

Disfunção erétil: da medicalização à integralidade do cuidado na Atenção Básica

Erectile dysfunction: from medicalization to the comprehensive care in Primary Attention

Silvia Helena Bastos de Paula¹, Juliane Daniee Almeida², José Ruben de Alcântara Bonfim³

Resumo

Existem projeções de que até 2025 haverá 322 milhões de homens com disfunção erétil (DE) em todo o mundo e que ocorra maior incremento de casos nos países em desenvolvimento, como os da África e os da América Latina. A disfunção erétil foi definida pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA) como incapacidade persistente para atingir e manter uma ereção peniana de modo suficiente para o intercursos sexual satisfatório. Adotou-se a nomenclatura “disfunção erétil” em substituição a impotência masculina, expressão que tem conotação estigmatizante. Considerando-se aspectos sociais e valores relacionados com juventude e sexualidade que afetam a função sexual masculina e os problemas de acesso de homens aos serviços de assistência, realiza-se breve discussão sobre as implicações da DE e seus fatores condicionantes e transtornos decorrentes do agravamento, assim como as opções terapêuticas e estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutora do homem.

Palavras-chave: Disfunção erétil, Atenção primária, Medicalização

Abstract

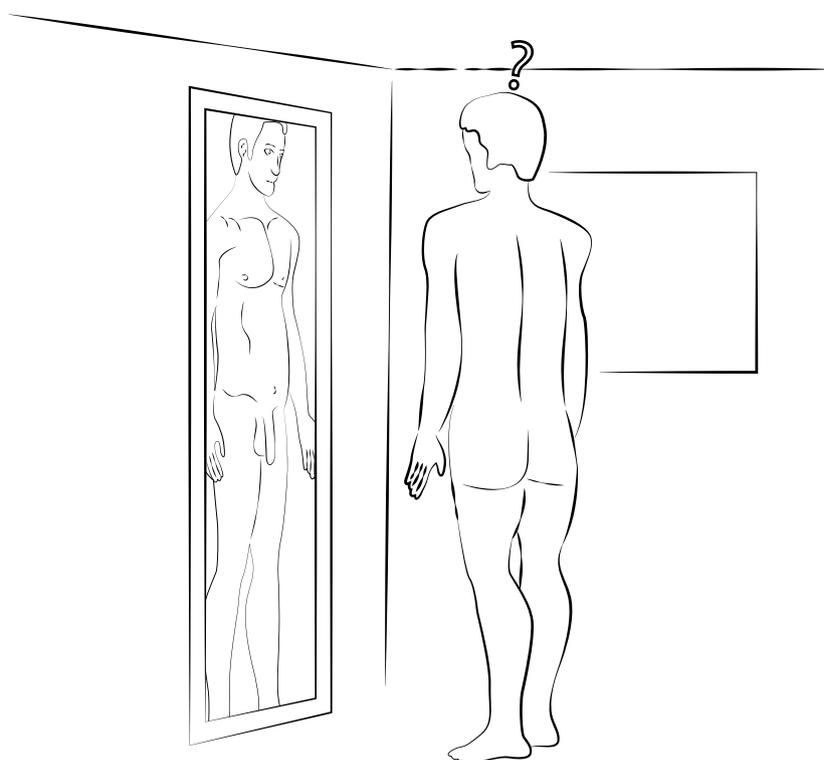
There are some projections showing that in 2025 there will be, all over the world, 322 million men with erectile dysfunction (ED) and that will occur a higher increase in cases in developing countries, as the ones in Africa and Latin America. The erectile dysfunction was defined by the National Institute of Health (NIH) of the United States of America as a persistent incapacity to achieve and maintain a sufficient rigidity of the penis allowing for satisfactory sexual activity. The nomenclature “erectile dysfunction” was adopted in replacement to “male impotence”, expression considered stigmatizing. Considering social aspects and values related to youth and sexuality that affects male sexual function and problems of access of men to the health services, a brief discussion is developed about the implications of the ED and its conditioning factors and disorders resulting from the problem, as well as the therapeutic options and strategies for men’s sexual and reproductive health promotion.

Keywords: Erectile dysfunction, Primary attention, Medicalization

¹ Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira sanitária, doutora em Ciências, pesquisadora científica III do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde (SES/SP)

² Juliane Daniee Almeida (judaniee@hotmail.com) é estagiária do Núcleo de Práticas de Saúde pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) da Secretaria de Gestão Pública do Estado de São Paulo e graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina

³ José Ruben de Alcântara Bonfim (jrabonfim@isaude.sp.gov.br) é médico sanitário, mestre em Ciências, pesquisador do Núcleo de Análises e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Instituto de Saúde (SES/SP)



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2009, tem uma política específica quanto à saúde masculina²⁹ para atender a seus problemas gerais e específicos e para promover a inclusão dos homens nos serviços de saúde. A porta de entrada preferencial do sistema é a Atenção Básica, que deverá prover cuidados para problemas prevalentes da saúde do homem, tais como violência, acidentes de trânsito, doença cardíaca isquêmica, depressão, hipertensão arterial, entre os problemas gerais, e hiperplasia benigna da próstata, câncer de próstata, ejaculação precoce e disfunção erétil, entre os problemas específicos.

A disfunção erétil (DE) é condição comum em homens maduros e idosos, com prevalência de 52% entre 40 e 70 anos de acordo com pesquisa realizada com 1.290 americanos no estudo denominado MMAS (Massachusetts Male Aging Study) entre 1987 e 1989, por questionário de autoavaliação. Neste estudo, 52% dos homens informaram algum grau de DE¹. A disfunção de graduação moderada foi a predominante (25,2%), ocorrendo disfunção completa em 9,6% e disfunção mínima em 17,2%^{2,16}.

A DE foi definida pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH)³² dos Estados Unidos da América (EUA), no Painel de Consenso sobre Saúde e Desenvolvimento da Impotência, em reunião realizada em 1992, como incapacidade persistente para atingir e manter uma ereção

peniana de modo suficiente para o intercuro sexual satisfatório, quando adotou-se a nomenclatura “disfunção erétil” em substituição a impotência masculina, expressão que passou a ter conotação estigmatizante¹⁶.

Existem projeções de que até 2025 haverá 322 milhões de homens com DE em todo o mundo e que ocorrerá maior incremento de casos nos países em desenvolvimento, como os da África e os da América Latina⁵.

Segundo dados do Censo IBGE 2010¹⁸, o Brasil tinha 93.406.990 homens e 97.348.809 mulheres, e esta população viverá em média 73,48 anos (69,73 para homens e 77,32 para mulheres). Assim, a DE será um dos problemas relevantes de saúde em significativa parcela da população com mais de 40 anos.

Na América Latina, o estudo de base populacional DENSA (*Prevalence of Erectile Dysfunction and Associated Factors*), realizado na Colômbia, no Equador e na Venezuela, assinalou que 53,4% dos homens apresentavam esse problema². No Brasil, o estudo pioneiro de Comportamento Sexual do Brasileiro¹ assinalou que entre 1.296 homens de 40 a 70 anos a prevalência foi de 46,2% de DE, registrando-se a disfunção mínima em 31,5%, a disfunção moderada em 12,1% e em 2,6% a disfunção grave (31,2% mínima, 12,2% moderada e 1,7% grave). Em outro estudo, realizado em 2002 e 2003, encontrou-se um total de 45,1% de DE numa amostra de 2.862 homens de 18 cidades de cinco regiões^{1,31}.

A noção de masculinidade surgiu no século XVIII para esclarecer diferenças entre sexos¹⁴. São os traços sexuais primários e secundários, internos e externos, que caracterizam a masculinidade, valorizada até hoje como herança da cultura patriarcal e sexista, e que confere ao órgão genital do homem um valor simbólico de poder social⁶. Assim, a impotência sexual significa que ele tem seu poder abalado, com prejuízo para a masculinidade e para a virilidade, e assume ainda o sentido de falência do organismo³⁴.

Aristóteles (384-322 a.C.) já estabelecia a diferença entre machos e fêmeas e a ligação entre pênis e a condição de macho: Animal macho significa aquele que gera outro e o animal fêmea o que gera nele próprio. O pênis é uma peculiaridade do macho, portanto o homem castrado assemelhar-se-ia a uma fêmea e assumiria muito bem a forma dela, pois estaria descaracterizado de sua masculinidade. Curiosamente e em oposição à nossa sociedade, os homens com pênis pequenos eram considerados mais férteis, pois o esperma não esfriaria no percurso de sua expelição. Os gregos antigos consideravam cômico o pênis grande e o satirizavam em obras de arte e nos dramas²².

Portanto, a masculinidade é categoria historicamente construída e compreendida de acordo com os valores de cada cultura e na forma como se estabelecem as relações entre os gêneros^{13,14,22}. As raízes dos comportamentos têm distintas origens e guardam estreita relação com a tradição, a estrutura social e o sexo, que determinam não apenas especificações biopsicológicas, mas o conjunto de experiências com agentes socializadores como família, escola, meios de comunicação, grupos de amigos e parceiros.

Dessa forma, considerando-se aspectos sociais e valores relacionados com juventude e sexualidade que afetam a função sexual masculina e os problemas de acesso de homens aos serviços de assistência à saúde^{11,15,19}, realiza-se breve discussão sobre as implicações da DE, seus fatores condicionantes e transtornos decorrentes do agravo, assim como sobre as opções terapêuticas e estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutora do homem.

Função e disfunção sexual masculina

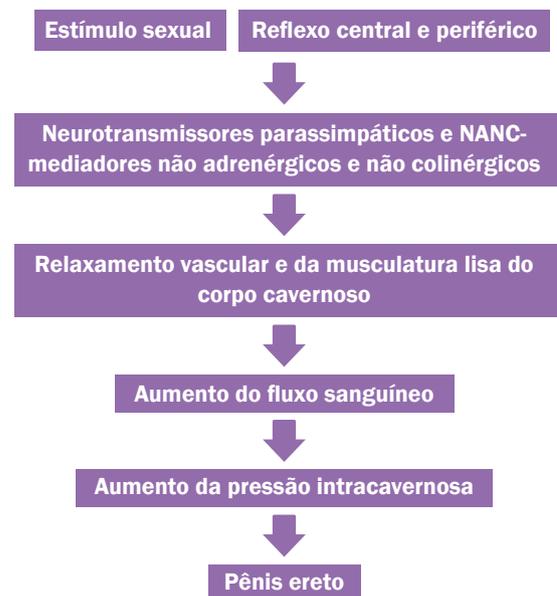
A noção de função em medicina, particularmente em fisiologia, refere-se à ação peculiar de qualquer órgão do corpo, glândula, aparelho ou sistema. A disfun-

ção, por conseguinte, seria uma perturbação da função de um órgão ou estrutura assemelhada.

O pênis é uma parte do corpo masculino em forma cilíndrica, composto anatomicamente por corpos cavernosos, corpo esponjoso que está subdividido em três camadas, glânde (porção distal, conhecida popularmente como cabeça do pênis), óstio externo da uretra, coroa da glânde, prepúcio do pênis (pele móvel que recobre a glânde) e uma prega vertical de tecido, o frênilo, que se situa por baixo da glânde. Formando o conjunto do órgão genital masculino, há também os testículos e estruturas relacionadas – entre elas, glândulas seminais, bulbouretrais e a próstata⁴¹.

O estado de flacidez é mantido ativamente pela ação tônica de nervos simpáticos. O principal regulador do processo de ereção peniana é o sistema nervoso autônomo. A função de ereção é desencadeada por vias centrais e periféricas. A intumescência é iniciada em geral depois de os tecidos periféricos receberem sinais em resposta a estímulos compreendidos como parte de um jogo sexual que varia conforme as culturas e religiões. Durante a estimulação sexual, o hipotálamo aciona diversos neurotransmissores centrais que têm participação na modulação da função sexual e erétil, tais como dopamina, acetilcolina, prostanoídes, ocitocina e peptídeo vasointestinal (Figura 1)^{36,37}.

Figura 1 - Sequência de eventos necessários para a ereção peniana



Fonte: adaptado³³.

A contração tônica produzida pela noradrenalina impede a ereção, enquanto a liberação de acetilcolina vai causar os principais eventos neurovasculares da ereção, principalmente por meio da liberação de óxido nítrico^{25,33,37}. Ao receber um estímulo, a musculatura lisa das artérias helicinais cavernosas relaxa, aumentando o fluxo sanguíneo para os espaços lacunares. Ocorre simultaneamente o relaxamento da musculatura lisa trabecular, levando à dilatação dos espaços sinusoidais e conseqüentemente ao ingurgitamento do pênis. O aumento progressivo da pressão no espaço trabecular comprime o plexo venoso subalbugíneo, reduz a drenagem venosa cavernosa e eleva a pressão intracavernosa a graus ainda maiores, promovendo a rigidez peniana^{2,3,37}.

Depois do estado de ereção, o pênis habitualmente retorna ao estado de flacidez determinado pela manutenção da musculatura lisa intracavernosa em estado de semicontração. Entre os neurotransmissores inibidores mais importantes estão peptídeos opioides e endotelinas, relacionados à noradrenalina⁴¹.

A DE é classificada, de acordo com a etiologia (causa) predominante, em: orgânica, psicogênica ou mista³⁹. A disfunção sexual ocorre por problemas de desejo, excitação, orgasmo ou dor que dificulte, em concomitância de um ou mais problemas ou de forma separada, a realização do ato sexual. Outros fatores fisiológicos são especialmente relevantes para uma

lícitas e ilícitas, como o tabaco, a maconha e a cocaína, e questões sociais e culturais, como desemprego, baixa escolaridade e estados depressivos, também podem contribuir para essa condição^{2,27,40}.

Sobre as relações afetivas, ressalte-se que o contato humano contribui para a produção de hormônios tais como a ocitocina e a testosterona, por meio da sensação prazerosa do tato, quando há afeto entre as pessoas e assim existe redução de estresse pelo contato entre elas⁴².

Mesmo em casos de DE orgânica, há influência de fatores psicológicos como agravantes ou mantenedores do quadro. Na maioria dos casos existe interação complexa de fatores de risco biológico, psicológico e social^{2,27,35}.

Recursos terapêuticos segundo os tipos de disfunção

As opções terapêuticas são definidas considerando os tipos de DE, os aspectos da história clínica e a etiologia predominante, que pode ser orgânica, psicogênica e mista. Quanto ao prognóstico, pode ser alinhado a causas curáveis e não curáveis, e quanto à gravidade a DE pode ser leve, moderada e grave. Conhecer esse contexto é indispensável para que sejam realizadas orientações, indicações terapêuticas e mudanças de estilo de vida que sejam efetivas (Quadro 1)^{2,27,36}.

As intervenções são classificadas na literatura em

Quadro 1 - Dados relevantes da história de paciente com disfunção erétil.

Sexual	Médica	Aspectos urológicos
História sexual	História médica incluindo doenças sexualmente transmitidas	História de sintomas do trato urinário
Natureza do problema	Aspectos psicológicos	Queixas dor peniana
Modo de início	Antecedentes cirúrgicos	
Grau de início	Uso de medicamentos	
Menos de 4 anos	Uso de drogas	
Grau de deficiência	Uso de álcool	
Fatores precipitantes	Tabagismo	

Fonte: Adaptado³⁶

ereção satisfatória, tais como hormônios, oxigenação celular, artérias desobstruídas e condições psicossociais e relações afetivas gratificantes³⁶.

Diversos fármacos também podem influir para o surgimento e o agravamento da DE, como antidepressivos, antipsicóticos, alguns tipos de anti-hipertensivos, anabolizantes e anti-inflamatórios, entre outros. Uso de drogas

três linhas: a primeira são as opções psicoterapêuticas e farmacológicas; a segunda são injeções intracavernosas autoaplicáveis com fármacos vasoativos (papaverina, fentolamina e prostaglandina E1) e assessórios a vácuo e complemento de testosterona; a terceira é constituída por próteses penianas que podem ser maleáveis, articuláveis e infláveis^{2,4,12,36}.

Quase todas as provas atualmente disponíveis relacionam sildenafil, tadalafila e vardenafila – inibidores de fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) – como terapias farmacológicas de primeira linha, seguras, efetivas e de boa tolerância com eficácia entre 50% e 90%⁴⁰. Mas existe alerta quanto a sua contraindicação diante de enfarte do miocárdio recente e de uso concomitante de nitratos³⁶.

ração da medicina na condução e resolução de questões da vida cotidiana que passam a ser caracterizadas como doenças, transtornos e disfunções, e que ocorrem no ciclo da vida humana, incluindo nascimento, envelhecimento, sexualidade e morte, que assim se tornam campos de atuação médica especialista^{9,10}.

Desde meados do século XIX, a impotência mascu-

Quadro 2 - Tempo médio e máximo de concentração plasmática de inibidores de PDE-5

Fármaco	O início da ação	Meia-vida	Efeitos adversos
Sildenafil	Tmax* 30-120 minutos Média 60 minutos	2-5 horas.	Dor de cabeça Rubor Dispepsia
Vardenafila	Tmax* 30-120 minutos Média 60 minutos	4.5 horas	Dor de cabeça Rubor Dispepsia
Tadalafila	Tmax* 30-120 minutos Média 120 minutos	15.5 horas	Dor de cabeça Rubor Dispepsia
*Tmax = tempo médio para o pico de concentração plasmática do fármaco.			

Fonte: Adaptado³⁶

Na segunda linha de opções está o tratamento farmacológico injetável (alprostadil) aplicado no espaço intracavernoso, recurso com eficácia de 45% a 80% e desvantagens de dor no lugar da aplicação das injeções, ardor e eventualmente ereção demorada (priapismo). O acessório a vácuo mais utilizado por idosos americanos aponta para satisfação de 84% a 89% entre usuários, mas o índice de abandono do uso é de 47%^{27,36}.

Na terceira linha, há as próteses penianas para casos de DE grave com falhas de emprego de outros métodos. As próteses são maleáveis e infláveis; a satisfação é de 81% a 90%, com duração de dez anos em 75% dos casos. Necessita de aceitação por parte da parceira, pois podem ocorrer reações de rejeição e hematomas^{27,36}.

Sabe-se também que 40% da DE tem origem psicogênica, e para esses casos e os de etiologia mista a psicoterapia é necessária. A meta-análise²⁷ que comparou a associação da psicoterapia de grupo ao citrato de sildenafil versus o uso exclusivo de citrato de sildenafil revelou diferença estatisticamente significativa a favor da psicoterapia de grupo associada ao citrato de sildenafil.

Medicalização da sexualidade?

Medicalização é definida como processo de incorpo-

lina é definida como categoria médica, e foi objeto de cuidados por parte de médicos e venereologistas⁹. Os psiquiatras a denominavam também de “neurastenia sexual”, relacionada com traumas de infância ou por conta de problemas nas relações com parceiras sexuais. Foi associada ainda à perda da virilidade e, portanto, causa de infertilidade masculina¹⁶.

Recentes investimentos da farmacologia em direção à sexualidade constituem-se em um excelente exemplo sobre as formas como as concepções do corpo e da saúde/bem-estar são reelaboradas nas sociedades contemporâneas. Tais discursos enaltecem a atividade sexual como uma importante fonte de felicidade para os sujeitos, assinalando a centralidade da penetração e da ereção, ora reforçando a medicalização da sexualidade, ora destacando a ideia de juventude eterna, evocando um corpo moldável para a satisfação dos desejos, ora como droga de uso afrodisíaco e recreativo, sendo utilizado por homens jovens em festas e orgias^{8,17,21}.

Essas inovações têm críticas e explicações adicionais na concepção de Sociedade Biônica²⁶, que teria três características: 1) forte ênfase na saúde, considerada por suas dimensões químicas, neurológicas e genéticas; 2) extensão dos modos de pensar médico (não

apenas de tratamentos médicos) em áreas ainda não previamente medicalizadas – ou apenas parcialmente – como a de prevenção cosmética e nutrição; 3) crescente “farmaceuticalização” de questões cujos limites estão entre a normalidade, a doença e a intensificação do que é normal, e assim também entre natureza e criação²⁶.

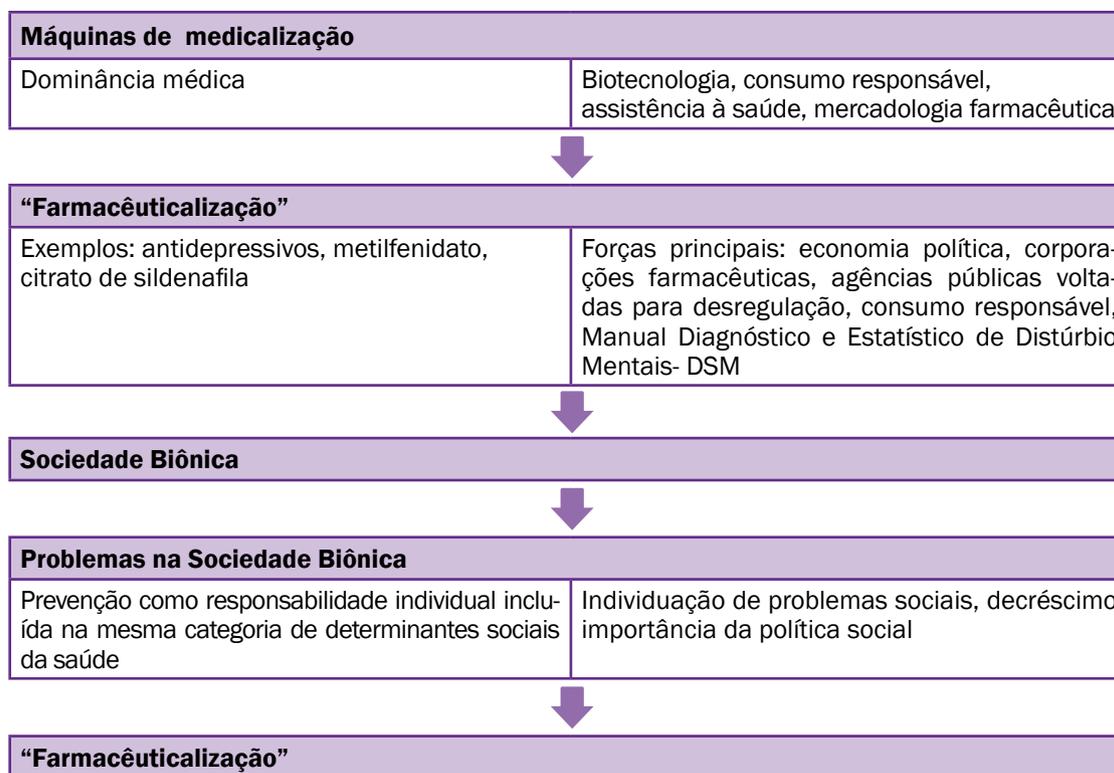
O fenômeno da “farmaceuticalização” da sexualidade abrange muitos aspectos como o tratamento da “andropausa”, a esculturação física, e quanto à disfunção erétil compreende o uso excessivo e abusivo de fármacos com o propósito de intensificar o desempenho sexual em pessoas que não têm distúrbios relacionados à disfunção erétil por causa orgânica ou psicogênica. Na Internet, há extraordinária profusão de comércio de inibidores de fosfodiesterase do tipo 5 que podem ser adquiridos por preço mínimo, além de oferta invasiva por *e-mails*. Ademais, pode-se comprar facilmente esses produtos nos estabelecimentos farmacêuticos que têm natureza basicamente comercial e até oferecem descontos anunciados em “suas portas” estimulando o uso recreacional. O uso intensivo de inibidores de fosfodiesterase do tipo 5, por exemplo, pode ser compreendido na Figura 2.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

A PNAISH²⁹ dá prioridade à redução das principais causas de morbidade e mortalidade masculina, considerando que os homens morrem mais e vivem menos que as mulheres, e dá ênfase à dimensão social desse fenômeno²³. Entre seus propósitos específicos encontraram-se referências diretamente relacionadas com a disfunção erétil (DE), tais como: estimular e executar as ações e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas; garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores desses cuidados²⁹. No entanto, tratar deste assunto ainda é um tema não absorvido pela maioria dos serviços de Atenção Básica, mesmo nas áreas metropolitanas e nas cidades de médio porte.

A promoção de saúde do homem para além da medicalização¹², não obstante o uso cada vez maior de intervenções, e a instituição de sexualidade padrão, poderia enfatizar a criação de espaços para discutir formas de pensar uma atenção integral nas questões de sexualidade e saúde e de tecer a equidade no aces-

Figura 2 - “Medicalização” e “Farmaceuticalização” na Sociedade Biônica



Fonte: Adaptado²⁶

so a serviços que considerem a singularidade dos homens e das masculinidades³⁸.

Com o decreto n. 7.508, de 28 junho de 2011³⁰, da Presidência da República, ampliaram-se as portas de entrada para os serviços de saúde para além de unidades básicas, pois foram incluídos os serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e serviços de acesso aberto. Sabe-se do descontentamento com a demora de atendimento^{19,15} e baixa resolução dos problemas e as várias idas aos serviços com a consequente perda de dias de trabalho.

Outra linha da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a concepção matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que poderiam promover mudanças na orientação da saúde sexual de homens e casais maduros e idosos que já apresentarem fatores de risco cardiovasculares e metabólicos, frequentemente associados à DE. Alguns hábitos e outras doenças associados à DE, que podem servir de alerta para intervenção nessa disfunção, são os sintomas do trato urinário inferior, doenças da próstata, deficiência de testosterona, hipogonadismo, diabetes, distúrbios mentais, alcoolismo e tabagismo.

A literatura recente recomenda que adultos maiores e idosos devem ter atividades sexuais e ereções regulares para oxigenação do corpo cavernoso com a finalidade de prevenir fibrose e de oclusão das veias do pênis²⁰.

No país, o grande desafio referido na literatura é trazer os homens para os serviços, porém questiona-se: os homens devem mesmo fazer promoção de saúde nos serviços ou poderia haver outro arranjo que levasse a promoção de saúde até onde os homens estão?²⁴ Esses serviços estariam preparados para atender com enfoque generalista às questões de saúde e da disfunção erétil? Existem recursos diagnósticos disponíveis na Atenção Básica e serviços de referência? A informação sobre os fatores desencadeantes e sobre os recursos terapêuticos estão chegando até onde os homens estão?

Considerações finais

Séculos depois da observação de Aristóteles, continua-se a associar o pênis à figura do macho viril, copulador, reprodutor. Mais que uma estrutura corpórea, componente do sistema reprodutor masculino, o pênis tem significação social.

O envelhecimento e o declínio da sexualidade em am-

bos os parceiros podem representar oportunidade para construir novas possibilidades de relações prazerosas que diversifiquem os elementos e ressignifiquem a sexualidade.

A ampliação das portas de entrada para o sistema de saúde pode favorecer o acesso para a população masculina trabalhadora (feminina também), e o vínculo poderia ser estabelecido nas proximidades de seu lugar de trabalho, reduzindo tempo de deslocamento, absenteísmo e facultando o acesso à promoção, prevenção e tratamento.

Nos serviços de saúde cuja prioridade é o atendimento por clínicos generalistas, ou ainda nos que contam com clínico geral e ginecologista, haverá limitações de vagas para exames diagnósticos e acesso a especialidades, talvez até por pressão de urologistas que, como refere a literatura, mantêm certo atrito com os médicos não especialistas desde a década de 1930 – quando se discutia a andrologia como subespecialidade encarregada de resolver os problemas do homem e a urologia como responsável pelos problemas de vias urinárias.

Nas unidades de Atenção Básica e da ESF, esses recursos terapêuticos devem ser articulados com estratégias de promoção de saúde e intervenções de prevenção coerentes com o perfil epidemiológico da população quanto aos agravos sistêmicos e crônico-degenerativos, com promoção de atividade física, dieta equilibrada, controle de doenças específicas como diabetes, além de ações de saúde mental, promoção de envelhecimento ativo, redução de danos para tabagismo e alcoolismo.

Parece lógico analisar cada caso de provável DE nas unidades de saúde e oferecer o tratamento farmacológico oral, quando necessário, para que se atenda com coerência às metas da política. Todas as opções terapêuticas comprovadamente efetivas e de promoção de saúde deveriam estar disponíveis de acordo com o princípio da integralidade da atenção.

É claro que os recursos farmacológicos orais (inibidores de fosfodiesterase tipo 5) devem estar disponíveis nas unidades básicas e de saúde da família para serem usados de modo racional. No entanto, eles nunca constaram da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde, que orienta as listas de estados e municípios. É um indício de um aspecto inconsistente da PNAISH. Os formuladores de políticas e gerentes de programas de saúde temem a repetição, no âmbito do SUS, do uso indiscriminado desde o advento da sildenafil, em 1998, seja pela oferta na Internet, seja pela compra em farmácias e drogarias (sem respeito à prescrição médica)?

Referências bibliográficas

1. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Jr ED, Fittipaldi JAS. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52(6): 424-9.
2. Acuña Cañas A. Etiología y clasificación de la disfunción erétil. Elementos clínicos y estado del arte. *Rev Urol Colombiana,* 2007;16(1):35-50.
3. Albersen M, Mwamukonda KB, Shindel AW, Lue TF. Evaluation and treatment of erectile dysfunction. *Med Clin NAM.* 2011, 95: 201-212.
4. Andersson KE. Mechanisms of penile erection and basis for pharmacological treatment of erectile dysfunction. *Pharmacol Rev.* 2011;63(4):811-859.
5. Aytac IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int.*1999;84:50-6.
6. Badinter E. O homem mutilado (Cap I). Em: Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Duque de Estrada MI, tradutor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1993. p.131-142.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): Departamento de Atenção Básica, 2007. 4. ed. (Série E. Legislação de saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, 4)
8. Brigueiro M, Maksud I. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. *Estudos Feministas.*2009;17(1):296-8.
9. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Rev Saúde Col.* 2009;19(3): 659-78.
10. Conrad P, Barker KK. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. Barbarini TA, tradutor. *Idéias.* Campinas. 2011;3:185-220.
11. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2010;14(33): 257-270.
12. Couto OHC. Tudo azul com o sexual? Viagra e sexualidade. *Reverso.* 2011; 33(61): 83-89.
13. Frank, B. Hegemonic heterosexual masculinity. *Stud Pol Econ.* 1987;24: 159-170.
14. Gomes R. Sexualidade masculina gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
15. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis: Rev Saúde Col.* 2011;21(1):113-128
16. Giami A, Nascimento KC, Russo J. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis: Rev Saúde Col.* 2009;19(3): 637-658.
17. Harte CB, Meston CM. Recreational use of erectile dysfunction medications in undergraduate men in the United States: characteristics and associated risk factors. *Arch Sex Behav.* 2011; 40:597-606.
18. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. T buas completas de mortalidade, 2010 [monografia na internet]. Brasília (DF); 2011[acesso em 24 de maio de 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/default.shtm>
19. Kalckmann S, Batista LE, Souza LCCF. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MPC, organizadores. *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos.* São Paulo: Edusp/ Fapesp: 2005.
20. Kaminsky A, Sperling H, Popken G. Primary and secondary prevention of erectile dysfunction. *Urol A.* 2011;50(10):1265-8.
21. Kim M, Uhl K. Sex and lifestyle drugs: the pursuit of fountain of youth. *Clin Pharmacol Ther.*2011;89(1):3.
22. Laqueur, T W. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Whately V, tradutor. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
23. Laurenti R, Mello Jorge MH, Gotlieb S. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Cien Saúde Col.*2005;10(1):35-46.
24. Machado VR, Bastos S. Indo aonde os homens estão. In: Fernandes MEL, Dowbor TP, Kretzer MR, Gouveia I, Sucupira AC, Menezes L, Resegue R, et al, Organizadores. *AIDS prevenção porta a porta: construindo história de prevenção HIV Aids no PSF na cidade de São Paulo.* São Paulo: Hucitec; 2004. p.141-147.
25. Matheus WE, Fregonesi A, Ferreira U. Disfunção erétil. *Rev Bras Med.* 2009;66(12):85-89.
26. Maturo A. Medicalization: current concept and future directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monogr.* 2012;10:122-133.
27. Melnik T. Disfunção erétil. *Diagn Tratam.* 2011;16(2):91-2.
28. Miner MM. Men's health in primary care: an emerging paradigm of sexual function and cardiometabolic risk. *Urol Clin North Am.* 2012;39(1):1-23.

29. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Política Nacional de Atenção integral à Saúde do Homem [portaria na internet]. [Acesso em 24 de maio de 2012] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
30. Ministério Saúde. Decreto 7.508 de 28 junho de 2011. Regulamenta a lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [decreto na internet]. [Acesso em 16 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/DECRETO%207508%20-%20Regulamentação%20da%20Lei%208080%20dos%20SUS.pdf>
31. Moreira Jr ED, Abdo CHN, Torres EB, Lôbo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urol.* 2001;58:583-8.
32. National Institute of Health - NIH. Consensus Conference. Impotence. NIH consensus development panel on impotence. *JAMA.* 1993; 270(1):83-90.
33. Nunes KP, Webb RC. Mechanisms in erectile function and dysfunction: an overview In: Nunes KP, editor. *Erectile dysfunction - disease - associated mechanisms and novel insights into therapy.* Rijeca, Croatia: Intech;2012. p.2-22.
34. Pinheiro TF, Couto MT; Silva GSN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface: Comunic Saúde Educ.* 2011; 15(38): 845-58.
35. Rosen RC, Cappelari JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Constructing and evaluating the "Sexual Health Inventory for Men: IIEF-5" as a diagnostic tool for erectile dysfunction (ED). *Int J Impot Res.* 1998; 10:S35-S42.
36. Smith IAR, Mc Lead N, Rashid P. Erectile dysfunction: when tablets don't work. *Aust Fam Physic.* 2010;39(5):301-05
37. Nardoza Junior A. Disfunções Sexuais (Cap. 9). Em: Zerati Filho M, Nardoza Junior A, Reis RB.(editores). *Urologia fundamental.* São Paulo: Planmark, 2010. p.87-94.
38. Souza CA, Cardoso FL, Silveira RA, Wittkopf PG. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Rev Bras Cardiol.* 2011; 24(3):180-5.
39. The process of care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction. The Process of Care Consensus Panel. *Int J Impot Res.* 1999;11(2):59-70; discussion 70-4.
40. Tsertsvadze A, Fink H, Yazdi F, MacDonald R, Bella J. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2009; 151:650-61.
41. Van de Graaff KM. *Anatomia humana.* São Paulo: Manole; 2003.
42. Zampieri AMF. *Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da Aids.* São Paulo: Agora; 2004.

