



Aspectos Clínicos e Diagnósticos das Disfunções Sexuais

O diagnóstico das Disfunções Sexuais é essencialmente clínico. Sendo assim, a queixa do(a) paciente e/ou da(o) parceira(o), aliada à presença dos elementos de anamnese, é fundamental.

Deve-se observar um mínimo de seis meses de sintomatologia como critério indispensável para se caracterizar a disfunção. Some-se a isso a investigação das condições do(a) parceiro(a), para se afastarem possíveis erros de interpretação, diante do quadro apresentado e/ou referido por um deles. Um homem com falta de controle da ejaculação, por exemplo, pode levar sua parceira a se considerar anorgásmica, quando de fato a ausência de controle dele, resultando em precocidade ejaculatória, é o que a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito. Portanto, estímulo sexual inadequado, quanto ao foco, à intensidade e/ou à duração, exclui o diagnóstico de disfunção de desejo, excitação ou orgasmo em mulheres (APA, 2002).

Bastante relevante para o diagnóstico, bem como para o planejamento terapêutico e o prognóstico, é a distinção entre transtornos sexuais primários (ao longo da vida) ou secundários (adquiridos), bem como entre disfunção generalizada (presente

em qualquer circunstância) ou situacional (manifestada somente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias).

Recomenda-se, ainda, considerar a idade e a experiência sexual do(a) paciente. Jovens ou principiantes podem apresentar temporariamente dificuldades de ereção, do controle da ejaculação (os homens), da lubrificação/relaxamento (as mulheres), o que é compreensível e não significa disfunção, mas falta de experiência (REINISCH; BEASLEY, 1990).

Consequentemente, é importante o médico pesquisar, de rotina, a função sexual do(a) paciente, o(a) qual muitas vezes não traz a queixa de forma espontânea, por constrangimento, vergonha ou timidez. Essa investigação se justifica em função do diagnóstico e da recuperação da atividade sexual do(a) paciente e de sua(seu) parceira(o), mas também porque a disfunção sexual costuma refletir a presença subjacente de patologias orgânicas ou psiquiátricas, notadamente depressão.

A tabela 8 sintetiza o raciocínio diagnóstico.

Em linhas gerais, pode-se definir disfunção sexual como a incapacidade do indivíduo em realizar o ato sexual de forma satisfatória, para si, sua(seu) parceira(o) ou para ambos (WHO, 1992).

Para tal situação, concorrem elementos de ordem somática e/ou psíquica, caracterizando diferentes causas da disfunção sexual. Em contrapartida, a disfunção sexual pode causar alterações psiquiátricas, especialmente depressão.

Tabela 8 – Critérios diagnósticos das disfunções sexuais, segundo o DSM-IV-TR e a CID-10 (APA, 2002; WHO, 1992)

-
- A. Alteração nos processos próprios do ciclo de resposta sexual ou presença de dor associada ao intercurso
 B. Acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal
 C. Não é mais bem explicado por outro transtorno do Eixo I e não está relacionado exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de condição médica geral

Considerar os subtipos pela identificação de início, contexto e fatores etiológicos associados, aspectos socioculturais, religiosos e relativos à idade e ao gênero do indivíduo:

- a) *ao longo da vida*: coincide com o início da atividade sexual
 b) *adquirido*: presente após período de funcionamento normal
 c) *generalizado*: não se limita a determinados padrões de estimulação, contextos ou parcerias
 d) *situacional*: condicional a determinados padrões de estimulação, contextos ou parcerias, podendo esses padrões auxiliar no diagnóstico diferencial
 e) *decorrente de fatores psicológicos*: que desencadeiam, agravam, exacerbam ou mantêm a disfunção, sem a participação de condições médicas e substâncias
 f) *decorrente de fatores combinados*: fatores psicológicos desencadeiam, agravam, exacerbam ou mantêm a disfunção, concomitante à condição médica geral ou ao uso de substâncias
-

a relação propriamente. Entretanto, se um homem tem disfunção erétil (DE), mesmo a interação sexual (que não compreende o intercuro com a mulher) frequentemente não ocorre: menos de 10% de um contingente de homens com DE, atendidos juntamente com suas parceiras, referiram prática de carícias e estimulação manual alguma vez, nas quatro semanas que precederam o atendimento (RILEY, 2003).

Entre as companheiras dos homens com DE, há alta prevalência de disfunção sexual, da ordem de 62% (RENSHAW, 1981), o que se reflete em um comportamento sexual que contribui para a manutenção da dificuldade de ereção ou interfere no êxito do seu tratamento (RILEY, 2002).

Por outro lado, há um tipo de homem para quem o sexo não é fundamental, mas o é para sua(seu) parceira(o). Quando ele é acometido de DE, reage inicialmente com culpa e receio de que a dificuldade sexual conduza a(o) companheira(o) a relacionamentos extraconjugais. A possibilidade de rompimento da relação torna-o extremamente ansioso, antes até que a falha erétil o preocupe. Outros disparadores de culpa associados à DE são: relacionamento extraconjugal passado ou atual; experiência ou desejo de relacionamento homossexual; automasturbação excessiva (CHAKRABARTI; CHOPRA; SINHA, 2002).

Homens solteiros costumam reagir à DE com isolamento social. Evitam, também, abordar possíveis parceiras(os) sexuais ou, pelo contrário, trocam constantemente de namorada(o), na ex-

pectativa de conseguir ter ereção, o que aumenta a ansiedade de desempenho a cada nova falha (RILEY, 2003).

O tratamento da DE resulta em melhora da autoestima e do bem-estar emocional, assim como reduz a morbidade psicológica do casal (PAIGE *et al.*, 2001; SEIDMAN *et al.*, 2001a).

Os homens que procuram tratamento geralmente desejam uma vida sexual normal (HANSON-DIVERS *et al.*, 1998). Isso representa, para alguns, recuperar a condição que tinham antes de o problema sexual aparecer e, para outros, atingir uma condição sexual jamais vivida, considerando-se os aspectos emocionais envolvidos.

É teoricamente possível que o homem se mantenha ativo sexualmente até período bem avançado da vida, desde que sua função sexual não seja comprometida por doenças próprias do envelhecimento. Pode não ser fácil a distinção entre a limitação inerente à situação clínica do idoso e a limitação de sua capacidade sexual, em virtude da concorrência de múltiplos fatores, como depressão, estresse, ansiedade de desempenho, falta de parceria, distúrbios alimentares e uso de medicamentos, que constituem fatores de risco para a função erétil em qualquer fase da vida (GRAY *et al.*, 1991; HEINEMANN *et al.*, 2001; VERMEULEN, 2000).

Estudos populacionais sobre epidemiologia da DE, desenvolvidos nos últimos anos (FELDMAN *et al.*, 1994; ARAUJO *et al.*, 2000; MOREIRA JR., 2001; MORILLO *et al.*, 2002; ABDO *et al.*, 2006), acabaram por demonstrar a universalidade

dos fatores de risco para essa condição. Desta feita, características sociodemográficas (idade avançada, baixa escolaridade, baixa renda, desemprego), hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, obesidade) e condições médicas (especialmente depressão, diabetes, hipertensão, doença cardiovascular, dislipidemia, tumores da próstata) relacionam-se com maior risco para DE, o qual aumenta à medida que esses fatores se apresentam associados em um mesmo indivíduo. Portanto, a DE desempenha um importante papel como marcador preditivo e evolutivo de condições que trazem risco à vida do homem.

Correlacionando a presença ou a ausência de DE com as doenças (tratadas ou em tratamento), referidas por homens pesquisados pelo Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVS) (ABDO, 2004), observa-se que os portadores de DE apresentam índices significativamente superiores de doenças, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10 – Disfunção erétil (DE) e doenças referidas (ABDO, 2004)

Doença referida	Sem DE (%)	Com DE (%)
Diabetes**	3,3	6,0
Doenças cardiovasculares***	2,8	6,4
Hipertensão***	9,4	15,7
Dislipidemias*	9,5	13,0
Ansiedade**	3,8	6,4
Depressão**	5,4	8,9

n = 2.846. * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01; *** p ≤ 0,001.

Vale lembrar, também, que estudos epidemiológicos têm enfatizado a prevalência de fatores psicossociais no desenvolvimento da DE psicogênica e no agravamento da DE orgânica, que evolui, desta feita, para DE mista (orgânica e psicogênica).

A presença de falha e/ou a ausência de ereção devem levar à investigação dos fatores de risco e às providências médicas, no sentido de avaliar as condições de saúde e tratar o organismo como um todo. No caso da Psiquiatria, é importante salientar que a depressão aumenta o risco para DE e vice-versa.