



Guia Prático

DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Guia Prático

DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Autores

Beatriz Figueiredo

Assistente em Medicina Geral e Familiar
ULS Trás os Montes e Alto Douro, USF São Neutel

Ana Filipa Vilaça

Assistente em Medicina Geral e Familiar com Competência em Sexologia pela Ordem dos Médicos
ULS Braga, USF Saúde Oeste
Consulta de Medicina Sexual ULS Braga

Mariana Costa

Interna da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
ULS Barcelos e Esposende, USF Alcaides de Faria

Daniela Lopes

Interna da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, USF Aqueduto

Helena Nogueira Martins

Interna da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
ULS Coimbra, USF Pulsar

Laura Ferreira

Interna da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
ULS Coimbra, USF BRIOSA

Jéssica Martins

Assistente em Medicina Geral e Familiar com Competência em Sexologia pela Ordem dos Médicos
Fellow of the European Committee of Sexual Medicine
Membro da equipa de Unidade Funcional de Diversidade de Género e Sexologia da ULS Lisboa Ocidental
USF Artemisa, ULS Lisboa Ocidental



Índice

Capítulo 1. INTRODUÇÃO.....	4
Capítulo 2. CLASSIFICAÇÃO.....	5
Capítulo 3. ETIOLOGIA.....	7
Capítulo 4. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA.....	8
Capítulo 5. FERRAMENTAS ÚTEIS.....	9
Capítulo 6. AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR.....	11
Capítulo 7. ORIENTAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DE TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL.....	12
Capítulo 8. TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL.....	13
Capítulo 9. TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PREMATURA.....	15

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

A disfunção sexual masculina representa um conjunto de condições clínicas que afetam negativamente a capacidade do homem de vivenciar uma atividade sexual satisfatória. As manifestações mais comuns incluem a disfunção erétil, a ejaculação precoce, a diminuição do desejo sexual, os distúrbios da curvatura, as anomalias de tamanho e outras alterações na função ejaculatória.

O estudo EPISEX-PT/Masculino, conduzido pela Sociedade Portuguesa de Andrologia, revelou que 23,8% dos homens portugueses relataram pelo menos um tipo de disfunção sexual (desejo, ereção ou ejaculação), independentemente da gravidade. A disfunção sexual masculina parece estar relacionada com a idade avançada, a presença de comorbilidades crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e depressão.

Apesar do impacto significativo na qualidade de vida, na autoestima e nos relacionamentos interpessoais, a disfunção sexual masculina ainda é subdiagnosticada e subtratada, muitas vezes devido ao estigma associado ao tema e à vergonha de recorrer a profissionais de saúde com estas queixas. O médico de família está em posição privilegiada para identificar precocemente essas condições, estabelecer uma escuta qualificada, avaliar os fatores envolvidos e iniciar o acompanhamento clínico, ou, quando necessário, encaminhar ao especialista. A abordagem integral da saúde sexual deve fazer parte da prática clínica diária de uma abordagem centrada na pessoa. Por isso, este guia tem como objetivo fornecer uma estrutura prática e atualizada para apoiar médicos de família no reconhecimento, avaliação e acompanhamento da disfunção sexual masculina, promovendo cuidado de qualidade, humanizado e baseado em evidência.

Bibliografia:

Ribeiro S, Tomada N, Fonseca JA, Carrageta M. Estudo EPISEX-PT/Masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia; 2005.



Capítulo 2. CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - 5a Edição) as perturbações sexuais masculinas são classificadas em:

1. **Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo Masculino:** Ausência ou deficiência persistente ou recorrente de fantasias sexuais/eróticas ou de desejo de atividade sexual.
2. **Disfunção erétil:** Dificuldade persistente ou recorrente em obter ou manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória ou diminuição da rigidez erétil.
3. **Ejaculação Prematura:** Padrão persistente ou recorrente de ejaculação dentro de aproximadamente um minuto após a penetração.
Leve: Ejaculação ocorre dentro de aproximadamente 30 segundos a 1 minuto após a penetração.
Moderada: Ejaculação ocorre dentro de aproximadamente 15 a 30 segundos após a penetração.
4. **Ejaculação Retardada:** Atraso significativo ou incapacidade persistente de ejacular durante atividade sexual apesar da estimulação sexual adequada e desejo.

Critérios para Diagnóstico de Disfunção Sexual

Sintomas são causa de sofrimento clinicamente significativo

Sintomas estão presentes há pelo menos seis meses

Não é melhor explicada por outra perturbação mental não sexual

Não é consequência de perturbação grave do relacionamento ou de outros fatores de stress importantes

Não é atribuível a efeitos de substâncias/medicamentos ou outra condição médica

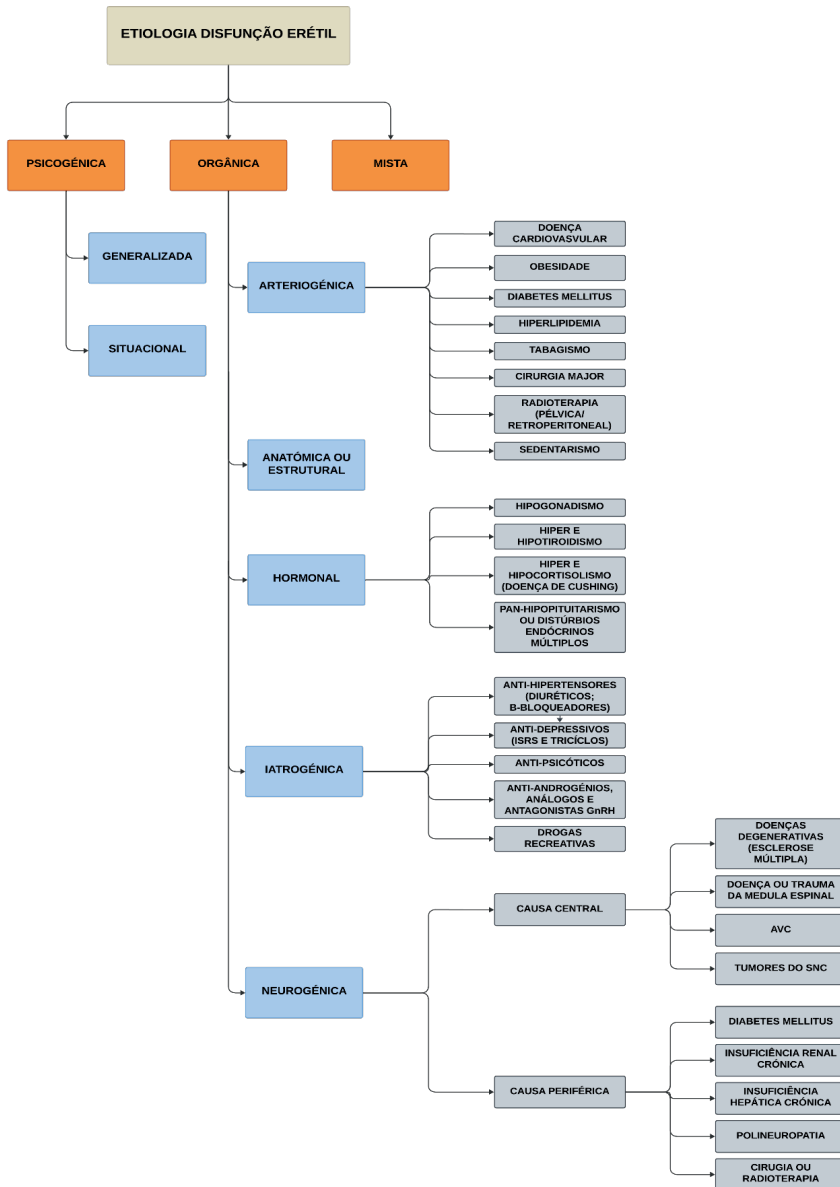
Não é consequência de estimulação sexual inadequada

Subtipos de Disfunção Sexual:

1. **Ao longo da vida:** Presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo.
2. **Adquirida:** Início posterior a um período de função sexual normal.
3. **Generalizada:** Ocorre em todas as condições, tipos de estimulação ou parceiros.
4. **Situacional:** Ocorre com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.



Capítulo 3. ETIOLOGIA



Bibliografia:

Salonia A, Bettocchi C, Capogrosso P, Carvalho J, Corona G, Dinkelman-Smith M, et al. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Arnhem (NL): European Association of Urology; 2024.

Capítulo 4. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

1. História médica, social, psicosssexual

- a. História psicosssexual (fatores stressores, aspeto cultural, crenças, conflitos interpessoais, avaliação do casal)
- b. Avaliação libido / desejo sexual - recorrer a ferramentas como o IIFE
- c. Caracterização do início da DE (início abrupto é compatível com DE psicogénica - p.e. ansiedade de performance, problema com parceiro)
- d. Presença de ereções espontâneas (se presentes, compatível com DE psicogénica)
- e. Identificar outros problemas sexuais para além de DE (p.e. ejaculação prematura, D. Peyronie)
- f. Identificar causas comuns de DE
- g. Identificar fatores reversíveis de disfunção erétil
- h. Estratificação de risco cardiovascular (critérios de Princeton III)

2. Exame objetivo dirigido

- a. Deformações penianas (p.e. presença de placas penianas sugere doença de peyronie)
- b. Doença prostática
- c. Sinais de hipogonadismo
- d. Avaliação cardiovascular e neurológica (incluindo reflexo cremastérico)

3. MCDTs

- a. Hemograma
- b. Glicemia e/ou HbA1c e perfil lipídico
- c. Testosterona total (amostra matinal)
- d. Prolactina e LH
- e. Função renal e hepática
- f. TSH

4. Ponderar MCDTs específicos

a. Quando?

- i. DE primária
- ii. Utentes jovens com história de trauma pélvico ou perianal que possam beneficiar de revascularização
- iii. Utentes com deformações penianas que possam beneficiar de correção cirúrgica
- iv. Utentes com psicopatologia complexa
- v. Utentes com patologia endocrinológica
- vi. Pedido do doente ou o seu parceiro
- vii. Razões médico-legais (p.e. implantação de próteses penianas)

b. Quais?

- i. Prova de tumescência e rigidez peniana noturna (TRPN) → DDx entre DE psicogénica ou orgânica
- ii. Estudos vasculares (p.e. eco-doppler peniano, teste de injeção intracavernosa)
- iii. Estudo endocrinológico
- iv. Avaliação psicológica

Legenda: DE - disfunção erétil



Capítulo 5. FERRAMENTAS ÚTEIS

O Índice Internacional da Função Erétil – “International Index of Erectile Function” (IIEF), é um questionário de autopreenchimento e constitui uma ferramenta importante no diagnóstico da disfunção erétil, na sua classificação e na sua monitorização.

O questionário é constituído por 15 perguntas relativas à função sexual nas últimas 4 semanas e está dividido em 5 categorias. Uma versão curta do IIEF com 5 itens foi desenvolvida e separadamente validada como ferramenta diagnóstica.

Domínio	Perguntas	Escala de Resposta (0–5)
Função erétil	1, 2, 3, 4, 5, 15	0 = Nunca / Sem atividade 5 = Quase sempre / Total confiança
Função Orgásmica	9, 10	0 = Quase nunca / Sem orgasmo 5 = Sempre ou quase sempre
Desejo Sexual	11, 12	1 = Muito baixo ou nenhum 5 = Muito elevado
Satisfação no Ato Sexual	6, 7, 8	0 = Nenhuma tentativa ou prazer 5 = Total prazer / satisfação
Satisfação Global	13, 14	1 = Muito insatisfeito 5 = Muito satisfeito

Classificação	Pontuação
Disfunção erétil severa	1–10
Disfunção erétil moderada	11–16
Disfunção erétil ligeira a moderada	17–21
Disfunção erétil ligeira	22–25
Sem disfunção	26–30

Bibliografia:

Quinta Gomes AL, Nobre P. The International Index of Erectile Function (IIEF-15): psychometric properties of the Portuguese version. *J Sex Med.* 2012;9(1):180–7. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x

Pechorro PS, Calvinho AM, Pereira NM, Vieira RX. Validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Erétil-5 (IIEF-5). *Rev Int Androl.* 2011;9(1):3–9. doi:10.1016/s1698-031x(11)70002-4

Índice Internacional da Função Erétil (IIEF-15)

Por favor, responda às perguntas abaixo com base nas suas experiências das últimas 4 semanas. Assinale uma resposta por linha.

Nº	Questão	0	1	2	3	4	5
1	Conseguiu ter uma ereção durante a atividade sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	As ereções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Conseguiu realizar penetração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Manteve a ereção após a penetração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Teve dificuldade em manter a ereção até ao fim da relação? (0 = muita dificuldade; 5 = nenhuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Quantas vezes tentou ter relações sexuais? (0 = nenhuma; 5 = 11+ vezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As relações sexuais foram satisfatórias para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Quanto prazer obteve nas relações sexuais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Teve ejaculação durante a estimulação ou relação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sentiu orgasmo com ou sem ejaculação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quantas vezes sentiu desejo sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Como classificaria o seu nível de desejo sexual? (1 = muito baixo; 5 = muito elevado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Grau de satisfação com a sua vida sexual em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Grau de satisfação com o relacionamento sexual com o/a parceiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Confiança em obter e manter uma ereção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

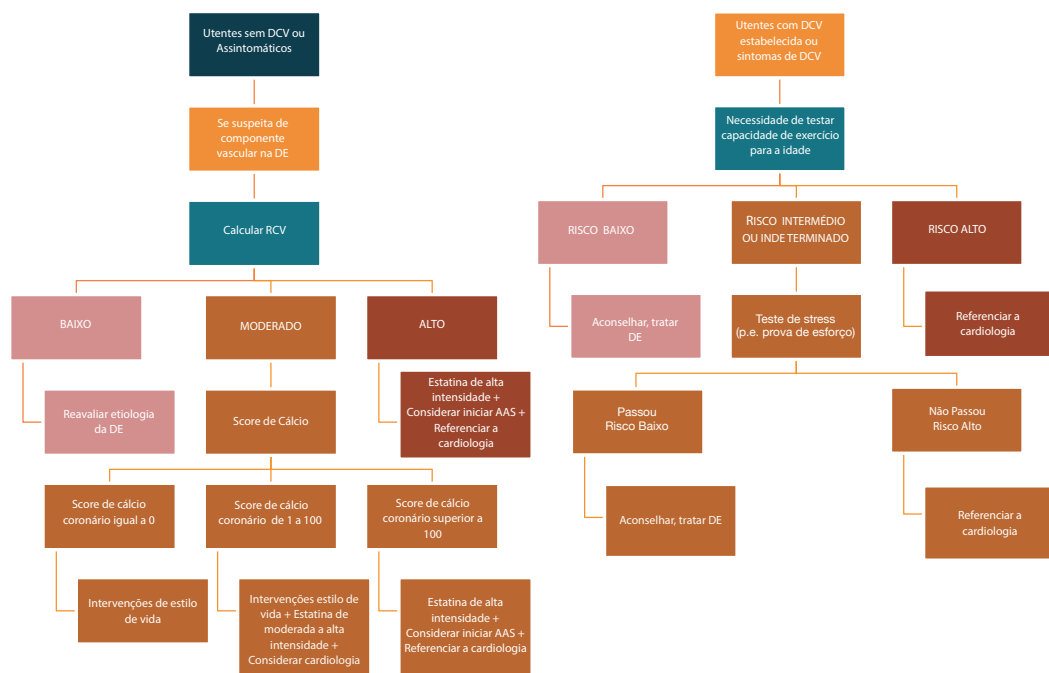
10 Pontuação Total: _____



Capítulo 6. AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

A disfunção erétil (DE) constitui um marcador independente de risco cardiovascular importante. Desta forma, todos os homens devem ser questionados sobre a sua função sexual como parte da avaliação inicial do risco cardiovascular: um diagnóstico de disfunção erétil deve ser seguido por uma estratificação de risco cardiovascular, já que o aparecimento de sintomas oferece uma janela de tempo valiosa (2–5 anos) para a modificação precoce dos fatores de risco associados e, potencialmente, uma melhoria no outcome.

As diretrizes atuais da Associação Europeia de Urologia (EAU) relativas ao diagnóstico e tratamento da Disfunção erétil foram adaptadas a partir das recomendações publicadas pelo Princeton Consensus IV (ver anexo I). Apresentamos de seguida uma versão simplificada da gestão dos utentes com DE consoante o RCV (Risco Cardiovascular):



Segundo outras diretrizes, o SCORE2 e SCORE2-OP (Systematic Coronary Risk Estimation 2 and Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons) representam os melhores instrumentos para estratificar o risco cardiovascular, inclusive em indivíduos com disfunção erétil.

Bibliografia:

Nota: em utentes que fazem nitratos ou riociguat (usado p.e. para a hipertensão pulmonar) - NÃO fazer terapêutica com iPDE-5 ou reavaliar necessidade retirar nitratos.

Capítulo 7. ORIENTAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DE TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL

1. História médica, social, psicosssexual

- a. História psicosssexual (fatores stressores, aspeto cultural, crenças, conflitos interpessoais, avaliação do casal)
- b. Avaliação libido / desejo sexual - recorrer a ferramentas como o IIFE
- c. Caracterização do início da DE (início abrupto é compatível com DE psicogénica - p.e. ansiedade de performance, problema com parceiro)
- d. Presença de ereções espontâneas (se presentes, compatível com DE psicogénica)
- e. Identificar outros problemas sexuais para além de DE (p.e. ejaculação prematura, D. Peyronie)
- f. Identificar causas comuns de DE
- g. Identificar fatores reversíveis de disfunção erétil
- h. Estratificação de risco cardiovascular (critérios de Princeton IV)

2. Exame objetivo dirigido

- a. Deformações penianas (p.e. presença de placas penianas sugere doença de peyronie)
- b. Doença prostática
- c. Sinais de hipogonadismo
- d. Avaliação cardiovascular e neurológica (incluindo reflexo cremastérico)

3. MCDTs

- a. Glicemia e/ou HbA1c e perfil lipídico (se sem avaliação nos últimos 12 meses)
- b. Testosterona total (amostra matinal), se indicado (p.e. clínica de hipogonadismo)
- c. Parâmetros analíticos adicionais deverão ser considerados em algumas pessoas consoante os sintomas apresentados (p.e. PSA, LH, prolactina)

4. Ponderar MCDTs específicos

- a. Quando?
 - i. DE primária
 - ii. Pessoas jovens com história de trauma pélvico ou perianal que possam beneficiar de revascularização
 - iii. Pessoas com deformações penianas que possam beneficiar de correção cirúrgica
 - iv. Pessoas com psicopatologia complexa
 - v. Pessoas com patologia endocrinológica
 - vi. Pedido do utente ou o seu parceiro
 - vii. Razões médico-legais (p.e. implantação de próteses penianas)
- b. Quais?
 - i. Prova de tumescência e rigidez peniana noturna (TRPN) → DDx entre DE psicogénica ou orgânica
 - ii. Estudos vasculares (p.e. eco-doppler peniano, teste de injeção intracavernosa)
 - iii. Estudo endocrinológico
 - iv. Avaliação psicológica

Legenda: DE - disfunção erétil



Capítulo 8. TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL

- Identificar e tratar causas reversíveis de DE (fármacos, fatores de risco cardiovascular, P. ansiedade, P. depressiva)
- Modificações de estilo de vida e modificação dos fatores de risco (exercício físico, perda de peso, cessação tabágica)
- Educação e aconselhamento do utente e do seu parceiro(a) se apropriado
- Fundamental iniciar terapêutica de forma oportuna após prostatectomia radical/ cirurgia pélvica ou outros tratamentos para cancro prostático - abordar precocemente a DE em utentes com cancro da próstata sob tratamento
- Ponderar psicoterapia

Terapêuticas dirigidas à DE	
1ª Linha	
Tx Oral	
<p>Inibidores seletivos da PDE5 (iPDE5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tx inicial preferida - Requerem estímulo sexual <p>1. Sildenafil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dose inicial 50 mg → ajustar para 25 mg ou 100 mg b. Tomar 1 hora antes da AS, estômago vazio c. Efeito até 4 h <p>2. Tadalafil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Maior duração de ação que sildenafil b. Sob demanda, 10 mg a 20 mg, 30 min antes da AS ou c. 2.5 a 5 mg diariamente (exceto se IRC severa ou disfunção hepática) d. Duração de ação mais longa <p>3. Vardenafil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Início de ação e duração ~ sildenafil b. 10 a 20 mg, estômago vazio, 60 min antes AS c. Iniciar 5 mg se >= 65 anos <p>4. Avanafil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 100 a 200 mg 15 min antes da AS (início de ação mais rápido), estômago vazio b. Tomar 30 min antes da AS 	<p>Efeitos secundários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia - Vasodilatação (p.e. flushing facial, tonturas) - Dispepsia - Diarreia - Congestão nasal - Epistáxis - Alterações visuais (incluindo visão azulada) <p>Contraindicações absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nitratos - AVC últimos 6 meses - EAM últimos 3 meses - Angina peito instável - Insuficiência cardíaca classe II NYHA - Hipotensão ortostática - Arritmia não controlada - Neuropatia ótica isquémica anterior não arterítica (NAION)s <p>Contraindicações relativas:</p> <p>Medicamentos atuação CYP3A4 (Itraconazol, fluconazol, eritromicina, verapamilo...)</p>

2ª Linha - refratariedade ou contraindicações à terapêutica oral

Dispositivos a vácuo

Utilizam pressão de vácuo para aumentar o influxo arterial no corpo cavernoso

- Usados em conjunto com um anel constritor da base do pênis
- Usar no máximo durante 30 min
- Pode ser usado concomitantemente com tratamento oral
- Ainda não compartilhados e caros através das farmacêuticas → oferecer hipótese de adquirir através de sexshops com preço significativamente mais barato

Efeitos secundários:

- Dor
- Dificuldade na ejaculação
- Petéquias
- Parestesias

Contraindicações:

- Sob anticoagulantes orais
- Distúrbios da coagulação

Tx tópica e injeções intracavernosas

Alprostadil - Prostaglandina E1

- Agente vasodilatador; indutor da ereção
- Preferível injetável (Caverject® 10 ou 20 mcg) se utente colaborante e aceitar Tx (+ eficaz)
- Tópico (Vitaros® 3 mg/g)
- Eficaz se ereção após 5 a 15 min após injeção com duração dose dependente
- Fundamental treino do utente na aplicação e também do parceiro(a)

Efeitos secundários:

- Dor
- Ereções prolongadas
- Priapismo
- Fibrose

Contraindicações:

- Risco de priapismo
- Patologia hematológica (anemia falciforme, leucemia, patologia medula como MM)
- Hipersensibilidade ao fármaco

3ª Linha

Próteses penianas

Reservadas quando falha das Tx 1ª e 2ª linha ou contra-indicações para o uso das mesmas.

- Se anomalia da curvatura (p.e. doença peyronie)
- necessidade de reconstrução primeiro

Principais complicações:

- Infecção
- Falha mecânica

Legenda: AS - Atividade Sexual; MM - Mieloma múltiplo.



Capítulo 9. TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PREMATURA

O tratamento da EP é dependente da etiologia, sendo necessário um diagnóstico o mais completo possível para orientar a terapêutica mais indicada.

Os tratamentos disponíveis centram-se em:

- Exercícios de controlo ejaculatório ou técnicas de treino de ejaculação, tais como, técnica start/stop – parar e recomeçar, técnica do aperto, exercícios de reforço do pavimento pélvico e técnica de masturbação pausada.

- SSRI - considerado o tratamento farmacológico de 1ª linha:

- Paroxetina (10 a 40mg/dia),

- Sertralina (50 a 200mg/dia),

- Fluoxetina (20 a 40 mg/dia),

- Citalopram (20 a 40 mg/dia),

- Escitalopram (10 a 20 mg/dia)

- Anestésicos tópicos - usados antes da relação sexual:

- Spray de Lidocaína e Prilocaína - Fortacin

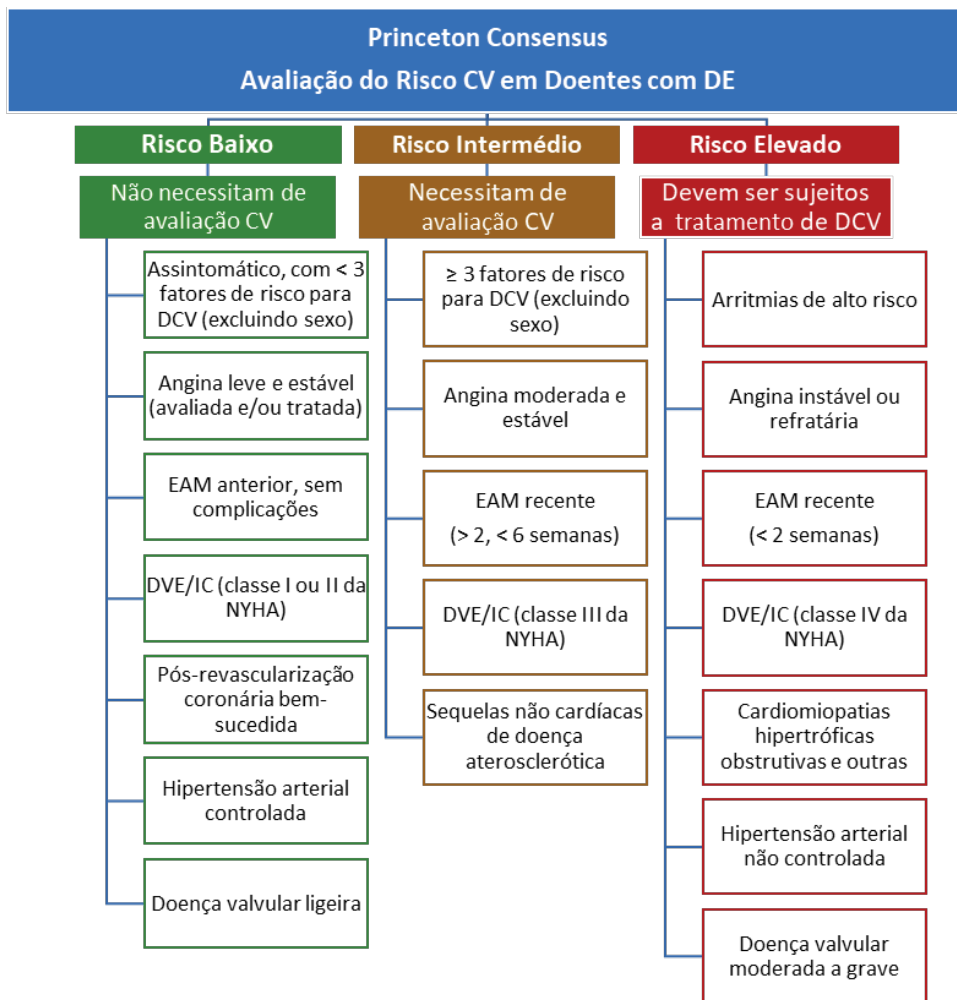
- Inibidores da Fosfodiesterase - em casos de EP associada a DE

- Terapia Cognitivo comportamental - importante no caso de ansiedade de performance, baixa auto-estima e dificuldades de comunicação no relacionamento

Bibliografia:

Salonia A, Bettocchi C, Capogrosso P, Carvalho J, Corona G, Dinkelman-Smith M, et al. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Arnhem (NL): European Association of Urology; 2024.

Anexo I





GESSEX

GRUPO DE ESTUDOS DA SEXUALIDADE



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR