



# Disfunção erétil

Resumo de diretriz NHG M87 (julho 2008)

Leusink P, De Boer LJ, Vliet Vlieland CW, Rambharose VR, Sprengers AM, Mogendorff SW, Van Rijn-Van Korten Hof NMM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

## Conteúdo



- Definições
- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exame físico
  - Exames complementares
  - Avaliação
- Conduta
  - Orientação e tratamento não medicamentoso
  - Medicação
- Acompanhamento e encaminhamento
  - Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Definições

A disfunção erétil (DE): A incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção suficiente para a relação sexual.

## Diagnóstico

Informar-se sobre queixas de DE nos grupos de risco: pacientes com doenças crônicas, uso de medicação crônica ou um transtorno depressivo.

## Anamnese

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

Perguntas relacionadas à queixa.

- Tempo de existência da DE, curso?
- A DE sempre se dá?
- Qual o grau de rigidez do pênis durante a ereção? Escolher entre as seguintes opções de resposta:
  1. o pênis aumenta, mas não há ereção real;
  2. ereção moderada, mas a penetração não é possível;
  3. penetração possível, mas a ereção não é totalmente rígida;
  4. a ereção tem (novamente) nível absoluto de rigidez, e não existe (mais) DE.
- Você tem dor, alteração na forma e/ou uma posição anormal do pênis durante a ereção?
- Existe estimulação sexual adequada (tanto visual, auditiva e tátil)?

Perguntas para distinguir entre DE psicogênica e somatogênica.

- Você obtém uma ereção por meio de masturbação? Você percebe por vezes ereções durante o sono ou ao despertar?

Perguntas no diferencial diagnóstico.

- Há presença de desejo sexual, vontade da prática sexual? (alerta para transtornos do desejo sexual.)
- Você tem problemas com ejaculação ou você ejacula muito rapidamente? O pênis amolece antes ou após a ejaculação? (ejaculação precoce)

Questões de comunicação.

- Como você lida com os problemas de ereção? Você possui explicação para a DE?
- Como pensa sua parceira à respeito do seu problema de ereção? Você conversa com ela sobre a DE?
- Como você e sua parceira dão forma ao relacionamento sexual e quais são as coisas que vão bem?
- O que você e sua parceira já tentaram para melhorar a ereção?
- Que forma de ajuda é desejada? Qual o objetivo que você gostaria de atingir?

Perguntas voltadas à presença de causas específicas.

- História médica e comorbidades, medicamentos, fatores de risco cardiovascular (estilo de vida, história familiar).

## Exame físico

Exame em ereção dolorosa do pênis para averiguar presença de placas endurecidas e (para) fimose.

## Exames complementares

Quando há incerteza após a anamnese, o auto-exame é indicado: o paciente tenta em casa usando estimulação audiovisual/tátil (masturbação) para obter uma ereção e mantém um diário de ereção.

## Avaliação

Disfunção erétil	Predominantemente psicogênica	Predominantemente somática
Idade	geralmente < 40 anos	geralmente > 40 anos
Ereções ao despertar	normalmente presentes	geralmente ausentes
Em masturbação	geralmente boa ereção	geralmente nenhuma ereção
Início das queixas	repentino	gradual (exceto após trauma/cirurgia)
Curso das queixas	variável	constante
Situações em que queixas ocorrem	situacional	sempre

## Conduta

- DE predominantemente psicogênica: orientação, exercício, acompanhamento. A terapia medicamentosa como apoio a curto prazo. Em problemas relacionais nenhuma medicação.
- DE predominantemente somatogênica: educação, exercícios, terapia medicamentosa. Efeitos insuficientes: apoio através de conversas.

## Orientação e tratamento não medicamentoso

- Nível e/ou duração das ereções diminui com o avanço da idade. Estimulação tátil direta é necessária.
- Diabetes, doença cardiovascular, doenças neurológicas e medicamentos podem reduzir a capacidade de ereção.
- Discutir o papel do estresse (do trabalho) e fadiga. Dar atenção ao “círculo vicioso de ansiedade.”

- Problemas relacionais ou a reação do parceiro à disfunção pode também desempenhar um papel.
- Encorajar os parceiros a procurar oportunidades para mudar os hábitos existentes.
- Discutir sentimentos irrealistas, crenças e expectativas do paciente e seu parceiro sobre sexo e DE.
- Conselhos relacionados ao estilo de vida: se mover mais.
- Outras ferramentas de ajuda se a medicação é indesejável ou insuficiente: agentes que intensificam a excitação, anel de pênis elástico, bomba de vácuo.

## Medicação

Os inibidores PDE-5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil) são igualmente eficazes e seguros.

### Orientação

- O efeito dos inibidores de PDE-5 se dão depois de uma média de 30 minutos.
- O efeito de sildenafil e vardenafil persiste 4-5 horas, tadalafil 36 horas.
- Os medicamentos só são eficazes após a estimulação sexual e a excitação.
- A eficácia é máxima, após 4-6 vezes de utilização.
- Os agentes de curta duração, tomar preferencialmente com o estômago vazio (pelo menos 3 horas após uma refeição).
- Inibidores PDE-5 e as atividades sexuais não aumentam o risco de doenças cardiovasculares
- As reações adversas (cefaléias, rubor, dispepsia, náusea, nariz entupido, tonturas) tendem a ocorrer no início e diminuir após o uso repetido.

### Dosagem

- *Step-up*<sup>1</sup>: começar com 50 mg de sildenafil, vardenafil 10 mg ou tadalafil 10 mg. Dobrar a dose em efeito insuficiente. Reduzir a dose à metade se o efeito for suficiente ou em efeitos colaterais. Em insuficiência renal ou hepática, a dose inicial deve ser reduzida a 25 mg de sildenafil, 5 mg de vardenafil ou 10 mg de tadalafil (neste caso, esta é também a dose máxima de tadalafil).
- *Step-down*<sup>1</sup>: começar com 100 mg de sildenafil, 20 mg de vardenafil ou 20 mg de tadalafil. Reduzir para a metade em efeito suficiente da dose. Em insuficiência hepática ou renal: ver acima.

### Contra-indicações

- Em sintomas de insuficiência cardíaca ou angina pectoris (classe NYHA III/IV), hipotensão (<90/50 mmHg).

- Infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral < 6 meses atrás.
- Uso de nitratos.

## Acompanhamento e encaminhamento

Controle após o uso de 4-6 comprimidos. Verificar em efeito insuficiente:

- Você tomou a medicação corretamente?
- Como foi o contato sexual, houve estimulação sexual suficiente?
- Como reagiu a sua parceira, há problemas de relacionamento?
- Você percebeu um aumento na frequência de ereções matinais ou ereções espontâneas?
- Que pensamentos você teve durante o contato sexual?

Em seguida, controles a cada 4 semanas até que não haja mais ajuda necessária. Considere parar em ereções adequadas e fatores psicogênicos. Na DE somatogênica geralmente a medicação será cronicamente necessária. O diário de ereção é uma boa ferramenta para o acompanhamento.

### Encaminhamento

Encaminhar a um sexólogo em:	Encaminhar a um urologista em:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- problemas (complexos) de relacionamento;</li> <li>- ejaculação prematura;</li> <li>- deficiência no desejo sexual;</li> <li>- psicopatologia, problemas de desenvolvimento ou sofrimento somático grave;</li> <li>- etiologia incerta;</li> <li>- ausência de um pedido conjunto de assistência por parte dos parceiros;</li> <li>- afinidade insuficiente do médico de família e comunidade para o acompanhamento;</li> <li>- benefício insuficiente do tratamento através do médico de família e comunidade após alguns meses;</li> <li>- diversos efeitos colaterais da medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de mais exames diagnósticos somático;</li> <li>- mais de 12 meses de doença de Peyronie existente;</li> <li>- benefício insuficiente ou contra-indicação à medicação;</li> <li>- deficiência de testosterona;</li> <li>- tratamento invasivo.</li> </ul>

## Notas do tradutor

1. A expressão em inglês *step up* é utilizado para referir-se a uma dose inicial baixa, seguida de aumento gradativo da dosagem. *Step down* é refere-se à tática oposta: inicia-se com dose alta e essa é reduzida até a dose eficaz mais baixa.