



# Disfunção Erétil nos Cuidados de Saúde Primários: Protocolo de Atuação

## *Erectile Dysfunction in Primary Care: Protocol*

Matias, Francisco<sup>1</sup>; Patrício, Ana<sup>1</sup>; Pereira, Ferdinando<sup>2</sup>

### Resumo

A ereção peniana é um processo fisiológico complexo, dependente de diversos fatores, como neurológicos, vasculares, musculares e psicológicos, e fundamental para a vida sexual e consequente bem-estar do homem. A disfunção erétil é definida como a incapacidade persistente de atingir e/ou manter uma ereção suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório. Este sintoma pode afetar significativamente a qualidade de vida do homem, assim como de parceiros sexuais, e está fortemente relacionada com fatores de risco modificáveis e doença cardiovascular.

Os cuidados de saúde primários são o contexto mais provável de ser abordada esta temática, devendo os médicos de família estar preparados para agir adequadamente.

Neste sentido, utilizando como base bibliográfica principal as *guidelines* da European Association of Urology, adequando à prática clínica, foi elaborado este protocolo, de forma a ser utilizado em todas as vertentes associadas à disfunção sexual e contexto biopsicossocial do utente. De um modo prático e organizado, pretende-se que, em formato de registo SOAP, seja possível avaliar o doente e oferecer um plano terapêutico que se adequa às necessidades e expectativas a fim de melhorar a qualidade de vida e prevenir agravamento do estado de saúde individual, sem receio de medicar ou orientar, com o devido conhecimento científico.

**Palavras-chave:** Cuidados de Saúde Primários; Disfunção Erétil

### Abstract

*Penile erection is a complex physiological process, dependent on various factors, such as neurological, vascular, muscular and psychological, and fundamental to a man's sex life and consequent well-being. Erectile dysfunction is defined as the persistent inability to achieve and/or maintain an erection sufficient to allow satisfactory sexual performance. This symptom can significantly*

*affect a man's quality of life, as well as that of his sexual partners, and is strongly related to modifiable risk factors and cardiovascular disease.*

*Primary health care is the most likely setting to address this issue, and family doctors must be prepared to act appropriately.*

*With this in mind, using the guidelines of the European Association of Urology as the main bibliographic basis and adapting them to clinical practice, this protocol was drawn up to be used in all aspects associated with sexual dysfunction and the patient's biopsychosocial context. In a practical and organized way, it is intended that, in SOAP record format, it will be possible to assess the patient and offer a therapeutic plan that suits their needs and expectations in order to improve their quality of life and prevent worsening of their individual state of health, without fear of medication or guidance, with the appropriate scientific knowledge.*

**Keywords:** *Erectile Dysfunction; Primary Health Care*

### Introdução

A ereção peniana é um processo fisiológico complexo, dependente de diversos fatores, como neurológicos, vasculares, musculares e psicológicos, e fundamental para a vida sexual e consequente bem-estar do homem. A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente de atingir e/ou manter uma ereção suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório. Este sintoma pode afetar significativamente a qualidade de vida do homem, assim como de parceiros sexuais.<sup>1</sup>

A prevalência de DE é muito variável em termos geográficos. Globalmente, tem tendência a aumentar com a idade, no entanto, é uma patologia que afeta indivíduos de todos os grupos etários, contextos socioeconómicos e culturais.

A DE está frequentemente relacionada com fatores de risco modificáveis como diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipertensão, obesidade, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo. Fatores psicológicos ou psiquiátricos, farmacológicos, sociais, entre outros, podem também estar implicados na causa da DE, pelo que devem ser considerados.<sup>1</sup>

A DE é geralmente classificada em três grupos com base na etiologia: DE orgânica, psicogénica e mista, sendo a última a mais frequente. Por isso, tem sido sugerida a utilização dos termos “orgânica primária” ou “psicogénica primária”.<sup>1</sup>

A etiologia da DE é variada, e frequentemente, multifatorial. Em verdade, os fatores de risco cardiovascular, como diabetes, hipertensão arterial ou doença arterial periférica, têm uma

1 – Centro de Saúde do Bom Jesus, ACeS Região Autónoma da Madeira – Funchal, Madeira, Portugal

2 – Serviço de Urologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça – Funchal, Madeira, Portugal



presença relevante nos casos de DE, sendo esta um marcador precoce de disfunção endotelial sistémica.<sup>2</sup>

De facto, a DE pode ser a primeira manifestação valorizada pelo doente de alto risco, pelo que, na prática de Medicina Geral e Familiar, assim que seja realizado (ou suspeito) diagnóstico de DE, deve ser imediatamente avaliado o risco de doença cardiovascular, e orientado em consonância.<sup>3</sup>

Pretende-se, com o presente protocolo, otimizar a abordagem do médico de família ao contexto de disfunção sexual no homem, para evitar dúvidas e receio de oferecer tratamento ou propor algum tipo de investigação.

### Métodos

A principal fonte bibliográfica utilizada foi as *guidelines* da European Association of Urology. Aspetos mais particulares, nomeadamente, em relação a fármacos foram consultados sobretudo no resumo de características do medicamento (RCM) dos mesmos. Em termos de validação e certificação, o trabalho foi acompanhado, corrigido e aceite pela direção do Serviço de Urologia do hospital de referência.

### Resultados

A bibliografia atualizada, junto com o conhecimento da prática clínica em contexto de cuidados de saúde primário, permitiu a elaboração do presente protocolo, que tem a informação necessária para a abordagem completa do doente com DE, desde o início das queixas até à resolução ou indicação para recorrer a cuidados de saúde secundários.

Tendo em conta o tipo de registo clínico utilizado na Medicina Geral e Familiar – SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano) – a abordagem deve, também nestes casos, ser similar.

As queixas subjetivas devem ser avaliadas e valorizadas e o plano individualizado é o resultado que se pretende obter da consulta. Habitualmente considera-se queixa compatível com DE a dificuldade em obter ou manter uma ereção para a realização de uma relação sexual satisfatória.

Em termos objetivos, deve ser realizado exame físico completo, em que se avalie os pulsos periféricos, exame neurológico sumário, estado cognitivo, pesquisa de placas ou lesões penianas e sinais de hipogonadismo (redução da massa ou força muscular, redução da libido, aumento da massa gorda ou ginecomastia).

Pode também ser avaliado o impacto, através do Índice Internacional de Função Erétil que avalia diversos aspetos da experiência sexual nas quatro semanas prévias à aplicação do questionário. Cada questão insere-se em determinado campo etiológico e a pontuação permite aferir quais as esferas mais afetadas.<sup>3,4</sup> A aplicação do questionário pode ser morosa, de modo que se propõe que, para o âmbito dos Cuidados de Saúde

Primários, uma anamnese cuidada seja, geralmente, suficiente para uma correta avaliação da etiologia das queixas.

Neste ponto avaliamos se realmente as queixas do utente são compatíveis com a disfunção sexual mais frequente no homem, a disfunção erétil, e transitamos para o plano, nas esferas diagnóstica e terapêutica.

A nível analítico deve ser solicitado hemograma, hemoglobina glicada, função renal, bioquímica hepática, TSH, perfil lipídico e testosterona. Parâmetros como LH, FSH e PRL, podem também ser solicitados, sobretudo de suspeita de alterações no eixo hipotalâmico-hipofisário.

Exames como eco Doppler peniano ou tumescência peniana noturna podem também ser solicitados, caso se considere útil, sobretudo se não for encontrada nenhuma outra causa.

Antes de iniciar terapêutica para DE deve ser realizada avaliação do risco cardiovascular associado à relação sexual (Tabela 1), e ter noção geral da capacidade física do doente, para orientar de acordo com as *guidelines* (Fig. 1).<sup>1</sup> Doentes com risco elevado ou com prova de esforço alterada deve ser avaliado por cardiologista antes de proceder a decisão terapêutica.

Independentemente do risco apresentado, é legítimo solicitar eletrocardiograma de 12 derivações e/ou prova de esforço, caso se considere relevante.<sup>3</sup>

A avaliação do risco cardiovascular global deve ser realizada, fazendo uso dos algoritmos adequados (como SCORE2, SCORE2-OP ou SCORE2-DIABETES) para poder agir perante os fatores de risco cardiovasculares, num âmbito preventivo como é apanágio da prática do médico de família.

A primeira medida a ser recomendada, na maioria das situações, é modificação de estilo vida, com hábitos saudáveis, eventual perda ponderal e redução do sedentarismo. As expectativas do doente devem ser sempre tomadas em consideração.

Em casos de suspeita de DE iatrogénica medicamentosa, deve ser ponderado ajuste de dose ou troca de fármaco, se não se previr agravamento da doença de base no decurso.

Quando a provável causa é psicogénica, deve ser considerado recorrer a psicoterapia, eventualmente terapia de casal, de acordo com a história clínica.

Na maioria dos casos em que haja valores analíticos anormais, deve ser tentada a normalização. Na eventualidade de défice de testosterona sérica, pode ser considerada a reposição hormonal. A formulação tópica é simples e prática, com resultados analíticos geralmente satisfatórios. Em termos de efeitos práticos, o nível sérico necessário para obter e manter uma ereção satisfatória é relativamente baixo, no entanto, otimizar a quantidade de testosterona sérica pode permitir uma melhor resposta a terapêutica sintomática, descrita em seguida.<sup>1</sup>

A nível farmacológico, os principais fármacos a utilizar são os inibidores da fosfodiesterase-5 (fPDE5): tadaladil, sildenafil, vardenafil e avanafil, representados na Tabela 2.<sup>1</sup>

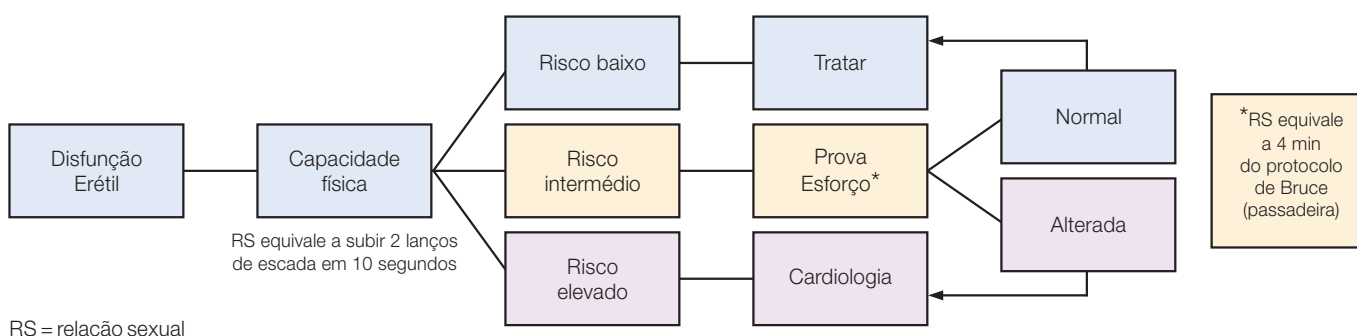


**Tabela 1** – Estratificação de risco cardiovascular

Risco Baixo	Risco Intermédio	Risco Elevado
Assintomático, < 3 FR para doença coronária (excluindo sexo)	> 3 FR para doença coronária (excluindo sexo)	Arritmia de alto risco
Angina estável ligeira (com seguimento)	Angina estável moderada	Angina instável ou refratária
EAM prévio não complicado	EAM recente (entre 2 e 6 semanas)	EAM recente (< 2 semanas)
Disfunção VE ou IC (NYHA I ou II)	Disfunção VE ou IC (NYHA III)	Disfunção VE ou IC (NYHA IV)
Revascularização coronária bem sucedida	Sequelas não cardíacas de doença aterosclerótica (AVC, DVP..)	Cardiomiopatia
HTA controlada		HTA não controlada
Valvulopatia ligeira		Valvulopatia moderada a severa

Legenda: AVC = acidente vascular cerebral; DVP = doença vascular periférica; EAM = enfarte agudo do miocárdio; FR = fator de risco; HTA = hipertensão arterial; IC = Insuficiência cardíaca; VE = ventrículo esquerdo; NYHA = New York Heart Association.

Adaptado de: EAU Guidelines. EAU Annual Congress Milan 2023.<sup>1</sup>



RS = relação sexual

**Fig. 1** – Orientação de acordo com risco cardiovascular

Preferencialmente, deverá ser usada a via oral, existindo formulação em comprimido e, no caso do sildenafil, suspensão oral (cada atuação da bomba doseadora equivale a 12,5 mg do fármaco e deve ser aplicada diretamente na língua e deglutida com saliva).<sup>5</sup>

Deve ser reforçada a administração correta, pela via indicada, no intervalo de tempo recomendado, com estímulo adequado, de forma a otimizar a opção terapêutica. Em geral, deve ser realizada a toma pelo menos uma hora após ingestão de alimentos.

**Tabela 2** – Características dos principais fármacos utilizados na DE (iFDE5)

Características	Sildenafil <sup>6</sup>	Tadalafil <sup>7</sup>	Vardenafil <sup>8</sup>	Avanafil <sup>9</sup>
Dose recomendada	50 mg	10 mg	10 mg	100 mg
Dose máxima	100 mg	20 mg	20 mg	200 mg
Timing de toma pré-RS	60 min	30-60 min	25-60 min	15-30 min
Duração de ação	8-12 h	36 h	4 h	8-12 h
Ajuste de dose*	25 mg	5 mg	5 mg	50 mg

Legenda: RS = relação sexual

\* Se taxa de filtração glomerular inferior a 30mg/ml, doença hepática crónica moderada ou toma de a-bloqueantes



A toma diária de tadalafil em dose de 2,5 a 5 mg é, geralmente, bem tolerada e eficaz, em casos de se prever relações sexuais de frequência superior a dois dias por semana.

A nível de efeitos secundários, acontecendo em menos de 20% dos doentes, os mais esperados são cefaleias (todos), *flushing* facial (sildenafil e vardenafil), dispepsia (tadalafil) e congestão nasal (vardeafil).<sup>1</sup>

Terapêutica intrauretral tópica, com alprostadil, é uma opção alternativa de primeira linha. A eficácia, em geral, é menor que com o uso de iFDE5. Deve ser explicado a administração e armazenamento adequados: armazenar em local frio (entre 2°C e 8°C) e aplicar no meato uretral. O efeito é obtido a partir de 5 a 30 minutos após administração e dura cerca de 1 a 2 horas. Pode ser utilizado duas a três vezes por semana, não mais do que uma vez por dia.<sup>10</sup>

Terapêutica intracavernosa, com alprostadil, em doentes com capacidade cognitiva adequada, é uma opção de primeira ou segunda linha. O efeito é obtido entre 5 e 20 minutos após a injeção. Deve ser usada dose inicial de 1.25 µg, podendo ser aumentada até 5 µg, no máximo três vezes por semana, com intervalo mínimo de 24 horas entre administrações. A primeira aplicação deve ser realizada por profissionais treinados. A dor local, o possível desconforto de aplicação e risco de fibrose e hematoma são dos principais motivos para abandono.<sup>1,11</sup>

Mecanismos físicos, como vácuo, podem também ser utilizados, em primeira linha, ou em adjuvância, com menor evidência científica.<sup>1</sup>

O uso de nitratos (p.e. nitroglicerina, mononitrato ou dinitrato de isossorbida) ou dadores de óxido nítrico constitui contra-indicação absoluta para o uso de iFDE5, pelo risco de queda súbita da tensão arterial. No caso de o doente consumir um iFDE5 que se segue de toracalgia, não deve ingerir nitroglicerina durante pelo menos 12 horas (avanafil), 24 horas (sildenafil ou verdanafil) ou 48 horas (tadalafil).

Considerando que as marchas diagnóstica e terapêutica são corretamente realizadas, com compromisso por parte do doente, a maioria terá resultados satisfatórios, no mínimo. No entanto, uma parte dos doentes manterá as queixas.

É fundamental agendar reavaliação em tempo útil ou oferecer um plano adequado no caso de insucesso.

Outras situações que se verificam são utentes em que são detetadas variações na anamnese, no exame físico ou relativo a antecedentes patológicos, que merecem observação e orientação por parte de outra especialidade além da Medicina Geral e Familiar.

Desta forma, considera-se que devem ser referenciados a:

- a) Urologia: doentes com quadro refratário a terapêutica oral ou tópica otimizada; doentes com antecedentes de trauma, deformação, cirurgia ou terapia dirigida à região pélvica/perineal; doentes com sinais de hipogonadismo ou

valores de testosterona constantemente baixos (refratários a eventual terapêutica tópica); doentes tratados com nitratos, que têm indicação para terapêutica intracavernosa para DE;

- b) Cardiologia: doentes com risco elevado de doença cardiovascular que pretendam terapêutica para ED, os quais podem ter orientações específicas por parte desta especialidade;
- c) Endocrinologia: alterações compatíveis com hipogonadismo hipogonadotrófico, com DE secundária;
- d) Neurologia: sinais ou sintomas de doença neurológica primária, com DE secundária;
- e) Outras especialidades ou recursos, de acordo com a clínica.

### Discussão

Os autores consideram que o protocolo foi feito com rigor, de acordo com as orientações mais recentes, adequado à população portuguesa, e foco na componente prática, pelo que deverá ser implementado de forma a avaliar se pode ser melhorado. A colaboração e entreajuda entre os cuidados de saúde primários e secundários revelaram-se, como esperado, muito benéficas.

### Conclusão

A maior abertura à discussão sobre sexualidade tem permitido mais homens estarem dispostos a abordar este problema. Apesar de existir ainda alguma vergonha associada, cabe ao médico assistente dar “espaço” ao utente para que o mesmo aborde a temática, ou em consulta de rotina, questionar sobre a esfera sexual, que pode afetar francamente a qualidade de vida do utente e de eventuais parceiros.

É importante deixar clara a estreita relação com o risco cardiovascular, tornando-se um ponto fundamental a abordar, com forte potencial de impacto na saúde.

Perante este carácter multifatorial das disfunções sexuais no homem, o médico de família tem uma posição privilegiada para a orientação destes utentes e, com a informação adequada, muito potencial para sucesso terapêutico.

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**Fontes de Financiamento:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.



**Proteção de Pessoas e Animais:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

#### **Ethical Disclosures**

**Conflicts of Interest:** *The authors have no conflicts of interest to declare.*

**Financing Support:** *This work has not received any contribution, grant or scholarship*

**Confidentiality of Data:** *The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.*

**Protection of Human and Animal Subjects:** *The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013).*

**Provenance and Peer Review:** *Not commissioned; externally peer reviewed.*

#### **Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Francisco Matias

Centro de Saúde do Bom Jesus, ACeS Região Autónoma da Madeira

Rua das Hortas, 67 – 9050-024 Funchal, Madeira, Portugal

franciscomatiasmd@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1728-5650>

#### **Declaração de Contribuição/Contributorship Statement:**

FM – Responsável por conceber e planear o estudo, redigir o artigo, sua submissão e revisão.

AP – Responsável por análise de informação, edição de texto e revisão do artigo.

FP – Orientação, supervisão do estudo e revisão do artigo.

Recebido/Received: 2024-03-20

Aceite/Accepted: 2024-04-26

Publicado online/Published online: 2025-02-05

Publicado/Published:

@ Author(s) (or their employer(s)) and Acta Urol Port 2025. Re-use permitted under CC BY NC. No commercial re-use.

@ Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e Acta Urol Port 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

#### **Referências**

- 1 EAU Guidelines. EAU Annual Congress Milan 2023. [consultado em Fev. 2024] Disponível em: <https://d56bochlqxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Sexual-and-Reproductive-Health-2023.pdf>
- 2 Frias Lopes B, Malheiro Lopes M, Peres J, Queiroz Gonçalves MI, Caseiro T, Pereira M. A disfunção erétil como indicador de patologia cardiovascular. Rev Port Hipert Risco Cardiovasc. 2022;89:18-20.
- 3 Nehra A, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. Mayo Clin Proc. 2012; 87:766-78. doi:10.1016/j.mayocp.2012.06.015.
- 4 Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997;49:822-30. doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0.
- 5 Ereprey, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2022, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
- 6 Viagra, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2008, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/viagra-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/viagra-epar-product-information_pt.pdf)
- 7 Cialis, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2008, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cialis-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cialis-epar-product-information_pt.pdf)
- 8 Levitra, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2008, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/levitra-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/levitra-epar-product-information_pt.pdf)
- 9 Spedra, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2018, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spedra-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spedra-epar-product-information_pt.pdf)
- 10 Vitaros, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2021, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- 11 Caverject, Resumo das Características do Medicamento, Infarmed, 2020, [consultado em Fev. 2024] Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>