

Prevalência e diagnóstico da disfunção eréctil

ANTÓNIO SANTINHO MARTINS*

INTRODUÇÃO

Tudo o que diz respeito à sexualidade é tão íntimo e tão particular que elaborar estatísticas sobre comportamentos tão singulares, cuja revelação, mesmo a coberto de um maior ou menor anonimato, depende do grau de sinceridade dos respondentes, dos contextos em que foram recolhidos os dados e das metodologias utilizadas, conduzirá necessariamente a resultados díspares, de elevado intervalo de variação.

Primeiro temos de saber de que estamos a falar, porque até 1992 houve uma terminologia confusa em que a designação de impotência englobava não só a disfunção eréctil mas também disfunção do desejo, orgasmo e ejaculação.

É habitual, nos últimos anos, subdividir a disfunção eréctil em ligeira, moderada e completa.

Nos últimos 30 anos foram efectuados mais de 400 estudos epidemiológicos e patológicos da disfunção eréctil¹.

Com esta profusão de estudos e, de certo modo, de conceitos, torna-se difícil fazer uma metanálise.

A definição aceite de disfunção eréctil é a que considera a incapacidade de conseguir e manter uma erecção suficiente para uma relação sexual satisfatória².

O primeiro inquérito epidemiológico de grande amplitude foi lançado por Kinsey, nos EUA, em 1948, e apesar de se terem levantado algumas objecções

de ordem metodológicas, surgem os primeiros valores:

- < 1% abaixo dos 30 anos
- < 3% abaixo dos 45 anos
- 6 e 7% entre os 45 e 55 anos
- 25% aos 65 anos
- > 80% aos 80 anos

Uma primeira conclusão se pode retirar: a disfunção eréctil vai aumentando com a idade, e de uma maneira acelerada a partir dos 55 anos.

Anos mais tarde surge um outro estudo de referência clássica no que diz respeito aos estudos epidemiológicos, o *Massachusetts Male Aging Study*, efectuado entre 1987 e 1989, e que apresenta valores mais elevados do que os anteriormente citados no Relatório Kinsey. No grupo etário dos 40 aos 70 anos a prevalência da disfunção, compreendendo a ligeira, moderada e completa, era da ordem dos 52%, sendo a completa próxima dos 10%³.

Numa projecção para a actualidade, nos EUA, estarão afectados 25 milhões de homens com uma idade compreendida entre os 40 e 70 anos³.

Em 1992 há um outro estudo, também nos EUA, o *National Health and Social Life Survey* que apresenta uma prevalência de 5%⁴.

Noutro estudo posterior, 96-97, englobando vários países da Europa e o Canadá, o *Men's Health Survey*, com valores em que o intervalo de variação é grande, mas cuja média se aproxima de valores de outros estudos e que pessoalmente me parecem mais perto da realidade.

*Assistente Hospitalar Graduado de Endocrinologia

Países	Prevalência
Canadá	34%
França	52%
Alemanha	31%
Itália	41%
Espanha	35%
Inglaterra	44%

É evidente que existirá uma maior prevalência de disfunção erétil nas faixas etárias mais elevadas, como o demonstrava o já citado *Massachussets Male Aging Study*, assim como um outro estudo longitudinal ao longo de cinco anos, efectuado na Finlândia, o *Tampere Aging Male Urologic Study* (TAMUS) em que os indivíduos estudados, no seu início, tinham idades compreendidas entre 50 e 70 anos⁵.

	Sem	Com disfunção			Total
	disfunção	Ligeira	Moderada	Completa	
Início do estudo	37%	45%	11%	7%	63%
Fim do estudo (5 anos)	18%	55%	14%	13%	82%

Uma questão importante que se põe relativamente ao diagnóstico é a discussão se a disfunção erétil é uma doença localizada ou se é um sinal de uma doença sistémica.

A perspectiva que perfilho é que na maioria dos casos temos de encarar a disfunção numa visão abrangente, holística do homem nas suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e religiosa.

Ultimamente vem-se falando com insistência, de uma Medicina Sexual. Devo dizer que me regozizei com esta designação quando ela apareceu, porque do meu ponto de vista, era globalizante, parecendo que, de uma vez por todas, deixar-se-ia de considerar a disfunção como patologia localizada, mas ter-se-ia de atender a todas as vertentes atrás

enunciadas e no que aos aspectos médicos específicos dizia respeito, considerar de uma forma sistémica as alterações vasculares e neurológicas, metabólicas e endocrinológicas.

Não foi necessário muito tempo para que a «guerra» se instalasse.

O que tinha mais valor? Uma abordagem psicológica ou uma abordagem biológica?

Quem liderava o processo?

Se se falava de Medicina, para alguns, o que estava em causa era claramente um predomínio médico, a que corresponderia uma desvalorização quase total de abordagem psicológica.

Põe-se então uma outra questão, em atitude conciliatória e numa recusa de estabelecimento de hierarquizações. Não falar em Medicina, mas sim em Saúde Sexual. Será que esta solução resolve o problema?

Há aqui uma série de sensibilidades que se extremaram. Verdadeiramente penso que não há razão para estas querelas, porque não há donos do conhecimento, neste caso particular,

concernente à Saúde.

Não gosto de guerras, mesmo que sejam de alecrim e mangerona, mas penso que este exemplo militar reproduz os variados níveis de intervenção e recoloca esta questão.

Quando se verifica uma progressão militar, normalmente pensa-se nas forças de assalto, olvidando então as forças de reconhecimento, a engenharia, os sapadores, que vão abrir caminho a essas forças, a artilharia que vai bater o terreno e proteger as forças assaltantes, toda a logística para permitir os abastecimentos e reabastecimentos em alimentos e munições, os serviços de saúde para tratar e evacuar os feridos e mesmo os mortos.

De todos eles quais são os mais importantes? Cada um tem a sua função

bem definida e imprescindível.

É o que acontece dentro do actual estado da arte. Cada um, psicólogo ou médico, e dentro destes os vários especialistas, devem ter a sua função bem definida, sem se querer obter situações de dominância.

E todo este arrazoado porquê?

Porque defendo a tal perspectiva holística na procura do diagnóstico, prevenção e tratamento, visão globalizante da saúde de quem se senta à nossa frente na procura de solução para os seus males.

A disfunção terá a ver com patologia cardíaca? Haverá uma insuficiência cardíaca, tratar-se-á de doença aterosclerótica, sabendo-se que num homem com mais de 50 anos, 40% das disfunções tem esta patologia como responsável?¹ Ou será que tem uma insuficiência respiratória ou uma apneia do sono? Será diabético, sabendo-se que cerca de 50%, ao fim de dez anos, tem disfunção erétil. Poderá ser também uma síndrome plurimetabólica, talvez um hipogonadismo ou, porque não, uma hiperprolactinémia, patologia tiroideia ou um Addison. E o sistema nervoso? Uma neuropatia, uma esclerose múltipla, estará deprimido, sofrerá da Síndrome de ansiedade generalizada, está a fazer alguma medicação?

Terá feito algumas irradiações por problema tumoral ou simplesmente há uma incompatibilidade relacional no casal ou terá medo que no *downsizing* que a empresa está a levar a cabo será agora a sua vez de se ir juntar aos amigos que já saíram?

Será que se considerou tudo isto no homem que temos à nossa frente e que está pouco à vontade para falar dos seus problemas?

Fizemos uma anamnese conveniente? Considerámos e procurámos a etiologia? Fizemos exames complementares adequados, ou simplesmente dissemos que o «sistema nervoso está alterado» perante as terríveis mutações sociais e

laborais actualmente existentes ou será que se passou a receita da «pílula» como quem receita ácido acetilsalicílico para uma cefaleia.

Desculpem, agora reparo que a pílula ainda não tem genérico nem participação, mas genericamente é um inibidor da 5-fosfodiesterase e se falhar a resposta terapêutica, uma injeção intracavernosa de alprostadil, que tem participação mas que ainda não tem genérico, pode resolver o problema.

É o homem na sua dor, na sua fisiopatologia que é rica, na vivência da situação e quicá na transculturalidade que está a fazer apelo ao nosso conhecimento.

Temos de ter uma perspectiva ampla e perceber que, dentro desta patologia e relativamente à saúde, podemos fazer prevenção secundária e terciária.

Do que foi dito ressalta que há, em primeiro lugar, a necessidade de fazer uma anamnese cuidada, não esquecendo o tabagismo; até está escrito nos maços de tabaco. A disfunção em fumadores de mais de 15 cigarros/dia é três vezes mais frequente que na população não fumadora. O alcoolismo, 50% dos alcoólicos tem disfunção erétil.

A hipertensão duas vezes mais frequente e a diabetes e hiperlipidémia são dez vezes mais frequentes no disfuncional erétil do que na população em geral.

Se existirem dois ou mais factores de risco vascular numa disfunção, a probabilidade dessa disfunção ser orgânica é da ordem dos 90%⁶.

E há os consumos de heroína e cocaína que à distância podem favorecer disfunção de desejo e de erecção.

Depois um exame físico, não se ficando confinado apenas à parte genital mas fazer um exame objectivo generalizado, com especial incidência no coração, tensão arterial, pulsos arteriais, pulmões, tiroideia, exame neurológico sumário.

Depois temos de nos socorrer de exa-

mes complementares de diagnóstico.

Há que fazer uma avaliação metabólica com análises de rotina.

Fazer análises endocrinológicas, prolactina, LH, testosterona total e livre, eventualmente estradiol e outras se a clínica assim o indicar.

Uma avaliação cardíaca se o exame objectivo apontar nesse sentido ECG, ECG com prova de esforço, Holter, ecocardiograma.

Poder-se-á recorrer a alguns ou algum destes exames se em função da idade ou da capacidade física se entender avaliar a resposta cardíaca ao esforço do coito ou à medicação que eventualmente esteja a fazer.

Poderá haver recurso a exames neurofisiológicos se houver suspeita dentro deste contexto.

E, finalmente, exames específicos para o pênis, que poderão alertar para outras patologias sistémicas. Rigidometria e/ou *ecodoppler* peniano com estimulação visual e administração de fármaco vasoactivo. Cavernosografia para localizar eventual fuga venosa. Arteriografia para diagnosticar e/ou localizar estenoses das artérias centrípetas penianas. Ecografia para diagnosticar D. de La Peyronie.

Estudo de reflexo bulbo cavernoso, potenciais evocados sensoriais genito-cerebrais, para avaliação de lesões neurológicas. O SPACE (*Single Potencial Analysis of cavernous Electric Activity*) – electromiografia dos corpos cavernosos.

Em suma, além da anamnese e do exame objectivo que nos darão informações importantes sobre a etiologia da disfunção, dispomos de uma panóplia de exames complementares específicos e não específicos que ajudam a formular o diagnóstico.

Dir-me-ão que na maioria dos casos a terapêutica poderá ser a mesma e que para resolver o problema do doente não seria necessário maçar o doente com exames complementares e dispende

tempo e dinheiro.

Mas se se conseguir fazer um diagnóstico etiológico preciso isso permitirá uma terapêutica dirigida à etiologia e não apenas sintomática, como por exemplo, um prolactinoma, uma diabetes, uma insuficiência renal, um hipogonadismo, não esquecer o ADAM, ou mesmo fazer uma prevenção.

A propósito de hipogonadismo e meramente a título exemplificativo e fazendo ressaltar mais uma vez a importância do diagnóstico e da prevenção, na obesidade para além de dificuldade mecânicas (posturais), cardíacas ou respiratórias, pode haver uma baixa de testosterona devida à intensa actividade hormonal do adipócito. A partir da disfunção pode-se corrigir a patologia e fazer prevenção tendo em atenção as comorbilidades associadas à obesidade.

São estes aspectos que me parecem fulcrais quando falamos de Medicina Sexual, sem mesmo esquecer ou menorizar a vertente psicológica.

Pode-se ainda falar de Medicina Sexual numa perspectiva exclusivamente médica, em que o clínico tenha a preparação necessária e suficiente em doenças metabólicas, endocrinológicas, vasculares, neurológicas, urológicas e ginecológicas para que na tal perspectiva globalizante médica possa diagnosticar e tratar as disfunções sexuais e as etiologias médicas subjacentes. O aspecto cirúrgico diz respeito ao andrologista ou ao ginecologista.

Os problemas sexuais são de tal maneira amplos, mesmo dentro do foro médico que se tem de, a meu ver, fazer uma distinção clara entre aquilo que pertence à medicina e o que pertence à cirurgia necessariamente confinada aos genitais.

Mas se alguém quiser contestar esta denominação esqueçamo-la ou arranijemos outra, mas não podemos descuidar de modo algum esta visão globalizante do ser humano (homem ou mulher) nas suas dimensões orgânica, psi-

cológica e cultural, perspectiva unicista e, diria, não tricotômica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melman A, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *J Urol* 1999; 161:5-11.
2. S/A. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 1993; 270:83-90.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281:537-44.
5. Hakkinen J, Koskimaki J, Auvinen A, Tanimela T. The prevalence of erectile dysfunction in elderly men over a period of five years. *Int J Impot Res* 2001; 13 (supl 4): 28.
6. Moreira A. Diagnóstico da disfunção erétil – Estudo Inicial. In *Andrologia Clínica Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica*; 2000.

Endereço para Correspondência

Hospital Júlio de Matos
Consulta de Sexologia
Av. do Brasil, 53
1749-002 Lisboa