Devem ainda ser referidos factores como a fragilização da auto-estima e auto-desvalorização pessoal (Gindin, 1989, *cit. por* Lourenço, 2003; Gabbard & Freedman, 2006, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008).

As dificuldades erécteis podem igualmente surgir associadas ao receio de uma gravidez não planeada ou de uma infecção sexualmente transmissível (Nodin, 2002), medo de se magoar a si próprio (após doença cardiovascular) a parceira (coito doloroso), o feto no caso da grávida e o receio de ter fantasias proibidas durante o coito (Pacheco, 2002). Ainda, podem existir factores precipitantes, como eventos traumáticos e perdas significativas (Derogatis & Meyer, 1979, *cit. por* Pacheco, 2002), bem como com preocupações profissionais (Pacheco, 2002; McCullough, 2002).

Devem ser mencionadas as dificuldades relacionais implicadas na etiologia da DE, como os problemas comunicacionais na díade homem-mulher (McCullough, 2002; Rust et al., 1998, *cit. por* Lourenço, 2003). Nestes casos, a ajuda clínica prioritária não é vencer a DE mas ajudar o homem a vencer as suas dificuldades relacionais. Ainda, se a parceira sexual apresenta uma disfunção sexual (DS) aumenta a probabilidade do homem apresentar DE, tendo em conta que as actividades sexuais que antecedem o coito são pobres e existe pouca estimulação (Pacheco, 2002).

A falta de informação ou uma incorrecta informação sexual podem ter um papel importante na etiologia da DE. Alguns homens consideram a DE como sendo um

reflexo de excessos sexuais durante a juventude, ou acreditam que devem obter ou manter, facilmente, a erecção durante o período refractário. Entre os homens mais velhos, é frequente considerarem que a ocorrência de uma erecção espontânea, desencadeada apenas por um estímulo visual é «obrigatória» (Pacheco, 2002).

5. Avaliação e diagnóstico da disfunção erétil

Importa sempre avaliar o homem em toda a sua dimensão, resistindo à tentação de considerar isoladamente a disfunção que o traz à consulta: a saúde biológica, afectiva, psíquica e espiritual fazem um todo que tem de entrar nesta relação privilegiada médico/doente (Requixa & Rolo, 2003, p. 184).

Os critérios de diagnóstico da DE, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), são: a) incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada erecção até completar a actividade sexual; b) a perturbação causa acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal e c) a DE não se explica melhor por outra perturbação, excepto se for outra DS, e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de um estado físico geral.

Relativamente à avaliação da DE, o médico (urologista ou clínico geral) deve inicialmente proceder à recolha da história médica com o intuito de procurar antecedentes do foro médico, cirúrgicos, causas medicamentosas e factores de risco, problemas de ansiedade e stress ou a presença de factores psicopatológicos. Deve igualmente proceder à recolha da história psicosexual, indagando a existência de problemas afectivos ou conflitos na relação, frequência das relações sexuais, qualidade dos orgasmos, formas e tempos de excitação e estímulos significativos ou inibidores (Requixa & Rolo, 2003; Palha, 2002). Outro factor igualmente importante na avaliação da DE são as expectativas do paciente e parceira (Lue et al., 2004).

De seguida deve proceder-se a um exame clínico que tenha em consideração o exame dos órgãos genitais externos, exame da próstata, exame cardiovascular, neurológico, vascular, venoso e endócrino (Santos, 2001; Requixa & Rolo, 2003). Deve ainda avaliar-se o funcionamento global da função erétil (FE), que pode ser realizado através de três métodos: teste de tumescência peniana nocturna, testes farmacológicos e testes de estimulação sexual audiovisual (Santos, 2001). Kuan & Brock (2002), acrescentam ainda o *Rigiscan*, um aparelho que mede a tumescência e rigidez do pénis continuamente. A avaliação da natureza e extensão da falha erétil é

de fundamental importância para uma intervenção terapêutica efectiva, devido à diversidade de modalidades terapêuticas existentes (Santos, 2001).

Uma vez que estes dados sejam obtidos, serão dadas orientações diagnósticas e o paciente deverá ser enviado a um psicólogo ou psiquiatra sensibilizado para esta área. Nas situações de patologia essencialmente orgânica, a orientação irá depender de alguns factores, como a idade do paciente, o tipo de DE e a sua duração, os factores de risco, o grau de ansiedade e perfil psicológico do paciente (Requixa & Rolo, 2003).

6. Incidência e prevalência da disfunção erétil

Epidemiologic and help-seeking behaviour studies have shown that erectile dysfunction is highly prevalent, as well as being the major sexual concern of men (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007, p. 76).

O primeiro estudo epidemiológico sobre o comportamento sexual foi realizado por Alfred Kinsey, em 1948, que demonstrou que a DE aumentava com a idade, ocorrendo em menos de 1% na população masculina com menos de 30 anos, 3% aos 65 anos e 80% aos 80 anos (Kinsey et al, 1948, *cit. por* Moreira, 2003). O *Massachusetts Male Aging Study*, desenvolvido entre 1987 e 1989 com participantes com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, concluiu que 50% referiram ter algum grau de DE (Tin-fook, 2002; Rolo, 2002). Estudos posteriores sugerem que, na meia-idade, perto de 40% de todos os homens experienciam algum grau de dificuldade erétil e aos 70 anos, a maioria dos homens (67%) experiencia dificuldades eréteis médias a severas (Laumann, Paik, & Rosen, 1999, *cit. por* Hillman, 2008; Feldman et al., 1994, *cit. por* Hillman, 2008).

No que respeita à realidade portuguesa, Moreira (1999, *cit. por* Santos, 2001) refere que deverão existir mais de 500.000 homens com alterações eréteis, se considerarmos que a erecção se encontra perturbada em 50% dos indivíduos diabéticos, 80% dos atingidos por arteriopatía dos membros inferiores, 60% dos indivíduos que sofrem de alcoolismo, 50% dos doentes hemodialisados, 30 a 50% dos indivíduos hipertensos, 30% dos doentes pós enfarte do miocárdio e 30% dos que sofrem de esclerose múltipla.

Em 2005, a Sociedade Portuguesa de Andrologia, realizou um estudo com 1250 homens e 1250 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e 75 anos, revelando que 12.9% dos homens referiam problemas de erecção (Pereira, 2007). Ainda, o estudo

de Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, em 2006, concluiu que a DE foi a DS mais prevalente (69.4%) na amostra de homens. De acordo com os autores, estes dados sugerem uma influência de factores culturais na DE.

Tendo em conta que a DE está associada a uma considerável perda de auto-estima e masculinidade nos homens afectados, é frequentemente mantida em segredo durante muito tempo. Por essa razão, os dados existentes não são precisos, pois pode assumir-se que uma grande percentagem de casos não é detectada (Caspari, Huebgen & Derouet, 1999).

Em conclusão, é provável que a maioria ou a totalidade dos homens em algum momento da sua vida, mesmo que transitoriamente, venham a ter DE em algum grau (Anawalt & Bremner, 1999, *cit. por* Santos, 2001). Embora a prevalência desta disfunção seja elevada, cerca de 70% dos homens nesta condição não são tratados (Kubin et al., 2003, *cit. por* Pais Ribeiro & Santos, 2005).

7. Consequências da disfunção erétil

The man without the erection sees himself as being less than a man, as an unworthy, as a fraud. It is as if the flag of his manhood must remain furled for lack of a mast. Thus the terror, the shame, the withdrawal spurred by the dysfunction far exceed the reaction to almost any other medical condition (Julty, 1975, cit. por Zilbergeld, 1992, p. 15).

7.1. Consequências psicológicas e relacionais da disfunção erétil

Embora para alguns homens a FE possa não ser a melhor medida de satisfação sexual, a sua falha é susceptível de ser fonte de *stress*, e a dificuldade em conseguir completar o coito pode resultar em medo, diminuição da auto-confiança, auto-estima e auto-imagem, e depressão (*NIH Consensus Statement*, 1992, *cit. por* Pais Ribeiro & Santos, 2005; Potts, 2000).

Os homens com DE referem que esta afecta não só a intimidade emocional nas suas relações amorosas, bem como as interacções diárias com outras mulheres ou potenciais parceiras. Pode afectar ainda as suas relações com a família e amigos (*NIH Consensus Statement*, 1993, *cit. por* Latini, Penson, Wallace, Lubeck & Lue, 2006; Bokhour, Clark, Inui, Silliman & Talcott, 2001, *cit. por* Latini, Penson, Wallace, Lubeck & Lue, 2006). Tal como refere Potts (2000, p. 96): *The ability of the (...) penis – to demonstrate its strength and power “permeate(s) through other areas of life”*; a

change in erectile capacity affects an “unbelievable (change) in terms of how a person stands.

Perelman, Shabsigh, Seftel, Althof & Lockhart (2005) concluíram na sua investigação que 55% dos participantes concordaram que a DE é uma fonte de grande tristeza para si próprios e para as suas parceiras. A DE apresenta uma ameaça significativa para a relação do casal e está normalmente associada a severos conflitos à volta das questões de confiança, intimidade e dominância (Rosen, Leiblum, & Spector, 1994, *cit. por* Rosen, 1996). Ainda, está muitas vezes relacionada com a diminuição da intimidade emocional e física e a diminuição da satisfação com a relação e com a vida sexual, (Leiblum, 2002; Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008; Rosen, Broderick, Shabsigh, Swindle, Lockhart & Cameron, 2005). É de salientar que, muitas mulheres, de modo a reduzir a sua própria frustração ou para proteger o parceiro, podem evitar as relações sexuais (Leiblum, 2002).

As falhas erécteis podem ser vistas pela parceira como tendo o significado de que o homem já não a acha atraente, que já não a ama ou que ela não tem a capacidade para o excitar sexualmente, tal como ilustrado por Potts (2000, p. 95): (...) *the erect penis signifies desire for her; failure of this organ to elevate and rigidify is a demonstration of her lost ability to attract (his desire)*. Deste modo, o problema não se resume essencialmente à necessidade física de uma erecção, mas está igualmente ligado ao significado emocional da sua presença ou ausência (Zilbergeld, 1992).

7.2. *Disfunção eréctil, virilidade e masculinidade*

No discurso médico ocidental, o corpo masculino “saudável” e “funcional” deve ser capaz de produzir erecções “normais” que proporcionem satisfação sexual tanto para o homem como para a sua parceira. Deste modo, de acordo com Potts (2000), a “perda” de erecção pode ser vista como sinónimo de perda de virilidade e masculinidade, perda que pode ser ilustrada na sua afirmação posterior: *The term “impotent” infers that a man loses power through his “failure” to achieve an erection, and demonstrates how important a notion of “potency” is in constructions of conventional masculine sexuality* (Potts, 2005, p. 9).

Alguns autores enfatizam o grande poder simbólico e significado cultural associado à DE. Zilbergeld (1992) refere que o problema não se baseia apenas na visão primária de um pénis que não funciona de acordo com as expectativas, mas sim no

significado simbólico que todos os homens dão ao seu órgão sexual. De acordo com o autor, existe um modelo de fantasia que se centra na performance masculina, e a maior parte dessa performance depende de um pénis grande e de funcionamento automático. Deste modo, tudo gira em torno da questão: quão bem o pénis faz o seu trabalho? Para os homens, a capacidade para ter e manter erecções é a base da masculinidade e se o homem tem problemas como as erecções, isso não significa apenas que não é um bom amante mas sugere, igualmente, que não é inteiramente homem.

Ainda, a masculinidade pode estar negativamente correlacionada com a procura de tratamento médico. Tem vindo a ser estimado que cerca de 70% dos homens com DE não procuram tratamento (Kubin, Wagner & Fugl-Meyer, 2003, *cit. por* Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008). A teoria acerca da socialização dos géneros sugere que os homens com DE podem evitar procurar tratamento, pois isso pode criar um conflito ou ameaçar o conceito de masculinidade, que valida a ideia de que ter uma “vida sexual activa” e sucesso com as mulheres são centrais no senso de masculinidade (e.g., Phillips, 2006, *cit. por* Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008; Hyde, DeLamater & Byers, 2006, *cit. por* Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008).

8. Tratamento da disfunção erétil

Certainly [the discovery of a chemical injection that could produce an erection] started a new era in understanding sexual response. This really excited urologists who thought they could isolate the erection from the man. Now they have learned they can't detach the man from his penis (Baker, 2001, *cit por* Loe, 2001, p. 108)

8.1. *Intervenção psicoeducacional, aconselhamento, psicoterapia ou terapia sexual*

Hoje em dia existem diversos tipos de tratamento para a DE. Independentemente do tipo de tratamento escolhido pelo homem ou casal e médico, o apoio psicológico demonstra ser fundamental (Nodin, 2002). Este tem como principal objectivo restaurar um patamar de saúde física e emocional, em que se procura lidar com a “ansiedade de performance”, promover o controlo das distorções dos padrões de comunicação do casal e alterar os factores envolvidos num relacionamento desajustado. Em alguns

pacientes com DE de etiologia mista, a terapêutica psicosexual pode ajudar a eliminar a ansiedade e remover expectativas demasiado elevadas e irrealistas (Vendeira, 2003).

Sadovsky (2003) refere que o P-LI-SS-IT Model, desenvolvido por Annon (1976) oferece uma estrutura que é útil na organização da abordagem de um aconselhamento sexual breve. P-LI-SS-IT é um acrónimo utilizado para descrever quatro níveis diferentes de aconselhamento: permissão (*permission*); informação limitada (*limited information*); sugestões específicas (*specific suggestions*) e terapia intensiva (*intensive therapy*). Os três primeiros níveis de intervenção podem ser implementados por qualquer técnico de cuidados de saúde. Contudo, a terapia intensiva requer formação especializada em terapia sexual.

Melnik, Soares & Nasello (2008) referem que, tendo em conta a diversidade de intervenções psicológicas, os modelos psicoterapêuticos podem ser categorizados de acordo com a sua base teórica e técnicas:

8.1.1. *Terapia Racional-emotiva (Rational-emotive therapy; RET)*

Este tipo de terapia inclui elementos dos modelos comportamental e cognitivo e é conduzida em cerca de 12 a 16 sessões. Tem como objectivo desconstruir os pensamentos automáticos negativos e crenças disfuncionais que mantêm a DE, através da testagem de hipóteses de tarefas comportamentais, treino de competências e resolução de problemas. Os elementos-chave deste modelo são a intervenção psicoeducacional e cognitiva, redução da ansiedade sexual e de performance, identificação e modificação de *scripts*, resolução de conflitos e melhoria da relação e treino de prevenção de recaídas (Ellis, 1992, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008).

8.1.2. *Terapia sexual de grupo (Sex group therapy; GT)*

Este tipo de terapia é desenvolvida em cerca de 8 a 16 sessões e trabalha a DE e as experiências interpessoais actuais, assim como inclui o treino de competências pessoais e sociais, realização de trabalhos de casa acerca da ansiedade em situações de cariz sexual, educação e informação acerca da sexualidade masculina em geral, mitos acerca da sexualidade masculina, a procura de prazer e a capacidade para se dar prazer a si próprio (Rosen & Leiblum, 1995, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008).

8.1.3. *Terapia de Masters & Johnson modificada*

Esta abordagem é baseada nas noções de que a DS pode ter várias causas e que estas podem ser melhoradas com eficácia com programas de intervenção que combinem a educação, trabalhos de casa e aconselhamento (Masters & Johnson, 1970, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008).

8.1.4. *Intervenção educacional*

Refere-se a *workshops* focados na disseminação de informação acerca das mudanças psicológicas e fisiológicas que ocorrem na resposta sexual, bem como à utilização apropriada dos inibidores PDE-5 (Goldman & Carroll, 1990, *cit. por* Melnik, Soares & Nasello, 2008).

8.2. *Terapêuticas locais*

8.2.1. *Injecções intracavernosas*

As injecções intracavernosas têm como objectivo a provocação da erecção após injecção no pénis, utilizando-se para tal a papaverina, moxisylite, alprostadil (PGE1) ou fentolamina e associações. Desta forma, os médicos instruem os pacientes de modo a que estes pratiquem a auto-injecção em casa. Entre 5 a 10 minutos, sob o efeito da injecção, produz-se uma erecção suficientemente rígida para permitir a penetração, com uma duração variável de alguns minutos até várias horas. O risco principal que apresenta é o priapismo, uma erecção que ultrapassa as seis horas e que pode fazer com que o músculo erétil fique irremediavelmente destruído (Giuliano, 1998; Vendeira, 2003).

Os efeitos secundários mais frequentes são a dor e/ou ardência peniana, erecção prolongada, hematomas, esquimoses e fibrose corporal (Vendeira, 2003). De acordo com a experiência clínica, após algumas injecções, a maior parte dos homens não continua este tratamento, assim como a maior parte das parceiras não o aceitam, devido sobretudo à dificuldade de administração e custo elevado (Giuliano, 1998).

8.2.2. *Terapêutica intauretral*

Há alguns anos foi aperfeiçoada a via de administração de produtos erectógenos no interior do pénis: o produto é colocado na uretra, com a ajuda de um aplicador descartável – o sistema MUSE (*Medicated Urethral System for Erection*). Este sistema

permite que a substância (prostaglandina E1) se espalhe em direcção ao tecido erétil dos corpos esponjosos e cavernosos. O preço é semelhante ao das injeções intracavernosas, sendo necessário respeitar certas regras de orientação (Giuliano, 1998). Como efeitos secundários importantes deve salientar-se a dor local ligeira e ardência uretral, bem como a irritação vaginal na mulher (Vendeira, 2003).

8.2.3. *Terapêutica transdérmica*

À semelhança da terapêutica intrauretral, a terapêutica transdérmica foi desenvolvida de forma a dar resposta à grande taxa de descontinuação da terapêutica intracavernosa, procurando novas alternativas para administração de drogas vasoactivas no corpo cavernoso. Utiliza-se a nitroglicerina, sendo que as cefaleias constituem o principal efeito secundário, assim como a prostaglandina E1, minoxidil e papaverina (Vendeira, 2003).

8.2.4. *Dispositivos de vácuo*

Este sistema mecânico consiste em provocar um afluxo de sangue nos corpos cavernosos, por meio de uma diminuição de pressão, criada por uma bomba de vácuo aplicada no pénis antes da relação sexual. A erecção mantém-se devido a um ou dois anéis elásticos aplicados na base do pénis. Os principais efeitos secundários são a dor peniana, esquimoses e pequenas erosões cutâneas, diminuição da sensibilidade peniana, atraso ejaculatório e ejaculação dolorosa (Vendeira, 2003). Em casos mais raros, a erecção obtida nem sempre é satisfatória, o pénis pode ficar com uma cor violácea (Giuliano, 1998) e podem ainda existir deformidades penianas (Vendeira, 2003).

8.3. *Terapêuticas cirúrgicas*

8.3.1. *A cirurgia vascular*

Existem várias técnicas cirúrgicas, como a revascularização arterial, que foi abandonada com o decorrer dos anos por falta de eficácia ou devido a complicações médicas. Actualmente, a técnica mais utilizada consiste em aumentar o fluxo arterial pela artéria epigástrica, uma pequena artéria situada na parede do abdómen. Existe também a cirurgia das veias do pénis, chamada “caverno-venosa”, constatando-se uma mediocridade de resultados (Giuliano, 1998).

Os factores preditivos de uma evolução desfavorável neste tipo de cirurgias consistem essencialmente na idade do doente, duração da DE, anomalias venosas proximais e insuficiência arterial concomitante (Vendeira, 2003).

8.3.2. *Próteses e implantes penianos*

Actualmente utilizam-se três tipos de próteses: a) semi-rígidas, em que se inserem tubos de silicone com armação metálica nos corpos cavernosos, fazendo com que o pénis nunca fique completamente flácido; b) próteses insufláveis, que consistem na implantação de dois cilindros nos corpos cavernosos e na colocação no escroto de uma bomba de encher e esvaziar semelhante a um testículo; c) implantes moles, que são semelhantes a uma prótese semi-rígida mas de consistência mais mole. Deve sublinhar-se que a colocação de uma prótese peniana ou até de um implante mole, requer a destruição definitiva mais ou menos completa do tecido erétil, não existindo nenhum meio de recuar após a intervenção (Giuliano, 1998).

8.4. *Abordagem farmacológica oral*

Os agentes orais constituem hoje a terapêutica de primeira linha para a maioria dos pacientes com DE devido aos seus benefícios e ausência de invasividade. Dentro dos fármacos de acção oral, existem os agonistas dopaminérgicos, como a apomorfina, que permitem uma acção central e amplificam o efeito da estimulação sexual a nível do SNC. Estudos clínicos demonstram que as erecções ocorrem em média cerca de 18 a 19 minutos após a sua administração (Vendeira, 2003).

Existem ainda os antagonistas dos receptores adrenérgicos, como a fentolamina e a yohimbina. A yohimbina é proveniente do extracto da casca de uma árvore africana e actua no Sistema Nervoso Central (Santos, 2001; Silva & Pires, 2002) e tendo como efeitos secundários mais frequentes a ansiedade, náuseas, palpitações e tremores (Vendeira, 2003). De acordo com Morales (2001, *cit. por* Steers, 2002), a yohimbina é um agente oral com pouca eficácia no tratamento da DE.

Existe ainda o cloridrato de trazodona, introduzido no mercado como um antidepressivo, sendo que a verificação da existência de casos de priapismo levaram à sua utilização com sucesso em algumas situações de DE (Vendeira, 2003).

9. Abordagem farmacológica oral: os inibidores da fosfodiesterase tipo 5

The official story (of Viagra) thus features Nobel Prize-winning scientists, altruistic volunteers, desperate patients, lucky discoveries and so on, in a dramatic narrative that constructs impotence as a plague of mankind since time immemorial awaiting the liberating touch of modern scientific pharmacology (Tiefer, 2006, p. 281).

O tratamento da DE mudou em 1998 após o Viagra® (Sildenafil) ter sido aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) como o primeiro inibidor PDE-5 para o tratamento da DE (Tiefer, 2006). A descoberta do Sildenafil, definida pela Pfizer como uma “*frequently-told tale of science and serendipity*” (Katzenstein, 2001, p. 80, cit por Tiefer, 2006), surge como a “ferramenta capaz de arranjar a máquina masculina avariada” (Loe, 2001, p. 109), a “pílula do prazer”, “pílula do amor”, “pílula-milagre”, “pílula da felicidade”, “arma absoluta contra a impotência”, etc. (Giuliano, 1998).

A fórmula do Sildenafil centra-se na descoberta de dois químicos: o NO, que quando administrado ao ser humano induz o relaxamento dos músculos lisos do pénis, e o citrato de Sildenafil (Wright, 1996, *cit. por* Tiefer, 2006). A erecção é mantida enquanto existir relaxamento do músculo liso dos corpos cavernosos, sendo este fenómeno conseguido devido à GMPc (Silva & Pires, 2002). Sabe-se que a acção relaxante da GMPc é anulada pela fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5) existente nas próprias fibras musculares cavernosas. Os fármacos orais que actuam por inibição da PDE-5, permitem potenciar a acção da GMPc, obtendo melhores erecções (Pereira, 2007).

Até à introdução do Sildenafil, o tratamento dos pacientes com DE pertencia ao campo dos urologistas e dos profissionais de saúde mental, passando, depois disso, a incluir os médicos de especialidade não-urológica. A introdução deste fármaco revolucionou o tratamento da DE e expandiu o campo dos cuidados de saúde sexuais (Padma-Nathan, 1999). Após a sua aprovação, o Sildenafil bate no primeiro mês de vendas o *record* de medicamento mais vendido (Moreira, 2002a). Contudo, os jornalistas que seguiram a sua história começaram a relatar algumas mortes relacionadas com o fármaco que, presumivelmente, se poderiam dever a falha cardíaca (Leland, 1998, *cit. por* Tiefer, 2006).

9.1. *Sildenafil (Viagra®)*

9.1.2. *A forma de actuação do Sildenafil*

O efeito do Sildenafil pode iniciar-se 14 minutos após a toma e tem uma duração de 3 a 4 horas, sendo a sua eficácia reduzida pelo álcool (Arduca, 2004). A dose inicial recomendada é de 50 mg, uma hora antes da actividade sexual, podendo ser ajustada para 25 mg ou 100 mg, consoante a resposta eréctil. A frequência máxima de utilização recomendada é de uma dose, uma vez por dia (Pfizer, 2007). Porém, só produz efeito se existir desejo sexual por parte do homem e estimulação (Giuliano, 1998). É de salientar que a ingestão de alimentos com um nível elevado de gorduras pode diminuir a absorção do fármaco e diminuir ou atrasar a sua eficácia (Wallis, 1999, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004; Rosen, Padma-Nathan, Shabsigh, Saikali, Watkins & Pullman, 2004, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

9.1.3. *Eficácia do Sildenafil*

Goldstein et al. (1998, *cit. por* Wannmacher, 2006) realizaram um ensaio clínico controlado por placebo para avaliar a eficácia do Sildenafil, concluindo que doses crescentes da medicação se associaram a uma melhoria da FE. Nas últimas quatro semanas do estudo, 69% dos participantes que tomaram Sildenafil relataram a presença de erecções durante o coito, em comparação com 22% que estavam a tomar um placebo.

9.1.4. *Efeitos secundários do Sildenafil*

O Sildenafil, de acordo com as experiências clínicas realizadas, tem como principais efeitos secundários as cefaleias, dispepsia, rubor da pele, congestão nasal e distúrbios visuais (Wallis, 1999, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004). Os dois efeitos secundários mais comuns são as cefaleias e o rubor da pele, os quais têm uma duração curta e são facilmente tratados (McCullough, 2002).

9.2. Tadalafil (Cialis®)

9.2.1. A forma de actuação do Tadalafil

O efeito do Cialis® pode iniciar-se logo após 16 minutos, atinge a sua eficácia máxima passadas duas horas e pode ter efeito até 17.5 horas (Patterson *et al.*, 2002, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004; Kuan & Brock, 2002; Kloner, 2002, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004). Foi demonstrado que o Tadalafil pode restaurar significativamente a FE durante 36 horas, após a toma de 1 dose de 20 mg em mais de 50% dos homens, podendo oferecer uma margem extra de conveniência entre os três inibidores PDE-5 (Kuan & Brock, 2002). As propriedades farmacocinéticas únicas do Tadalafil, assim como a ausência de interacções com alimentos e álcool, são factores que oferecem maior facilidade de utilização, uma vez que o casal não necessita de planear a actividade sexual (Vendeira, 2003).

Pode assumir a forma de 5, 10 ou 20 mg, assim como pode ter a forma de dosagem uma vez por dia (*once-a-day dosing*) para os homens que antecipem que o uso do fármaco será superior a duas vezes por semana. Neste caso, o paciente deve tomar o fármaco todos os dias aproximadamente à mesma hora, permitindo que obtenha uma erecção, quando sexualmente estimulado, em qualquer altura do dia (Lilly, 2008).

9.2.2. Eficácia do Tadalafil

O fármaco demonstra ser estatisticamente superior ao placebo relativamente à taxa de relações sexuais bem sucedidas, assim como no que diz respeito à capacidade de penetração, satisfação com a qualidade da erecção e satisfação global (Porst, 2002, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004).

9.2.3. Efeitos secundários do Tadalafil

Os efeitos secundários mais comuns são as cefaleias (11%) e dispepsia (7%), seguidos de dores de costas (4%), congestão nasal (4%), mialgia (4%) e rubor da pele (4%; Porst, 2002, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004). Estes efeitos secundários são geralmente fracos a moderados e com uma taxa de descontinuação de 1.7% comparativamente com 1.1% em pacientes que tomaram um placebo (Kuan & Brock, 2002).

9.3. *Vardenafil (Levitra®)*

9.3.1. *A Forma de actuação do Vardenafil*

O Vardenafil tem um início de acção de 11 minutos após a toma, atingindo o seu efeito máximo após 40 minutos e dura até 4.4/4.8 horas (Stark, 2001, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004; Rosen, Padma-Nathan, Shabsigh, Saikali, Watkins & Pullman, 2004, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

Pode assumir a forma de 2.5 mg, 5 mg, 10 mg e 20 mg, sendo que para a maior parte dos homens, a dose inicial recomendada é de 10 mg. Permite a toma de uma dose mais pequena, o que pode ser um factor significativo se associado a menos efeitos secundários e a maior tolerabilidade (Kuan & Brock, 2002). É de salientar que não deve ser tomado mais que uma vez por dia (Bayer, 2005).

9.3.2. *Eficácia do Vardenafil*

Num estudo realizado em pacientes com DE tratados com Vardenafil (5–20 mg/dia; Porst *et al.*, 2001, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004), avaliou-se a capacidade de penetração e a capacidade para manter uma erecção, constatando-se, relativamente às tentativas de coito e erecção com sucesso comparando, percentagens de 75% no grupo do Vardenafil, comparativamente com 40% no grupo placebo.

9.3.3. *Efeitos secundários do Vardenafil*

Os efeitos secundários do Vardenafil parecem ser semelhantes aos do Sildenafil, sendo as cefaleias, rubor da pele, dispepsia e congestão nasal (6.8%, 10.2%, 0.7% e 4.8%, respectivamente), os sintomas mais comuns nos pacientes que tomaram 5 mg (Porst *et al.*, 2001, *cit. por* Kalsi & Kell, 2004).

10. **Terapia combinada: inibidores da fosfodiesterase tipo 5 e intervenção psicoeducacional, aconselhamento, psicoterapia ou terapia sexual**

Although the idea of combination therapy sounds intuitively correct, there remain several unanswered questions (...) Practically speaking, how are the resources allocated—who delivers the care, where is the intervention done, are the medical and psychological treatments concomitant or stepwise? (Althof, 2006, p. 122).

O encaminhamento tradicional de pacientes de cuidados de saúde primários para um terapeuta sexual enfrenta muitas dificuldades. Por uma grande variedade de razões (estigma, custo, seguro de saúde, falta de motivação, etc.), estima-se que apenas 10% dos pacientes encaminhados marquem presença numa primeira visita com um terapeuta sexual (Althof, 2006).

Muitos artigos têm descrito intervenções psicológicas combinadas com o uso de inibidores PDE-5 em homens com DE. Na investigação de Melnik & Abdo (2005, *cit. por* Althof, 2006) dividiu-se os participantes em três grupos experimentais. No primeiro grupo, os participantes receberam durante seis meses psicoterapia e tomaram 50 mg de Sildenafil; o segundo grupo recebeu apenas 50 mg de Sildenafil e o terceiro grupo recebeu apenas psicoterapia. Os resultados demonstraram que o grupo da terapia combinada e o grupo da psicoterapia obtiveram melhorias estatisticamente significativas no domínio da FE.

Noutro estudo, Phelps, Jain, & Monga (2004, *cit. por* Althof, 2006) compararam dois grupos de participantes, em que o primeiro recebeu uma sessão de intervenção psicoeducacional e Sildenafil, e o segundo recebeu apenas Sildenafil. Após 24 semanas de tratamento, os dois demonstraram melhorias significativas. Todavia, os scores da satisfação com o tratamento no grupo da intervenção psicoeducacional foram significativamente mais elevados do que no grupo do Sildenafil.

Na investigação de Pallas, Levine, Althof & Risen (2000, *cit. por* Althof, 2002), todos os pacientes receberam Sildenafil e psicoterapia. Após a primeira consulta de *follow-up*, o Sildenafil combinado com a psicoterapia demonstrou melhorar as ereções em 67% dos homens; 55% foram capazes de ter relações sexuais satisfatórias; 52% tiveram relações sexuais com uma frequência regular e sem novos sintomas. Estes estudos sugerem que combinar tratamentos médicos e psicológicos na DE melhora os resultados, promove uma maior satisfação com o tratamento e diminui as taxas de descontinuação, em comparação com grupos que recebem somente tratamentos médicos (Althof, 2006).

11. O papel dos factores fisiológicos, psicológicos, relacionais e sexuais na farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5

(...) *The administration of a pharmacological agent functions as a "therapeutic probe," uncovering patient and partner, interpersonal, and contextual issues that can conspire to interfere with the stated goal of resuming lovemaking* (Althof, 2006, p. 125).

Alguns pacientes são difíceis de tratar e os resultados do tratamento são geralmente insatisfatórios. Estes pacientes incluem aqueles em quem todos os agentes farmacológicos falharam e as próteses penianas resultaram numa morbidade significativa. Sabe-se que os pacientes com diabetes são um dos grupos com dificuldades no tratamento, devido às complicações derivadas da diabetes (Rendell et al., 1999, *cit. por* Carson, 2002).

Os pacientes com fibrose do corpo cavernoso severa podem responder de forma pobre aos agentes farmacológicos e podem ser difíceis de tratar cirurgicamente. Ainda, os pacientes com doenças cardiovasculares severas são também difíceis de tratar. Os pacientes em risco devem ter um *follow-up* e avaliação cardiológica, bem como devem ser aconselhados a não ter uma actividade sexual agressiva. Os pacientes com elevado risco de doença cardiovascular devem ser aconselhados a adiar o tratamento até o seu estado ser estabilizado e melhorado (Carson, 2002). Um dos grupos mais difíceis de tratar são aqueles com desejo sexual hipoactivo. Alguns pacientes com níveis de testosterona baixos podem ter uma libido diminuída e podem ser tratados com sucesso com terapia de substituição com testosterona ou androgénios (Carson, 2002).

É de salientar que os padrões comuns de relações sexuais podem ser perturbado com o uso de farmacoterapia. Hillman (2008) levanta algumas questões pertinentes, como a ansiedade sentida pelo homem para ter relações sexuais no momento em que o fármaco começar a produzir efeito, o medo por parte da mulher de que o parceiro tenha mais interesse no acto físico da penetração e menos nos preliminares sem ligação emocional, ou o medo de ataque cardíaco. Quando está para ocorrer a relação sexual, a iniciativa de abordar a questão da toma da farmacoterapia é uma barreira comum, sendo que alguns casais são mais flexíveis nas suas rotinas que outros (Dunn, Althof, & Perelman, 2006, *cit. por* Althof, 2006).

A duração do efeito do fármaco pode influenciar igualmente os scripts sexuais (Dunn, Althof, & Perelman, 2006, *cit. por* Althof, 2006). Para alguns homens, o uso de

um agente farmacológico com uma acção mais curta pode fazer com que a pressão para agir aumente. Os fármacos de duração mais longa permitem uma maior espontaneidade, podem ajudar a reparar contratempos ao nível sexual e criar mais oportunidades que se inicie a relação sexual (Althof, 2006). Ainda, é de referir as expectativas irrealistas dos pacientes. Por exemplo, alguns homens acreditam que “com a minha erecção restaurada, a relação sexual irá ser mais frequente” ou “sentir-me-ei mais amado e bem sucedido na vida”. Quando estas expectativas não se realizam, há uma desmoralização e os pacientes abandonam o tratamento (Althof, 2006).

Finalmente, padrões disfarçados ou escondidos de desejo sexual, como desejos homossexuais, falta de desejo pela parceira ou situações sadomasoquistas, poderão interferir no uso bem sucedido da farmacoterapia. Os inibidores PDE-5 requerem que o homem deseje a sua parceira, e se não existir desejo sexual, não existirá resposta erétil (Althof, 2006).

12. O papel da parceira no tratamento da disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase tipo 5

For women, as well as men, then, it seems that nonerection has a negative impact. While he may equate loss of penile (thrust) power with loss – or death – of his self, without this show of affection, she is less herself; she is deprived of completion, doomed to remain fragmentary (as woman) (Potts, 2000, p. 95).

Várias investigações têm vindo a realçar o papel da parceira no tratamento da DE com inibidores PDE-5 (Althof, 2006; Riley, 2002; Klotz, Mathers, Klotz & Sommer, 2007; Ichikawa et al., 2004). Althof (2006) salienta que algumas parceiras podem ressentir-se quando o homem toma o fármaco para estimular o desejo sexual, acreditando que a resposta sexual se deve aos efeitos do fármaco e não a elas próprias. Outras parceiras podem ter medo que a medicação possa fazer mal ao homem, monitorizando as suas reacções físicas em vez de se focarem nas suas próprias sensações ou prazer

Muitas vezes, se a parceira do homem com DE compreender que as suas necessidades sexuais não estão a ser satisfeitas, pode não se mostrar cooperativa em ajudar o homem a recuperar a sua FE e pode mesmo sabotar o seu tratamento (Riley, 2002). Riley & Riley (2000, *cit. por* Riley, 2002) determinaram que 20.2% das

parceiras consideravam o coito como sendo importante, enquanto a percentagem nos homens era consideravelmente superior (47.6%). Deste modo, é importante salientar que se a parceira não estiver muito interessada no coito, poderá igualmente estar pouco interessada em ajudar o homem a consegui-lo (Riley, 2002).

A falta de informação da parceira relativamente à utilização dos inibidores PDE-5 pode ser um risco potencial tendo em conta as contra-indicações específicas e efeitos secundários da DE. O estudo de Klotz, Mathers, Klotz & Sommer (2007) concluiu que 93% dos pacientes com DE severa informaram as suas parceiras sexuais de que estavam a tomar um inibidor PDE-5, enquanto menos de 40% dos pacientes com uma DE moderada a fraca partilharam essa informação com as suas parceiras.

Ichikawa et al. (2004) realizaram um estudo com o objectivo de avaliar a satisfação das parceiras dos pacientes que fizeram tratamento com Sildenafil para a DE. Os resultados demonstraram que a maioria (66.7%) das parceiras estavam satisfeitas com o tratamento e 20% estavam desapontadas. A maioria das participantes (66.7%) queria que os seus parceiros continuassem o tratamento com o fármaco, porém, 10% das parceiras queriam que os pacientes descontinuassem o tratamento com Sildenafil e 23.3% das participantes estavam indecisas acerca de querer que os seus parceiros continuassem o tratamento.

13. O papel do médico no tratamento da disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase tipo 5, o *follow-up* e a relação médico-paciente

A avaliação diagnóstica (...) pressupõe um diálogo inteligente – saber ouvir, saber esclarecer – o que em área tão íntima, quase secreta, do ser humano, faz com que a Medicina se assuma como verdadeira Arte! (Requixa & Rolo, 2003, p. 184).

Muitos homens com DE irão inicialmente consultar um médico de clínica geral, sendo estes, mais do que os urologistas, que irão prescrever um inibidor PDE-5 (McCullough, Carson & Hatzichristou, 2006; Jardim et al., 2000, *cit. por* Broderick, 2003). Compete aos médicos de família e de clínica geral demonstrar uma preocupação maior pela vida sexual dos seus pacientes, interrogando-os sobre a sua actividade sexual e sobre a sua FE (Moreira, 2002b). Na entrevista clínica deve ser dada a ideia de que os dados que vão sendo recolhidos e as trocas de impressão sobre a temática sexual ou existencial têm uma finalidade terapêutica, no sentido de ser aumentada a adesão do paciente à consulta (Palha, 2002).

O estudo de Hartmann & Burkart (2007) pretendeu avaliar as reacções dos pacientes relativamente à discussão de questões sexuais com os seus médicos. Foi concluído que 65% dos participantes tinham reacções positivas (65%), sendo que 30% demonstravam uma reacção negativa e 5% dos casos uma reacção neutra. As reacções positivas mais frequentes foram: interesse, abertura e disponibilidade para falar ou confiar, seguidas de alívio ou agradecimento devido à iniciação da conversa por parte do clínico. Relativamente às reacções negativas ou defensivas dos pacientes, constatou-se a recusa em continuar a conversa, seguida dos pacientes que demonstraram pouca abertura ou embaraço. De acordo com Read, King & Watson (1997, *cit. por* Sadovsky, 2003), apesar de mais de 70% dos pacientes numa grande amostra terem considerado os assuntos sexuais como um tópico apropriado para o médico de família ou clínico geral discutir, as evidências demonstram que apenas 2% dos clínicos gerais discutem estes assuntos com os seus pacientes.

Alguns médicos falham em informar os pacientes devidamente e em assegurar cuidados continuados, assim como em estar envolvidos na rotina dos pacientes e questionar acerca das necessidades e expectativas dos pacientes (Tsimtsiou, Hatzimouratidis, Nakopoulou, Kyrana, Salpiggidis & Hatzichristou, 2006, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007). As visitas de *follow-up* nos pacientes com DE são essenciais, não só para melhorar a comunicação médico-paciente, mas também para identificar e resolver problemas derivados do tratamento, assim como para dar aconselhamento contínuo tanto aos pacientes como às parceiras, prevenindo a insatisfação com o tratamento (Hatzimouratidis et. al, 2006; Mccullough, Carson & Hatzichristou, 2006).

14. Optimização do tratamento com inibidores da fosfodiesterase tipo 5

As with any other treatment, the clinician's responsibility in the care of ED patients does not end with the writing of a prescription. Adequate education and follow-up are needed to optimize the efficacy and safety of oral ED therapy (Kalsi & Kell, 2004, p. 267).

A optimização do tratamento é um processo contínuo que pode promover a adesão ao tratamento e reduzir a descontinuação do mesmo e que requer a participação do médico e do paciente na selecção da medicação e dose mais apropriadas, a

discussão de instruções apropriadas para o uso, controlo dos factores de risco, gestão da doença, e um *follow-up* com instruções adicionais e ajustamentos de dose para aumentar a eficácia e melhorar a tolerabilidade (McCullough, Carson & Hatzichristou, 2006; Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg, 2008; Hatzichristou et al., 2005; Gruenwald et al., 2006, *cit. por* Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg, 2008; Hatzimouratidis, Moysidis, Bekos, Tsimtsiou, Ioannidis & Hatzichristou, 2006).

De acordo com Hatzichristou (2002), existem aspectos críticos para se lidar com a DE, tais como os incluídos no acrónimo “FAST” (*Follow-up*, Ajuste do tempo de administração, Estimulação sexual e Adaptação do paciente à dose máxima tolerada; *Follow-up, Adjustment of time of administration, Sexual stimulation and Titration to the maximum tolerated dose*).

A investigação de Hatzimouratidis & Hatzichristou (2007) demonstrou que as instruções inapropriadas, a inexistência de *follow-up* e a falha nos modelos centrados no paciente são as principais razões para a aparente “falha de resposta” que leva a *dropouts* dos inibidores PDE-5 superiores a 50%. Deve referir-se que um paciente só deve ser considerado como não estando a responder à farmacoterapia após quatro tentativas de administração da dose máxima tolerada, respeitando o *timing* relativo às refeições, ingestão de álcool, uso de medicação concomitante e estimulação/desejo sexual adequados (Carson et al., 2004, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

McCullough, Barada, Fawzy, Guay, & Hatzichristou (2002) concluíram que a probabilidade dos pacientes conseguirem uma relação sexual satisfatória atingia a probabilidade máxima aproximadamente na oitava tentativa com o Sildenafil. Ainda, uma abordagem que contemplou uma compreensão da doença, incluindo a história médica, exames físicos, material educacional acerca da DE, modificação de factores de risco e aconselhamento, resultou em relações sexuais satisfatórias em 74% dos pacientes.

Uma das formas de optimização do tratamento é permitir que os pacientes experimentem os três inibidores PDE-5 e prescrever o fármaco que o paciente e a parceira desejam. A oportunidade dos pacientes optimizarem o seu próprio tratamento, permite que fiquem mais satisfeitos com os resultados e mais motivados a continuar o tratamento. Ainda, este regime leva a um inevitável *follow-up* dos resultados antes de uma decisão final relativamente ao tipo de tratamento a adoptar (Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg, 2008).

O tratamento futuro incluirá a combinação de terapias, ideal para muitos dos pacientes com DE que não respondem apenas a fármacos orais (Carson, 2002). Por exemplo, Mydlo, Volpe & MacChia (2000, *cit. por* Carson, 2002) avaliaram uma terapia combinada entre o MUSE e o Sildenafil. Os resultados indicaram que 65 em 214 homens tratados não estava satisfeito com a máxima dose de Sildenafil ou com o MUSE. Contudo, 60 em 65 pacientes alcançou taxas de satisfação significativas quando se combinavam os dois agentes.

15. Procura de tratamento e adesão à farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5

Recognizing attitudes that might impede treatment seeking or compliance will help the physician accommodate a patient's personal preference and is likely to improve patient satisfaction and quality of life (Perelman, Shabsigh, Seftel, Althof & Lockhart, 2005, p. 405).

Os médicos e pacientes defrontam-se hoje com um dilema relativamente a que fármaco seleccionar para o tratamento. Em muitos casos, os pacientes preferem um fármaco capaz de restaurar uma FS “normal”, isento de efeitos secundários significativos e que permita pouco planeamento da actividade sexual.

Neste sentido, vários estudos têm vindo a apontar as características consideradas pelos pacientes como sendo mais importantes numa medicação para a DE. No que respeita aos factores relativos à medicação, destacam-se o custo, forma de administração, efeitos secundários, tolerância, confiança, segurança, rapidez de efeito e duração da acção, potencial interacção com comida ou álcool, eficácia, consistência das respostas à medicação e qualidade das erecções (Eardley, Rosen, Fisher, Niederberger & Sand, 2004, *cit. por* Mulhall, McLaughlin, Harnett, Scott, Burhani & Russell, 2005; Kuan & Brock, 2002; Montorsi et al., 2005, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007). Lue et al. (2004) acrescenta ainda a invasividade, reversibilidade, aprovação do tratamento e disponibilidade do mesmo.

Perelman, Shabsigh, Seftel, Althof & Lockhart (2005) concluíram no seu estudo que metade dos homens (49.3%) referiu ser capaz de fazer “quase tudo” para curar a sua DE. Contudo, Shabsigh, Perelman, Laumann & Lockhart (2004, *cit. por* Perelman, Shabsigh, Seftel, Althof & Lockhart, 2005) constataram que a maioria dos homens com DE não procura tratamento. Entre os homens que não procuraram tratamento,

26% referiram que “não queriam tomar medicamentos para a DE”. Ainda, o estudo de McCabe & Matic (2007) concluiu que os participantes com DE que ainda não tinha consultado um médico, apontaram como razões principais o “estar à espera que a disfunção desaparecesse” (46.4%), “embaraço para falar acerca da DE” (45.4%) e “não se sentirem confortáveis a falar sobre a DE com o seu médico actual” (29.9%).

No que respeita aos factores relacionais destacam-se as características e necessidades dos pacientes e das suas parceiras, espontaneidade, naturalidade e aceitação da parceira (Bancroft & Janssen, 2000, *cit. por* Rosen et al., 2006; Stroberg, Murphy & Costigan, 2003, *cit. por* Sadovsky, 2007). Deste modo, envolver as parceiras dos homens com DE nas discussões acerca das opções de tratamento tem demonstrado aumentar a adesão ao tratamento e a satisfação com o tratamento (Riley, 2002; Sadovsky, 2007).

Deve citar-se um estudo recente, realizado por McCabe & Matic (2007) que concluiu que as características essenciais de um inibidor PDE-5 eram a segurança (82.9%); o preço razoável (81.7%); poucos efeitos secundários (71.5%); fácil administração (87.8%), que possa ser usado concomitantemente com medicação para outras condições médicas (74.1%), que tenha efeito com uma estimulação sexual natural (74.1%) e que apenas proporcione uma erecção quando a pessoa assim o deseje (79.0%).

Berner, Ploger & Burkart, (2007) concluíram que a melhoria da qualidade de vida (QDV), das relações sexuais, da auto-estima e das erecções eram os mais importantes preditores no aumento da possibilidade de uso de um inibidor PDE-5. Os riscos associados ao tratamento foram identificados como sendo os factores responsáveis pelo desencorajamento na procura de tratamento para a DE. Estes riscos podem ser melhor ilustrados no estudo de Perelman (2003), como o medo de efeitos secundários, reacções às mudanças associadas com a idade, reacções relativamente às doenças crónicas, mudanças associadas com a medicação, mudanças associadas com o stress e outras questões psicológicas, perda da parceira, atitude da parceira, etc.

Uma forma de aumentar a adesão ao tratamento com inibidores PDE-5 é ilustrada no estudo de Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg (2008), que concluiu que a adesão à farmacoterapia pode ser aumentada após os pacientes experimentarem os três inibidores PDE-5 na dose recomendada mais elevada.

16. Descontinuação da farmacoterapia com inibidores da fosfodiesterase tipo 5

If erectile function is so important for overall well-being, self-esteem, and partner relations and we have an easy and effective way to treat ED, why do people stop using it? (Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007, p. 176)

Sabe-se que cerca de 60% dos homens abandonam a terapia de injeção intracavernosa ou terapia de vácuo (Turner et al., 1992, cit por Althof, 2006). Esta descontinuação foi atribuída à natureza do tratamento, como o facto de ter de se injectar o pénis ou de se usar um meio artificial para ter uma erecção (Althof, 2002). Contudo, foi surpreendente que, quando os inibidores PDE-5 apareceram, e tendo em conta a sua facilidade de uso, eficácia e segurança, a taxa de descontinuação revelou-se em cerca de 50% (e.g., Padma-Nathan, Eardley, Kloner, Laties, & Montorsi, 2002, *cit. por* Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007; Jiann, Yu, Su & Tsai, 2005, *cit. por* Jiann, Yu, Su & Tsai, 2006).

Althof (2002) ilustra as causas da resistência psicológica que podem contribuir para a descontinuação do tratamento com inibidores PDE-5: 1) a extensão de tempo em que o casal foi abstinente antes de procurar tratamento; 2) a abordagem do homem no que respeita à vida sexual com a parceira; 3) as expectativas relativamente à mudança que o fármaco irá ter na sua vida; 4) a disponibilidade física e emocional da parceira para a relação sexual; 5) o significado subjacente ao uso de uma intervenção médica para restaurar a vida sexual do casal; 6) a qualidade global da relação e 7) os padrões não convencionais de desejo sexual no homem.

Apenas um em cada dois homens continua um inibidor PDE-5 após dois anos do início do tratamento, existindo diversas razões para esta descontinuação (e.g., Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens, 2002; Klotz, Mathers, Klotz & Sommer, 2005; Son, Park, Kim & Paick, 2004). Contudo, os resultados das investigações referentes ao tempo médio de tratamento com inibidores PDE-5 são contraditórios.

Klotz, Mathers, Klotz & Sommer (2005) realizaram um estudo com o objectivo de determinar a percentagem de descontinuação da farmacoterapia com Sildenafil e tentar compreender as razões para essa descontinuação. Apenas 69% dos participantes pediram uma segunda prescrição 6 meses após terem recebido a primeira. Os restantes (31%) não pediram nenhuma prescrição, uma conclusão que prevê que a necessidade

de tratamento para a DE é modulada por numerosos factores. Estes pacientes citaram maioritariamente razões situacionais e de relacionamento para a descontinuação da farmacoterapia, questão que irá ser posteriormente discutida.

O estudo de Ströberg, Hedelin & Bergström (2007) teve como objectivo estudar as razões para a descontinuação do tratamento com Sildenafil, concluindo que 47% dos homens ainda utilizavam o fármaco pelo menos duas vezes por mês e por mais de 2 anos após o início do tratamento, apenas 3 (7%) usaram-no mais do que duas vezes por semana e 13 (30%) usaram de uma a duas vezes por semana. O estudo de Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku (2007) concluiu que 30% dos pacientes descontinuaram o tratamento após a primeira prescrição e 50% após três anos de *follow-up*.

Jiann, Yu, & Tsai (2006) pretenderam avaliar a adesão ao tratamento, os factores que o afectam e as razões envolvidas nos *dropouts*. Destes sujeitos, 43% referiram que continuavam a usar o Sildenafil e 57% afirmaram já não usar, numa média de *follow-up* de 3 anos. Padma-Nathan, Eardley, Kloner, Laties, & Montorsi (2002, *cit. por* Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007) determinaram que 32% dos pacientes abandonaram a farmacoterapia após 3 anos, enquanto outro estudo realizado por Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart, & Leufkens (2002) demonstrou que esta descontinuação se dava durante o período médio de 18 meses.

Um resultado surpreendente é o do estudo de Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg (2008) que permitiu que os pacientes experimentassem os três inibidores PDE-5, concluindo que 89% dos pacientes que tinham experimentado outras modalidades de tratamento para a DE continuaram o tratamento durante 5 anos. No grupo de pacientes que nunca tinha experimentado nenhum tratamento para a DE, constatou-se igualmente uma taxa baixa de descontinuação (14%) após dois anos. Isto pode indicar que o regime de tratamento no qual os pacientes podem experimentar os três inibidores PDE-5, não só resulta numa taxa elevada de resposta (89%), mas igualmente numa adesão invulgar mesmo sob um período longo (2 anos).

Hatzimouratidis & Hatzichristou (2007) referem que este “regime de três fármacos” permite que os pacientes escolham o fármaco de acordo com a eficácia percebida, o tempo de início de acção, duração da acção e as suas experiências individuais relativamente aos efeitos secundários. Todavia, o paciente pode vir a ter que experimentar quatro comprimidos de duas doses de cada fármaco antes de escolher qual prefere. Tendo em conta que o uso típico de um inibidor PDE-5 é de duas vezes

por semana, a duração deste período de escolha pode estender-se até 3 meses, estratégia que, de acordo com os autores, parece ser irrealista.

De acordo com Pescatori, Drei, Morgia & Farina (2006), é importante que se diferencie os ensaios clínicos dos padrões “reais” no uso dos inibidores PDE-5 e no seu respectivo *dropout*. Nos ensaios clínicos, os pacientes estão motivados e têm uma melhor formação, a medicação está insenta de qualquer custo e o *follow-up* é realizado por médicos experientes.

Apenas no estudo de Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg (2008) se constata taxa de descontinuação da farmacoterapia reduzidas, o que remete para uma questão central no tratamento da DE: Se não é a eficácia, então quais são os factores que contribuem para este fenómeno de *dropout*? (Althof, 2002).

Ströberg, Hedelin & Bergström (2007) sublinham que os problemas médicos, perda de eficácia e efeitos secundários severos, não são as razões da maioria dos pacientes que descontinua o tratamento (e.g., Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens, 2002; Jiann, Yu, Su & Tsai, 2005, cit por Jiann, Yu, Su & Tsai, 2006; Son, Park, Kim & Paick, 2004). Para a maioria dos pacientes, as explicações para a descontinuação da farmacoterapia são mais obscuras (Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007).

16.1. Razões para a descontinuação da farmacoterapia com inibidores PDE-5

16.1.1. Formação inadequada do paciente relativamente ao uso do fármaco

Estudos demonstram que a descontinuação da farmacoterapia pode dever-se à formação inadequada do paciente relativamente ao uso da farmacoterapia. Alguns estudos referem que 50% a 80% dos pacientes tratados com Sildenafil não possuem formação adequada (Hatzichristou et al., 2005; McCullough, Barada, Fawzy, Guay, & Hatzichristou, 2002; Atiemo, Szostak & Sklar, 2003; Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

McCullough, Barada, Fawzy, Guay, & Hatzichristou (2002) referem que, na sua investigação, 55% de 137 participantes que anteriormente não tinham sido bem sucedidos com o tratamento com Sildenafil, passaram a ter respostas de sucesso após a reeducação e aconselhamento, que incluiu informação acerca da toma correcta do fármaco, uso da máxima dose aconselhada e um mínimo de oito tentativas para se

avaliar a eficácia do fármaco, bem como a clarificação das expectativas do paciente e da parceira

Jiann, Yu, Su & Huang (2004) avaliaram uma amostra de homens com DE que não respondia ao tratamento, constatando que as principais razões para a ineficácia do tratamento incluíam o facto de os participantes não saberem que a estimulação sexual era necessária (30%), terem usado o Sildenafil menos que quatro vezes (60%) e não utilizarem a dose máxima recomendada (45%).

Uma investigação realizada por Hatzichristou *et al.* (2005) demonstrou que em 100 participantes, 45 nunca tinham usado a dose máxima recomendada (100 mg) do fármaco, 32 tinham tomado o fármaco logo após uma grande refeição, 22 logo antes do início da actividade sexual e 12 não estavam informados de que a estimulação sexual era fulcral na obtenção de uma erecção. A maximização da eficácia do tratamento após a reeducação foi constatada em 50% dos pacientes que não sabiam que a estimulação sexual era necessária para que o Sildenafil provocasse uma erecção, em 34.4% dos pacientes que tomavam o fármaco de estômago cheio, em 63.6% dos pacientes que tinham tomado o fármaco logo antes do início da actividade sexual e em 60% dos pacientes que não estavam a usar a dose máxima recomendada.

Gruenwald *et al.* (2006, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007) identificaram o uso inapropriado do fármaco nos participantes da sua investigação, como o facto da dose máxima utilizada ser inferior a 100 mg em 44% dos pacientes, o uso após uma refeição em 32%, o uso imediatamente antes da relação sexual em 22% e falta de estimulação sexual em 12 %. De seguida, após serem dadas instruções adequadas, bem como a requisição de mais quatro tentativas com 100 mg se necessário, 55.4% dos pacientes foram convertidos em respondentes.

Conclui-se que seguir a estratégia de tratamento prescrita pode reduzir a taxa de descontinuação após a primeira prescrição e maximizar a média de respostas aos inibidores PDE-5 (Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007).

16.1.2. *Follow-up* insuficiente por parte dos médicos

Estudos demonstram que 50% a 80% dos pacientes tratados com Sildenafil não recebem um *follow-up* adequado (Hatzichristou *et al.*, 2005; McCullough, Barada, Fawzy, Guay, & Hatzichristou, 2002; Atiemo, Szostak & Sklar, 2003), podendo este aumentar a taxa de respostas à farmacoterapia (Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007).

Hatzichristou *et al.* (2005) concluíram que, no seu estudo, apenas 34% pacientes afirmaram que os seus médicos tinham marcado uma consulta de *follow-up*, e Atiemo, Szostak & Sklar (2003) constataram que o tempo médio que os pacientes estavam com o seu médico era de 12 minutos, o que demonstra que é disponibilizado pouco tempo para se compreender a problemática da DE na sua totalidade.

16.1.3. Efeitos secundários

Os resultados das investigações respeitantes ao impacto dos efeitos secundários na descontinuação da farmacoterapia têm demonstrado valores reduzidos, apesar de diferentes entre si. Bullock (2005) refere que aproximadamente 12% dos homens experienciam efeitos secundários significativos, sendo que apenas 3% desses homens necessitam de parar o tratamento devido a esse factor.

O estudo de Jiann, Yu & Tsai (2006), aponta que 11.8% dos participantes descontinuam a farmacoterapia devido aos efeitos secundários. Contudo, concluiu que a média de dosagem dos que continuaram o tratamento era superior à média de dosagem dos que descontinuaram, e que estes últimos tinham uma menor incidência de efeitos secundários. Isto parece indicar que os efeitos secundários não demonstraram ser factores importantes para a descontinuação.

No estudo de Klotz, Mathers, Klotz & Sommer (2005) os efeitos secundários foram referidos como causa da descontinuação em 5% dos pacientes e no estudo de Casaba *et al.* (2001) estes foram referidos em 6.5% dos casos. Com valores relativamente mais elevados, encontramos o estudo de Atiemo, Szostak, & Sklar (2003), que constataram uma taxa de 8.1%, a investigação de Fagelman, Fagelman & Shabsigh (2001, *cit. por* Seftel, 2002) com uma taxa de 8% e a investigação de Madduri (2001, *cit. por* Seftel, 2002) que apresentou a mesma taxa (8%).

Outros autores concluem que os efeitos secundários foram raramente citados como a razão para a descontinuação da farmacoterapia, como Goldstein, Carson, Rosen & Islam (2001, *cit. por* Steers, 2002), que refere que apenas 1% a 3% dos homens descontinuaram o tratamento devido aos efeitos secundários, e Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg (2008) referem que 3 participantes numa amostra de 18 descontinuaram o tratamento devido aos efeitos secundários.

16.1.4. *Custo elevado*

O factor custo elevado, como sendo responsável pela descontinuação da farmacoterapia, apresenta valores díspares nos diversos estudos. Resultados elevados foram constatados por Jiann, Yu & Tsai (2006) que concluíram que 37.8% dos participantes afirmaram ter abandonado a farmacoterapia devido ao custo elevado. Madduri (2001, *cit. por* Seftel, 2002) constatou uma percentagem de 27% e Casaba et al. (2001) 24%.

Ainda, no estudo de Ströberg, Hedelin & Bergström (2007), a incapacidade para pagar o tratamento foi a causa mais comum para a descontinuação (48%), em que quase metade dos participantes afirmaram ter de racionar o tratamento pela mesma razão. Ainda, estes autores concluem que a comparticipação do tratamento tem um papel importante na continuação do tratamento, tendo em conta que se os fármacos fossem comparticipados, 81% dos pacientes referiram que retornariam à medicação ou aumentariam a frequência de utilização.

Resultados com valores mais inferiores foram constatados por Mathers, Klotz & Sommer (2005) que referem que o custo do medicamento foi uma das razões com menos impacto na descontinuação da farmacoterapia, apontada em 12% dos pacientes. Ainda, o estudo de Atiemo, Szostak & Sklar (2003), vem concluir uma taxa ainda menor, de 4%, e o de Son, Park, Kim & Paick (2004) de 3.7%. Estes resultados vêm de encontro aos resultados do *Cologne Study*, no qual quase metade do total da amostra estava disposta a pagar 25 euros por mês para o tratamento da DE e 8% estavam dispostos a pagar qualquer quantia (Braun, 2000, *cit. por* Klotz, Mathers, Klotz & Sommer, 2005).

16.1.5. *Opção por outros tratamentos*

Outra variável que pode entrar em linha de conta na decisão de descontinuar a farmacoterapia com inibidores PDE-5 é a opção por outros tratamentos. Jiann, Yu & Tsai (2006) referem que 24% dos participantes da sua investigação referiram que, a opção por outros tratamentos foi responsável pela decisão de descontinuar a farmacoterapia, incluída na opção de resposta “outros”.

Ströberg, Hedelin & Bergström (2007) concluíram no seu estudo que 5% descontinuaram o sildenafil e utilizavam outra forma de atingir uma erecção, em que 2% tinham um implante peniano e 3% faziam injeções intracavernosas.

Um resultado interessante é o encontrado por Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens (2002) que, durante o seu estudo, constataram que 45% de todos os pacientes abandonaram o tratamento com Sildenafil, independentemente dos tratamentos anteriores. Porém, os pacientes com uma história de tratamento para a DE tinham 8 vezes mais probabilidade de trocar para outro tratamento utilizado anteriormente (33.6%), comparativamente com os pacientes que não tinham história de uso de outros tratamentos (4.6%).

16.1.6. *Envelhecimento, declínio da saúde e comorbilidade de doenças*

Um dos aspectos que pode contribuir para a descontinuação da farmacoterapia é o envelhecimento, declínio da saúde e comorbilidade de doenças (e.g., Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens, 2002; Klotz, Mathers, Klotz & Sommer, 2005; Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007), sendo que alguns pacientes podem adiar o tratamento da DE devido ao tratamento de doenças comórbidas (Son, Park, Kim & Paick, 2004; Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens, 2002).

O estudo de Jiann, Yu & Tsai (2006) constatou que 24% dos participantes abandonavam a farmacoterapia devido ao envelhecimento e à comorbilidade de doenças, enquanto Son, Park, Kim & Paick (2004) referem uma taxa de 11.1%. Com valores mais reduzidos, encontramos o estudo de Klotz, Mathers, Klotz & Sommer (2005) que aponta uma taxa de 4%.

16.1.7. *Ineficácia, insatisfação e insucesso do tratamento*

Alguns autores referem que os efeitos insuficientes dos fármacos detêm uma percentagem de cerca de 17% das descontinuações da farmacoterapia (Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007) e são muitas vezes apontados como factores de importância na descontinuação da farmacoterapia (Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007; Souverein, Egberts, Meuleman, Urquhart & Leufkens, 2002). Mccullough, Carson & Hatzichristou (2006) referem que a eficácia logo após o início da farmacoterapia para a DE pode encorajar o uso continuado e o sucesso contínuo com o Sildenafil.

Com resultados elevados, podemos constatar o estudo de Fagelman, Fagelman & Shabsigh (2001, *cit. por* Seftel, 2002) que na primeira fase de *follow-up* (aos 3-4 meses) 83% dos pacientes afirmaram ter descontinuado o tratamento devido à falta de eficácia do Sildenafil. Entre os pacientes que renovaram a sua prescrição de Sildenafil

após a primeira consulta de *follow-up* (62%), na segunda fase de *follow-up*, 22% não quiseram renovar a prescrição do fármaco, sendo que 78% citaram a falta de eficácia como a razão para terem descontinuado o tratamento.

Na investigação de Madduri (2001, *cit. por* Seftel, 2002) 46% dos participantes descontinuaram o tratamento devido à insatisfação com a acção do fármaco, uma percentagem bastante significativa, tal como no estudo de Casaba et al. (2001), em que 29% dos participantes descontinuaram a farmacoterapia maioritariamente devido à falta de eficácia do fármaco.

No estudo de Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg (2008), em 18 participantes, a perda de eficácia como a razão para a descontinuação da farmacoterapia foi referida por 3 participantes.

Importa ainda citar o estudo qualitativo de Potts, Grace, Gavey & Vares (2004), no qual alguns participantes afirmaram que a eficácia do Sildenafil diminuiu com o tempo, diminuiu a sensibilidade do pénis, bem como produziu erecções “dormentes”. Alguns participantes afirmaram que gostariam de ver estas questões referidas no material publicitário e informativo dos fármacos ou esclarecidas pelos seus médicos.

16.1.8. *Recuperação das erecções espontâneas*

De acordo com alguns autores, a recuperação da capacidade erétil foi um factor referido pelos pacientes no que respeita à descontinuação da farmacoterapia (Son, Park, Kim & Paick, 2004; Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007; Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg, 2008).

Ströberg, Hedelin & Bergström (2007) concluíram que 10% dos pacientes do seu estudo abandonaram o tratamento devido ao retorno às erecções naturais, Son, Park, Kim & Paick (2004) constataram a percentagem de 14.8%, enquanto Jiann, Yu & Tsai (2006) comprovaram uma percentagem de 15%. Valores mais elevados foram encontrados por Casaba et al. (2001), atingindo uma percentagem de 19%.

Ljunggren, Hedelin, Salomonsson & Ströberg (2008) determinaram na sua investigação que, em 18 participantes, a causa mais comumente referida como sendo responsável pela descontinuação da farmacoterapia foi o retorno às erecções espontâneas (N = 7).

De acordo com Pescatori, Drei, Morgia & Farina (2006), a única razão positiva para a descontinuação da farmacoterapia é quando o paciente demonstra estar “curado” da DE. Este fenómeno é mais frequente em pacientes com factores psicogénicos como

base principal dos problemas erécteis, pacientes esses que ganham auto-confiança e que tiram proveito do suporte temporário dos inibidores PDE-5 para a obtenção das erecções.

16.1.9. *Preocupações com os efeitos secundários e com a segurança dos fármacos*

As preocupações com os efeitos secundários e a segurança dos fármacos poderão ser algumas das razões que levam à descontinuação da farmacoterapia, tal como constatado em alguns estudos (Jiann, Yu & Tsai, 2006; Son, Park, Kim & Paick, 2004; Casaba et al., 2001; Madduri, 2001, *cit. por* Seftel, 2002).

O estudo de Casaba et al. (2001) concluiu que o medo do fármaco foi apontado em 6.5% dos participantes, enquanto o estudo de Jiann, Yu & Tsai (2006) vem demonstrar que 11.8% dos participantes abandonam a farmacoterapia devido aos efeitos secundários. É de salientar que, neste estudo, as palpitações ocorriam mais frequentemente nos que abandonavam a farmacoterapia, o que se pode dever à ideia divulgada pelos *media* de que ao tomar-se um inibidor PDE-5 pode ter-se um acidente cardiovascular letal. Assim, quando as palpitações ocorriam, o medo da morte pode ter feito com que os homens parassem de usar o Sildenafil

O estudo de Son, Park, Kim & Paick (2004) concluiu que o medo de possíveis efeitos secundários foi referido como causa da descontinuação da farmacoterapia em 18.5% dos pacientes, enquanto Madduri (2001, *cit. por* Seftel, 2002) concluiu que 19% dos participantes abandonaram a farmacoterapia com Sildenafil devido ao medo provocado pelas notícias divulgadas nos *media*. Existe ainda uma preocupação pública relativamente à segurança cardiovascular dos inibidores PDE-5, o que pode ser explicado pela elevada prevalência de doenças cardiovasculares entre pacientes que utilizam um inibidor PDE-5. Contudo, o *Second Princeton Consensus Conference* (Kostis et al., 2005, *cit. por* Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007) refere que o sexo, e não os fármacos, pode ser perigoso para o coração em alguns pacientes.

16.1.10. *Factores relacionais*

Son, Park, Kim & Paick (2004) determinaram que as razões para a descontinuação da medicação com Sildenafil foram maioritariamente emocionais ou relacionais, o que indica que a simples recuperação das erecções não é suficiente para melhorar a actividade sexual. Estes autores concluíram que a indisponibilidade

emocional para a relação sexual, por parte dos pacientes e parceiras após uma abstinência de longo prazo, foi apontada como causa da descontinuação da farmacoterapia em 14.8% nos pacientes e 22.2% nas parceiras.

Hatzimouratidis et. al (2006) referem que uma das causas da descontinuação da farmacoterapia se deve às dificuldades na dinâmica das relações, como a desarmonia nas relações e dificuldades sexuais. De acordo com Stock & Moser (2001, p. 157, *cit. por* Potts, Grace, Gavey & Vares, 2004), os inibidores PDE-5 podem ser a causa para a “fuga medicalizada da intimidade” ou uma ferramenta que permite que o homem funcione como “uma máquina nas suas relações íntimas” o que pode contribuir para as dificuldades sexuais e relacionais no uso do Sildenafil.

16.1.11. *Diminuição da actividade, interesse, desejo e satisfação sexual*

Os resultados respeitantes a factores como a diminuição da actividade, interesse, desejo e satisfação sexual como responsáveis pela descontinuação da farmacoterapia são também díspares. Com resultados mais inferiores, encontramos o estudo de Son, Park, Kim & Paick (2004) que demonstrou que a falta de interesse sexual foi referida por 3.7 % dos pacientes como a causa responsável pela descontinuação do tratamento e o estudo de Casaba et al. (2001) que constatou uma taxa de 8%.

Com resultados mais elevados, pode aludir-se à investigação de Klotz, Mathers, Klotz, & Sommer (2005) que aponta que 23% dos pacientes afirmaram que as suas parceiras não mostraram interesse sexual durante o período de tempo da investigação. Ainda, a falta de oportunidade ou de desejo para ter relações sexuais foi referida como a razão da descontinuação em 45% dos pacientes, o que fez com que não tivessem tomado todas as doses da primeira prescrição.

Jiann, Yu & Tsai (2006) referem que a falta de interesse no sexo é uma razão apontada para a descontinuação da farmacoterapia, sendo reportada em 30.5% dos participantes. Todavia, no estudo que realizaram, 78% dos participantes que abandonaram a farmacoterapia continuaram sexualmente activos, dos quais 46% adoptou outros tratamentos para além de inibidores PDE-5, o que indica que os pacientes estavam interessados em tratar as suas dificuldades erécteis.

16.1.12. *Falta de espontaneidade e pressão para a relação sexual*

De acordo com Ströberg, Hedelin & Bergström (2007), a falta de espontaneidade resultante da toma do fármaco pode ser apontada pelos pacientes como uma razão da

descontinuação da farmacoterapia. A investigação de Son, Park, Kim & Paick (2004), concluiu que 3.7% dos participantes referiram ter descontinuado a farmacoterapia com inibidores PDE-5 devido à relutância em aceitar uma actividade sexual planeada.

É de referir o estudo qualitativo de Potts, Grace, Gavey & Vares (2004), no qual algumas mulheres mencionam várias pressões directas e indirectas que experienciaram uma vez que o parceiro iniciou a farmacoterapia, tais como a pressão para começar a relação sexual quando o parceiro tinha já tomado o comprimido, usualmente por consideração pelo parceiro ou para não desperdiçar o comprimido. Outras sentiram que tinham de demonstrar o desejo pela penetração pénis-vagina após a toma do fármaco, mesmo quando prefeririam actividades sexuais sem penetração. Deste modo, demonstraram estar desconcertadas com as novas exigências que recaíram sobre elas a partir do momento em que o parceiro descobriu aquilo a que os autores definem como o “rejuvenescimento da sua sexualidade”.

16.1.13. *Receio relativamente a relações extra-conjugais*

O estudo de Potts, Grace, Gavey & Vares (2004) menciona que após o início da farmacoterapia, as mulheres podem desenvolver a crença de que já não são capazes de satisfazer as novas expectativas sexuais do seu parceiro, facto que pode gerar o receio relativamente à possibilidade de o parceiro procurar a satisfação fora da relação. Nesta investigação, tanto os homens como as mulheres expressaram as suas preocupações relativamente ao uso do fármaco como encorajador de relações extra-conjugais no homem. Muitos participantes afirmaram que, desde que usam o Sildenafil, tiveram relações sexuais fora da sua relação. Alguns homens referiram utilizar o Sildenafil para assegurar que podiam ter uma boa performance com as suas parceiras, as quais eles já não desejavam, ao mesmo tempo que tinham relações sexuais com outras mulheres e homens.

16.1.14. *Constrangimento na procura de ajuda médica e na obtenção do fármaco*

Berner, Ploger & Burkart (2007) concluíram na sua investigação que mais de metade dos pacientes referiram a oportunidade para obter um tratamento para a DE anonimamente e sem prescrição como sendo importante.

Jiann, Yu & Tsai (2006) constataram que 28.9% dos participantes abandonavam a farmacoterapia devido ao constrangimento na procura de ajuda médica e na obtenção do fármaco. Valores idênticos foram constatados por Hackett et al. (2001, *cit. por*

Jiann, Yu & Tsai, 2006), que concluíram que 29% dos participantes que abandonaram a farmacoterapia citaram o constrangimento em obter o Sildenafil como uma razão para a descontinuação. Mesmo nos que continuaram a farmacoterapia, 38% destes obtinham Sildenafil através de outros meios, seja através de outros hospitais ou pela internet (Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku, 2007; Jiann, Yu & Tsai, 2006).

16.1.15. *Expectativas irrealistas*

O tratamento com inibidores PDE-5 pode falhar devido às expectativas irrealistas dos pacientes (Hatzimouratidis et. al, 2006; Ströberg, Hedelin & Bergström, 2007). Num estudo levado a cabo por Jiann, Yu & Tsai (2006), as razões mais frequentes para a descontinuação foram o efeito das expectativas subjacentes, apontadas em 42.3% dos participantes.

16.1.16. *Relutância na dependência do fármaco*

Son, Park, Kim & Paick (2004) concluíram no seu estudo que a relutância em aceitar depender de um fármaco para ter uma erecção foi referida em 7.4% dos participantes como uma das razões para a descontinuação da farmacoterapia. Ainda, Casaba et al. (2001) constataram que 6.5% dos pacientes avaliados na sua investigação descontinuaram a farmacoterapia devido à rejeição causada pela dependência de um fármaco.

No estudo de Potts, Grace, Gavey & Vares (2004), alguns participantes afirmaram ter medo de se tornar dependentes da “droga do sexo”. Consideraram o Sildenafil como uma “ferramenta” ou “um meio para atingir um fim”, não demonstrando vontade em continuar a usá-lo no futuro. Ainda, a experiência da erecção sem a ajuda do Sildenafil foi vista por alguns participantes como uma vitória.

II. PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

18. Objectivos do estudo e questões de investigação

Esta investigação, que está integrada nos domínios da Psicologia da Saúde e da Sexologia Clínica, tem como objectivos avaliar a taxa de descontinuação da farmacoterapia com inibidores PDE-5 nos pacientes portugueses com DE, identificar as razões para essa descontinuação para cada um dos três inibidores PDE-5, analisar os factores preditores para a adesão à farmacoterapia com os três inibidores PDE-5, bem como compreender o tipo de *follow-up* realizado pelos médicos especialistas no contexto do tratamento com inibidores PDE-5 com pacientes com DE.

Assim, levantaram-se as seguintes questões de investigação:

Q.I.1 – Qual a taxa de descontinuação da farmacoterapia com os inibidores PDE-5 (Sildenafil, Tadalafil e Vardenafil) em homens portugueses com DE?

Q.I.2 – Qual a duração e o tipo de *follow-up* realizado pelos médicos especialistas com os pacientes aos quais é prescrito um inibidor PDE-5 para o tratamento da DE?

Q.I.3 – Quais os factores preditores para a adesão à farmacoterapia com os três inibidores PDE-5 para o tratamento da DE?

Q.I.4 – Quais as razões para a descontinuação da farmacoterapia com os três inibidores PDE-5 para o tratamento da DE?

19. Delineamento do estudo

O delineamento desta investigação é descritivo e de caracterização de população, procurando conhecer melhor os fenómenos em estudo, quer através de novas questões ou novas explicações ou simplesmente tentando indagar as características dos acontecimentos ou situações (D'Oliveira, 2005). Esta investigação privilegia igualmente a comparação de grupos, através dos dados obtidos no Questionário sócio-demográfico, comparativamente com os dados obtidos nos Questionário de resposta sexual e satisfação sexual e Questionário de *follow-up* na DE.

No que diz respeito às técnicas de recolha de dados utilizadas, esta investigação privilegia uma abordagem quantitativa, através da utilização de um inquérito por questionário.

20. **Pertinência do estudo**

Esta investigação possui um carácter inovador, uma vez que, e tal como a revisão de literatura realizada aponta, apesar de já terem sido realizados estudos na área da descontinuação, adesão e *follow-up* com inibidores PDE-5 para o tratamento da DE, nenhum deles contém em si mesmo todas as variáveis que consideramos pertinentes para que um estudo exploratório nesta problemática nos possa dar as respostas que colmatarão a falha ainda existente no conhecimento. Deste modo, este estudo vem reagrupar, adicionar e adaptar as variáveis referidas nos diferentes estudos e formular uma metodologia mais concreta e abrangente. Importa referir que as investigações existentes apresentam resultados contraditórios entre si, apontando taxas de descontinuação e razões para a descontinuação dos inibidores PDE-5 díspares.

Ainda, as investigações consultadas diferem na população estudada, que é influenciada por factores culturais, nos objectivos da investigação e na recolha de dados, não nos podendo dar respostas concretas relativamente às questões de investigação que nos propomos estudar.

Em Portugal, não existe nenhum estudo publicado no âmbito desta problemática, carecendo a comunidade científica e a população portuguesa de dados que possam servir, futuramente, para uma melhor compreensão da problemática da DE e da farmacoterapia com inibidores PDE-5. Especificamente, os resultados extraídos de estudos desta natureza são muito importantes, uma vez que poderão levar a um aperfeiçoamento por parte dos médicos especialistas, no que respeita ao diagnóstico, optimização do tratamento e *follow-up* na DE, à melhoria das respostas à farmacoterapia com inibidores PDE-5 e, conseqüentemente, à melhoria da vida sexual e QDV dos pacientes e parceiras, de forma a promover uma maior adesão terapêutica, a desenvolver estratégias que aumentem a adesão ao tratamento e a contrariar a descontinuação precoce da farmacoterapia.

21. Método

21.1. *Participantes*

Este estudo irá incluir 300 homens com diagnóstico clínico de DE, feito pelo médico especialista há mais de 6 meses e de acordo com os critérios de classificação da DSM-IV-TR (APA, 2000). Todos os sujeitos foram acompanhados por médicos especialistas e medicados com um inibidor PDE-5, pelo menos 12 meses antes do início da investigação. A recolha da amostra será realizada em contexto de consulta pública ou privada, de forma a abranger participantes de diferentes realidades, principalmente no que respeita ao estatuto sócio-económico.

O valor científico dos resultados será independente do contexto em que os sujeitos que foram avaliados, uma vez que a investigação será realizada em contexto de consulta real, em que recairá sobre os pacientes a iniciativa de ir à consulta, de aderir ou não à farmacoterapia e de pagar a sua medicação.

Relativamente ao tipo de amostragem, esta irá ser uma amostra intencional, em que os sujeitos são intencionalmente escolhidos. Os critérios de exclusão dos participantes incluem o uso e abuso de substâncias psicoactivas e álcool.

21.2. *Instrumentos*

O instrumento a utilizar inclui três questionários de auto-resposta. Elaborou-se um Questionário sócio-demográfico, que contém 8 itens e avalia as variáveis idade, profissão e nível educacional, crenças religiosas, situação relacional e duração da relação. Este questionário é do tipo descritivo, uma vez que procura apenas descrever os acontecimentos. Foi elaborado igualmente um Questionário de resposta sexual e satisfação sexual, que contém 8 itens e inclui questões relacionadas com a qualidade das erecções, frequência das relações sexuais, disponibilidade para as relações sexuais, satisfação sexual e relacional, espontaneidade da relação sexual e percepção da satisfação sexual e relacional da parceira. Este questionário é do tipo descritivo e explicativo, uma vez que procura não só descrever as razões responsáveis pela descontinuação da farmacoterapia, mas igualmente compreender e caracterizar esta problemática.

Desenhou-se ainda um Questionário de *follow-up* na DE que contém 13 itens e tem como objectivo recolher dados sobre as seguintes variáveis: adesão ao tratamento, *follow-up* e *dropout*. Este questionário contém questões acerca da frequência de utilização dos inibidores PDE-5, utilização de tratamentos concomitantes, adesão ao tratamento, expectativas relativamente ao tratamento e facilidade de utilização. Apenas para os participantes que abandonaram a farmacoterapia, indagaram-se as razões inerentes a essa descontinuação e a duração do tratamento. Este questionário, tal como o Questionário de resposta sexual e satisfação sexual, é do tipo descritivo e explicativo (consultar anexo A).

Os três questionários acima mencionados serão testados, através de um exercício-piloto, com uma amostra de 100 sujeitos, para que se possa calcular o tempo de preenchimento e indagar se existe algum tipo de dificuldade na compreensão das questões. Colocar-se-ão algumas questões aos sujeitos que responderem ao questionário piloto, tais como: Quanto tempo levou a completar o questionário? As instruções eram claras? Considerou alguma questão pouco clara ou ambígua? Opôs-se a responder a alguma questão?

21.3. *Procedimento*

Esta investigação contempla três análises de *follow-up* – aos 6, 12 e 24 meses, retrospectivamente.

Em primeiro lugar, definiu-se *descontinuação da farmacoterapia com inibidores PDE-5* através do seguinte critério: os pacientes que, após a última prescrição do fármaco realizada pelo médico especialista, não voltaram à consulta por um período igual ou superior a seis meses. Os pacientes que não voltaram à consulta por um período igual ou superior a seis meses logo após a primeira prescrição do fármaco, foram considerados como os pacientes que abandonaram a farmacoterapia logo após a primeira prescrição. Deste modo, obter-se-ão duas taxas: descontinuação da farmacoterapia logo após a primeira prescrição e descontinuação da farmacoterapia durante o tratamento. É de salientar que esta definição acarreta uma limitação, uma vez que alguns pacientes poderão comprar o inibidor PDE-5 sem prescrição médica, na farmácia ou na internet. Deste modo, incluiu-se no questionário uma questão que pretende contornar esta limitação (Questionário de *Follow-up* na disfunção erétil, questão 3).

Todos os participantes foram seguidos por um médico especialista e iniciaram uma farmacoterapia para a DE com inibidores PDE-5, pelo menos 12 meses antes do início da investigação. De seguida, procedeu-se ao levantamento dos processos clínicos dos pacientes, privilegiando questões específicas, tais como o inibidor PDE-5 prescrito, data de prescrição, número de prescrições durante o *follow-up*, utilização de outros fármacos ou tratamentos, mudanças de doses, complicações médicas, número de consultas e encaminhamentos para outros profissionais de saúde (consultar anexo B).

Após a recolha de dados acima descrita, irá proceder-se ao contacto dos sujeitos via telefone, sendo contactados todos os doentes, os que abandonaram a farmacoterapia e os que não abandonaram. O intuito do contacto telefónico é o de informar acerca do estudo a ser realizado e os seus objectivos. De seguida, apelar-se-á à participação do sujeito na investigação, oferecendo-se uma recompensa económica (20 euros), após o preenchimento do questionário. São oferecidas duas formas de participar: correio tradicional ou e-mail, registando-se a via de preferência. Seguidamente, registar-se-á a direcção dos sujeitos (e-mail ou morada), para envio de questionários.

Todos os pacientes que aceitarem participar no estudo, receberão os questionários pela via de preferência (correio tradicional ou e-mail), bem como uma carta de consentimento informado. Esta carta, onde constam a confidencialidade e o anonimato (Breakwell, Hammond & Fife-Schaw, 1995), contém um esclarecimento acerca da investigação que irá ser realizada, os objectivos da mesma e o nome e contacto dos investigadores (consultar anexo C).

Caso os participantes queiram colaborar no estudo através da via de correio tradicional, os instrumentos serão enviados em envelope fechado, acompanhados de envelope de resposta sem franquia dos correios, para que, aquando do seu preenchimento, possam ser colocados no envelope anexo e enviados por correio gratuitamente. Se os participantes colaborarem na investigação através de e-mail, receberão os questionários através de e-mail e apenas terão de preencher o questionário através do computador e voltar a enviá-lo para o endereço pelo qual foi enviado.

A remuneração económica será realizada através de um vale postal dos CTT – Correios de Portugal, o qual os participantes poderão levantar dois meses após a participação no estudo.

Para uma melhor compreensão do procedimento realizado, realizou-se um esquema de procedimento, inspirado no estudo de Sato, Tanda, Kato, Onishi, Nitta & Koroku (2007), visível no anexo D.

22. Referências bibliográficas

- Althof, S. (2002). When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *International Journal of Impotence Research*, 14, 1, S99–S104.
- Althof, S. (2006). Sexual therapy in the age of pharmacotherapy. *Annual Review of Sex Research*, 17, 116-132.
- APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Arduca, P. (2004). Erectile dysfunction: a guide to diagnosis and management. *Middle East Journal of Family Medicine*, 4, 4, 39-43.
- Atiemo, H, Szostak, M., & Sklar, G. (2003). Salvage of sildenafil failures referred from primary care physicians. *The Journal of Urology*, 170, 2356-2358.
- Bayer (2005). *Levitra patient information*. Acedido através de www.fda.gov/medWatch/safety/2005/julPI/LevitraPI.pdf a 13 de Fevereiro de 2009.
- Berner, M., Ploger, W., & Burkart, M. (2007). A typology of men's sexual attitudes, erectile dysfunction treatment expectations and barriers. *International Journal of Impotence Research*, 19, 568–576.
- Borrás-Valls, J., & Gonzalez-Correales. R. (2004). Specific aspects of erectile dysfunction in sexology. *International Journal of Impotence Research*, 16, S3–S6.
- Breakwell, G., Hammond, S., & Fife-Schaw C. (1995). *Research methods in psychology*. London: Sage.
- Broderick, G. (2003). Oral pharmacotherapy and the contemporary evaluation and management of erectile dysfunction. *Reviews in Urology*, 5, suppl 7, S9-S20.
- Bullock, N. (2005). *Viagra, Cialis or Levitra treatment for erectile dysfunction: frequently-asked questions*. Patient information of Addenbrooke's Hospital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust. Department of Urology. Acedido através de www.addenbrookes.org.uk a 13 de Fevereiro de 2009.
- Caspari, D, Huebgen, E., & Derouet, H. (1999). Interdisciplinary assessment and follow-up of patients with erectile dysfunction: psychiatric aspects. *International Journal of Impotence Research*, 11, 213-217.

- Carson, C. (2002) Erectile dysfunction in the 21st century: whom we can treat, whom we cannot treat and patient education. *International Journal of Impotence Research*, 14, Suppl. 1, S29–S34.
- Carvalho, L. F. (2002). Fisiologia da erecção. In *andrologia clínica* (p. 255-264). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Carvalho, L. F. (2003). Neurofisiologia da erecção. In *a sexologia: perspectiva multidisciplinar* (p. 161-182). Coimbra: Quarteto.
- Casaba, A., Cobreros, C., Bechara, A., Roletto, L., Chéliz, G., Hochman, S., & Fredotovich, N. (2001). Drop out reason in responders to sildenafil. *International Journal of Impotence Research*, 13, Suppl. 2, S3-S16.
- D’Oliveira, T. (2005). *Teses e dissertações: recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Fazio, L., & Brock, G. (2004). Erectile dysfunction: management update. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 9, 1429-37.
- Giuliano, F. (1998). *Viagra e a terapia da sexualidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gross, G. & Blundo, R. (2005). Viagra: Medical technology constructing aging masculinity. *Journal of Sociology and Social Welfare*, XXXII, 1, 85-97.
- Hartmann, U., & Burkart, M. (2007). Erectile dysfunctions in patient–physician communication: optimized strategies for addressing sexual issues and the benefit of using a patient questionnaire. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 38–46.
- Hatzichristou, D. (2002). Sildenafil citrate: lessons learned from 3 years of clinical experience. *International Journal of Impotence Research*, 14, Suppl. 1, S43–S52.
- Hatzichristou, D., Moysidis, K., Apostolidis, A., Bekos, A., Tzortzis, V., Hatzimouratidis, K., & Ioannidis, E. (2005). Sildenafil failures may be due to inadequate patient instructions and follow-up: a study on 100 non-responders. *European Urology*, 47, 518–523.
- Hatzimouratidis, K., Moysidis, K., Bekos, A., Tsimtsiou, Z., Ioannidis, E., & Hatzichristou, D. (2006). Treatment strategy for “non-responders” to tadalafil and vardenafil: a real-life study. *European Urology*, 50, 126–133.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Phosphodiesterase type 5 inhibitors: the day after. *European Urology*, 51, 75–89.
- Hillman, J. (2008). Sexual issues and aging within the context of work with older adult patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 3, 290–297.

- Ichikawa, T., Takao, A., Manabe, D., Saegusa, M., Tanimoto, R., Aramaki, K., Yamamoto, M., & Okazaki, T. (2004). The female partner's satisfaction with sildenafil citrate treatment of erectile dysfunction. *International Journal of Urology*, *11*, 9, 755–762.
- Jiann, B., Yu, C., Su, C., & Huang, J. (2004). Rechallenge prior sildenafil nonresponders. *International Journal of Impotence Research*, *16*, 64–8.
- Jiann, B., Yu, C., & Tsai, J. (2006). Compliance of sildenafil treatment for erectile dysfunction and factors affecting it. *International Journal of Impotence Research*, *18*, 146–149.
- Kalsi, J. S., & Kell, P. D. (2004). Update on oral treatments for male erectile dysfunction. *European Academy of Dermatology and Venereology*, *18*, 267–274.
- Klotz, T., Mathers, M., Klotz, R., & Sommer, F. (2005). Why do patients with erectile dysfunction abandon effective therapy with sildenafil (Viagra)? *International Journal of Impotence Research*, *17*, 2–4.
- Klotz, T., Mathers, M., Klotz, R., & Sommer, F. (2007). Patients responding to phosphodiesterase type 5 inhibitor therapy: what do their sexual partners know? *Journal of Sexual Medicine*, *4*, 162–165.
- Korenman, S. (1995). Advances in the understanding and management of erectile dysfunction. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *80*, 7, 1985–1988.
- Kuan, J., & Brock, G. (2002). Selective phosphodiesterase type 5 inhibition using tadalafil for the treatment of erectile dysfunction. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, *11*, 11, 1605–1613.
- Latini, D., Penson, D., Wallace, K., Lubeck, D., & Lue, T. (2006). Clinical and psychosocial characteristics of men with erectile dysfunction: Baseline Data from ExCEED. *Journal of Sexual Medicine*, *3*, 1059–1067.
- Leiblum, S. R. (2002). After sildenafil: bridging the gap between pharmacologic treatment and satisfying sexual relationships. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, suppl 5, 17–22.
- Levine, L. A. (2000). Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *The American Journal of Medicine*, *109*, 9A, 3S–12S.
- Lilly (2008). *Cialis: consumer medicine Information*. Acedido através de <https://www.lilly.com.au/ela/prod/UserFiles/File/cialis-cmi-v4-19may08.pdf> a 13 de Fevereiro de 2009.

- Loe, M. (2001). Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality & Culture*, 5, 3, 97-125.
- LoPiccolo, J. (1992). Postmodern sex therapy for erectile failure. In *erectile disorders: assessment and treatment* (p. 3-26). New York: Guilford Press.
- Lourenço, M. (2003). Aspectos biopsicossociais da disfunção erétil: a claudicação do sistema pessoa. In *a sexologia: perspectiva multidisciplinar* (p. 221-242). Coimbra: Quarteto.
- Lue, T. (2000). Erectile dysfunction. *The New England Journal of Medicine*, 342, 24, 1802-1813.
- Lue, T., Giuliano, F., Montorsi, F., Rosen, R., Andersson, K., Althof, S., Christ, G., Hatzichristou, D., Hirsch, M., Kimoto, Y., Lewis, R., McKenna, K., MacMahon, C., Morales, A., Mulcahy, J., Padma-Nathan, H., Pryor, J., Saenz de Tejada, I., Shabsigh, R., & Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 1, 6-21.
- Ljunggren, C., Hedelin, H., Salomonsson, K., & Ströberg, P. (2008). Giving patients with erectile dysfunction the opportunity to try all three available phosphodiesterase type 5 inhibitors contributes to better long-term treatment compliance. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 469–475.
- Melnik, T., Soares, B., & Nasello, A. (2008). The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, Intracavernosal Injection, and Vacuum Devices. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2562–2574.
- McCabe, M., & Matic, H. (2007). Severity of ED: relationship to treatment-seeking and satisfaction with treatment using PDE5 inhibitors. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 145–151.
- McCullough, A. (2002). Four-year review of sildenafil citrate. *Reviews in Urology*, 4, Suppl. 3, S26–S38.
- McCullough, A. R., Barada, J. H., Fawzy, A., Guay, A. T., & Hatzichristou, D. (2002). Achieving treatment optimization with sildenafil citrate (Viagra) in patients with erectile dysfunction. *Urology*, 60, Suppl. 2B, 28-38.
- McCullough, A., Carson, C., & Hatzichristou, D. (2006). Prospective study of the beneficial effects of dose optimization and customized instructions on patient satisfaction with sildenafil citrate (Viagra®) for erectile dysfunction. *Urology*, 68, Suppl 3A, 38-46.

- Moreira, A. (2002a). Andrologia – aspectos históricos. *In andrologia clínica* (p. 27-39). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Moreira, A. (2002b). Diagnóstico da disfunção erétil: estudo Inicial. *In andrologia clínica* (p. 283-295). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Moreira, A. (2003). Disfunções sexuais masculinas: definição, classificação e incidência. *In a sexologia: perspectiva multidisciplinar* (p. 131-144). Coimbra: Quarteto.
- Mulhall, J., McLaughlin, T., Harnett, J., Scott, B., Burhani, S., & Russell, D. (2005). Medication utilization behavior in patients receiving phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 6, 848–855.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 173–182.
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Braga: Círculo de Leitores.
- Pacheco, J. (2002). Factores psicossociais na disfunção erétil. *In andrologia clínica* (p. 273-282). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Padma-Nathan, H. (1999). A new era in the treatment of erectile dysfunction. *American Journal of Cardiology*, 84, 18–23.
- Pais Ribeiro, J., & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 3, XXIII, 341-349.
- Palha, A. P. (2002). Estudo psicológico. *In andrologia clínica* (p. 319-326). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Park, K., Ku, J., Kim, S., & Paick, J. (2005). Risk factors in predicting a poor response to sildenafil citrate in elderly men with erectile dysfunction. *BJU International*, 95, 366-370.
- Pereira, N. M. (2007). *O pénis: da masculinidade ao órgão masculino*. Lisboa: Lidel.
- Perelman, M. A. (2003). Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner. *International Journal of Impotence Research*, 15, Suppl 5, S67–S74.
- Perelman, M., Shabsigh, R., Seftel, A., Althof, S., & Lockhart, D. (2005). Attitudes of men with erectile dysfunction: a cross-national survey. *Journal of Sexual Medicine*, 2: 397–406.

- Pescatori, E., Drei, B., Morgia, G., & Farina, F. (2006). Salvaging the oral treatment failure patient. *Current Sexual Health Reports*, 3, 1, 20-24 (abstract).
- Pfizer (2007). *Viagra patient information*. Acedido através de <http://www.pfizer.com/files/products/uspiviagra.pdf> a 13 de Fevereiro de 2009.
- Pimenta, A. (2002). Conceito e evolução da andrologia. In *andrologia clínica* (p. 3-25). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Potts, A. (2000). "The essence of the hard on": hegemonic masculinity and the cultural construction of "erectile dysfunction". *Men and Masculinities*, 3, 1, 85-103.
- Potts, A. (2001). The man with two brains: hegemonic masculine subjectivity and the discursive construction of the unreasonable penis-self. *Journal of Gender Studies*, 10, 2, 145-156.
- Potts, A. (2005). Cyborg masculinity in the Viagra era. *Sexualities, Evolution and Gender*, 7, 1, 3-16.
- Potts, A., Grace, V., Gavey, N., & Vares, T. (2004). "Viagra stories": challenging 'erectile dysfunction'. *Social Science & Medicine*, 59, 489-499.
- Requixa, A., & Rolo, F. (2003). Abordagem clínica da disfunção erétil. In *a sexologia: perspectiva multidisciplinar* (p. 183-196). Coimbra: Quarteto.
- Riley, A. (2002). The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *International Journal of Impotence Research*, 14, Suppl 1, S105-S109.
- Rolo, F. (2002). Factores etiológicos da disfunção erétil. In *andrologia clínica* (p. 267-282). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Rosen, R. (1996). Erectile dysfunction: the medicalization of male sexuality. *Clinical Psychology Review*, 16, 6, 497-519.
- Rosen, R., & Leibum, S. (1992). Erectile disorders: an overview of historical trends and clinical perspective. In *erectile disorders: assessment and treatment* (p. 3-26). New York: Guilford Press
- Rosen, R., Broderick, G., Shabsigh, R., Swindle, R., Lockhart, D., & Cameron, A. (2005). Sensitivity of the psychological and interpersonal relationship scales to oral therapies for erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 461-468.
- Rosen, R., Janssen, E., Wiegel, M., Bancroft, J., Althof, S., Wincze, J., Segraves, R. T., & Barlow, D. (2006). Psychological and interpersonal correlates in men with erectile dysfunction and their partners: a pilot study of treatment outcome with sildenafil. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 215-234.

- Sadovsky, R. (2003). Asking the questions and offering solutions: the ongoing dialogue between the primary care physician and the patient with erectile dysfunction. *Reviews in Urology*, 5, 7, S35-S48.
- Sadovsky, R. (2007). Optimizing response to phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Current Sexual Health Reports*, 4, 1–6.
- Sand, M., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., & Eardley, I. (2008). Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 583–594.
- Santos, A. M. (2001). *Disfunção erétil: manual compreensivo*. Lisboa: Lisciência
- Sato, Y., Tanda, H., Kato, S., Onishi, S., Nitta T., & Koroku, M. (2007). How long do patients with erectile dysfunction continue to use sildenafil citrate? Dropout rate from treatment course as outcome in real life. *International Journal of Urology*, 14, 4, 339–342
- Seftel, A. D. (2002). Challenges in oral therapy for erectile dysfunction. *Journal of Andrology*, 23, 6, 729-736.
- Silva, M., & Pires, M. (2002). Terapêutica oral da disfunção erétil. In *andrologia clínica* (p. 327-333). Porto: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Son, H., Park, H., Kim, S., & Paick, J. (2004). Reasons for discontinuation of sildenafil citrate after successful restoration of erectile function. *Asian Journal of Andrology*, 6, 2, 117–120.
- Souverein, P., Egberts, A., Meuleman, E., Urquhart, J., & Leufkens, H. (2002). Incidence and determinants of sildenafil (dis)continuation: the Dutch cohort of sildenafil users. *International Journal of Impotence Research*, 14, 259-265.
- Steers, W. (2002). Pharmacologic treatment of erectile dysfunction. *Reviews in Urology*, 4, suppl 3, S17–S25.
- Ströberg, P., Hedelin, H., & Bergström, A. (2007). Is sex only for the healthy and wealthy? *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1, 176–182.
- Tiefer, L. (2006). The Viagra phenomenon. *Sexualities*, 9, 3, 273–294.
- Tin-fook, K. (2002). Erectile dysfunction: current clinical approach. *Medical Section*, 7, 1, 3-5.
- Vendeira, p. (2003). Terapêutica da disfunção erétil. In *a sexologia: perspectiva multidisciplinar* (p. 197-220). Coimbra: Quarteto.

Wannmacher, L. (2006). Sildenafil: mais potencial do que potência? *Organização Pan-Americana da Saúde*, 3, 6, 1-6.

Zilbergeld, B. (1992). The man behind the broken penis: social and psychological determinants of erectile failure. In *erectile disorders: assessment and treatment* (p. 3-26). New York: Guilford Press.

Anexo A

Questionário sócio-demográfico, Questionário de resposta sexual e satisfação sexual
e Questionário de follow-up na DE.

Este questionário tem como objectivo compreender algumas variáveis respeitantes ao tratamento da disfunção eréctil com inibidores PDE-5s (Viagra®, Cialis® e Levitra®), como a taxa de descontinuação dos medicamentos, o tipo de acompanhamento realizado pelos médicos, bem como os motivos que levam os pacientes a aderir ao tratamento ou a abandoná-lo. O questionário contempla três partes: parte I – Questionário sócio-demográfico, parte II – Questionário de resposta sexual e satisfação sexual e parte III – Questionário de *follow-up* na DE.

A confidencialidade e o anonimato estão garantidos, pelo que não deve escrever o seu nome ou quaisquer dados que o identifiquem em nenhuma parte dos questionários. Todas as respostas dadas serão confidenciais, pelo que lhe pedimos que responda sinceramente às questões que lhe colocarmos. Agradecemos desde já a sua participação.

I. QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Idade _____

2. Profissão _____

3. Nível educacional

- 6º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura

4. Religião

- Católico (praticante)
- Católico (não praticante)
- Outra religião (praticante)
- Outra religião (não praticante)
- Sem religião

5. Orientação sexual

- Exclusivamente heterossexual
- Predominantemente heterossexual com experiências homossexuais
- Igualmente heterossexual e homossexual
- Predominantemente homossexual com experiências heterossexuais
- Exclusivamente homossexual

6. Estado civil

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Divorciado/separado
- Viúvo

7. Situação relacional

- Com relação de compromisso
- Sem relação de compromisso mas com parceira(o) sexual
- Sem relação de compromisso e sem parceira(o) sexual

8. Duração da Relação

- Sem parceira(o)
- Menos de um ano
- Entre um a dois anos
- Entre dois a quatro anos
- Entre quatro a seis anos
- Entre seis a dez anos
- Entre dez a vinte anos
- Mais de vinte anos

II. QUESTIONÁRIO DE RESPOSTA SEXUAL E SATISFAÇÃO SEXUAL

Nota: se não tem parceira(o) ou parceiras(os) sexual(is), passe para o Questionário de *follow-up* na disfunção erétil (página 5).

1. Com que frequência tem relações sexuais?

- Mais do que duas vezes por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Uma a duas vezes por mês
- Menos de uma vez por mês

2. Sente desejo pela(o) sua(seu) parceira(o)?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes
- Metade das vezes
- A maior parte das vezes
- Quase sempre/sempre

3. A(O) sua(seu) parceira(o) está disponível para ter relações sexuais consigo?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes
- Metade das vezes
- A maior parte das vezes
- Quase sempre/sempre

4. Sente-se satisfeito com a sua vida sexual?

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

5. Pensa que a(o) sua(seu) parceira(o) se sente satisfeita(o) com vossa vida sexual?

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

6. Sente-se satisfeito com a relação em geral com a(o) sua(seu) parceira(o)?

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

7. Pensa que a(o) sua(seu) parceira(o) se sente satisfeita(o) com a vossa relação em geral?

- Nada satisfeito
- Pouco satisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

8. Sente que a relação sexual com a(o) sua(seu) parceira(o) é espontânea?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes
- Metade das vezes
- A maior parte das vezes
- Sempre

III. QUESTIONÁRIO DE FOLLOW-UP NA DISFUNÇÃO ERÉCTIL

1. Está actualmente a utilizar algum medicamento para a Disfunção Eréctil?

- Sim
- Não

2. Qual dos medicamentos utiliza actualmente ou utilizou no passado?

- Viagra®
- Cialis®
- Levitra®

3. Como obteve o fármaco?

- Através da prescrição do médico
- Através da internet
- Na farmácia, sem prescrição médica
- Outro. Qual _____

4. Quanto tempo decorreu entre a primeira prescrição médica e o dia em que tomou o primeiro comprimido?

_____ dias

5. Com que frequência utiliza o medicamento (Viagra®, Cialis® ou Levitra®)?

- Mais do que duas vezes por semana
- Uma a duas vezes por semana
- Uma a duas vezes por mês
- Menos que uma vez por mês
- Nunca

6. Quais as razões que o levaram a tomar o medicamento (Viagra, Cialis ou Levitra)?

6.1. Porque queria recuperar/melhorar as erecções

Sim Não

6.2. Porque queria sentir-se melhor consigo próprio

Sim Não

6.3. Porque queria melhorar a sua vida sexual

Sim Não

6.4. Porque queria ter prazer

Sim Não

6.5. Porque sentiu pressão por parte da(o) parceira(o)

Sim Não

6.6. Porque queria agradar a(o) parceira(o)

Sim Não

6.8. Porque a forma de administração do medicamento era fácil

Sim Não

6.9. Porque considerava que o medicamento tinha efeito com uma estimulação sexual natural

Sim Não

6.10. Porque considerava que o medicamento tinha poucos efeitos secundários

Sim Não

6.11. Porque considerava o medicamento seguro

Sim Não

6.12. Porque poderia utilizar o medicamento mesmo tendo outras complicações de saúde

Sim Não

6.13. Porque considerava que o medicamento tinha pouca interacção com alimentos ou álcool

Sim Não

6.14. Outros _____

7. O tratamento com o medicamento (Viagra®, Cialis® ou Levitra®) foi de encontro às expectativas que tinha?

- Completamente
- Consideravelmente
- Medianamente
- Pouco
- Nada

**8. Para além deste tratamento (Viagra®, Cialis® ou Levitra®), que outros tratamentos adoptou para a disfunção erétil?
(Poderá assinalar mais do que uma resposta)**

- Nenhum
- Injecções Intracavernosas
- Terapêutica intauretral (sistema MUSE)
- Aparelhos de vácuo
- Cirurgia
- Próteses ou Implantes Penianos
- Psicoterapia ou Aconselhamento
- Outros

Nota: Se continua a tomar o medicamento (Viagra, Cialis ou Levitra), a sua participação acaba aqui. Muito obrigada.

Se abandonou o tratamento com o medicamento (Viagra, Cialis ou Levitra), responda às seguintes questões.

9. Qual o medicamento que utilizava no passado?

- Viagra®
- Cialis®
- Levitra®

10. Qual a razão ou razões que o levaram a parar de tomar o medicamento?

10.1. Efeitos secundários

Sim Não

10.2. Preocupação com a segurança cardiovascular do medicamento

Sim Não

10.3. Complicações de saúde

Sim Não

10.3.1. Se sim, quais?

(Poderá assinalar mais do que uma resposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Arteriosclerose |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerose | <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial |
| <input type="checkbox"/> Perturbações hormonais | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Doença Espinal | <input type="checkbox"/> Doença Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral | <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Cancro da próstata | <input type="checkbox"/> Outras_____ |

10.4. Custo elevado

Sim Não

10.5. Opção por outros tratamentos

Sim Não

10.6. Ineficácia do tratamento

Sim Não

10.7. Constrangimento na obtenção do medicamento

Sim Não

10.8. Medo de ser dependente de um medicamento

Sim Não

10.9. Falta de oportunidade para ter relações sexuais

Sim Não

(Continuação da questão: 10. Qual a razão ou razões que o levaram a parar de tomar o medicamento?)

10.10. Pressão para ter relações sexuais

- Sim Não

Se sim, indique o motivo:

(Poderá assinalar mais do que uma resposta)

- Queria agradar a(o) sua(seu) parceira(o)
- A(o) sua(seu) parceira(o) pressionava-o para ter relações sexuais depois da toma do medicamento
- Tinha relações sexuais porque não queria desperdiçar um comprimido

10.11. Falta de espontaneidade na relação sexual

- Sim Não

10.12. Diminuição do desejo e satisfação sexual

- Sim Não

10.13. Insatisfação com o tratamento

- Sim Não

10.14. Recuperação das erecções espontâneas

- Sim Não

10.15. Outras

- Quais? _____

11. Durante quando tempo utilizou o medicamento?

- 2 anos
- 1 ano
- 6 meses
- Menos de 6 meses

12. Qual a frequência com que ia à consulta com o seu médico?

- De 3 em 3 meses
- De 6 em 6 meses
- 1 vez por ano
- 1 vez de 2 em 2 anos

13. Se fosse introduzida a comparticipação destes medicamentos, voltaria a utilizá-los?

- Sim Não

Anexo B

Informação Clínica a recolher dos processos dos pacientes

Informação Clínica a recolher dos processos dos pacientes

1. Inibidor PDE-5 prescrito
2. Data de prescrição do inibidor PDE-5
3. Número de consultas
4. Número de prescrições do inibidor PDE-5
5. Utilização de outros inibidores PDE-5 durante o tratamento
6. Mudanças de doses do(s) fármaco(s)?
7. Utilização de outro tipo de tratamentos
8. Complicações médicas
9. Encaminhamentos para outros profissionais de saúde

Anexo C
Carta de Consentimento Informado

Carta de Consentimento Informado

O estudo que irá ser realizado tem como título: “o *follow up*, a adesão e a descontinuação da terapia farmacológica com inibidores da fosfodiesterase tipo 5 na disfunção erétil (Viagra®, Cialis® e Levitra®) em Homens com Disfunção Erétil em Portugal”. Os seus objectivos são o de compreender algumas variáveis do tratamento da disfunção erétil com inibidores da fosfodiesterase tipo 5, bem como os motivos que levam os pacientes a aderir ao tratamento ou a abandoná-lo.

A sua participação neste estudo, apesar de imprescindível, é absolutamente voluntária. Mesmo que concorde em participar no início, terá sempre a possibilidade de mudar de ideias e de cessar a sua participação em qualquer altura, sem qualquer consequência. A sua colaboração no estudo será recompensada com 20 euros, quantia que lhe será entregue através de um vale postal dos CTT – Correios de Portugal, o qual poderá levantar um mês após a participação no estudo.

Toda a informação recolhida neste estudo será anónima e confidencial. Aquando da publicação dos resultados do estudo, a identidade dos seus participantes será sempre mantida em anonimato, sendo apenas publicados os resultados estatísticos de grupo.

A assinatura neste documento serve para identificar que a informação aqui apresentada foi lida e compreendida, e que concorda em participar no estudo. Se assim o desejar, ser-lhe-á facultada uma cópia deste consentimento.

Para mais esclarecimentos, poderá contactar:

Vera Costa e-mail: veraforjaz@gmail.com	Ana Carvalheira e-mail: acarvalheira@ispa.pt
--	---

Assinatura do Participante

Anexo D
Esquema de Investigação

Figura 1. Esquema da investigação

