

**MANUAL
DE MEDICINA
SEXUAL**
VISÃO
MULTIDISCIPLINAR

**FORTUNATO BARROS
RUTE FIGUEIREDO**

APOIO CIENTÍFICO



PATROCÍNIO EXCLUSIVO



A. MENARINI PORTUGAL

I ÍNDICE

I. ÍNDICE	9
II. AUTORES	15
III. LISTA DE AUTORES	19
IV. PREFÁCIO - <i>por Rocha Mendes</i>	29
V- INTRODUÇÃO - <i>por Fortunato Barros e Rute Figueiredo</i>	33
VI- SAÚDE SEXUAL - <i>por Francisco Rolo Oliveira</i>	37
VII- DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS	
1. Anatomia Sexual Masculina - <i>por João Pina e Fortunato Barros</i>	45
2. Fisiologia Sexual Masculina - <i>por Pedro Melo Rocha e Fortunato Barros</i>	51
3. Desejo Sexual Hipo-Activo - <i>por Frederico Carmo Reis e Carlos Ferreira</i>	59
4. Disfunção Erétil	
4. a) Disfunção Erétil - <i>Definição, Epidemiologia, Etiologia</i> - <i>por Pedro Bargão</i>	67
4. b) Diagnóstico da Disfunção Erétil - <i>por Artur Palmas</i>	77
4. c) Disfunção Erétil - Tratamento Médico-Cirúrgico - <i>por Bruno Graça</i>	81
5 - Disfunções Ejaculatórias	
5. a) Ejaculação Prematura - <i>por António Campos</i>	89
5. b) Outras Disfunções Ejaculatórias - <i>por Frederico Ferronha e Fortunato Barros</i>	105
6. Perturbações do Orgasmo - <i>por Pedro A. Vendeira</i>	109
7. Abordagem Psicosssexual das Disfunções Sexuais Masculinas - <i>por Patrícia M. Pascoal</i>	115
8. A Enfermagem em Andrologia - Que Papéis? - <i>por Rute Figueiredo</i>	123
VIII- PATOLOGIAS PENO-ESCROTAIS E A SEXUALIDADE	
1. Doença de Peyronie e Curvatura Congénita do Pénis - <i>por Jorge Fonseca e Miguel Almeida</i>	133
2. Anomalias da Dimensão Peniana - <i>por Sandro Gaspar e José Santos Dias</i>	139
3. Fimose e Parafimose - <i>por Tito Leitão</i>	149
4. Hipospádia - <i>por Francisco E. Martins, Anatoliy Sandul, Natália M. Martins</i>	153
5. Priapismo - <i>por Vanessa Vilas Boas</i>	159
6. Traumatismos Penianos - <i>por Nuno Fidalgo e Fortunato Barros</i>	167
7. Traumatismos Escrotais - <i>por Natália M. Martins, Nuno Fradinho e Fortunato Barros</i>	173
8. Anorquia e Criptorquidia - <i>por Catarina Gameiro</i>	183
9. Massas Escrotais Benignas - <i>por Pedro Galego</i>	187
10. Varicocele - <i>por Nuno Tomada e Viviana Magno Azevedo</i>	189
11. Escroto Agudo - <i>por Hugo Pardal</i>	193
12. Visão da Enfermagem nas Patologias Peno-Escrotais nos Serviços de Urgência - <i>por Artur Marona Beja</i>	197
12. 1) Visão da Enfermagem nas Patologias Peno-Escrotais nas Unidades de Internamento - <i>por Isabel Mendes</i>	201
IX- PRÓSTATA E A SEXUALIDADE	
1. Visão Médica - <i>por Fortunato Barros, Pedro Melo Rocha e João Pina</i>	205
2. Visão da Enfermagem - <i>por Teresa Branco Pereira</i>	217
X- DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	
1. Anatomia Sexual Feminina - <i>por Pedro Baltazar e Fortunato Barros</i>	221
2. Fisiologia Sexual Feminina - <i>por Ana Meirinha e Fortunato Barros</i>	233
3. Disfunções Sexuais Femininas - Prevalência, Etiologia, Diagnóstico e Tratamento Médico - <i>por Fortunato Barros, Ana Meirinha e Pedro Baltazar</i>	237
4- Disfunções Sexuais Femininas: Abordagem Psicosssexual - <i>por Ana Alexandra Carvalheira</i>	243
5- Disfunções Sexuais Femininas: Visão da Enfermagem - <i>por Estela Lourenço</i>	251
XI- PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS E SEXUALIDADE	
1. Prolapso dos Órgãos Pélvicos e Incontinência Urinária - <i>por João Marcelino</i>	255

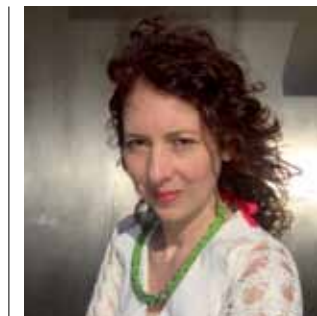
2. Mutilação Genital Feminina - <i>por Fortunato Barros</i>	259	2. c) Tratamento Médico-Cirúrgico do Factor Masculino - <i>por Bruno Jorge Pereira</i>	475
3. Himen Imperfurado - <i>por João Pedro Lopes, Alexandra Henriques e Ana Luísa Ribeirinho</i>	265	2. d) Tratamento Médico-Cirúrgico do Factor Feminino - <i>por Graça Pinto</i>	485
4. Urgências Ginecológicas		2. e) Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida - <i>por Carlos E. Plancha e Sara Pimentel</i>	495
4. a) Visão Médica - <i>por Rui Marques Carvalho e Gonçalo Rosa Rodrigues</i>	269	2. f) Abordagem Psicológica do Casal Infértil - <i>por Conceição Faria</i>	503
4. b) Visão da Enfermagem - <i>por Cláudia Milhinhos</i>	275	2. g) Papel do Enfermeiro num Centro de Reprodução Medicamente Assistida	
XII- IATROGENIA SEXUAL		- Factor Masculino - <i>por Marina Vasconcelos, Rosa Albuquerque e Júlia Seixas</i>	513
Iatrogenia Sexual - <i>por Sérgio Santos</i>	281	- Factor Feminino - <i>por Paula Pinheiro</i>	519
XIII- A SEXUALIDADE E A IDADE		3 - Sexualidade na Gravidez e Puerpério - <i>por Maria do Céu Santo e Ana Margarida Nobre</i>	527
1. Sexualidade na Infância e Adolescência - <i>por Nuno Monteiro Pereira</i>	293	XX- SEXUALIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - <i>por Patrícia M. Pascoal, Leonor Oliveira e Catarina Raposo</i>	537
2. Hipogonadismo de Início Tardio - <i>por Pepe Cardoso</i>	299	XXI- SEXUALIDADE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
3. Menopausa - <i>por Alexandra Henriques, João Pedro Lopes e Ana Luísa Ribeirinho</i>	303	1) Sexualidade e Profissionais de Saúde: de Corpo a Corpo - <i>por Alexandra Tereso</i>	543
4. O Envelhecimento e a Sexualidade - <i>por Nuno Monteiro Pereira</i>	309	2) Violência em Contexto Ocupacional: o Assédio Sexual Contra os Profissionais de Enfermagem - <i>por Cristina Rodrigues</i>	547
XIV- ONCOLOGIA SEXUAL E ONCOSSEXUALIDADE		XXII - DIREITO E SEXUALIDADE	
1. Tumores Penos-Escrotais - <i>por Rui Dinis e Fortunato Barros</i>	315	O Direito e a Sexualidade - <i>por Miguel Assis Raimundo</i>	555
2. Tumores Ginecológicos - <i>por Cláudia Marques</i>	323	XXIII - O TABU DAS DOENÇAS SEXUAIS - REFLEXÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA	
3. Oncossexualidade - <i>por Jorge da Silva, Rodrigo Brito Ramos e Cláudia Rocha Silva</i>	329	O Tabu das Doenças Sexuais - Reflexão do Médico de Família - <i>Filomena Vicente e Paula Malvar</i>	563
XV- DOENÇA CRÓNICA E A SEXUALIDADE		XXIV - REFLEXÃO SOBRE FORMAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM NA ÁREA DE MEDICINA SEXUAL	
1. Visão Médica - <i>por La Fuente de Carvalho, Nuno Louro e Fortunato Barros</i>	343	Reflexão sobre Formação Médica - <i>por João Real Dias</i>	567
2. Visão da Enfermagem		Reflexão sobre Formação em Enfermagem - <i>por Lucília Nunes</i>	569
2. a) Sexualidade e Doença Neurológica - <i>por Vasco Josefino</i>	355	XXV - NOTAS FINAIS	
2. b) Doença Psiquiátrica e Sexualidade - <i>Visão da Enfermagem - por Luís Galhanas</i>	361	Visão Médica - <i>por Gabriela Moita</i>	575
2. c) Doença Crónica e Sexualidade: a Vivência do Enfermeiro nas Ostomias - <i>por Fátima Gonçalves e Olinda Leite</i>	363	Visão Enfermagem - <i>Antunes Nabais.</i>	579
XVI- INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS			
1. VIH/SIDA			
1. a) Visão Médica - <i>por Isabel Germano e Luísa Azevedo</i>	369		
1. b) VIH/SIDA - Aspectos Psicológicos - <i>por Rute Moura Pires</i>	375		
1. c) Abordagem da Enfermagem - <i>por Estela Lourenço</i>	379		
2 - Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis			
2. a) Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis - Visão Médica - <i>por Vasco Serrão, Joana Cabete e Sara Campos</i>	383		
2. b) Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis - <i>Visão da Enfermagem - por Camila Pereira</i>	399		
XVII- DERMATOLOGIA GENITAL NÃO INFECCIOSA			
Dermatologia Genital Não Infecciosa - <i>por Maria dos Anjos Cabeças</i>	403		
XVIII- OUTRAS PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM A SEXUALIDADE			
1. Sexualidades Diferentes. Parafilias. Homossexualidade - <i>por Ana Delgado</i>	417		
2. Violação Sexual - <i>por Zélia Vaz</i>	421		
3. Diferenciação Sexual e Perturbações do Desenvolvimento Sexual - <i>por Nuno Louro</i>	427		
4. Perturbações da Identidade Sexual. Transsexualidade - <i>por Equipa URGUS</i>	431		
XIX- PLANEAMENTO FAMILIAR, INFERTILIDADE E GRAVIDEZ			
1 - Planeamento Familiar			
1. a) Contraceção Masculina e Sexualidade - <i>por Sofia Lopes</i>	447		
1. b) Contraceção Feminina e Sexualidade - <i>por Maria José Cerqueira</i>	451		
1. c) Visão da Enfermagem - <i>por Sandra Matela</i>	457		
2 - Infertilidade Conjugal			
2. a) Avaliação do Casal Infértil - Factor Masculino - <i>por Luís Ferraz</i>	461		
2. b) Avaliação do Casal Infértil - Factor Feminino - <i>por Ana Gaspar e Maria José Carvalho</i>	469		

II
AUTORES



FORTUNATO ANTÓNIO DE OLIVEIRA SALAZAR FERREIRA DE BARROS

- Nascido a 27-05-1960 na Guiné-Bissau
- Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa
- Assistente Graduado de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central- Hospital S. José
- Pós-graduado em Medicina Sexual pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Secretário-Geral da Sociedade Portuguesa de Andrologia
- Vogal da Associação Portuguesa de Urologia
- Vogal da Associação Lusófona de Urologia
- Membro da *European Society for Sexual Medicine*
- Assistente Convidado de Urologia da Faculdade de Medicina de Lisboa (até Novembro/2014)
- Responsável pela Consulta de Andrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central- Hospital S. José
- Coordenador de Urologia da Clínica Cuf Torres Vedras
- Participou em dezenas de eventos científicos (congressos, jornadas e cursos) nacionais e internacionais na área da Medicina Sexual
- Autor de vários trabalhos na área da Medicina Sexual



ANA RUTE CURRO DE FIGUEIREDO

- Nascida a 20-12-1973 em Lisboa
- Curso Superior de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem das Franciscanas Missionárias de Maria e CCFE na Escola Superior de Saúde de Portalegre
- Enfermeira
- Unidade de Urgência Médica do C.H.L.C. - Hospital de S. José (1995-2002)
- Consultas Externas (2002-actualidade)
- Responsável pela Consulta de Urologia e pelo Projecto de Consulta de Enfermagem em Andrologia do C.H.L.C. - Hospital S. José (desde 2008)
- Participação em eventos científicos na área da Medicina Sexual, como formadora e formanda
- Membro da EAUN

Os autores/coordenadores deixam aqui vinculados os seus sinceros agradecimentos a todos os profissionais de saúde que, com o seu saber e experiência reconhecidos, participaram de forma exemplar e brilhante na elaboração técnico-científica desta obra, ao staff técnico da produção e edição pelo profissionalismo demonstrado, à empresa A. Menarini Portugal pelo apoio financeiro e em especial à Sociedade Portuguesa de Andrologia e Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica pelo patrocínio científico confiado. Esta obra é dedicada a todos os amantes da Medicina Sexual. Uma palavra particular às famílias que sempre estiveram na rectaguarda.

III
**LISTA
DE AUTORES**

ALEXANDRA HENRIQUES

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

ALEXANDRA TERESO

Professora adjunta na ESEL
Mestrado em Ciências da Educação
Doutoramento em Sociologia - ISCTE

ANA ALEXANDRA CARVALHEIRA

Psicóloga Clínica
ISPA - Instituto Universitário
Psicoterapeuta e investigadora. É Professora Auxiliar no ISPA-Instituto Universitário, onde realiza trabalho de investigação no âmbito de uma Gulbenkian Professorship. Doutorada em Psicologia pela Universidade de Salamanca, possui o título de Doutoramento Europeu. Fez estudos de Pós-doutoramento no ISPA em colaboração com o UBC Sexual Health Lab, na University of British Columbia, Canada. Foi Presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) e é membro da International Academy of Sex Research. A sua formação em Sexologia Clínica começou no I Curso de Pós-graduação em Sexologia Clínica pela SPSC, em 1995, e fez parte da consulta de sexologia do Hospital da Universidade de Coimbra durante vários anos. Psicóloga registada na OPP (#7998), desenvolve trabalho clínico desde 1998.

ANA DELGADO

Psicóloga Pós-Graduada em Terapias Comportamentais e Cognitivas
Associação Dianova Portugal
Clínica S. Vicente

ANA GASPAR

Enfermeira
CEMEARE, Centro Médico de Assistência à Reprodução

ANA LUÍSA RIBEIRINHO

Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
Consultora, Equipa de Uroginecologia
Departamento Obstetrícia, Ginecologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

ANA MARGARIDA NOBRE

Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

ANA MEIRINHA

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

ANATOLIY SANDUL

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

ANTÓNIO CAMPOS

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
Fellow do European Committee for Sexual Medicine (FECSM)
Fellow do European Board of Urology (FEBU)

ANTUNES NABAIS

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Coordenador da Área de Pedopsiquiatria do C.H.L.C. - Hospital Dona Estefânia

ARTUR MARONA BEJA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Enfermagem Área Médico-Cirúrgica
Urgência Polivalente
C.H.L.C. - Hospital S. José

ARTUR PALMAS

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital do Barreiro
Consulta de Medicina Sexual – Clínica
CUF Cascaís
Membro da Direcção da SPA

BRUNO GRAÇA

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca,
E.P.E.
Fellow do European Board of Urology -
FEBU
Membro da Direcção da SPA

BRUNO JORGE PEREIRA

Assistente do Serviço de Urologia e
Unidade de Medicina da Reprodução
Hospital Pêro da Covilhã – Centro
Hospitalar Cova da Beira, EPE
Assistente Convidado da Faculdade de
Ciências da Saúde, Universidade da Beira
Interior
FEBU, FECSM
Membro da Direcção da SPA

CAMILA PEREIRA

Centro de Saúde da Lapa, na Consulta
de Doenças Sexualmente Transmissíveis
(DST);
Consulta de DST do Centro de
Aconselhamento DROP-IN;
Projecto de intervenção das DST e SIDA
nas pessoas que se prostituem/UNIDADE
MÓVEL
(Aposentada)

CARLOS E. PLANCHA

Centro Médico de Assistência à
Reprodução – Clínica CEMEARE
Instituto de Histologia e Biologia do
Desenvolvimento, Professor Associado da
Faculdade de Medicina da Universidade
de Lisboa

CARLOS FERREIRA

Interno de Formação Específica de
Urologia
Hospital – Unidade Local de Saúde de
Matosinhos

CATARINA GAMEIRO

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital Beatriz Ângelo

CATARINA RAPOSO

Psicóloga, Mestre em Psicologia,
Aconselhamento e Psicoterapias,
Colaboradora da Consulta de Sexologia
Clínica da Faculdade de Psicologia da
Universidade de Lisboa

CLÁUDIA MARQUES

Assistente Hospitalar de Ginecologia
Consulta de Medicina Sexual
Oncologia Ginecológica
C.H.P. – Hospital de Santo António

CLÁUDIA MILHINHOS

Enfermeira Especialista em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica
C.H.L.N. – Hospital de Santa Maria

CLÁUDIA ROCHA SILVA

Enfermeira Especialista em Enfermagem
de Reabilitação
Responsável pela Consulta de
Enfermagem oncossexologia masculina
IPOLFG Lisboa
Membro do grupo multidisciplinar
de Oncossexologia

CONCEIÇÃO FARIA

Psicóloga Clínica
Centro Médico de Assistência à
Reprodução – Clínica CEMEARE
Mestre em Psicopatologia e Psicologia
Clínica

CRISTINA RODRIGUES

Enfermeira Especialista em Enfermagem
Médico-Cirúrgica- Vertente Idoso
Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Licenciada em Ciências da Educação
Serviço de Saúde Ocupacional do C.H.L.C.-
Hospital de D. Estefânia

ESTELA LOURENÇO

Enfermeira
Consultas Externas
C.H.L.C. – Hospital S. José
Pós-Graduação em Saúde Sexual e
Responsável pela Consulta de Medicina-
Imunodeficiência do C.H.L.C. – Hospital de
S. José

FÁTIMA GONÇALVES

Enfermeira Graduada
Consulta Externa
C.H.L.C. – Hospital de S. José
Pós Graduação em Psicologia Clínica
da Saúde; Responsável pela Consulta de
Estomaterapia do C.H.L.C. – Hospital S. José

FILOMENA VICENTE

Consultora de Medicina Geral e Familiar da
UCSP de Torres Vedras

FRANCISCO E. MARTINS

Assistente Hospitalar Graduado
Serviço de Urologia
C.H.L.N. – Hospital Santa Maria

FRANCISCO FALCÃO

Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia
no Serviço de Ginecologia do CHUC

FRANCISCO ROLO OLIVEIRA

Assistente Hospitalar Graduado Sénior
Serviço de Urologia e Transplantação Renal
CHUC – Coimbra
Ex-Presidente da APU
Ex-Membro da Direcção da SPA

FREDERICO CARMO REIS

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital – Unidade Local de Saúde de
Matosinhos e acrescentar
Membro da Direcção da SPA
Hospital – Unidade Local de Saúde de
Matosinhos

FREDERICO FERRONHA

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.L.C. – Hospital S. José

GABRIELA MOITA

Presidente da Sociedade Portuguesa de
Sexologia Clínica
Psicóloga. Doutorada em Ciências
Biomédicas

GISELDA CARVALHO

Assistente Hospitalar de Ginecologia no
Serviço de Ginecologia do CHUC

GONÇALO ROSA RODRIGUES

Interno de Formação Específica de
Obstetrícia-Ginecologia
C.H.L.N. – Hospital Santa Maria

GRAÇA PINTO

Assistente Hospitalar Graduada de
Ginecologia e Obstetrícia
Unidade de Medicina da Reprodução
Maternidade Alfredo da Costa
Coordenadora da Unidade de Medicina de
Reprodução MAC

GRAÇA SANTOS

Assistente Graduada de Psiquiatria
Responsável da Consulta de Sexologia
e Terapeuta Sexual do Centro de
Responsabilidade Integrado do Serviço de
Psiquiatria do CHUC

HENRIQUE DINIS

Interno de Formação Específica de
Urologia
CHUC – Coimbra

HUGO PARDAL

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital de Vila Franca de Xira

ISABEL GERMANO

Assistente Hospitalar Graduada de
Medicina Interna
Coordenadora de Consulta de Medicina/
Imunodeficiência
Serviço Medicina 1.4.
C.H.L.C. - Hospital S. José

ISABEL MENDES

Enfermeira Especialista e Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre
em Enfermagem Oncológica
Serviço de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José
Responsável do Bloco de Exames de
Urologia, Serviço Urologia, C.H.L.C. -
Hospital S. José;

JOANA CABETE

Interna de Formação Específica de
Dermatologia-Venereologia
C.H.L.C. - Hospital de Santo António dos
Capuchos
Colaboradora na Consulta de
Venereologia do Hospital dos Capuchos

JOÃO MARCELINO

Assistente Hospitalar de Urologia
Serviço Urologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

JOÃO PEDRO LOPES

Interno de Formação Específica de
Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

JOÃO PINA

Interno de Formação Específica de
Urologia
C.H.L.C. - Hospital de S. José

JOÃO REAL DIAS

Chefe de Serviço de Urologia
Hospital CUF Descobertas
Ex-Presidente do Colégio da
Especialidade Urologia
Ex-Director de Serviço de Urologia -
Hospital Militar

JORGE DA SILVA

Assistente Graduado Urologia
IPOLFG
Responsável pela consulta de
oncossexologia masculina IPOLFG Lisboa
Membro do grupo multidisciplinar de
Oncossexologia

JORGE FONSECA

Assistente Graduado de Urologia
Fundação Champalimaud

JOSÉ SANTOS DIAS

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria
Membro da Direcção da SPA

JÚLIA SEIXAS

Enfermeira
Consulta de Urologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/
Espinho

LA FUENTE DE CARVALHO

Chefe de Serviço de Urologia
C.H.P. - Hospital Santo António
Professor Associado de Bioética e
Deontologia Médica no Instituto de
Biomédica Abel Salazar;
Ex-Presidente SPA (2007-2008)

LEONOR OLIVEIRA

Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e
da Saúde
Colaboradora da Consulta de Sexologia
Clínica da Faculdade de Psicologia da
Universidade de Lisboa

LÍGIA FONSECA

Coordenadora da URGUS, Assessora
Superior de Psicologia Clínica e Terapeuta
Sexual do Centro de Responsabilidade
Integrado do Serviço de Psiquiatria do CHUC

LUCÍLIA NUNES

Enfermeira Especialista em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professora
Coordenadora Escola Superior de Saúde -
Instituto Politécnico de Setúbal

LUÍS FERRAZ

Director do Serviço de Urologia do
Hospital Vila Nova de Gaia - Espinho
Membro da Direcção da SPA

LUÍS GALHANAS

Enfermeiro Director do Centro
Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Hospital Júlio de Matos
Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica

LUÍSA AZEVEDO

Interna de Formação Específica em
Medicina Interna
Serviço de Medicina 1.4.
C.H.L.C. - Hospital S. José

MARGARIDA BASTOS

Assistente Hospitalar de Endocrinologia,
Diabetes e Metabolismo - CHUC
Faculdade de Medicina de Coimbra

MARIA DO CÉU SANTO

Assistente Hospitalar Graduada
de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

MARIA DOS ANJOS CABEÇAS

Assistente Hospitalar Graduada de
Dermatologia
Hospital CUF Infante Santo

MARIA JOSÉ CARVALHO

Assistente Hospitalar Graduada de
Ginecologia e Obstetrícia
Directora da Clínica CEMEARE - Centro
Médico de Assistência à Reprodução

MARIA JOSÉ CERQUEIRA

Consultora de Ginecologia
Clínica CUF Torres Vedras

MARINA VASCONCELOS

Enfermeira
Consulta de Urologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/
Espinho
Mestre em Sexologia

MIGUEL ALMEIDA

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C - Hospital S. José

MIGUEL ASSIS RAIMUNDO

Advogado
Professor Auxiliar da Faculdade de Direito
da Universidade de Lisboa

NATÁLIA M. MARTINS

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

NUNO FIDALGO

Interno de Formação Específica de Urologia
Hospital das Forças Armadas

NUNO FRADINHO

Serviço de Urologia e Serviço de Cirurgia
Plástica Reconstrutiva e Estética
Centro Hospitalar Lisboa Central

NUNO LOURO

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.P. - Hospital de Santo António
Assistente Convidado do Mestrado
Integrado de Medicina no Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar

NUNO MONTEIRO PEREIRA

Diretor iSEX Associação para o Estudo Avançado da Sexualidade Humana
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Urologista. Doutoramento em Urologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
Mestre em Sexologia. Professor Associado da Universidade Lusófona. Antigo Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia.
Tem mais de 120 trabalhos publicados sobre sexualidade e disfunções sexuais.

NUNO TOMADA

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.P. – Hospital S. João
Urologista e responsável pela Unidade de Medicina Sexual do Serviço de Urologia do Hospital Central S. João
Professor de Urologia na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Investigador do IBMC

OLINDA LEITE

Enfermeira
Consulta Externa
C.H.L.C. – Hospital S. José
Integra a Consulta de Estomatoterapia do C.H.L.C. – Hospital S. José

PATRÍCIA M. PASCOAL

Psicóloga Clínica
Consulta de Sexologia
Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
Especialista e Doutorada em Psicologia Clínica.

PAULA MALVAR

Consultora de Medicina Geral e Familiar da USF ARANDIS de Torres Vedras

PAULA PINHEIRO

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Unidade de Medicina da Reprodução
C.H.C.B. – Hospital Pêro da Covilhã

PEDRO A. VENDEIRA

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
Saúde Atlântica – Clínica do Dragão
Médico Especialista em Urologia
Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia
Investigador Coordenador da iSEX
Fellow of the European Committee of Sexual Medicine
Editor-Chefe do Website da Sociedade Europeia de Medicina Sexual

PEDRO BALTAZAR

Interno de Formação Específica em Urologia
C.H.L.C. – Hospital S. José

PEDRO BARGÃO

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca E.P.E. – Amadora

PEDRO GALEGO

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.L.C. – Hospital S. José

PEDRO MELO DA ROCHA

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. – Hospital S. José

PEPE CARDOSO

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia/Consultor de Urologia
Serviço de Urologia
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.
Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia
CLISA – Clínica de St.º António, SA

RICARDO CARVALHO

Interno de Formação Específica de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do CHUC

RODRIGO BRITO RAMOS

Interno de Formação Específica de Urologia
IPOLFG
Colaborador da consulta oncossexologia masculina IPOLFG Lisboa
Membro do grupo multidisciplinar de oncossexologia

ROSA ALBUQUERQUE

Enfermeira Especialista em Enfermagem da Comunidade
Consulta de Urologia
C.H.V.N.G. – Espinho

RUI DINIS

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital Litoral Alentejano

RUI MARQUES DE CARVALHO

Assistente Hospitalar de Obstetrícia-Ginecologia
C.H.L.N. – Hospital Santa Maria
Assistente-Convocado da Faculdade de Medicina de Lisboa

RUTE MOURA PIRES

Psicóloga Clínica
Unidade de Psicologia Clínica
C.H.L.C. – Hospital S. José
Mestre em Psicologia da Saúde

SANDRA MATELA

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Centro de Saúde de Sacavém
USF Travessa da Saúde

SANDRO GASPAR

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.N. – Hospital Santa Maria

SARA CAMPOS

Interna de Formação Específica de Dermatologia-Venereologia
C.H.L.C. – Hospital Santo António dos Capuchos
Colaboradora da Consulta de Venereologia – C.H.L.C. – Hospital Santo António dos Capuchos

SARA PIMENTEL

Embriologista Clínica
Centro Médico de Assistência à Reprodução – Clínica CEMEARE

SÉRGIO SANTOS

Assistente Hospitalar de Urologia
Clínica CUF Cascais
Fellow do European Board of Urology – FEBU; FECSM

SOFIA LOPES

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital Beatriz Ângelo
Fellow do EBU

SUSANA PINHEIRO

Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do CHUC

TERESA BRANCO PEREIRA

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Serviço Urologia
C.H.L.C. – Hospital S. José

TITO LEITÃO

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.L.N. – Hospital Santa Maria

VANESSA VILAS BOAS

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital de Vila Franca de Xira
Hospital Garcia de Orta
Fellow of the European Board of Urology

VASCO JOSEFINO

Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação
Centro de Medicina Física e Reabilitação
- Alcoitão
Pós-Graduação em Saúde Sexual

VASCO SERRÃO

Assistente Hospitalar de Dermatologia-
Venereologia
C.H.L.C. - Hospital de Santo António dos
Capuchos
Hospital dos Capuchos / Hospital da Luz,
Lisboa
Responsável pela Consulta de
Venereologia do Hospital de Santo
António dos Capuchos

VIVIANA MAGNO AZEVEDO

Interna de Formação Específica de
Urologia
C.H.P. - Hospital S. João

ZÉLIA VAZ

Assistente Graduada de Medicina Geral e
Familiar
ARSLVT - USF AlphaMouro
Colaboradora da Equipa Regional de
Apoio dos Cuidados de Saúde Primários,
ERA/ARSLVT; Orientadora de estágio de
Medicina Geral e Familiar; Representante
dos trabalhadores médicos na Equipa
de Avaliação no âmbito do SIADAP da
carreira médica do ACES Sintra; Titular
do curso de Pós-Graduação em Medicina
Tropical do Instituto de Medicina
Tropical de Lisboa (IMT); Titular do
curso de Pós-Graduação em Avaliação
do Dano Corporal Pós-Traumático do
Instituto Nacional de Medicina Legal
de Coimbra (INML); Titular do curso
Intervenção Sistémica e Familiar da
Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar
de Lisboa (SPTF)

IV PREFÁCIO

PREFÁCIO

Jorge Rocha Mendes

Chefe de Serviço Urologia

Fundador e Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia

A primeira impressão que se colhe ao abordar uma obra como este Manual é de incredulidade não só face o trabalho gigantesco que implicou a sua montagem mas sobretudo pela abrangência dos temas tratados. Aqui destaco a diversidade das personalidades convidadas e a hábil organização da obra, em que se alternaram abordagens de carácter mais teórico com perspectivas ditadas pela prática diária; é na originalidade desta ideia que vou buscar o meu entusiasmo e crença, pois acredito que tal como aconteceu comigo, vai apetercer ao leitor correr a obra do princípio até ao fim.

Claro que os textos seguem uma lógica que é comum, partindo das bases anatomo-fisiológicas para a prática clínica e não poderia ser de outra forma; chegamos assim

ao outro aspecto relevante que encontro nesta selecção de autores e que é certamente o motor de todo este esforço: o carácter didáctico e formativo de todos os textos que cobrem exaustivamente toda as matérias que de perto ou de longe se poderiam ligar à Sexualidade Humana.

Outro aspecto relevante que não deixarei de exaltar (e que certamente esteve desde o princípio na sua génese) é a ideia genial de envolver profissionais de saúde que no dia a dia trabalham lado a lado, quando não de costas voltadas, e que se juntam dando a cara por este projecto comum, coisa nunca vista no nosso meio e que certamente dará excelentes frutos.

Uma obra como esta, pela sua importância como exercício de cidadania e como achega fulcral ao carácter humano da nossa profissão, só tem razão de ser se for orientada para uma melhor compreensão das patologias que abordamos e sempre no interesse dos nossos doentes; quero com isso reafirmar que, ao ler estes textos, fico com mais uma certeza: de que tudo isto só faz sentido se nos ajudar a tratar melhor e com mais humanidade as pessoas que procuram a nossa ajuda especializada.

Finalmente, tenho a percepção de que, pela sua utilidade e pertinência, o aparecimento desta obra implica o compromisso de actualizações futuras a prazos regulares, para que gerações vindouras de alunos das áreas de saúde possam ter acesso fácil a uma matéria que tem andado arredada dos currícula das escolas médicas e de enfermagem; a luta por um ensino mais rico e coerente na área da Medicina Sexual tem sido de certo modo inglória e isso reflecte-se também na ausência gritante desta preocupação quando olhamos para os Cuidados Primários de Saúde e percebemos que os responsáveis não encaram este problema com seriedade.

São os profissionais de saúde, que a este nível e noutros, vão lutando para conferir dignidade a estas matérias já consagradas como se sabe na definição de Saúde da O.M.S.; assim, para terminar diria que este Manual de Medicina Sexual vem preencher uma grave lacuna e constitui mais uma prova de generosidade de quem o idealizou, projectou e realizou.

Bem hajam.

V
INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

C.H.L.C. - Hospital S. José

Rute Figueiredo

Enfermeira Graduada

C.H.L.C. - Hospital S. José

A sexualidade é parte da herança biológica do homem e do comportamento humano que envolve o sexo e reprodução. É um tema que diz respeito a todos nós enquanto pessoas e que deve ser contemplado no exercício de “profissões de relação”, como é o caso das profissões na área da saúde.

A Medicina Sexual constitui, na actualidade, uma área científica inovadora, em franca ascensão, com reconhecido impacto no âmbito individual, social, cultural e político. Pode ser entendida como a comunhão da Sexologia com a Medicina. É um empolgante e recente campo de acção, multidisciplinar e interdisciplinar, tornando-se num verdadeiro “*meeting-point*” de acções e especializações, como urologia, ginecologia, psicologia clínica, endocrinologia, psiquiatria, dermatologia, fisioterapia, medicina interna, medicina geral e familiar, enfermagem e ciências básicas como genética, biologia, imunologia e anatomia patológica. Apesar do seu inquestionável valor, a Medicina Sexual tem sido insuficientemente atendida, quer pela formação pré-graduada, quer pela formação dos internatos médicos, quer mesmo pela formação pós-graduada específica.

Este manual nasceu da ideia inicial de compilar alguns artigos sobre andrologia, no âmbito da Unidade de Andrologia do Hospital S. José e como resultado da estreita relação profissional médico-enfermeiro. Entretanto, o estímulo crescente tornou obrigatório a inclusão de mais artigos, de mais perspectivas, até surgir o “Manual de Medicina Sexual-Visão Multidisciplinar”.

Para isso, reunimos vários colaboradores que, com grande disponibilidade, nos deram a sua visão sobre os temas propostos. Ao longo de todo o Manual procurámos que as diferentes temáticas fossem abordadas de forma multidisciplinar, mas ainda assim, sabemos que estas são inesgotáveis. Além disso, por razões que se prendem com a falta de formalização e informação, alguns projectos/consultas nestas áreas, podem ter sido omissos, demonstrando-nos a enorme importância que a partilha de experiências e a visibilidade das mesmas, entre (e mesmo dentro das) instituições, têm nas nossas vidas profissionais.

Este Manual resultou da vontade assumida e do objectivo primordial de contribuir para a formação e desenvolvimento de todos os interessados neste ramo da Ciência Médica.

Tentamos abarcar vários temas desde a anatomia sexual, conceitos de saúde sexual, disfunções dos vários patamares do ciclo de resposta sexual masculina e feminina, aspectos relacionados com a sexualidade nos vários períodos da vida, dermatologia genital, oncossexualidade, medicina reprodutiva, planeamento familiar, problemas de orientação, identidade e diferenciação sexuais, patologias benignas dos genitais externos, violência sexual e aspectos médico-legais e de formação.

É aceitável que uma obra desta envergadura seja heterogénea no conteúdo e profundidade dos assuntos abordados e na especificidade do tratamento literário. Esteve longe dos nossos pressupostos a composição de um tratado completo e complexo. Tentamos disponibilizar um material de consulta acessível para alunos e profissionais interessados nesta temática.

A escolha dos temas e dos autores não foi fácil. Porventura há assuntos dispensáveis, assim como temas em falta. Com certeza que há individualidades que mereciam figurar e que tal não aconteceu.

Aguardamos a compreensão de todos para os eventuais erros e omissões. Houve um esforço global em deixar um contributo válido e sólido para o desenvolvimento e engrandecimento da Medicina Sexual.

A súmula de actuações, o consenso de opiniões, a congregação de estudos permitiu um resultado final que exprime a possibilidade de uma melhor e mais eficaz intervenção diagnóstica e terapêutica.

Agradecemos profundamente a todos os colaboradores e amigos que se empenharam e permitiram que esta obra fosse uma realidade.

Esperamos que este Manual também sirva para nos aproximar.

Estamos convictos de que este foi um primeiro passo, de um caminho longo e árduo, mas prazeroso.

VI

SAÚDE SEXUAL

SAÚDE SEXUAL

Francisco Rolo Oliveira

Assistente Graduado Sênior

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

C.H.U.C. - Coimbra

“A saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade. Exige uma abordagem positiva e de respeito pela sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livre de coerção, discriminação e violência”. (WHO, 2009)

Esta é a definição, obtida por consenso, em 2002, entre a OMS, a *World Association for Sexology (WAS)* e a *Pan American Health Organization (PAHO)*. Nesta reunião foram também concebidas e definidas estratégias e ações a implementar para promover a saúde sexual. Assim, a sociedade, para se tornar sexualmente saudável, deve aceitar os seguintes desafios: reconhecimento de que a saúde sexual é um direito humano fundamental, de que devem existir políticas públicas para a sua promoção e proteção, de que devem existir leis que protejam os direitos sexuais, de que deve existir acesso universal a uma cuidada educação sexual adequada à idade, acesso também a serviços de saúde equipados com profissionais especializados, vigilância e monitorização adequada de comportamentos e indicadores de saúde sexual.

Para se poder alcançar e manter um estado de saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

Os direitos sexuais, abrangem certos direitos humanos, já reconhecidos em documentos internacionais de direitos humanos, noutros documentos de consenso e nas leis nacionais

Direitos Sexuais da OMS

“Os direitos fundamentais para a realização de saúde sexual incluem:

- os direitos à igualdade e à não discriminação
- o direito de ser livre de tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante
- o direito à privacidade
- os direitos para o mais alto nível possível de saúde (incluindo a saúde sexual) e da segurança social
- o direito de casar e de constituir família e de contrair casamento com o livre e pleno consentimento dos futuros esposos e à igualdade e à dissolução do casamento
- o direito de decidir o número e o espaçamento dos próprios filhos
- os direitos à informação, bem como a educação
- os direitos à liberdade de opinião e expressão, e
- o direito a um recurso efetivo para as violações dos direitos fundamentais

A aplicação dos direitos humanos para a sexualidade e saúde sexual, constituem direitos sexuais. Os direitos sexuais, protegem os direitos de todas as pessoas a expressar sua sexualidade e desfrutar de saúde sexual, com o devido respeito pelos direitos dos outros e dentro de uma estrutura de proteção contra a discriminação.” (OMS, 2006a, atualizada 2010)

Sexualidade

A saúde sexual não pode ser definida, entendida ou operacionalizada sem uma ampla consideração da sexualidade. A sexualidade é :”Um aspecto central do ser humano que ao longo da vida engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais “. (OMS, 2006)

O estudo da sexualidade começa verdadeiramente a partir dos fins do séc. XVIII e inícios do séc. XIX quando surgem os primeiros estudos sobre comportamentos sexuais. O “onanismo” (masturbação) por *Samuel Tissot (1728/1797)*, “homossexualidade” por *Karoly Kerthbeny (1869)*, “sadismo” e “masoquismo” por *Kraft-Ebbing (1840/1902)*, são exemplos interessantes entre os primeiros. *Magnus Hirschfeld*, a quem se atribui a palavra “sexologia”, fundou em 1897, em Berlim, a primeira associação para a defesa dos direitos dos homossexuais, organizou o primeiro congresso de sexologia e escreveu o primeiro livro de sexologia, com 5 volumes, escritos entre 1926 e 1930.

Apesar do contexto cultural e social serem os principais vetores na mudança de comportamentos sexuais, cientistas como *Freud (1856/1939)*, *Schapiro (1888/1966)*, *Alfred Kinsley (1894-19569)*, *Masters and Johnson (Resposta Sexual Humana e Inadequação Sexual Humana ,1966, 1970)* e *Helen Kaplan (1929-1995)*, foram determinantes no desenvolvimento científico da sexologia e conseguiram, com as suas teorias e fundamentos, abrir o caminho para a compreensão e tratamento de disfunções sexuais. Mas neste período é o aparecimento da pílula contraceptiva, aprovada pela FDA em 1961, que ao libertar a mulher de gravidezes indesejadas, abre as portas a novos padrões de comportamento. Nasce o conceito planeamento familiar, reformulando um conceito mais antigo de “birth control” ou controlo de natalidade. Estas eram práticas de contraceção rudimentar – coito interrompido, aborto clandestino – ilegalizadas e reprimidas até finais da década de 60. Em Portugal, a Associação para o Planeamento Familiar, é fundada em 1967 e a primeira consulta de planeamento familiar é iniciada por Albino Aroso, em 1969, quando a pílula só era permitida para regulação do ciclo menstrual. Somente em 1984, com a lei 3/84, ficam definidos os cuidados de “Planeamento Familiar”, a educação sexual nas escolas e é anulado o parecer que impedia o acesso dos jovens às consultas de planeamento.

O primeiro relatório da OMS sobre saúde sexual surge em 1975 e teve origem numa reunião sob o tema “Education and Treatment in Human Sexuality”. A reunião teve lugar em Genebra, em 1974, e nela participaram importantes nomes da Sexologia – *Helen Kaplan*, *Willi Pasini*, *Giorgio Abraham*, *John Money* e *John Bancroft* entre outros: “A saúde sexual tem por objectivo o bem estar, integrando os aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, de modo a enriquecer positivamente a personalidade, a comunicação e o amor. O conceito inclui três elementos básicos: a capacidade para usufruir do controlo da sexualidade e reprodução de acordo com a ética social e pessoal; ausência de sentimentos de receio, vergonha, culpa, falsas crenças e outros factores psicológicos que inibam a resposta sexual ou afectem a relação sexual; ausência de doenças orgânicas ou deficiências que prejudiquem as funções sexuais e de reprodução.

Assim, a saúde sexual, não deve limitar-se ao aconselhamento e cuidados de saúde relativamente à procriação e à evitação das doenças sexualmente transmissíveis, mas sim constituir uma abordagem positiva à sexualidade humana para o enriquecimento da vida

e das relações interpessoais.”

Nas últimas décadas a saúde sexual tornou-se uma questão de saúde crucial para o desenvolvimento económico e social. O aparecimento da sida no início da década de 80 e o aumento das doenças sexualmente transmissíveis constituem a parte mais visível e economicamente mais pesada para os governos mas existem outras situações, igualmente preocupantes, como a gravidez não desejada, principalmente quando respeita a adolescentes, o abuso sexual, a tortura, a escravatura sexual e a violência sexual.

As disfunções sexuais, a partir dos anos oitenta, começaram ter um enorme desenvolvimento científico e uma dimensão cada vez maior na saúde sexual. Homens e mulheres começaram a perceber que a sexualidade, constituindo um factor fundamental na personalidade e no bem-estar de cada um, deixou de ser um estigma e assunto tabu para a ser uma temática que deve ser estudada e tratada. No entanto a ideia, divulgada frequentemente pelos média, de que o prazer sexual é um instrumento para uma boa saúde, equilíbrio emocional e felicidade é distorcida porque o que a observação científica demonstra é precisamente o contrário: só as pessoas saudáveis, emocionalmente equilibradas, conseguem, de facto, a plenitude da satisfação sexual.

Desde 1994, após a realização da “*International Conference on Population and Development (IPCD, Cairo)*”, 184 países adoptaram como programa de ação o reconhecimento de que a saúde sexual tem uma dimensão essencial na saúde global, para o desenvolvimento e bem estar humano. Este programa de ação agrupou a saúde sexual dentro da saúde reprodutiva – “estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença em tudo o que concerne ao sistema reprodutor e todo o seu processo de funcionamento”. Assim, está implícito ter direito a uma vida sexual satisfatória e segura, capacidade de reprodução e a liberdade de decidir livremente, se se quer ou não ter uma família, planear a gravidez, quando e quantas vezes, a ser informada sobre os métodos de planeamento familiar, de ter acesso a um sistema de saúde que permita apoio a uma gravidez segura e a gerar uma criança saudável.

Mais recentemente a *IPCD 2004 (International Conference on Population and Development)*, vem questionar o conceito de saúde sexual como um dos componentes da saúde reprodutiva pois a saúde sexual tem um âmbito mais alargado do que a saúde reprodutiva; temas como disfunções sexuais, violência sexual, identidade sexual, erotismo, relacionamento e prazer não estão necessariamente associados à fertilidade e ao planeamento familiar. Além disso dizem respeito a todas as idades, desde a criança ao idoso e não à idade da reprodução. As políticas de saúde sexual e os programas de educação são diferentes, tem objectivos e abrangência diferente. São dois conceitos que se interceptam e sobrepõem. Na reunião da OMS, em 2002, a definição de sexualidade e saúde sexual é revista tendo como suporte o bem estar no seu todo e os direitos sexuais.

Resposta Sexual

O prazer e a satisfação sexual estão relacionados com as fases da resposta sexual, a qual é composta por uma sequência de alterações físicas e emocionais que surgem perante um estímulo sexual, seja durante uma relação sexual, seja durante a masturbação. Muitos autores discordam da importância que é atribuída a esta descrição, por acharem que ela é unicamente fundamentada na anatomia e fisiologia e não contempla os aspectos psicossociais, a relação, o enamoramento e a intimidade. Contudo, o conhecimento de como o corpo responde quando sexualmente estimulado, pode ajudar a melhorar o desempenho ou a corrigir uma resposta sexual inadequada. O modelo original foi descrito por *Masters e*

Johnson (1966) e, ainda hoje é o mais conhecido e referido. A principal diferença de outros posteriormente descritos é a fase de excitação.

As quatro fases da resposta sexual, descrita por Masters e Johnson, são: Excitação, *Plateau*, Orgasmo e Resolução - (modelo EPOR). Ambos, homem e mulher, experimentam estas fases embora não seja muito provável que elas surjam ao mesmo tempo, principalmente no que respeita ao orgasmo. A intensidade experimentada em cada fase e o tempo, variam de pessoa para pessoa. É importante salientar esta diversidade, para que haja um melhor entendimento da resposta do parceiro e para uma melhor experiência sexual de cada um.

A primeira fase do ciclo, Excitação, pode durar alguns momentos ou horas e nela se verifica, aumento da tensão muscular, aumento da frequência cardíaca e respiratória, os mamilos tornam-se turgidos ou erectos, aumenta o fluxo sanguíneo para a área genital; surge no homem a ereção e aumento de volume dos testículos; na mulher tumescência do clítoris e dos pequenos lábios, lubrificação vaginal e das paredes da vagina.

Na segunda fase, *Plateau*, há uma intensificação das modificações descritas na fase de excitação, o clítoris torna-se muito sensível e retrai um pouco, a pele do escroto retrai e os testículos ficam numa posição mais superior, a frequência cardíaca e respiratória e a tensão arterial continuam a subir, há espasmos musculares na face, nos pés e nas mãos.

Na terceira fase, Orgasmo, atinge-se o clímax da resposta sexual, é a fase mais curta, dura só alguns segundos, com contrações involuntárias musculares, a tensão arterial atinge o máximo, frequência respiratória e cardíaca aumentam mais ainda para uma melhor oxigenação, há espasmos musculares nos pés, contrações rítmicas dos músculos da vagina, do útero e dos músculos da base do pénis com ejaculação do sémen.

Na quarta fase, Resolução, as funções do corpo voltam progressivamente à normalidade; há uma sensação de bem-estar, intimidade e fadiga. A mulher pode ter múltiplos orgasmos em cada ciclo ou rapidamente voltar a um novo ciclo, com repetição do orgasmo, mas o homem necessita de um tempo de recuperação, durante o qual não conseguirá chegar novamente ao orgasmo. É o período refratário, que varia de homem para homem, e vai aumentando naturalmente com a idade.

Para muitas mulheres a fase de excitação tem um componente emocional importante e é só através desta intimidade emocional que vem o desejo e a fase de excitação. Haverá assim antes da excitação o desejo. Kaplan (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1974*) propõe um modelo diferente composto por 3 fases: Desejo, Excitação e Orgasmo (DEOR). Para este autor o primeiro estágio é essencialmente psicológico e tem a ver com o desejo ou líbido, mediado pelo cérebro, sistema límbico, pelo meio hormonal e por influências psicossociais.

Estes modelos lineares, em que uma fase se segue imediatamente da outra, são considerados mais apropriados ao homem. A mulher, nem sempre se enquadra neste modelo, pois pode existir excitação e orgasmo sem começar pelo desejo e também, desejo e excitação sem chegar ao orgasmo. Basson (2000) descreveu um modelo mais complexo, circular, para a mulher, em que as fases da resposta sexual não surgem de modo linear mas se sobrepõem, incorporando respostas emocionais e físicas.

O modelo linear, continua a ser referido como, o que melhor descreve a resposta normal, considerando-se os modelos circulares na mulher com disfunção sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. Basson R. The female sexual response: A diferente model. *Journal of Sexual and Marital Therapy*-2000; 26: 51-65.
2. Buttler, Patricia. *Progress in Reproductive Health Research, 2004, N° 67, World Health Organization*
3. Francesca Tripodi, Cinzia Silvaggi. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. 2013.*
4. Stettini, Piero. *Sexual and Reproductive Health Promotion. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. 2013.*
5. Vaidakis, Nikolaos. *Historical Aspects of Human Sexuality and Sex Research. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. 2013.*
6. Vilar, Duarte. *Contributos para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. E-cadernos, 4. CES UC.PT. 2010.*

VII
**DISFUNÇÕES
SEXUAIS
MASCULINAS**

ANATOMIA SEXUAL MASCULINA

João Pina

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C - Hospital S. José

O aparelho reprodutor masculino é constituído por diversos órgãos que actuam em conjunto de forma a assegurar a produção de espermatozóides funcionais e depositá-los no aparelho reprodutor feminino.

Pénis

O pénis é uma estrutura tricompartimental formada por dois corpos cavernosos (estruturas laterais) e um corpo esponjoso em topografia ventral mediana. Todos estes elementos são revestidos por pele e tecido celular subcutâneo.

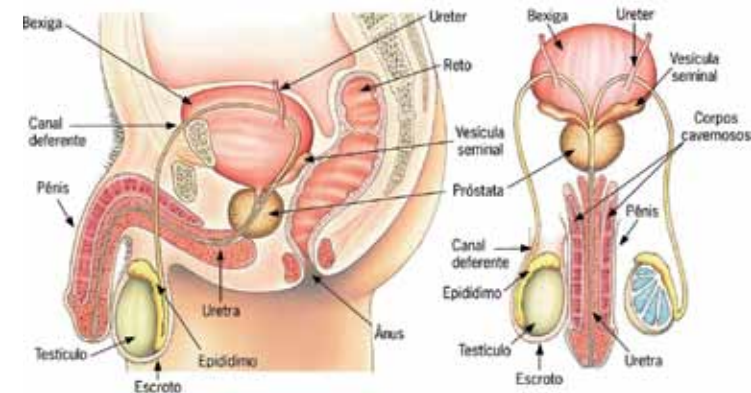


Figura 1: Anatomia Sexual masculina

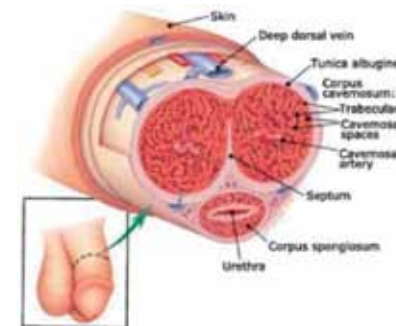


Figura 2: Estrutura interna do pénis

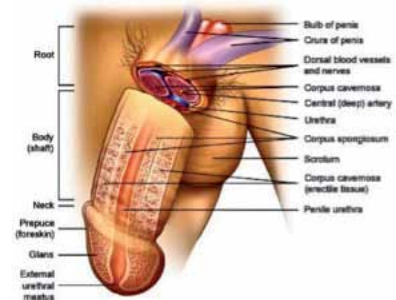


Figura 3: Anatomia do pénis

Pode ainda ser dividido em três zonas: a base, o corpo e a extremidade.

A base do pênis encontra-se no períneo, entre o folheto inferior do diafragma urogenital e a fáscia de Colles. As extremidades proximais dos corpos cavernosos, os crura, encontram-se recobertos pelos músculos isquio-cavernosos, enquanto que o corpo esponjoso encontra-se envolvido pelo músculo bulbocavernoso.

Anteriormente, está fixo à sínfise púbica pelo ligamento suspensor do pênis.

O corpo e a extremidade do pênis, encontram-se pendentes. O corpo do pênis estende-se desde a parede abdominal até ao sulco balano-prepucial. A extremidade do pênis é composta pela glande.

Os corpos cavernosos constituem os principais elementos erécteis, enquanto o corpo esponjoso contém a uretra.

O comprimento do pênis é altamente variável, sobretudo em estado não eréctil, uma vez que depende do grau de contracção do tecido muscular liso dos corpos cavernosos. A variabilidade é consideravelmente inferior no estado de erecção.

A pele do pênis é contínua com a pele da parede abdominal inferior e após recobrir a glande dobra-se sobre si mesma formando uma prega - o prepúcio - que vai inserir-se no sulco balano-prepucial ou coronal na base da glande.

Abaixo da pele existem 2 fáscias principais: a mais superficial ou fáscia de Dartos que é contígua com as fáscias de Scarpa a nível abdominal e de Colles no períneo. A camada mais profunda é a fáscia de Buck que recobre os corpos cavernosos e o corpo esponjoso em compartimentos separados.

As três estruturas são por sua vez recobertas pela túnica albugínea, uma estrutura forte e espessa, com duas camadas, de anatomia variável, cuja função é dar rigidez aos corpos erécteis e funcionar com mecanismo venoclusivo.

Anatomia Vascular do Pênis

A maior parte do aporte sanguíneo para o pênis é feito através da artéria pudenda interna, ramo da artéria ilíaca interna.

A artéria pudenda interna origina a artéria peniana após emitir um ramo perineal. Por sua vez a artéria peniana divide-se em três ramos: as artérias dorsal, bulbo-uretral e cavernosa que se anastomosam num anel vascular à volta da glande.

A artéria cavernosa é responsável pela tumescência dos corpos cavernosos e a artéria dorsal pelo ingurgitamento da glande durante a erecção.

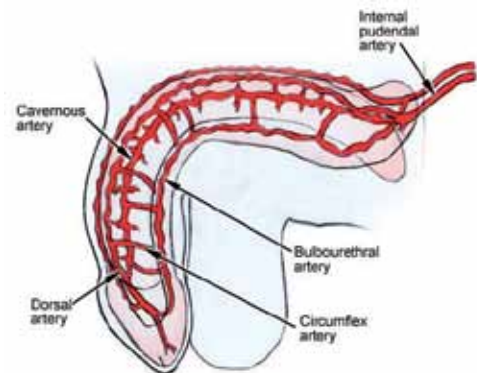


Figura 4: Anatomia vascular do pênis

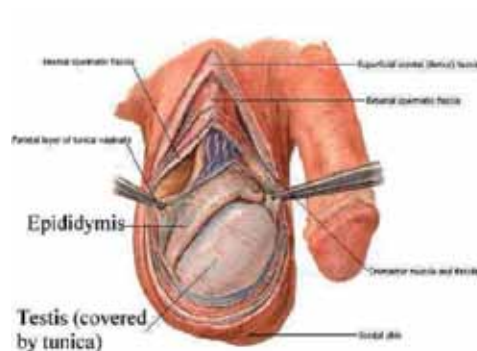


Figura 5: Bolsa escrotal e o seu conteúdo

A drenagem venosa dos três corpos origina-se a partir de pequenas vénulas que se unem num plexo venoso abaixo da túnica albugínea, que sai do pênis sob a forma de veias emissárias.

A túnica albugínea, a pele e tecido celular subcutâneo drenam através de múltiplas veias superficiais que se unem perto da raiz do pênis formando uma veia dorsal (única ou dupla), que por sua vez drena nas veias safenas.

Escroto

O escroto é uma bolsa de pele que contém os testículos e a porção inferior dos cordões espermáticos.

Na zona média, observa-se uma rafe testicular que se estende desde a base do pênis adiante, ao longo do períneo até ao ânus posteriormente.

As camadas do escroto são: a pele, a túnica muscular do Dartos, a fáscia espermática externa, o cremáster, a fáscia espermática interna e a túnica vaginal.

Testículos

Os testículos têm duas funções principais: a produção de espermatozoides e a síntese de testosterona.

São órgãos pares, de forma ovóide, que antes do nascimento descem da cavidade abdominal pelo canal inguinal, até às bolsas escrotais onde se encontram suspensos pelos cordões espermáticos, o que lhes permite estar a uma temperatura 2-3°C inferior à temperatura corporal, condição essencial para a espermatogénese.

Cada testículo é recoberto pela túnica albugínea que na face dorsal é mais espessa e origina o mediastino testicular. Este, constitui o local de entrada dos vasos sanguíneos e linfáticos bem como dos ductos eferentes (que drenam os espermatozoides para o epidídimo).

A partir da túnica albugínea originam-se numerosas trabéculas fibrosas que dividem o parênquima testicular em lóbulos onde se encontram os túbulos seminíferos, local da produção do esperma.

Os túbulos seminíferos são contínuos com os ductos eferentes que levam o esperma até ao epidídimo.

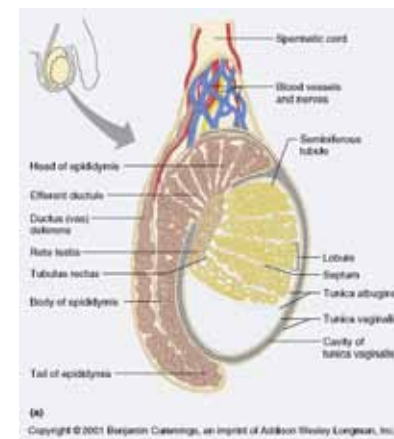


Figura 6: Anatomia testicular

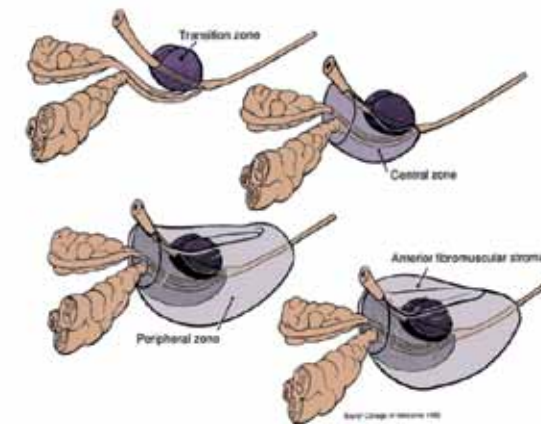


Figura 7: Estrutura interna da próstata

Nos túbulos seminíferos, as células de Sertoli estão em íntima associação com a produção dos espermatozoides, enquanto as células de Leydig, localizadas no espaço intersticial entre os túbulos, produzem a testosterona.

Epidídimo

O epidídimo é geralmente dividido em três porções: a cabeça (extremidade superior), corpo e por último a cauda que se continua com o canal deferente.

É formado pela convergência de vários ductos eferentes que originam um ducto único, o ducto epididimário, que se enrola sobre si mesmo numerosas vezes formando “um novelo” que drena no canal deferente.

Anatomia Vascular Testicular e Escrotal

O testículo e o epidídimo são irrigados pela artéria testicular que se origina directamente da aorta abdominal abaixo do hilo renal.

A veia testicular tem origem na parte posterior do testículo e recebe tributárias do epidídimo, originando o plexo pampiniforme.

A veia testicular drena o sangue do testículo para a veia cava inferior à direita ou para a veia renal à esquerda.

Canal Deferente

O canal deferente é uma estrutura palpável com cerca de 3 mm de diâmetro, que pode ser isolado do restante cordão espermático, e que estabelece a continuação do ducto epididimário.

Antes de entrar na próstata, o canal deferente aumenta de diâmetro criando uma ampola onde recebe o ducto proveniente da vesícula seminal homolateral, formando o ducto ejaculatório.

Por sua vez o ducto ejaculatório atravessa a próstata terminando ao nível da uretra prostática, perto do orifício do utrículo prostático.

Vesículas Seminais

As vesículas seminais são estruturas pares, alongadas, de forma sacular, rodeadas por uma espessa camada de músculo liso. Localizam-se entre a base da bexiga e o recto.

Têm uma capacidade de armazenamento de cerca de 3,4-4,5 ml e contribuem com cerca de 60-70 % do volume do líquido seminal.

Cada vesícula consiste em um único tubo, enrolado sobre si mesmo e emitindo vários divertículos, que dão à glândula um contorno lobulado. A drenagem vesicular é feita para cada vesícula, separadamente na uretra posterior, depois de se fundirem com os respectivos ductos deferentes.

Próstata

A próstata é uma glândula única com o tamanho aproximado de uma castanha, que ocupa uma posição central na cavidade pélvica circundando a porção inicial da uretra. Encontra-se localizada abaixo da bexiga, adiante do recto, atrás do púbis e por cima do diafragma pélvico. Lateralmente encontram-se os músculos levantadores do ânus.

A próstata normal pesa aproximadamente 18g.

É constituída por 70% de elementos glandulares e 30% de estroma fibromuscular. Encontra-se revestida por uma cápsula de tecido conjuntivo.

A sua estrutura interna compreende quatro compartimentos : o estroma anterior fibromuscular, a zona de transição, a zona periférica e a zona central.

Glândulas Bulbo-Uretrais (Glândulas de Cowper)

As glândulas bulbo-uretrais são pequenas glândulas pares, situadas inferiormente à próstata. Produzem um muco espesso, claro, que drena para a uretra e é libertado antes da ejaculação. Pensa-se que esta secreção tenha a função de neutralizar vestígios de urina ácida na uretra funcionando também como um lubrificante.

Uretra Masculina

A uretra masculina estende-se num trajecto de cerca de 20 cm desde o colo vesical até ao meato uretral, na extremidade do pénis. Tem como função servir de conduto para a passagem de urina e de esperma.

Divide-se em quartos segmentos: a uretra prostática, a uretra membranosa, a uretra bulbar e a uretra peniana.

Do ponto de vista funcional, pode ainda ser dividida em uretra anterior e uretra posterior.

A uretra anterior é constituída pelas porções peniana e bulbar. É uma estrutura tubular, encontrando-se envolvida pelo corpo esponjoso que se expande em cada extremidade. Distalmente encontra-se a glândula e proximalmente o bulbo peniano.

A vascularização da uretra e do corpo esponjoso varia de acordo com a localização, sendo mais abundante a nível bulbar e mais escassa na região peniana. Estas diferenças têm implicações não só patológicas, mas também a nível terapêutico, durante as cirurgias reconstrutivas da uretra.

A uretra posterior compreende o mecanismo esfíncteriano masculino. Prolonga-se desde o colo vesical até à junção bulbomembranosa. É constituída pela uretra prostática, que atravessa a próstata desde a sua base, junto ao colo vesical até ao ápex, e pela uretra membranosa que se encontra rodeada pelo tecido muscular do esfíncter urinário externo.

O esfíncter urinário masculino é constituído pelo colo vesical (esfíncter interno) e esfíncter urinário propriamente dito (esfíncter externo).

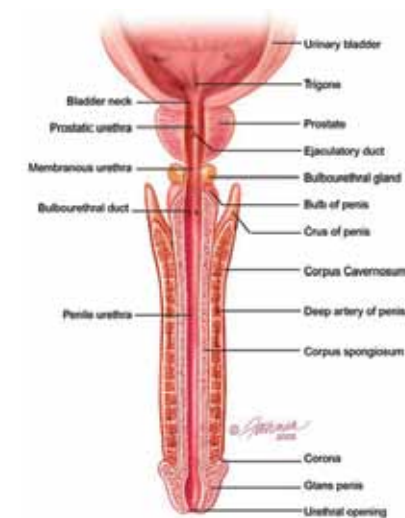


Figura 8: Uretra masculina e as suas relações

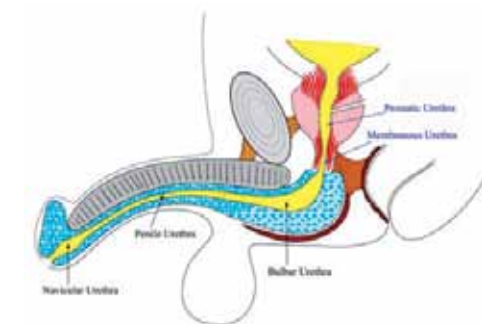


Figura 9: Divisão da uretra masculina

BIBLIOGRAFIA

1. Wein A, Kavoussi L, et al, Campbell-Walsh Urology (10ª ed.), Saunders Elsevier
2. Tanagho E, McAninch J, Smith's General Urology (17ª ed.), Lange McGraw-Hill
3. Schill WB, Comhaire FH, et al, Andrology for the Clinician, Springer
4. Rouvière H, Delmas A, Anatomie Humaine (15ª ed.), Masson

FISIOLOGIA SEXUAL MASCULINA

Pedro Melo Rocha

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Introdução

A função sexual masculina é um processo complexo de interações de diversos níveis, encontrando-se envolvidos estados hormonais, psicogénicos e sensoriais que necessitam de ser processados a nível do sistema nervoso central, transmitidos por estruturas nervosas a nível periférico até aos tecidos penianos, onde serão despoletados determinados fenómenos neuro-nais, vasculares e tecidulares.

I. FISIOLOGIA DA EREÇÃO

Poder-se-á definir ereção peniana como o estado de rigidez peniana necessária para que o homem consiga realizar a penetração sexual.

Para que a ereção ocorra são necessárias uma série de estruturas interligadas entre si: sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e estruturas penianas, existindo para isso uma rede de aferências e eferências notáveis entre os diferentes níveis.

Neuroanatomia e Neurofisiologia da Ereção Peniana

Para se poder compreender o fenómeno da ereção é portanto necessário conhecer quais as estruturas que estão envolvidas na génese do processo, quer a nível periférico, quer a nível central.

Vias Periféricas

O pénis é inervado somática e autonomicamente (sistema nervoso simpático e parassimpático).

Os nervos simpáticos têm origem a nível da medula espinal torácica (T11 e T12) e lombar (L1 e L2). A inervação parassimpática origina-se a nível da medula espinal sagrada (S2, S3 e S4), encontrando as fibras simpáticas, acabando por formar o plexo pélvico. Os nervos cavernosos são ramos do plexo pélvico que inervam o pénis. A estimulação parassimpática causa ereção e a actividade simpática causa ejaculação e detumescência peniana.

No que respeita à inervação somática, as aferências têm a sua origem nos receptores ao nível da pele, glânde, uretra e corpos cavernosos. As fibras sensoriais dos receptores vão acabar por formar ramos do nervo dorsal do pénis que por sua vez se vai unir a outros nervos, acabando por originar o nervo pudendo. O nervo pudendo encontra a medula espinal a nível de S2-S4. São estas estruturas somatosensoriais que são responsáveis pela mensagem da dor, temperatura e toque. Por sua vez, o núcleo de Onuf (S2-S4) é o centro somático para a inervação eferente (somatomotor) dos músculos ísqueo-cavernosos e bulbocavernosos.

Vias Supraespinhais e Centros Nervosos

Para que a erecção peniana se possa iniciar e manter é necessária a integração e processamento de todas as impressões sensoriais e psicológicas nos centros supra-espinhais. Encontram-se descritos vários níveis cerebrais responsáveis por esta integração e processamento, notavelmente a área pré-óptica média e o núcleo paraventricular no hipotálamo. Os neurónios destes núcleos hipotalâmicos contêm oxitocina e vasopressina, os quais podem estar envolvidos na erecção. Existem muitos centros envolvidos na função sexual a nível do tronco cerebral e medula espinhal. O locus ceruleus fornece inervação adrenérgica para o hipotálamo, tálamo, neocórtex e medula espinhal. Já o núcleo paragigantocellularis fornece inervação inibitória serotoninérgica para o hipotálamo, sistema límbico, neocórtex e medula espinhal.

Existem muitos centros de activação cerebrais, que são apresentados na tabela seguinte:

REGIÕES DE ACTIVAÇÃO CEREBRAL	FUNÇÃO
Córtex temporal inferior	Área de associação visual
Ínsula direita	Processamento da informação somatosensorial com estados motivacionais
Córtex frontal direito inferior	Processamento de informação sensorial
Córtex cingulato anterior esquerdo	Controlo das funções autonómica e neuroendócrina
Córtex occipital direito	Processamento visual
Hipotálamo direito	Comportamento sexual masculino
Caudado esquerdo	Processamento da atenção e resposta a novos estímulos

Estas estruturas são responsáveis por três tipos de erecções:

1. Erecção Psicogénica

Resulta de uma estimulação audiovisual ou fantasia erótica, que activam os centros espinhais da erecção.

2. Erecção Reflexogénica

Este tipo de erecção é provocado pela estimulação dos órgãos genitais. Esta estimulação gera impulsos que atingem os centros espinhais da erecção, sendo que uns activam o núcleo autonómico que envia mensagens para o nervo cavernoso e activam a erecção, enquanto outros seguem uma via ascendente gerando percepção sensorial. Este tipo de erecção encontra-se preservada nos doentes com lesão alta da medula espinhal.

3. Erecção Nocturna

Este tipo de erecção ocorre na maior parte das vezes durante o sono REM. O centro responsável por esta erecção é a formação pontina reticular: durante o sono REM ocorre activação dos neurónios colinérgicos no tegumento pontino lateral enquanto que os serotoninérgicos do mesencéfalo e os adrenérgicos do locus ceruleus são inactivados.

Hemodinâmica da Erecção e da Detumescência

Os tecidos penianos, especialmente os dois corpos cavernosos e o músculo liso dos sistema arterial e arteriolar, desempenham um papel fundamental no processo erétil.

A estimulação sexual origina uma descarga de vários neurotransmissores a nível das terminações nervosas do nervo cavernoso, originando por sua vez relaxamento do músculo liso, desencadeando posteriormente uma série de respostas globalmente designadas por *mecanismo veno-oclusivo*. Este mecanismo é fundamental para a erecção ao permitir:

- 1 - Dilatação das artérias e arteríolas com aumento do fluxo sanguíneo peniano;

- 2 - Aumento contínuo do fluxo sanguíneo peniano e preenchimento dos espaços sinusoidais;

- 3 - Compressão do plexo venoso subtúnica entre a túnica albugínea e sinusóides periféricos, diminuindo o efluxo venoso;

- 4 - Estiramento da túnica albugínea, com oclusão das veias emissárias entre as camadas circular interna e longitudinal externa, com diminuição ainda maior do efluxo venoso;

- 5 - Aumento da Pressão de Oxigénio (para cerca de 90 mmHg) e Pressão intracavernosa (para cerca de 100 mmHg), levando à fase de erecção completa;

- 6 - Aumento maior da pressão intracavernosa com a contracção dos músculos ísquio-cavernosos (fase de erecção esquelética).

Existem classicamente cinco fases de erecção: fase de flacidez, fase latente ou de enchimento, fase de tumescência, fase de erecção completa, fase de erecção esquelética e fase de detumescência.

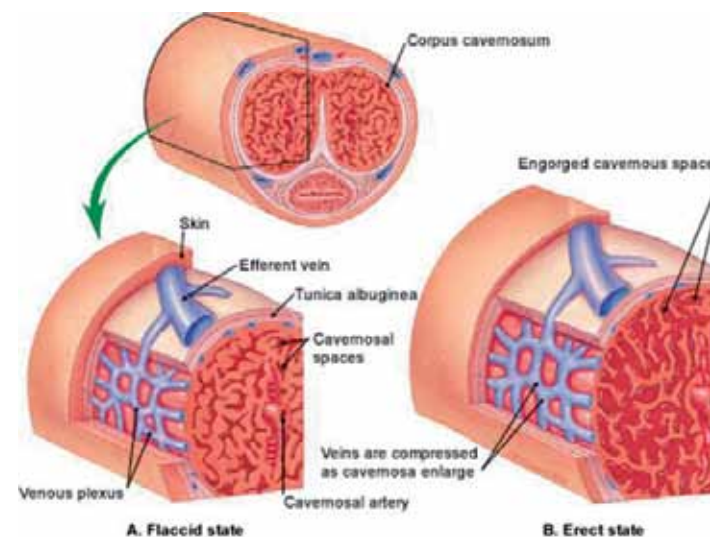


Figura 1: Mecanismo Veno-Oclusivo

Descrevem-se 3 fases de detumescência:

- 1 - Aumento ligeiro da pressão intra-cavernosa, em virtude do início da contracção do músculo liso com sistema venoso ainda encerrado
- 2 - Diminuição lenta da pressão, sugerindo abertura também lenta dos canais venosos
- 3 - Queda abrupta e rápida com o restabelecimento da capacidade venosa.

Mecanismo Molecular do Relaxamento e Contracção do Músculo Liso Cavernoso

O papel chave da erecção é o relaxamento do músculo liso cavernoso.

O relaxamento e contracção do músculo liso cavernoso é regulado pela disponibilidade de ião cálcio que se encontra na sua forma livre a nível intra-celular.

A Noradrenalina libertada pelas terminações nervosas e as endotelinas e prostaglandinas libertadas pelo endotélio, activam receptores localizados no músculo liso, aumentando o trifosfato inositol e diacilglicerol, resultando no aumento de Cálcio a partir do retículo sarcoplasmático e abertura dos canais de cálcio na membrana celular do músculo liso. Este aumento de Cálcio liga-se à Calmodulina e altera a sua conformação expondo o local de interacção

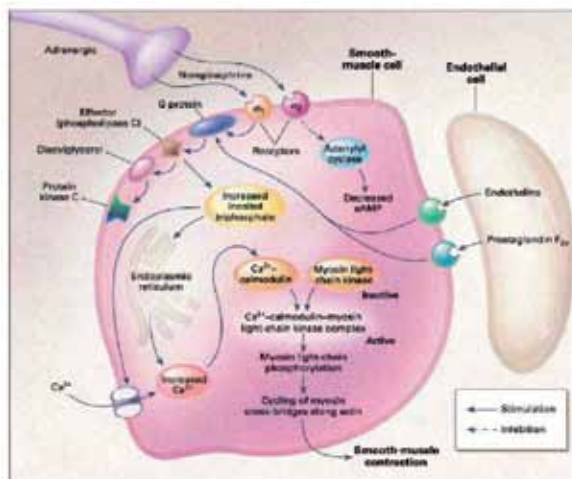


Figura 2: Mecanismo de Contração Muscular; Campbell - Walsh UROLOGY, 10TH Edition

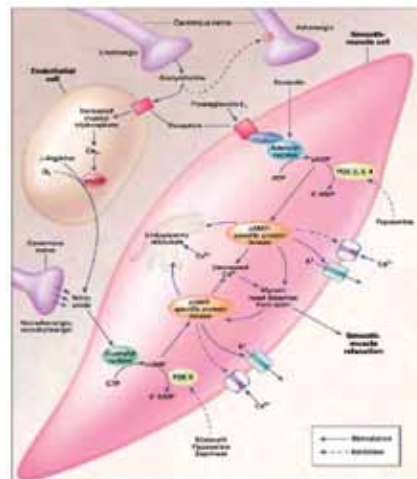


Figura 3: Mecanismos envolvidos no Relaxamento Muscular; Campbell - Walsh UROLOGY, 10TH Edition

com a quinase de cadeia leve de miosina. Seguidamente ocorre fosforilação das cadeias leves de miosina com formação de pontes da miosina com os filamentos de actina, com o desenvolvimento de força e contração muscular subsequente.

Depois da diminuição do Cálcio livre intracelular ocorre relaxamento muscular: a Calmodulina dissocia-se da quinase da cadeia curta de miosina e inactiva-a, a miosina é desfosforilada pela fosfatase da cadeia leve de miosina e separa-se da actina.

Os 2 maiores mensageiros envolvidos no relaxamento do músculo liso são: AMPc (Monofosfato cíclico de Adenosina) e GMPc (Monofosfato cíclico de Guanosina). Estas duas vias, por intermédio da activação de proteínas quinases dependentes de AMPc e GMPc, originam uma série de fenómenos moleculares que resultam na diminuição da concentração de cálcio intra-celular com conseqüente relaxamento muscular: abertura dos canais de potássio e hiperpolarização; sequestro de cálcio intracelular pelo sistema retículo-endoplasmático e inibição dos canais de cálcio dependentes de voltagem que diminuem o influxo de cálcio.

Existem vários neurotransmissores que são fundamentais no fenómeno eréctil. O óxido nítrico é considerado como o principal neurotransmissor envolvido na erecção, ao aumentar o GMPc, levando ao relaxamento do músculo liso cavernoso. A acetilcolina, apesar de não ser o neurotransmissor principal, contribui indirectamente para a erecção ao permitir a inibição dos neurónios adrenérgicos e estimulação da libertação de óxido nítrico pelas células endoteliais. Já a noradrenalina é a responsável pelos estados de flacidez e detumescência penianas, pela sua acção a nível das fibras α -adrenérgicas.

A nível da via do AMPc, as moléculas envolvidas nesta via são a Adenosina, Calcitonina, Prostaglandinas e Péptido Vasoactivo Intestinal.

Outras moléculas envolvidas na via do GMPc são o Monóxido de Carbono e Péptidos Natriuréticos.

A manutenção do estado de flacidez peniana é o resultado de actividade miogénica intrínseca, neurotransmissão adrenérgica e factores derivados da endotelina; a detumescência peniana pós-erecção pode ser o resultado da cessação da libertação de óxido nítrico, a degradação de GMPc pelas fosfodiesterases e actividade simpática durante a ejaculação.

Regulação Hormonal

É bem conhecido o efeito dos androgénios na libido e no comportamento sexual, mas a sua

acção na função eréctil ainda permanece pouco clara. Foram sugeridos efeitos de regulação da testosterona sobre os neurónios hipotalâmicos, límbicos e espinhais parassimpáticos. Doentes com níveis de testosterona similares aos da castração podem alcançar erecções com estímulo sexual visual. Por outro lado, homens com hipofunção gonadal apresentam disfunção eréctil. Portanto, o ambiente hormonal adequado a função eréctil passa pela integridade do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, com níveis equilibrados de LH, FSH e prolactina. O metabolismo das hormonas tiroideias também participa nesta regulação.

II. FISIOLOGIA DA EJACULAÇÃO

A ejaculação constitui a fase final do ciclo sexual do homem e representa um reflexo que engloba estímulos sensoriais, centros cerebrais e espinhais e vias eferentes,

Existem 2 fases na ejaculação: Emissão e Expulsão.

A fase de emissão é a fase inicial, e consiste num reflexo espinal definido pela deposição de fluido seminal na uretra prostática. Já a fase de expulsão representa uma acção combinada do sistema nervoso simpático e somático.

A ejaculação anterógrada requer uma acção concertada e sincronizada entre contrações do músculo peri-uretral e encerramento do colo vesical, e relaxamento do esfíncter urinário externo.

O orgasmo é geralmente síncrono com a ejaculação, e é a reacção de prazer resultante do processo cerebral desencadeado com o aumento de pressão da uretra posterior e contração da uretra bulbar e das glândulas sexuais acessórias.

O reflexo ejaculatório envolve: Centros cerebrais, centros periféricos, sistema nervoso simpático, sistema nervoso parassimpático e inervação somática.

A composição do ejaculado obedece à seguinte ordem: secreções das glândulas bulbo-uretrais, espermatozoides, fluido prostático e fluido das vesículas seminais.

A resposta sensorial envolve adequada estimulação sensorial do nervo dorsal do pénis e distensão da uretra posterior.

A emissão do fluido seminal é controlada pelo sistema nervoso simpático, activando o mecanismo propulsor do músculo liso prostático, canais deferentes, e vesículas seminais.

A inervação somática por via do Nervo Pudendo é responsável pela fase de expulsão, através de uma acção síncrona dos músculos ísquio-cavernoso, bulbo-esponjoso, esfíncteres anal e uretral externo e músculos do ânus e perineais.

A ejaculação envolve áreas cerebrais sensoriais, centros motores e vários núcleos espinhais. Existem vários neurotransmissores envolvidos no processo, incluindo serotonina, dopamina, oxitocina, ácido gama-aminobutírico (GABA), adrenalina, acetilcolina e óxido nítrico.

A regulação da ejaculação é em grande medida determinada pela Serotonina e Dopamina. Em relação à Serotonina, existem 3 receptores serotoninérgicos envolvidos no fenómeno ejaculatório: 5HT1A, 5HT1B e 5HT2C, sendo que o primeiro tem efeito de diminuição do período de latência ejaculatório e os últimos têm efeito contrário, com inibição da ejaculação.

III. FISIOLOGIA TESTICULAR E ESPERMATOGÉNESE

O testículo tem uma função endócrina e uma exócrina. A função endócrina vai traduzir-

-se no desenvolvimento normal do macho da espécie, na sua virilização e na sua capacitação para a reprodução. A função exócrina vai resultar na espermatogénese.

Espermatogénese

Por dia formam-se cerca de 120 milhões de espermatozoides.

A espermatogénese é um processo no qual ocorre a formação das gâmetas masculinos, ou seja, os espermatozoides. Esse processo dá-se no interior dos testículos e ocorre da puberdade até o fim da vida do indivíduo e demora cerca de 72 dias. Nele formam-se gâmetas haplóides a partir de divisão meótica das espermatogónias, que são diplóides, sob influência de um ambiente hormonal adequado (testosterona, LH e FSH).

Nos testículos são encontrados milhares de tubos finos e enovelados, os tubos seminíferos, onde se localizam as espermatogónias. As espermatogónias multiplicam-se através de mitoses até a adolescência, período no qual passam a multiplicar-se com maior intensidade. Depois da multiplicação, ocorre a fase de crescimento, em que algumas espermatogónias crescem e duplicam os seus cromossomas, transformando-se em espermátocitos primários ou do tipo I. Os espermátocitos primários sofrerão meiose, dando origem a duas células haplóides chamadas de espermátocitos secundários ou do tipo II, que sofrerão outra meiose, originando quatro células haplóides, conhecidas por espermátides. As duas meioses que os espermátocitos sofrem representam a fase de maturação.

À próxima fase damos o nome de espermição e nela as espermátides após a metamorfose (espermiogénese) começam a transformar-se em espermatozoides e são lançados para o túbulo seminífero. Nessa fase, as espermátides perdem praticamente todo o citoplasma e começam um processo em que desenvolverão, a partir do centríolo, um flagelo. Ainda imóveis são lançados para o epidídimo, onde acabam de adquirir a mobilidade após 18 a 24 horas. O seu armazenamento dá-se a nível da via seminal.

No início do flagelo dos espermatozoides podemos encontrar mitocôndrias que têm a função de fornecer energia, sendo que na cabeça do espermatozoide podemos encontrar o acrossoma, originário do complexo de Golgi, que contém enzimas com a função de facilitar a penetração do gâmeta no óvulo. O núcleo do espermatozoide é o local onde os cromossomas paternos ficam armazenados.

A capacitação do espermatozoide dá-se no aparelho genital feminino, onde os fluidos das trompas e do útero removem uma série de factores inibidores presentes no líquido espermático. Estes e outros acontecimentos vão provocar a perda do capuz acrossómico do espermatozoide e este vai libertar uma série de enzimas proteolíticas que lhe vão permitir movimentar-se pelo aparelho genital feminino. O influxo de cálcio pela membrana da cabeça do espermatozoide vai-lhe permitir a mobilidade, estimulando os movimentos dos flagelos.

Ambiente Hormonal

A testosterona segregada pelas células de Leydig, sob efeito da hormona luteinizante (LH), proveniente da adeno-hipófise, é necessária para o desenvolvimento das espermatogónias. A hormona folículo-estimulante (FSH) actua nas células de sertoli facilitando a espermatogénese, principalmente na puberdade. Os etrogénios e a hormona de crescimento também participam neste processo. A regulação é feita pelo eixo hipotálamo hipofisário. O Hipotálamo produz hormona libertadora da hormona luteinizante (LHRH), a nível dos núcleos pré-óptico e arqueado, de forma pulsátil, de 90 a 120 minutos. Esta secreção é inibida pelos seguintes agentes: Beta-adrenérgicos, endorfinas, testosterona, dopami-

na, serotonina, progestagénios, prolactina, GABA e IL-1. A sua estimulação é feita pelo neuropéptido Y, pela leptina e por alfa-adrenérgicos. A nível da adeno-hipófise a LHRH vai provocar a libertação da LH e FSH. A LH com a sua semi-vida de 20 minutos, actua sobre as células de Leydig e por intermédio do AMPc leva a produção de testosterona a partir do colesterol. A FSH, com uma semi-vida de 3 horas, actua nas células de sertoli por mecanismos ainda não totalmente esclarecidos, levando a produção de aromatase, da inibina e da activina.

BIBLIOGRAFIA

1. Kirana PS, Tripoli F, Reisman Y, Prost H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. ESSM Educational Committee 2013
2. Hartmut Prost and Jacques Buvat and the Standards Committee of The International Society for Sexual Medicine. Standard Practice in Sexual Medicine. ISSM. 2006
3. Campbell - Walsh. Urology. 10ª Edição. 2011;

DESEJO SEXUAL HIPOACTIVO

Frederico Carmo Reis

Assistente Hospitalar de Urologia

Hospital - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Carlos Ferreira

Interno de Formação Específica de Urologia

Hospital - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

O Distúrbio de Desejo Sexual Hipoactivo no Homem (DDSHM) é caracterizado pela existência de uma perda da vontade de se comportar sexualmente nas situações em que normalmente ocorreria excitação sexual.

O DDSHM pode manifestar-se na falta de fantasias sexuais, no completo desinteresse pela actividade sexual normal, ou mesmo na depressão, ou pânico, quando confrontado com situações que possam envolver o ato sexual. Pode estar presente sem nenhuma causa objectiva ou, pelo contrário, poderá ter uma causa claramente fisiológica.

O DDSHM é mais problemático quando o indivíduo se encontra numa relação com outra pessoa, dado que o facto de serem goradas as expectativas para a actividade sexual, numa relação de proximidade como é o casamento, poderá conduzir a problemas matrimoniais.

Existem duas variantes do DDSHM: a primária e a secundária.

O DDSHM primário deve-se normalmente a um segredo de índole sexual. Por ordem de frequência, isto inclui:

1. Um padrão variante de excitação;
2. Uma preferência por sexo masturbatório em detrimento da intimidade sexual de casal;
3. História de trauma sexual mal processada;
4. Um conflito de orientação sexual.

No DDSHM primário não está em causa a falta de desejo sexual, mas sim um padrão de desejo, ou de excitação, secreto ou reprovável. É um padrão comportamental frustrante e doloroso, que não é partilhado com ninguém, especialmente com o parceiro, e que conduz muitos destes homens a iniciar novas relações com a esperança que o problema do desejo não volte a recorrer.

O DDSHM secundário é o distúrbio de desejo masculino mais frequente. É normalmente criado por reacção a uma disfunção sexual, nomeadamente a disfunção erétil (o mais frequente), mas também podendo ser uma reacção à ejaculação prematura, ou mesmo ao desenvolvimento de uma inibição ejaculatória que é mais frequente com o envelhecimento.

No DDSHM, o homem perde o seu conforto e confiança na excitação, relação sexual e orgasmo. Ele atinge um padrão de ansiedade antecipatória, que poderá levar a evitar o ato sexual. Quando os casais deixam de se comportar sexualmente, quer seja aos 40, 60 ou 80 anos, é normalmente uma decisão masculina (90% dos casos). A

decisão é tipicamente tomada de forma unilateral e transmitida de modo não-verbal. De facto, o sexo torna-se uma fonte de frustração e embaraço; por isso, o homem desiste e evita-o.

Prevalência

Não existem muitos estudos que a avaliem, mas a prevalência da diminuição do desejo sexual, na análise de dados de um inquérito nacional sobre saúde e vida social, realizado nos Estados Unidos da América, em 1992, revelou que, em 1 410 homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos, a prevalência da diminuição do desejo sexual é de 5%, sendo a mesma da disfunção erétil, aumentando essa prevalência com o envelhecimento.

Noutro inquérito, realizado nos Estados Unidos da América em 2004, numa população de 1 455 homens, com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, 28% dos homens referiram falta de desejo sexual, e, destes, 65% demonstraram preocupação com esse facto.

Numa avaliação efectuada na população britânica, denominada *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*, envolvendo uma população de 11 161 homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos, 17,1% dos homens afirmaram ter como problema mais prevalente a falta de interesse no ato sexual, e 1,8% desses homens referiram uma falta de interesse persistente no ato sexual (com uma duração superior a 6 meses no último ano).

Diagnóstico

Trata-se de um distúrbio subdiagnosticado, apesar da sua prevalência, muito devido ao facto de, frequentemente, ser apresentado, e tratado, como uma disfunção erétil. Para esta dificuldade na identificação contribui a falta de educação pública nas temáticas da sexualidade, o mito de que o homem se encontra sempre motivado para a actividade sexual, a ausência de preparação dos clínicos para abordar este tema, e o facto de não existirem ferramentas para avaliar convenientemente.

Por outro lado, a procura de ajuda não ocorre em todos os que padecem do DDSHM. Quando existe o recurso a um profissional, isso deve-se mais frequentemente à parceira, depois ao próprio doente e, raras vezes, a um profissional que lidou com o doente num contexto diferente.

Quando estes doentes são avaliados, é esperado que os clínicos descartem o hipogonadismo. Se os valores séricos são normais, os clínicos assumem, com naturalidade, que se trata de um problema psicossocial. Os psiquiatras, e outros profissionais da saúde mental, devem estar preparados para ultrapassar este dualismo (orgânico *versus* psicológico) e considerar que a diminuição da libido pode ser resultante de cinco etiologias prováveis que se sobrepõem:

1. Um padrão sem significado patológico;
2. Um sintoma de um distúrbio fundamentalmente psiquiátrico;
3. Um sintoma de uma alienação da relação;
4. Um sintoma de uma anormalidade psíquica;
5. Um sintoma de um distúrbio de desejo sexual hipoactivo.

Em Maio de 2013, foram publicados os critérios de diagnóstico de DDSHM no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, de acordo com os quais o DDSHM apresenta como critérios de diagnóstico:

A	Deficiência (ou ausência) recorrente ou persistente de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas para a atividade sexual. O parecer sobre a deficiência é feito pelo clínico, tendo em consideração os factores que afetam a atividade sexual, tais como a idade e o contexto geral e sociocultural da vida do indivíduo.
B	Os sintomas no Critério A persistem com uma duração mínima de aproximadamente 6 meses.
C	Os sintomas no Critério A causam um sofrimento clinicamente significativo no indivíduo.
D	A disfunção sexual não é passível de ser explicada melhor por um distúrbio mental não sexual, ou como uma consequência de um grave distúrbio de relação, ou outros agentes produtores de stress significativo, e não é atribuível aos efeitos de uma substância/medicação ou outra condição médica.

Podendo ser considerado como:

Primário	O distúrbio está presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo
Adquirido	O distúrbio iniciou-se após um período de função sexual relativamente normal.

Manifestando-se de forma:

Generalizada	Não se encontram limitados por determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros
Situacional	Só ocorrem com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros

Podendo ser considerado em termos de gravidade como:

Ligeiro	Evidência de sofrimento ligeiro relativamente aos sintomas descritos no Critério A
Moderado	Evidência de sofrimento moderado relativamente aos sintomas descritos no Critério A
Severo	Evidência de sofrimento severo ou extremo relativamente aos sintomas descritos no Critério A

Para que seja possível um diagnóstico correto, é fundamental uma correta anamnese, um exame físico rigoroso e um bom discernimento no recurso a meios auxiliares de diagnóstico.

A história clínica deverá conter uma história médica, uma história psicológica e uma história sexual.

A história médica deverá abordar a presença de doenças crónicas, o uso de agentes farmacológicos, distúrbios endócrinos, cirurgias prévias e trauma.

A história psicológica deverá conter os factores psicológicos associados com a disfunção sexual masculina, nomeadamente os factores predisponentes, os factores precipitantes e os factores de manutenção.

A história sexual deverá versar a descrição do problema, a altura e a forma de manifestação, como ocorre, o seu estado actual, e qualquer problema médico ou psicológico associado.

Na colheita da história clínica, o clínico deve estar ciente de que:

- Um comportamento sexual pouco frequente, ou ausente, com a parceira não é um sinónimo de comportamento sexual pouco frequente, ou ausente.
- Um comportamento sexual pouco frequente, ou ausente, com a parceira não é um sinónimo de ausência de masturbação.
- A queixa de limitação da energia sexual não é um sinónimo de ausência de masturbação.
- A expressão “É tudo o que sei relativamente a esta situação, Senhor Doutor” não significa que o doente tenha contado tudo.

- A declaração de um homem que afirma que se sente à vontade a falar em frente à parceira, não é sinónimo de que ele se sente à vontade a falar da sua vida sexual em frente à parceira.

Quando for necessário efectuar meios complementares de diagnóstico, os mesmos deverão incluir, no mínimo, o doseamento de testosterona total sérica, prolactina e função tiroideia.

Deste modo, será possível identificar as diferentes causas que poderão levar ao DDSHM nomeadamente as presentes na tabela que se segue.

CAUSA	
Psicogénica	Depressão; discórdia marital que conduz a défice de desejo; ansiedade de performance que leva a inibição da excitação
Doenças do SNS	Epilepsia parcial, parkinsonismo, pós-AVC
Deficiência de androgénios	Primária, secundária
Resistência aos androgénios	
Farmacológica	Anti-hipertensores, psicotrópicos, álcool, narcóticos, bloqueadores da dopamina, antiandrogénios.

Tabela 1: Causas mais comuns de DDSHM

Tratamento

O tratamento dos doentes com DDSHM está baseado na compreensão da complexidade da natureza do desejo sexual, para que, como clínicos, não tenhamos a veleidade de tentar curar rapidamente com um medicamento, mas sim percebermos que o desejo é uma das múltiplas variáveis da Sexualidade. Sexualidade essa que resulta da interacção multifacetada de factores anatómicos, fisiológicos, psicológicos, de desenvolvimento, culturais e relacionais, que se vão desenvolvendo e alterando em cada momento, sendo constituída nos adultos por seis elementos, que compõem a identidade sexual e a função sexual, e de cuja interacção resulta a satisfação emocional.

IDENTIDADE SEXUAL	FUNÇÃO SEXUAL
Identidade do género	Desejo
Orientação	Excitação
Intenção	Orgasmo

Para além da complexidade inerente à sexualidade própria, ainda existe a complexidade adicional correspondente à sexualidade da parceira, que está intimamente relacionada com a expressão da sexualidade do indivíduo.

Felizmente têm ocorrido avanços significativos nos campos de aconselhamento psicosssexual e comportamental, bem como no campo da terapêutica farmacológica.

Relativamente ao aconselhamento psicosssexual e comportamental, a tendência tem sido a adopção de uma abordagem mais flexível e personalizada. De facto, existe um consenso generalizado de que os distúrbios do desejo têm uma resposta mais fraca à psicoterapia (< 50%) que as outras formas de disfunção sexual (aproximadamente 70%). A aplicação da psicoterapia nos distúrbios do desejo revela-se mais difícil e as técnicas convencionais de terapia sexual demonstram ser, normalmente, desadequadas.

Têm sido utilizadas muitas técnicas adicionais no decurso do tratamento, como sejam: a terapêutica cognitiva comportamental, a abordagem sistémica, modificação de papéis, hipnose clínica, exercícios guiados de fantasias e treino para assertividade sexual.

Os indicadores de mau prognóstico no tratamento psicosssexual e comportamental incluem a falta de motivação da parceira, a idade jovem, uma relação matrimonial de fraca qualidade, a utilização simbólica dos sintomas sexuais como uma forma de defesa contra conflitos subjacentes, a presença de tendências homossexuais, a presença de problemas psicopatológicos graves e/ou a patologia médica desconhecida.

No campo do tratamento farmacológico, são vários os estudos que avaliam a acção dos androgénios na resposta sexual. Os estudos realizados em homens hipogonádicos demonstram clara melhoria nos factores da libido (melhoria da motivação, do interesse) e das erecções espontâneas após suplementação com testosterona, mesmo na ausência de distúrbios de deficiência do desejo sexual. Contudo, os resultados da terapêutica androgénica nos doentes com DDSHM sem hipogonadismo têm-se mostrado limitados e inconclusivos.

Quando se encontrar uma medicação que estimule de forma segura o desejo sexual, vai ser possível obter um melhor conhecimento da anatomia, da neuroendocrinologia e da bioquímica do impulso sexual, podendo inclusive alterar a forma como os profissionais discutem o impulso sexual e os seus problemas.

Até ao momento, foram descobertos fármacos que estimulam o impulso sexual, mas grande parte conduziu a problemas clínicos sérios, tais como náuseas, hipertensão e dependência.

Um dos fármacos em estudo para tratar o distúrbio de desejo sexual hipoactivo na mulher é a Flibanserina, um agonista do receptor 5-HT1a e antagonista 5-HT2a. Tem sido avaliado em mulheres pós-menopausa com distúrbio de desejo sexual hipoactivo, demonstrando melhorar o desejo sexual, diminuindo a preocupação associada ao baixo desejo sexual e revelando uma boa tolerabilidade.

Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), que demonstraram conseguir aumentar a frequência da actividade sexual masculina ao melhorar a função erétil, não demonstraram a capacidade de estimular o desejo de acordo com os parâmetros de pontuação do desejo no Índice Internacional da Função Erétil. Este facto recorrente vem demonstrar que uma melhoria da potência sexual aumenta a motivação para ter sexo; contudo, à medida que o tempo passa, não se demonstra melhorias no impulso sexual.

A procura de uma medicação para o DDSHM tem sido a busca de um estimulante para o impulso sexual que não necessite de estímulos visuais, auditivos, olfactivos ou contextualização social para actuar. Este fármaco irá provavelmente explicar alguns dos mecanismos subjacentes ao aumento do impulso sexual, observados em alguns doentes com mania, alcoolismo ou toxicoddependência, e doença de Parkinson.

Contudo, um fármaco indutor de impulso sexual porá alguns problemas de saúde que trazem para a discussão certos aspectos culturais do desejo sexual. Durante o tempo de actuação, a acção do fármaco irá moldar o comportamento (masturbação, sexo com um parceiro regular ou relações fortuitas). Dependendo da identidade sexual do doente, o parceiro poderá envolver uma mulher, um homem ou um menor. O comportamento sexual poderá ser convencional ou parafilico. Deste modo, um fármaco indutor do impulso sexual poderá criar muita discussão sobre os valores sociais que envolvem a expressão sexual.

Conclusão

Por norma, quando o doente se dirige inicialmente a um especialista de Medicina Geral e Familiar, a um urologista ou a um endocrinologista, com sintomatologia compatível com DDSHM, o clínico irá descartar ou tratar o hipogonadismo. O tratamento médico muitas vezes impossibilita outras considerações sobre os aspectos psicológicos, interpessoais e culturais do problema. Contudo, após o tratamento, e ocorrendo reversão do hipogonadismo, a sintomatologia manter-se-á. Os profissionais de saúde mental, que observam doentes eugonádicos com diminuição da libido, têm a hipótese de interpretar o problema como sendo DDSHM, ou como um padrão de diminuição do desejo devido a uma depressão, alienação matrimonial ou tratamento com inibidores de recaptção de serotonina. Se o doente for diagnosticado com DDSHM, a depressão, a alienação matrimonial, os tratamentos farmacológicos, e outras situações, são consideradas comorbilidades, e não explicações para a clínica. Os clínicos têm de reconhecer o padrão de diminuição do desejo, avaliar o sofrimento associado e os factores que eventualmente possam contribuir, dado que o sofrimento e a esperança subjacente para uma melhoria da vida sexual permitem ao doente lidar e eventualmente ultrapassar a motivação de evitar sexo com a sua parceira.

BIBLIOGRAFIA

1. Anjana Ahuja (publicado em 2006/02/01), Every 7 seconds? That's a fantasy, The Times, Acedido a 2014-03-09, <http://www.thetimes.co.uk/tto/life/article1725792.ece>
2. B. McCarthy & D. McDonald (2008) Assessment, Treatment, and Relapse Prevention: Male Hypoactive Sexual Desire Disorder, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35:1, 58-67, DOI: 10.1080/00926230802525653
3. Brotto, L. A. (2010), The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Men. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 2015-2030. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01860.x
4. Catherine H Mercer, Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey, *BMJ* 2003;327:426
5. Corona G, Rastrelli G, Ricca V, Jannini EA, Vignozzi L, Monami M, Sforza A, Forti G, Mannucci E, and Maggi M. Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *J Sex Med* 1074-1089, April 2013, DOI: 10.1111/jsm.12043
6. DeRogatis, L., Rosen, R. C., Goldstein, I., Werneburg, B., Kempthorne-Rawson, J. and Sand, M. (2012), Characterization of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in Men. *Journal of Sexual Medicine*, 9: 812-820. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02592.x
7. Edward O. Laumann, PhD; Anthony Paik, MA; Raymond C. Rosen, PhD, Sexual Dysfunction in the United States , Prevalence and Predictors , *JAMA*. 1999, 281(6):537-544. doi:10.1001/jama.281.6.53
8. Fouad R. Kandeel, Vivien K. T. Koussa, and Ronald S. Swerdloff, Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment, *Endocrine Reviews* 2001 22:3, 342-388
9. Keith A. Montgomery, MD, Sexual Desire Disorders, *Psychiatry* 2008 [JUNE], 50-55
10. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-544. doi:10.1001/jama.281.6.537.
11. Meuleman, E. J.H. and Van Lankveld, J. J.D.M. (2005), Hypoactive sexual desire disorder: an underestimated condition in men. *BJU International*, 95: 291-296. doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05285.x
12. Rubio-Aurioles, E. and Bivalacqua, T. J. (2013), Standard Operational Procedures for Low Sexual Desire in Men. *Journal of Sexual Medicine*, 10: 94-107. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02778.x
13. Simon JA1, Kingsberg SA, Shumel B, Hanes V, Garcia M Jr, Sand M, Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial., *Meno-pause*. 2013 Nov 25, 10.1097/GME.0000000000000134
14. Stacy Tessler Lindau, M.D., M.A.P.P., L. Philip Schumm, M.A., Edward O. Laumann, Ph.D., Wendy Levinson, M.D., Colm A. O'Muircheartaigh, Ph.D., and Linda J. Waite, Ph.D, *N Engl J Med* 2007; 357:762-774, August 23, 2007, DOI: 10.1056/NEJMoa067423

DISFUNÇÃO ERÉCTIL – DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

Pedro Bargão Santos

Assistente Hospitalar de Urologia

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora

Definição

De um modo geral, em homens saudáveis, a função sexual assume um declínio com a idade. O tempo de latência entre a estimulação sexual e a erecção aumenta, há redução da rigidez peniana, o volume ejaculado diminui e o tempo entre erecções tende a aumentar. Os níveis de testosterona diminuem, o tónus do músculo cavernoso aumenta e a sensibilidade peniana à estimulação reduz-se.

A erecção é um fenómeno neurovascular e tecidual com controlo hormonal. Inclui dilatação arterial, relaxamento do músculo liso trabecular e activação do mecanismo veno-oclusivo cavernoso.

A disfunção eréctil (DE) define-se pela incapacidade persistente ou recorrente em conseguir e/ou manter uma erecção suficiente para permitir uma atividade sexual satisfatória, desde há pelo menos 3 meses.

Ainda que a DE seja uma doença benigna, pode afectar a saúde física e psicossocial e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e dos casais. Existe uma evidência crescente de que a DE possa ser uma manifestação precoce de doença coronária e doença vascular periférica. Assim sendo, a DE deve ser encarada não só como uma questão de qualidade de vida mas também como um sinal potencial de alarme de doença cardiovascular.

Epidemiologia

Existem inúmeros estudos epidemiológicos que valorizam a importância deste problema e o seu impacto na qualidade de vida do homem e do casal. A análise destes estudos permitiu dividir as causas de disfunção eréctil em grupos etiológicos distintos e que se podem dividir do seguinte modo: origem psicogénica – 25%, origem orgânica – 25%, origem mista – 45%, desconhecida – 5%.

Identificaram-se igualmente numerosos fatores de risco associados e relacionados com a saúde cardiovascular.

A prevalência é muito variável devido à variabilidade metodológica dos estudos, influenciada pelas diferenças na definição de DE, das populações estudadas e sobretudo pelas numerosas e diferentes ferramentas e questionários que existem para avaliar de forma objetiva a condição de DE.

Os primeiros dados referentes ao estudo Massachusetts Male Aging Study (MMAS) em 1994, afirmam a prevalência de DE de 52% entre homens com idades compreendidas entre os 40 e 70 anos.

Um estudo transversal espanhol, *Epidemiologia de la Disfunción Eréctil Masculina* (EDEM), publicado em 2001, englobou 2500 doentes e incorporou pela primeira e única vez duas

ferramentas para a avaliação da DE: o inquérito Índice Internacional Função Erétil (IIEF) e uma pergunta simples de auto-avaliação. A prevalência global para homens entre os 25 e 70 anos foi de 18,9% segundo o inquérito e 12,1% de acordo com a pergunta de auto-avaliação.

Actualmente considera-se que a prevalência oscila entre os 12% na Europa do Sul e 75% no Japão.

A prevalência da DE aumenta em determinadas circunstâncias. Por exemplo, na população diabética é significativamente maior do que na população geral, afectando cerca de 50% dos doentes diabéticos. A percentagem de doentes com este problema aumenta com a idade e aparece de forma mais precoce, cerca de 10 anos antes do que nos homens não diabéticos.

Com o objectivo de identificar grupos de risco susceptíveis de apresentar DE e estimar uma taxa de incidência na população, o estudo MMAS publicou no ano de 2000 os resultados de um estudo longitudinal com 8,8 anos de seguimento. Descreveu uma taxa de incidência de 25,9 por 1000 homens por ano. Identificou a idade, o baixo nível sociocultural, a diabetes, as cardiopatias e a hipertensão como patologias que definem um grupo de população de alto risco para o desenvolvimento de DE. A utilidade da estimativa da taxa de incidência tem permitido a divisão em grupos de maior ou menor risco e sobretudo, estabelecer e oferecer uma estratégia terapêutica e preventiva.

Tendo em conta o aumento previsível da população por ano e a relação direta da DE com a idade, as estimativas para 2025 prevêem um aumento de mais do dobro da prevalência da DE no mundo, de 152 milhões para 322 milhões.

Etiologia

As categorias de fatores de risco associadas à disfunção sexual incluem: mau estado geral de saúde, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular, outras doenças génito-urinárias associadas, problemas psicológicos ou psiquiátricos, outras doenças crónicas e condições sócio-demográficas. Para a DE, existem condições associadas a factores de risco bem definidos como o tabagismo, medicamentos e factores hormonais.

CLASSIFICAÇÃO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL MASCULINA

A etiologia da DE pode dividir-se em dois grandes grupos: causas psicogénicas e causas psicogénicas.

I. Causas Psicogénicas

1. Generalizada

Falta de excitação, distúrbos da intimidade sexual

2. Situacional

Relacionada com a parceira, performance ou angústia

Antigamente, acreditava-se que a impotência psicogénica era mais frequente, pensando-se afectar cerca de 90% dos homens com DE. Esta ideia veio sendo abandonada, percebendo-se actualmente que a DE é por norma uma condição mista que poderá ser predominantemente funcional ou física. O comportamento sexual e a erecção peniana são controlados pelo hipotálamo, sistema límbico e córtex cerebral. Assim, mensagens de estimulação ou de inibição podem ser libertadas para os centros medulares erectores de modo a facilitar ou inibir a erecção.

Foram propostos dois mecanismos possíveis para explicar a inibição da ereção na disfunção psicogénica: inibição directa do centro de erecção medular pelo cérebro como um exagero da inibição supra-sagrada normal; e descarga simpática excessiva ou níveis elevados de catecolaminas periféricas que podem aumentar o tónus do músculo liso peniano condicionando o seu relaxamento.

II. Causas Orgânicas

1. Arteriogénica

Doença cardiovascular, hipertensão arterial (HTA), diabetes *mellitus*, hiperlipidemia, tabagismo, cirurgia major ou radioterapia pélvica / retroperitoneal

2. Neurogénica

Causas centrais – doenças degenerativas (esclerose múltipla, doença de *Parkinson*); doenças ou traumas medulares; acidentes vasculares cerebrais; tumores do sistema nervoso central (SNC)

Causas periféricas – diabetes *mellitus*, insuficiência renal crónica (IRC), polineuropatia, cirurgia pélvica ou retroperitoneal, prostatectomia radical, cirurgia colorectal

3. Anatómica ou estrutural

Hipospádias, epispádias, micropénis, curvatura congénita do pénis, doença de *La Peyronie*, venogénica (cavernosa)

4. Hormonal

Hipogonadismo, hiperprolactinemia, hiper e hipotiroidismo, hiper e hipocortisolismo (Doença de *Cushing*)

5. Iatrogénica

Anti-hipertensores (diuréticos)

Anti-depressivos

Anti-psicóticos

Anti-androgénios, análogos e antagonistas GnRH

Drogas recreativas (álcool, tabagismo)

1. Causas Arteriogénicas

A doença arterial oclusiva traumática ou aterosclerótica da árvore arterial hipogástrica-cavernosa-helicina pode diminuir a pressão de perfusão para os espaços sinusoidais, aumentando o tempo até à ereção máxima e diminuindo a rigidez da ereção peniana. Na maior parte dos doentes com DE arteriogénica, a perfusão peniana comprometida é um componente de um processo aterosclerótico generalizado. Os fatores de risco associados a insuficiência arterial incluem hipertensão, hiperlipidemia, tabagismo, diabetes *mellitus*, trauma pélvico ou perineal e irradiação pélvica.

A hipertensão arterial (HTA) é um fator de risco independente para DE e as suas complicações cardiovasculares consequentes como a doença arterial isquémica e a falência renal estão associadas a uma maior prevalência de DE. Na HTA, o aumento da pressão arterial por si só, não prejudica a função erétil mas sim as lesões estenóticas arteriais associadas.

Os mecanismos da disfunção eréctil vascular incluem alterações estruturais, alterações na vasoconstrição e vasodilatação.

2. Causas Neurogénicas

Estima-se que 10 a 19% da DE seja de causa neurológica. Se incluirmos as causas iatrogénicas e mistas da DE, a prevalência é provavelmente muito superior. A presença de um distúrbio neurológico ou neuropatia não exclui outras causas e esta confirmação pode ser desafiante. Sendo a ereção um fenómeno neurovascular, qualquer doença ou disfunção que afecte o cérebro, medula espinhal e os nervos pudendos ou cavernosos pode provocar disfunção.

3. Causas Anatómicas ou Estruturais

a)- Disfunção eréctil primária

Refere-se à incapacidade de ao longo da vida iniciar e / ou manter erecções e que começaram com o primeiro encontro sexual. Embora a maioria dos casos se deva a factores psicológicos, um reduzido número de homens atingidos tem uma causa física, resultado de mau desenvolvimento do pénis ou do mau aporte sanguíneo e neurológico. A disfunção psicológica primária está normalmente relacionada com ansiedade sobre o desempenho sexual decorrente de eventos adversos decorridos na infância, experiências sexuais precoces traumáticas ou mesmo desinformação. Alterações endócrinas, particularmente baixos níveis de testosterona, podem estar igualmente implicados na DE primária, sendo nestes casos, o baixo desejo sexual, o principal sintoma.

b)- Micropénis

A hipoplasia simétrica do pénis ou micropénis, muitas vezes está relacionada com anomalias uretrais de desenvolvimento, como hipospádias e epispádias ou a deficiência endócrina. O tecido eréctil tem, geralmente, um funcionamento normal. A disfunção sexual está, habitualmente, relacionada com a falta de comprimento do pénis ou com o grau de *chordee*, ao invés de DE.

c)- Anormalidades vasculares

A DE primária na presença de um pénis de aparência normal é raro. Alguns autores descreveram alterações estruturais do tecido cavernoso, tais como ausência ou substituição por tecido fibroso. Outros encontraram alterações vasculares, incluindo hipoplasia das artérias cavernosas ou disfunção veno-oclusiva devido a drenagem venosa cavernosa anómala. A causa subjacente destas anomalias congénitas é desconhecida. O tratamento, na maioria dos casos, passa por cirurgia vascular ou o implante de uma prótese peniana.

d)- Disfunção veno-oclusiva

Pode resultar de uma variedade de processos fisiopatológicos, nomeadamente, alterações degenerativas da túnica albugínea (Doença de *La Peyronie*, idade avançada, diabetes), alterações estruturais fibro-elásticas, do relaxamento do músculo liso trabecular e fístulas venosas. A insuficiência no relaxamento do músculo liso trabecular, causa expansão sinusoidal inadequada e insuficiente compressão das vénulas trabeculares. Este último fenómeno pode igualmente ocorrer em indivíduos ansiosos com tónus adrenérgico excessivo ou em doentes com libertação inadequada de neurotransmissores.

4. Causas Hormonais

Os androgénios influenciam o desenvolvimento e crescimento do sistema reprodutor e dos

caracteres sexuais secundários. Os seus efeitos na libido e comportamento sexual estão bem estabelecidos. A testosterona aumenta a libido, a frequência das ereções noturnas e dos atos sexuais. Qualquer disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário pode resultar em hipogonadismo.

O hipogonadismo não é um achado frequente na população impotente. O hipogonadismo hipogonadotrófico pode ser congénito ou causado por um tumor ou lesão. O hipogonadismo hipergonadotrófico pode resultar de tumor, lesão, cirurgia ou orquite por papeira. A hiperprolactinemia, quer devido a um adenoma da pituitária, quer provocada por efeito de drogas, resulta em disfunção sexual e reprodutiva. Os sintomas podem incluir, perda de libido, DE, galactorreia, ginecomastia e infertilidade. Está associada a níveis baixos de testosterona que parecem ser secundários à inibição da secreção hormonal de gonadotrofinas pelos níveis elevados de prolactina. A DE também pode estar associada a hipo e hipertiroidismo. O último está mais relacionado com diminuição da libido do que com DE, o que poderá ser explicado pelos níveis de circulação elevados de estrogénios. No hipotiroidismo, os níveis baixos de secreção de testosterona e elevados de prolactina contribuem para a DE.

A diabetes *mellitus*, a doença endocrinológica mais comum, causa DE através das suas complicações vasculares, neurológicas, endoteliais e psicogénicas e não pela deficiência hormonal propriamente dita. A diabetes mellitus afecta 0,5% a 2% da população mundial. A prevalência de DE é três vezes superior em homens diabéticos (28% vs 9,6%), ocorre em idade precoce, e aumenta com a duração da doença, sendo cerca de 15% aos 30 anos e subindo para 55% aos 60 anos. A DE entre os homens com diabetes é mais frequente em doentes com neuropatia. A presença de DE nos homens diabéticos, está associada a um risco de mais de 14 vezes superior de doença coronária silenciosa, maior morbidade e mortalidade cardiovascular. Esta evidência indica que a presença de DE em doentes diabéticos pode prever o futuro de eventos cardiovasculares graves.

O síndrome metabólico (SM) inclui intolerância à glicose, resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e hipertensão. Num estudo de Esposito et al publicado em 2005, foi relatado maior prevalência de DE (26,7%) em homens com SM em relação ao grupo controlo (13%). Além disso, este estudo constatou que a prevalência de DE aumenta à medida que o número de fatores de risco aumenta. Facto corroborado por um estudo de origem portuguesa publicado em 2011. Numa análise do *Estudo Longitudinal de Baltimore do Envelhecimento*, em que homens foram acompanhados por um período médio de 5,8 anos, *Rodriguez et al* em 2007, confirmaram que a prevalência do síndrome metabólico aumenta com a idade e está associada a níveis de andrógenos mais baixos. Descobriram igualmente que níveis diminuídos de testosterona total e globulina ligante de hormona sexual (SHBG), são preditores de maior incidência de síndrome metabólico. Homens com SM têm maior prevalência de DE, score reduzido de função endotelial e concentrações mais elevadas de proteína C-reativa circulantes, em comparação com homens sem doenças metabólicas¹³. Baixos níveis de andrógenos em homens com DE e obesidade também foram relatados por *Corona et al*, (2008).

5. Disfunção de Causa Iatrogénica

a)- Anti-hipertensores

O tratamento da hipertensão arterial (ligeira a moderada) requer medicamentos com um perfil de efeitos colaterais aceitável de modo a minimizar a não aderência. Os diuréticos tiazídicos estão associados a altas taxas de DE, ainda que possam ser reduzidas com a tera-

pêutica de combinação e perda de peso. Os α 1-bloqueantes e antagonistas dos receptores da angiotensina II tendem a melhorar a função sexual e por isso podem ser úteis no início da terapêutica anti-hipertensiva em homens com DE pré-existente.

MEDICAMENTO	EFEITO	MECANISMO
Diurético	DE (dobro do placebo)	Desconhecido
β - bloqueantes (não seletivos)	DE	Inibidor dos recetores α 2 pré-sinápticos
β - bloqueantes (seletivos)	Nenhum	-
α 1-bloqueantes	Diminui a taxa de DE mas pode causar ejaculação retrógrada	Falha no mecanismo de encerramento, induzido pelo SN Simpático, do esfíncter interno e uretra proximal durante a ejaculação
α 2-bloqueantes	DE	Inibição do recetor central α 2
Inibidores da enzima de conversão de angiotensina	Nenhum	
Antagonistas dos receptores da angiotensina II	Diminui a taxa de DE	
Bloqueadores dos canais de cálcio	Nenhum	

Tabela: Efeito dos anti-hipertensores na função sexual.

b)- Medicação psicotrópica

Assim como a HTA, as doenças que justificam este tipo de medicação são mais relevantes para a DE do que a medicação propriamente dita. Por outro lado, a complexidade dos receptores e a inter-relação das vias no sistema nervoso central (SNC) irão proporcionar aos neurónios e gânglios envolvidos no funcionamento sexual o efeito das drogas psicotrópicas. As alterações funcionais resultantes poderão ser negativas ou positivas. Um exemplo é a perda de desejo sexual nos doentes com esquizofrenia não medicados, enquanto que, os medicados com anti-psicóticos mostraram maior desejo mas aumento de DE e distúrbios da ejaculação.

c)- Anti-depressivos

Os inibidores de recaptção da serotonina diferem na sua habilidade de provocar DE. Uma elevada incidência foi observada em doentes tratados com paroxetina, enquanto que um impacto menor foi reportado com o citalopram. Isto sugere que outros mecanismos que não os inibidores de recaptção da serotonina possam estar envolvidos. Este fato é apoiado por se ter verificado que a paroxetina administrada de forma aguda ou crónica mas não o citalopram, causam DE em ratos por inibirem a produção de ON. Angulo *et al*, verificam em ratos, que o efeito inibitório na função eréctil induzido pela administração aguda de paroxetina, pode ser compensado pela inibição da fosfodiesterase-5 com vardenafil.

d)- Anti-psicóticos

Os membros desta classe causam diversos efeitos nos receptores do SNC e atuam igualmente periféricamente. Pensa-se que o seu efeito terapêutico esteja relacionado com o bloqueio do receptor dopaminérgico nas áreas límbica e pré-frontal cerebrais. Os seus efeitos não desejados devem-se às suas propriedades anti-colinérgicas e de bloqueio β -adrenérgico, assim

como a acções dopaminérgicas nos gânglios basais, causando efeitos acessórios extrapiramidais que normalmente provocam sintomas sexuais.

Assim, os efeitos clínicos antipsicóticos na função sexual irão variar de acordo com a sua afinidade para recetores particulares.

e)- Anti-androgénios, análogos e antagonistas GnRH

Os androgénios modificam o comportamento sexual pela modulação dos receptores androgénicos no SNC. Os anti-androgénios bloqueiam parcialmente, ou quase por completo a ação androgénica, pela inibição da produção ou pela antagonização dos receptores androgénicos. Os efeitos da deficiência androgénica na actividade sexual são variáveis, podendo resultar em perda completa até função normal.

f)- Drogas recreativas (álcool, tabagismo)

O álcool em pequenas quantidades aumenta a ereção e o desejo sexual devido ao seu efeito vasodilatador e supressor da ansiedade. No entanto, em grande quantidade pode causar sedação central, diminuição da libido e disfunção erétil transitória. Num estudo realizado em homens australianos, Chew *et al* relataram que, em comparação com os que nunca beberam, a DE foi menor em consumidores de fim de semana e consumidores esporádicos, e maior nos ex-consumidores. O alcoolismo crónico pode provocar disfunção hepática, diminuição da testosterona, aumento dos níveis de estrogénio e polineuropatia alcoólica, podendo afectar a inervação peniana. Segundo estudos em animais (coelhos e ratos), alterações na função neurovascular e o comprometimento do relaxamento do músculo liso cavernoso dependente do endotélio, parecem ser a explicação fisiopatológica na origem destas alterações.

O tabagismo pode induzir vasoconstrição e fuga venosa peniana pelo seu efeito contrátil sobre o músculo liso cavernoso. Num estudo em fumadores, Hirshkowitz *et al*, relataram uma correlação inversa entre as ereções noturnas (rigidez e duração) e o número de cigarros fumados por dia. Constataram que homens que fumavam mais de 40 cigarros por dia tinham ereções noturnas mais fracas e mais curtas. O estudo da *Boston Area Community Heath (BACH)* utilizou uma amostra de 2 301 homens, com idades entre os 30 e 79 anos. Verificou uma associação dose-resposta entre o tabagismo e a DE, com um efeito estatisticamente significativo a partir das 20 unidades maço-ano de exposição. A inalação passiva do fumo do tabaco está associada a um pequeno aumento do risco de DE, estatisticamente não significativo, comparável com aproximadamente 10 a 19 unidades maço-ano de tabagismo ativo.

Nas últimas duas décadas tem-se observado um aumento considerável de novos dados sobre a fisiologia da ereção peniana e fisiopatologia da DE. Estas novas descobertas irão não só melhorar a compreensão do processo da doença, como também a realização de diagnósticos corretos e tratamentos adequados. Novas ferramentas de investigação em biologia molecular, transdução de sinal, fatores de crescimento, *microarrays* e células estaminais irá trazer o tema da função e disfunção erétil a um nível cada vez mais próximo no futuro.

BIBLIOGRAFIA

1. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994;151 (1):54-61.
2. Martín-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada, et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol.* 2001;166(2):569-74; discussion 574-5.
3. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822-30.
4. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, et al. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. *Int J Impot Res.* 2002;14(6):422-32.
5. McKinlay JB. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2000;4-6-11.
6. Aytac Ia, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2005 and some possible policy consequences. *Br J Urol Int.* 1999;84:450-6.
7. Teloken C1, Busato WF Jr, Neto JF, Hartmann A, Winckler J, Souto CA. Congenital abnormality of corpora cavernosa and erectile dysfunction: a case report. *J Urol.* 1993 May;149(5):1135-6.
8. Aboseif SR, Baskin LS, Yen TS, Lue TF. Congenital defect in sinusoidal smooth muscles: a cause of organic impotence. *J Urol.* 1992 Jul;148(1):58-60.
9. Montague DK, Lakin MM, Angermeier KW, Lammert GK. Primary erectile dysfunction in a man with congenital isolation of the corpora cavernosa. *Urology.* 1995 Jul;46(1):114-6.
10. Lue TF. Surgery for crural venous leakage. *Urology.* 1999 Oct;54(4):739-41.
11. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Construction of a surrogate variable for impotence in the Massachusetts Male Aging Study. *J Clin Epidemiol.* 1994 May;47(5):457-67.
12. Gazzaruso C, Giordanetti S, De Amici E, Bertone G, Falcone C, Geroldi D, Fratino P, Solerte SB, Garzaniti A. Relationship between erectile dysfunction and silent myocardial ischemia in apparently uncomplicated type 2 diabetic patients. *Circulation.* 2004 Jul 6;110(1):22-6.
13. Esposito K, Giugliano F, Martedì E, Feola G, Marfella R, D'Armiento M, Giugliano D. High proportions of erectile dysfunction in men with the metabolic syndrome. *Diabetes Care.* 2005 May;28(5):1201-3
14. Coelho MF, Santos PB. Erectile dysfunction of vascular cause: statistical evaluation on the plurimetabolic syndrome's risk factors and their correlation with penile eco-doppler rates. *Acta Med Port.* 2011 Dec;24 Suppl 2:379-82.
15. Rodriguez A, Muller DC, Metter EJ, Maggio M, Harman SM, Blackman MR, Andres R. Aging, androgens, and the metabolic syndrome in a longitudinal study of aging. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Sep;92(9):3568-72.
16. Corona G, Mannucci E, Fisher AD, Lotti F, Petrone L, Balercia G, Bandini E, Forti G, Maggi M. Low levels of androgens in men with erectile dysfunction and obesity. *J Sex Med.* 2008 Oct;5(10):2454-63.
17. Kennedy SH, Eisfeld BS, Dickens SE, Bacchiochi JR, Bagby RM. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J Clin Psychiatry.* 2000 Apr;61(4):276-81.
18. Mendels J, Kiev A, Fabre LF. Double-blind comparison of citalopram and placebo in depressed outpatients with melancholia. *Depress Anxiety.* 1999;9(2):54-60.
19. Angulo J, Peiró C, Sanchez-Ferrer CF, Gabancho S, Cuevas P, Gupta S, Sáenz de Tejada I. Differential effects of serotonin reuptake inhibitors on erectile responses, NO-production, and neuronal NO synthase expression in rat corpus cavernosum tissue. *Br J Pharmacol.* 2001 Nov;134(6):1190-4.
20. Angulo J, Cuevas P, Fernández A, Gabancho S, Allona A, Martín-Morales A, Moncada I, Sáenz de Tejada I. Activation and potentiation of the NO/cGMP pathway by NG-hydroxyl-L-arginine in rabbit corpus cavernosum under normoxic and hypoxic conditions and ageing. *Br J Pharmacol.* 2003 Jan;138(1):63-70.
21. Chew KK, Bremner A, Stuckey B, Earle C, Jamrozik K. Alcohol consumption and male erectile dysfunction: an unfounded reputation for risk? *J Sex Med.* 2009 May;6(5):1386-94.
22. Saito M, Broderick GA, Wein AJ, Levin RM. Effect of chronic ethanol consumption on the pharmacological response of the rabbit corpus cavernosum. *Pharmacology.* 1994 Dec;49(6):386-91.
23. Aydinoglu F1, Yilmaz SN, Coskun B, Daglioglu N, Ogulener N. Effects of ethanol treatment on the neurogenic and endothelium-dependent relaxation of corpus cavernosum smooth muscle in the mouse. *Pharmacol Rep.* 2008 Sep-Oct;60(5):725-34.
24. Juenemann KP, Lue TF, Luo JA, Benowitz NL, Abozeid M, Tanagho EA. The effect of cigarette smoking on penile erection. *J Urol.* 1987 Aug;138(2):438-41.
25. Hirshkowitz M, Karacan I, Howell JW, Arcasoy MO, Williams RL. Nocturnal penile tumescence in cigarette smokers with erectile dysfunction. *Urology.* 1992 Feb;39(2):101-7.
26. Kupelian V1, Link CL, McKinlay JB. Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Eur Urol.* 2007 Aug;52(2):416-22.
27. Kupelian V, Link CL, McKinlay JB. Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Eur Urol.* 2007 Aug;52(2):416-22.

DIAGNÓSTICO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Artur Palmas

Assistente Hospitalar de Urologia

Hospital do Barreiro

Os princípios da avaliação diagnóstica da disfunção eréctil, consistem em definir a causa provável, e identificar as condições médicas ou psicológicas, que contribuem para a disfunção ou que podem influenciar as modalidades de tratamento.

História Clínica

A história clínica é o factor mais importante, na avaliação de um paciente com disfunção eréctil. O passo inicial consiste em identificar qual a preocupação do paciente relativamente à sua função sexual, quantificar e identificar as condições associadas a esta disfunção. É importante diferenciar disfunção eréctil de outros problemas sexuais como diminuição da libido ou problemas ejaculatórios. Uma das ferramentas essenciais, na quantificação, é a utilização de questionários validados, sendo o mais utilizado, o Índice Internacional de Função Eréctil (IIFE), principalmente, a sua versão reduzida, o IIFE-5¹, que consiste em cinco questões, a serem respondidas individualmente pelo paciente, podendo este ser esclarecido pelo seu médico, afim de uma melhor interpretação da questão. Este questionário também constitui uma base de referência a ser utilizado, na monitorização das alterações ocorridas durante o tratamento.

Nos últimos 6 meses,

1. Qual o seu nível de confiança em conseguir e manter uma erecção?

Muito Baixo (1)	Baixo (2)	Moderado (3)	Alto (4)	Muito Alto (5)
-----------------	-----------	--------------	----------	----------------

2. Quando teve erecções, quantas vezes é que estas são suficientemente firmes para a penetração?

Quase nunca (1)	Poucas vezes/ <metade (2)	Algumas vezes/ metade (3)	Muitas vezes/ >metade (4)	Quase sempre (5)
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------

3. Durante as relações sexuais, quantas vezes é que após a penetração conseguiu manter a erecção?

Quase nunca (1)	Poucas vezes/ <metade (2)	Algumas vezes/ metade (3)	Muitas vezes/ >metade (4)	Quase sempre (5)
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------

4. Durante as relações sexuais, é difícil manter a erecção até ao final?

Extremamente difícil (1)	Muito difícil (2)	Difícil (3)	Algo difícil (4)	Fácil (5)
--------------------------	-------------------	-------------	------------------	-----------

5. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes estas foram satisfatórias para si?

Quase nunca (1)	Poucas vezes/ <metade (2)	Algumas vezes/ metade (3)	Muitas vezes/ >metade (4)	Quase sempre (5)
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------

- 1-7 Disfunção eréctil severa
- 8-11 Disfunção eréctil moderada
- 12-16 Disfunção eréctil ligeira/moderada
- 17-21 Disfunção eréctil ligeira
- 22-25 Ausência de disfunção eréctil

A história clínica, deve abordar, a duração, progressão e gravidade da disfunção eréctil, assim como os factores associados. Porque a disfunção eréctil é frequentemente causada por medicação, uma revisão da medicação e dos seus efeitos secundários associados, é essencial.

A história social do paciente, pode revelar informação útil. Os aspectos motivadores de stress como aspectos financeiros, divórcio, morte de familiar próximo, aspectos laborais ou problemas familiares, poderão ter impacto na função eréctil. As alterações da função eréctil, afectam quer o paciente, quer o seu parceiro, pelo que se torna importante determinar a dinâmica da relação. Por ultimo, cabe ao médico, aceder ao nível de conhecimento e compreensão, do doente e da parceira, sobre a anatomia e função sexual. Assim como das expectativas, em relação ao tratamento. O paciente com disfunção eréctil e o seu parceiro, muitas vezes apresentam lacunas de conhecimento sobre o processo sexual, ou apresentam expectativas irrealistas, sobre performance sexual e satisfação².

Exame Objectivo

O exame objectivo de um paciente com disfunção eréctil, deve ter em particular atenção, o aparelho cardiovascular, neurológico e genito-urinário.

A avaliação cardiovascular, consiste na avaliação dos sinais vitais (Tensão Arterial e Frequência Cardíaca) e sinais de doença cardíaca isquémica ou hipertensiva. Devem ser avaliados os pulsos femurais, sendo a assimetria ou ausência de pulsos das extremidades inferiores, indicativo de doença vascular. O sinais cutâneos e pilosos de insuficiência vascular periférica, devem ser registados.

Os sinais sugestivos de ansiedade ou distúrbios depressivos, podem-se depreender do comportamento, discurso e aparência global do paciente. Devem ser avaliados vários reflexos, afim de testar a função neurológica sagrada. O reflexo anal superficial, que traduz a função neurológica somática S2-S4, é averiguado tocando superficialmente a região perianal, afim de observar a contracção dos músculos do esfíncter anal externo. O reflexo bulbocavernoso que também avalia a função neurológica sagrada, consiste em colocar um dedo ao nível do recto, e analisar a contracção do esfíncter anal e do músculo bulbo-cavernoso aquando a compressão da glândula. O tónus do esfíncter anal externo também é avaliado nesta manobra.

Na avaliação genital, procuramos alterações locais, como hipospádia, fimose e evidência de hipogonadismo. O testículo normal adulto apresenta um diâmetro médio de 4,5 cm, variando entre 3,5 e 5 cm. A pilosidade facial, corporal e a voz também devem ser avaliados em simultâneo à procura de sinais de hipogonadismo. O pénis deve ser palpado, afim de procurar calcificações (Doença de Peyronie).

Exames Complementares de Diagnóstico

A avaliação analítica de um paciente com disfunção eréctil, deve ser adaptada de acordo com as suas queixas e factores de risco (diabetes, hiperlipidémia,...). Assim, esta deve incluir: hemograma, função renal, perfil lipídico, glicose, urina II e função tiroideia. A inclusão, da avaliação endócrina de rotina, através do doseamento da testosterona total e livre, e da prolactina, permanece controversa³. Existem autores que defendem, que esta avaliação apenas

deverá ser requisitada, aquando da suspeita de hipogonadismo, baseada na história clínica e no exame objectivo.

Existem vários exames complementares de diagnóstico específicos, que permitem uma compreensão mais detalhada do fenómeno eréctil:

Injecção Intracavernosa: consiste na injecção ao nível dos corpos cavernosos de um agente vasoactivo (o agente mais usado é a prostaglandina). Este exame é utilizado afim de diferenciar uma causa vasculogénica de uma causa não vasculogénica.

Ecodoppler peniano: consiste na avaliação do fluxo arterial das artérias cavernosas após injecção intracavernosa de um agente vasoactivo (prostaglandina). Permite obter mais informação, comparativamente à injecção intracavernosa isolada. São registados os valores da velocidade sistólica, velocidade diastólica e índice de resistência das artérias aos 5, 10 e 30 minutos. Este exame permite diagnosticar com exactidão, a presença ou ausência de uma insuficiência arterial. Permite sugerir a presença de disfunção eréctil de causa veno-oclusiva, permitindo ainda avaliar em simultâneo as estruturas penianas e a eventual presença de alterações (calcificações,...).

Cavernosometria e cavernosografia: estes exames são utilizados aquando da suspeita de disfunção eréctil de causa veno-oclusiva. A cavernosometria estuda a pressão intracavernosa durante a erecção (estimulada farmacologicamente), permitindo o diagnóstico exacto de disfunção veno-oclusiva. A cavernosografia permite através da injecção simultânea de um agente de contraste radiológico, visualizar a origem desta fuga venosa.



Figura 1: Ecodoppler peniano: insuficiência arterial. Pico de velocidade sistólica (PSV) < 25 cm/seg



Figura 2: Diastólica Final (EDV) Nula

BIBLIOGRAFIA

1. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile dysfunction (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urol* 1997;49:822-30.
2. Rosen RC, Leiblum SR, Spector IP. Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. *J Sex Marital Ther* 1994;20:67-85.
3. Lue TF, Broderick G. Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and priapism. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughn ED, Wein AJ, eds. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia: Saunders, 1998: 1181-1214.

DISFUNÇÃO ERÉCTIL-TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO

Bruno Graça

Assistente Hospitalar de Urologia

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora

Introdução

O tratamento da disfunção erétil assenta na determinação da sua etiologia e na realização de uma terapêutica dirigida quando possível, podendo estar associada a factores de risco modificáveis ou reversíveis, nomeadamente hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, dislipidémia, tabagismo, estilo de vida sedentário, obesidade e medicação crónica hipotensora. Independentemente da etiologia que poderá condicionar uma abordagem específica (ex: psicoterapia na causa psicogénica e substituição hormonal no hipogonadismo), o tratamento médico-cirúrgico da disfunção erétil é baseado em tratamentos de 1ª, 2ª e 3ª linha reservados essencialmente à causa orgânica (arterial, venosa, neurológica e medicamentosa). Apesar de habitualmente existir sucesso terapêutico, o tratamento da disfunção erétil não leva à sua cura, tornando-se crónico.

Tratamento de 1ª linha

É constituído pela toma oral de **inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (i-PDE5)**, **testosterona** e **aplicação de dispositivo de vácuo**. O *sildenafil* (Viagra®), primeiro inibidor a ser utilizado com essa indicação desde Março de 1998, vai inibir a fosfodiesterase tipo 5 presente no tecido miocavernoso do pénis e impedir a degradação do GMPc intracelular levando ao relaxamento muscular liso e vasodilatação arterial. O sildenafil existe nas dosagens comerciais de 25, 50 e 100 mg devendo ser utilizado na ausência de refeições copiosas ou com alto teor de gordura, pois alteram a sua absorção. A principal contra-indicação absoluta é a toma conjunta com nitratos em doentes medicados para cardiopatia isquémica, pela possibilidade de ocorrência de hipotensão grave e síncope. Esta contra-indicação contribuiu fortemente para o estigma popular de “fazer mal ao coração” e provocar morte súbita. No entanto, o doente que necessita da toma de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 poderá ser alvo de uma avaliação cardiológica prévia, consoante a sua condição cardíaca avaliada em consulta pelos *critérios de Princeton*. (Imagem 1)

Após 30 a 60 minutos da toma, o seu tempo de acção útil dura cerca de 6 horas, período durante o qual o doente poderá melhorar a sua função erétil com capacidade para penetração, sempre após estimulação sexual. Desde o início de 2014 está disponível o sildenafil genérico com valores comerciais mais baixos, permitindo diminuir um dos principais obstáculos à sua utilização: o preço.

Em Fevereiro e Março de 2003 foram lançados o *tadalafil*, (Cialis®), e o *ildenafil*, (Levitra®), respectivamente. O *tadalafil* apresenta-se com as dosagens de 10 e 20 mg em comprimidos. Após 30 minutos da toma, independentemente das refeições, o seu tempo de acção útil dura cerca de 36 horas, constituindo assim uma vantagem temporal relativamente aos restantes inibidores. O *ildenafil* apresenta-se com as dosagens de 5, 10 e 20 mg em comprimidos. Após 30 minutos da toma, devendo evitar-se refeições copiosas

e com alto teor de gordura, o seu tempo de acção útil é de 8 horas. Mais recentemente, em 2011, com a formulação orodispersível na dosagem de 10 mg, o vardenafil inova com uma absorção oral mais rápida não dependente das refeições (Tabela 1).

A partir de 2007 com a formulação diária de *tadalafil* 5mg, o *Cialis*® passou a estar indicado para o tratamento contínuo da disfunção eréctil, tendo também obtido a indicação para tratamento conjunto da disfunção eréctil e hiperplasia benigna da próstata desde 2011, dados os resultados positivos demonstrados no alívio dos sintomas do aparelho urinário baixo.

PARÂMETRO	SILDENAFIL 100MG	TADALAFIL 20 MG	VARDENAFIL 20MG
Cmax	560 ug/L	378 ug/L	18,7 ug/L
Tmax	0,8-1 h	2 h	0,9 h
T1/2	2,6-3,7 h	17,5 h	3,9 h
Ligação proteica	96%	94%	94%
Biodisponibilidade	41%	--	15%

Cmax: Concentração máxima; Tmax: Tempo para atingir Cmax; T1/2: Tempo de semivida

Tabela 1: Farmacocinética dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5. Extraído dos Guidelines on Male Sexual Dysfunction da Associação Europeia de Urologia²

O doente deve experimentar mais do que uma vez se houver insucesso na primeira toma, de modo a potenciar uma resposta. Poderá também trocar de inibidor e obter respostas diferentes em termos qualitativos (dureza e tempo de erecção). Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 têm a vantagem de permitir a obtenção de uma erecção fisiológica, sem necessidade de interromper a estimulação sexual, ao contrário de outros tratamentos disponíveis. Não existe preferência óbvia por qualquer iPDE5 porque a taxa de resposta à primeira toma de todos eles anda á volta de 60-70%.

Têm como principais efeitos secundários cefaleias, rubor facial, dispepsia e congestão nasal.

EFEITOS SECUNDÁRIOS	SILDENAFIL	TADALAFIL	VARDENAFIL
Cefaleias	12.8%	14.5%	16.0%
Rubor	10.4%	4.1%	12.0%
Dispepsia	4.6%	12.3%	4.0%
Congestão nasal	1.1%	4.3%	10.0%
Tonturas	1.2%	2.3%	2.0%
Alterações visuais	1.9%		<2%
Lombalgia		6.5%	
Mialgia		5.7%	

Tabela 2: Efeitos secundários dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5. Extraído dos Guidelines on Male Sexual Dysfunction da Associação Europeia de Urologia²

Prevê-se a introdução no mercado ainda este ano, do 4º inibidor da fosfodiesterase tipo 5 com maior selectividade e menos efeitos secundários: avanafil³

Testosterona

A testosterona está indicada no tratamento do hipogonadismo como terapêutica de subs-

tituição. Sabendo-se que a erecção constitui um fenómeno neurovascular que ocorre em ambiente psicológico e hormonal favorável, a testosterona torna-se assim parte integrante no tratamento da disfunção eréctil de causa hipogonádica. Existe nas formulações de gel (50 mg) para aplicação transdérmica e injectável (250 e 1000 mg) para administração intramuscular a cada 2 ou 4 semanas dependendo do depot.

O dispositivo de vácuo permite a obtenção de uma erecção após colocação do pénis num cilindro que irá sofrer uma pressão negativa, levando ao seu ingurgitamento passivo. É depois aplicado um anel constritor na base peniana para impedir a saída do sangue “aprisionado” nos corpos cavernosos. Tem como principal desvantagem a dificuldade do doente em utilizar regularmente o dispositivo assim como fenómenos de dor local na área do anel constritor, a disfunção ejaculatória, equimoses e alterações da sensibilidade. Não deverá ser utilizado por períodos superiores a 30 minutos dada a isquémia peniana inerente ao procedimento. Tem inconveniente de provocar uma erecção com pénis frio e arroxeados. A eficácia descrita na literatura aproxima-se dos 80% e a taxa de abandono dos 40%. Ainda é utilizada para outros fins como, alongamento peniano, reabilitação da erecção e como preparação para reimplante de prótese peniana. (Imagem 1)



Imagem 1: Aplicação de dispositivo de vácuo

Tratamentos de 2ª linha

São constituídos pela injeção intra-cavernosa de alprostadilo, (Caverject®), a aplicação de *lápiz uretral de alprostadilo*, (Muse®). O alprostadilo vai promover o aumento do AMPc presente no tecido miocavernoso do pénis levando ao relaxamento muscular liso e vasodilatação arterial. O Caverject® existe nas dosagens de 10 e 20 µg e administra-se após punção do corpo cavernoso lateralmente. (Imagem 2)

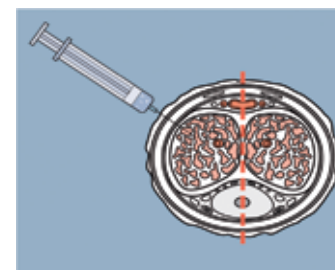


Imagem 2 : Injeção intracavernosa de alprostadilo

Este tratamento exige do doente ou parceira a aprendizagem correcta da preparação e punção. A sua capacidade cognitiva e destreza manual não poderão estar diminuídas sob pena de menor adesão a médio e longo prazo. A erecção é obtida após 5 a 15 min da admi-

nistração, com tempo útil aproximado de 20-40 minutos e é dose-dependente. Tem como principal desvantagem alguma dor no local da punção, a necessidade de preparação do produto e sua administração, fibrose peniana e fenômenos raros de priapismo farmacológico.

Não deve ser administrado em indivíduos com deformidades do pênis ou com patologias susceptíveis de potenciar ereções prolongadas (p.ex drepanocitose e leucemia). Não é aconselhável a sua utilização mais que uma vez dia (num máximo de três vezes/semana). Tem uma eficácia boa que ronda os 85% e uma taxa de abandono de 35%.

A aplicação de lápis uretral de alprostadilo existe nas dosagens de 250, 500 e 1000 µg e tem como principais desvantagens a possibilidade de ocorrência de dor local, tonturas, ardor vaginal, falta de comparticipação e a recomendação de micção prévia para “humidificar” a uretra. (Imagem 3)



Imagem 3: Aplicação de lápis uretral de alprostadilo

Após a aplicação, requer uma massagem do pênis em movimentos circulares durante pelo menos 50 segundos para assegurar uma boa distribuição do produto pelas paredes uretrais. Está contra-indicado sem uso de preservativo no primeiro trimestre da gravidez (risco de aborto). Não é aconselhável exceder a dose diária de 1000 µg. A sua eficácia anda pelos 40%, segundo alguns autores.

Tratamento de 3ª linha

Está reservado para os doentes que não obtiveram resposta com os tratamentos anteriores ou para quem prefere uma solução definitiva.

Próteses Penianas

Os tipos disponíveis dividem-se em maleáveis e hidráulicas de 2 ou 3 componentes. As maleáveis mantêm o pênis em ereção contínua pelo que têm maior simplicidade na sua utilização. As próteses hidráulicas permitem ter o pênis em flacidez e apenas obter a ereção após utilização da bomba localizada no escroto, pelo que necessita da destreza manual do doente. (Imagem 4)

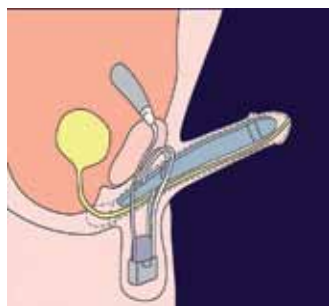


Imagem 4: Prótese peniana hidráulica de 3 componentes (cilindros, reservatório e bomba)

A infecção pós cirúrgica está limitada a 2-3% se houver assepsia cuidada com profilaxia antibiótica, para gram-negativos e positivos. A taxa de infecção pode ser reduzida em 50% se forem utilizadas próteses com cobertura antibiótica (ex: AMS Inhibizone® ou Coloplast Titan®). A falência mecânica ocorre nos modelos actuais em menos de 5% aos 5 anos levando à necessidade de revisão cirúrgica com substituição da prótese ou de algum dos seus componentes. Também estão descritos outras complicações com as próteses hidráulicas, como perfurações dos corpos cavernosos, aneurismas cavernosos, crossover e deformidades da glândula.

TEMPO PRÓTESE	SOBREVIDA MECÂNICA	SOBREVIDA INFECCIOSA	SOBREVIDA LIVRE REVISÃO	SATISFAÇÃO
1 ano	97.6%	96.3%	90.0%	99.0%
5 anos	88.9%	94.8%	79.1%	98.5%
10 anos	79.4%	93.0%	68.5%	98.1%
15 anos	71.2%	91.2%	59.7%	98.1%

Tabela 3 – Taxas de “sobrevida” anual protésica por complicação segundo Steven Wilson⁶

As próteses penianas têm uma das maiores taxas de satisfação no tratamento da disfunção erétil de 92-100% nos doentes e de 91-95% nas parceiras⁷, sendo as maiores desvantagens a sensação de pênis frio e a erosão com exposição protésica a médio e longo prazo em especial nas próteses maleáveis e em doentes com traumatismo vértebro-medular.



Figura 1: Erosão uretral por cilindro protésico



Figura 2: Erosão escrotal por bomba protésica

Cirurgia Vascular

A cirurgia vascular do pênis pode-se dividir na cirurgia arterial (revascularização) e venosa (laqueação). A cirurgia arterial entrou em desuso nas últimas décadas dados os resultados obtidos e o advento das terapêuticas alternativas existentes. Esta cirurgia pode ser oferecida a doentes com menos de 55 anos, não fumadores, não diabéticos e com estenose arterial isolada na ausência de doença vascular generalizada de acordo com Sohn et al. em 2013⁸. Poderá também ser realizada por exemplo em casos raros de malformação congénita ou traumatismo peniano com criação de fistula artério-venosa. A cirurgia de laqueação venosa do pênis tem ainda menor evidência científica e é considerada investigacional de

acordo com os consensos do *International Consultation on Sexual Medicine* de 2009 realizado em Paris⁹. É raramente utilizada no tratamento da disfunção erétil, estando reservada para casos de fuga venosa comprovada em exame complementar de diagnóstico (cavernosometria dinâmica), sendo que o doente habitual é um jovem adulto que nunca obteve ereções com rigidez esquelética.

Conclusão

O tratamento da disfunção erétil é assim multidisciplinar e deverá envolver desde o médico de família, especialista em medicina geral e familiar, que poderá iniciar a avaliação inicial e tratamento de primeira linha, até ao urologista, andrologista, psiquiatra, psicólogo, sexólogo, endocrinologista e enfermeiro que serão necessários para os tratamentos mais diferenciados. A actual panóplia terapêutica permite uma solução satisfatória na grande maioria dos doentes, que cada vez mais procuram o médico para o tratamento da disfunção erétil.

BIBLIOGRAFIA

1. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012 Aug;87(8):766-78
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22862865>
2. Cimen S, Demir O, Aslan G et al. Factors associated with phosphodiesterase type 5 inhibitor treatment satisfactions: results of patient interrogation. *Aging Male* 2009 Jun-Sep;12(2-3):58-61
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19562633>
3. E. Wespes, I. Eardley, F. Giuliano et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction. *European Association of Urology* 2013
http://www.uroweb.org/gls/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf
4. Smith WB 2nd, McCaslin IR, Gokce A et al. PDE5 inhibitors: considerations for preference and long-term adherence. *Int J Clin Pract.* 2013 Aug;67(8):768-80
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23869678>
5. Wang R, Burnett A, Heller W et al. Selectivity of Avanafil, a PDE5 Inhibitor for the Treatment of Erectile dysfunction: Implications for Clinical Safety and Improved Tolerability. *J Sex Med* 2012; 9:2122-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22759639>
6. Wilson S, Delk J, Salem E et al. Long-Term Survival of Inflatable Penile Prostheses: Single Surgical Group Experience with 2,384 First-Time Implants Spanning Two Decades. *J Sex Med* 2007 Jul; 4(4 Pt 1):1074-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17627751>
7. Mulhall JP, Ahmed A, Branch J et al. Serial assessment of efficacy and satisfaction profiles following penile prosthesis surgery. *J Urol.* 2003 Apr;169(4):1429-33.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629377>
8. Sohn M, Hatzinger M, Goldstein I et al. standard operating procedures for vascular surgery in erectile dysfunction: revascularization and venous procedures. *J Sex Med* 2013 Jan;10(1):172-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23171072>
9. Montorsi F, Basson R, Adaikan G et al. 3rd International Consultation on Sexual Medicine - Paris 2010; 913-920
<http://www.icud.info/PDFs/SEXUAL-MEDICINE-2010.pdf>
10. Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012 Aug;87(8):766-78
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22862865>
11. E. Wespes, I. Eardley, F. Giuliano et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction. *European Association of Urology* 2013
http://www.uroweb.org/gls/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf
12. Wang R, Burnett A, Heller W et al. Selectivity of Avanafil, a PDE5 Inhibitor for the Treatment of Erectile dysfunction: Implications for Clinical Safety and Improved Tolerability. *J Sex Med* 2012; 9:2122-2129
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22759639>
13. Mulhall JP, Ahmed A, Branch J, et al. Serial assessment of efficacy and satisfaction profiles following penile prosthesis surgery. *J Urol* 2003, Apr;169(4):1429-33.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629377>

EJACULAÇÃO PREMATURA

António Campos

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

Membro da Sociedade Portuguesa de Andrologia

Introdução e Considerações Fisiológicas

Os principais órgãos efectores da ejaculação são as vesículas seminais, a próstata, os canais deferentes e a uretra (tracto genital masculino interno). O processo ejaculatório implica ainda outras estruturas anatómicas como músculos pélvico-perineais e estruturas nervosas de controlo e coordenação, que são descritas mais adiante.

A ejaculação visa, sob o ponto de vista biológico, a transmissão do material genético que se encontra no produto ejaculado. O ejaculado é produzido pelas vesículas seminais (60 a 70%), pela próstata (20 a 30%) e pelos testículos (1 a 5%) e ainda, em pequena quantidade, pelas glândulas de Cowper.

A mecânica da ejaculação implica dois processos básicos: a emissão e a expulsão.

A emissão: é a primeira fase da ejaculação em que se verifica a de posição do sémen (esperma e líquidos seminais) na uretra posterior, pela contracção dos canais deferentes, das vesículas seminais e de tecido muscular prostático. Ao mesmo tempo dá-se a contracção do mecanismo esfíncteriano interno da uretra (colo vesical), acção mediada por receptores simpáticos adrenérgicos tipo alfa-1.

A deposição do líquido seminal na uretra prostática, localizada entre o mecanismo esfíncteriano interno (colo vesical) e mecanismo esfíncteriano externo, que se encontram fechados, implica o aumento de volume da uretra prostática que é acompanhado por um aumento de pressão intraluminal. Desencadeia-se então a fase seguinte da ejaculação: a expulsão, em que se verifica a ejeção do esperma para o exterior, ao longo da uretra peniana e do meato uretral.

A ejeção forçada do esperma deve-se a fortes contracções da musculatura pélvico-perineal e uretral coordenadas com a actividade esfíncteriana, cujo controlo é feito pelo sistema nervoso simpático. Objectivamente mantém-se o encerramento forçado do colo vesical e desencadeia-se a compressão rítmica da uretra, produzida pelos músculos estriados do pavimento pélvico e bulboesponjoso, sendo estas contracções acompanhadas pelo relaxamento intermitente do mecanismo esfíncteriano externo.

O resultado final é a projecção “violenta” do esperma pelo meato uretral. A velocidade do jacto da primeira fracção do ejaculado pode ultrapassar os 50 km/h. A intensidade e frequência das contracções, que no individuo jovem são entre 10 a 15, vão diminuindo com o evoluir do processo. Com o envelhecimento estes processos perdem também dinâmica com diminuição da força de contracção muscular, da intensidade da expulsão do ejaculado, diminuição da quantidade do ejaculado e a diminuição da duração de todo o processo de ejaculação.

A ejaculação é um processo reflexo complexo que resulta da integração da actividade de receptores (vias aferentes) e áreas sensoriais cerebrais com áreas motoras cerebrais e espinais e respectivas vias eferentes.

A informação aferente (sensorial) com ponto de partida do pénis segue pelo nervo pudendo para a medula espinal (S4); 2) e para os gânglios simpáticos do plexo hipogástrico.

O controlo e coordenação da ejaculação são realizados pela interacção de áreas e núcleos do

sistema nervoso central (cérebro, tronco cerebral e medula espinal).

Os principais centros cerebrais responsáveis pelo controlo da ejaculação incluem a área pré-optica medial (MPOA), o núcleo para ventricular (PVN); substância cinzenta periaqueducto (PAG) e o núcleo paragigantocelular (nPGi) que está localizado na protuberância anular.

Da área pré-optica medial, localizada no hipotálamo, partem projecções para todas as outras áreas cerebrais importantes na coordenação da ejaculação, enviando e recebendo os estímulos e gerando as correspondentes respostas sexuais de forma integrada.

Os centros motores espinais responsáveis pela ejaculação localizam-se entre T12-L1-L2 (núcleo responsável pela emissão) e entre S2-S4 (núcleo responsável pela expulsão).

As vias neurais eferentes do sistema nervoso simpático que controlam a emissão partem de T12-L2 integram a cadeia simpática torácica e dirigem-se ao plexo hipogástrico donde partem os nervos que se dirigem aos órgãos efectores da ejaculação (epidídimo / deferentes / vesículas seminais / próstata / colo vesical / uretra).

Nos segmentos espinais localizados entre S2-S4 encontra-se o núcleo de controlo do mecanismo de ejeção da ejaculação (núcleo de Onuf) donde partem fibras nervosas que integram o nervo pudendo e se dirigem aos músculos estriados do pavimento pélvico e aos músculos bulbo-esponjoso e bulbo-cavernoso.

A comunicação bioquímica para a realização destes processos usa vários neurotransmissores: serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT); dopamina; ácido gama-aminobutírico (GABA), noradrenalina, acetilcolina e óxido nítrico (ON).

O ambiente hormonal, em especial os níveis de testosterona, da oxitocina, da hormona tiroideia e da prolactina tem uma importante influência na modelação da resposta ejaculatória.

É intrínseca, à natureza do Homem, a necessidade de desenvolver as suas capacidades e controlar as suas competências.

Há séculos que se reconhece o seu desejo de poder controlar a duração do coito, gerindo a seu prazer, o tempo, até que se verifiquem o orgasmo e a ejaculação.

Já em escritos produzidos entre 400 a 200 AC, *Vatsyayana (Kamasutra)*, faz referência à importância de o homem dever ter um “longo período de tempo de energia sexual de forma a permitir que a mulher pudesse atingir o climax”.

Mas a interpretação, no domínio estritamente biológico, do tempo gasto para o macho ejacular, por se considerar que o processo ejaculatório visa a “passagem de genes”, privilegia a ejaculação rápida, que promove a segurança do processo de fertilização num ambiente primitivamente hostil.

Não é assim estranho que alguns investigadores da sexualidade humana em pleno século XX ainda vissem a ejaculação rápida não como um problema mas antes como um “sinal de vigor masculino” (*Alfred Kinsey, 1948*).

Em especial nos últimos 20 a 25 anos intensificou-se o interesse na investigação científica dos mecanismos biológicos que suportam a fisiologia da sexualidade.

À medida que os conhecimentos anatómicos, fisiológicos e dos processos bioquímicos envolvidos na erecção e na ejaculação se aprofundaram, a capacidade de intervenção terapêutica, nos desvios da normalidade destas áreas, sofreu um desenvolvimento como nunca se tinha verificado na história da Humanidade.

Desenvolveram-se estratégias terapêuticas para as disfunções sexuais com intervenção psicológica, comportamental, farmacológica e multimodal, com resultados, nalgumas áreas muito satisfatórios, embora no caso da ejaculação prematura (EP) ainda não se tenham obtido os níveis de eficácia desejados.

Com o aparecimento de um tratamento farmacológico, simples e eficaz, para a disfunção

erétil masculina assistimos a uma revolução em muitos dos aspectos sociais e clínicos associados às disfunções sexuais masculinas e femininas.

A disponibilidade destes meios terapêuticos tornou mais apelativa e fácil a abordagem clínica dos problemas sexuais, quer por manifestação directa do homem/casal que sofrem dessas disfunções, quer por abordagem dirigida dos prestadores de cuidados de saúde.

Apesar desta revolução nos comportamentos, e embora a EP seja a disfunção sexual masculina mais prevalente e com importantíssimas consequências no indivíduo/casal, afectando domínios como a autoconfiança, criando dificuldades nos relacionamentos, quer no âmbito sexual quer no âmbito social, causando mal estar psicológico, ansiedade e depressão, continua na prática clínica, a ser muito negligenciada: o homem, na maior parte dos casos não se queixa / o prestador de cuidados de saúde não a procura.

Estes factos ficaram bem evidentes nos resultados do “*Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes*” (PEPA): só 9% dos indivíduos com EP referiam ter consultado um médico por causa desse problema; a abordagem do tema foi iniciada pelo próprio doente em 81,9% dos casos (Prost H, 2007).

O conhecimento cada vez maior da fisiologia e fisiopatologia da ejaculação prematura (EP) bem como o aparecimento e desenvolvimento de estratégias de tratamentos mais eficazes irão certamente alterar de forma mais radical este panorama a curto prazo.

Definição

Uma das grandes dificuldades com que se tem debatido o estudo clínico da EP resulta de não se dispor de uma definição que seja universalmente aceite.

A maior parte dos estudos realizados sobre EP nos últimos 15 anos aplica critérios de uma das 6 (seis) diferentes definições de EP mais divulgadas. A aplicação de diferentes definições implica a utilização de diferentes critérios de diagnóstico e de avaliação de resultados e daqui resultam, com frequência, conclusões contraditórias, discordantes e inconsistentes.

Masters et Johnson fundamentaram a definição de EP na incapacidade do homem controlar e adiar a ejaculação até à satisfação sexual da parceira (*Masters W et Johnson V, 1970*). Estabelecia-se o diagnóstico de EP quando a parceira se considerava insatisfeita em pelo menos 50% das vezes. Deste modo, o diagnóstico da disfunção masculina estava dependente da resposta sexual da parceira e assim qualquer homem cuja parceira tivesse dificuldade em atingir o orgasmo seria classificado como ejaculador prematuro. Estudos, posteriores, sobre a resposta sexual da mulher (*Heiman J et LoPiccolo L, 1988*), vieram mostrar que apenas 30% das mulheres conseguiam atingir o orgasmo durante o coito, qualquer que fosse o grau de controlo sobre a ejaculação do homem. Tornou-se evidente a desadequação desta definição de EP.

Kaplan H, em 1974 definiu a EP como a incapacidade de adiar voluntariamente a ejaculação. Contudo não há uma correlação significativa entre o tempo real para a ejaculação e a percepção subjectiva de controlo da ejaculação (*Grenier G et Byers S, 1997*), isto é, alguns homens com um baixo tempo de penetração intravaginal até à ejaculação (*IELT – intravaginal ejaculation latency time*) percepcionem ter um bom controlo da ejaculação enquanto outros referem o contrário: embora tenham maior IELT têm a percepção de fraco controlo voluntário da ejaculação. *Patrick D, em 2005* demonstrou haver uma correlação apenas moderada entre o IELT e a percepção de controlo da ejaculação.

Cresce assim a necessidade de introduzir critérios objectivos, abrangentes e baseados em evidência científica na definição da EP.

Importantes organizações científicas interessadas no estudo e tratamento da EP, como a *International Society for Sexual Medicine (ISSM)*, a *American Urological Association (AUA)*, a *European*

Association of Urology (EAU), a American Psychiatric Association (APA) e a World Health Organization (WHO), procuraram desenvolver uma definição de EP que incorporasse o conhecimento científico actual e que fosse consensualmente aceite.

Reconhecendo a necessidade de definir a EP de forma objectiva com critérios precisos, embora amplos e abrangentes, operacionalizada e baseado-se em princípios de evidência científica a ISSM (*International Society for Sexual Medicine*) promoveu reuniões que permitiram em 2008 alcançar por consenso a actual definição da EP primária.

A ejaculação prematura primária é uma disfunção sexual masculina em que a ejaculação ocorre sempre ou quase sempre antes, ou até 1 minuto, após a penetração vaginal; em que há incapacidade de diferir a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; e de que resultam consequências pessoais negativas (mal estar psicológico; aborrecimento, frustração com ou sem evicção do relacionamento sexual).

É de salientar que, para outros tipos/sub-tipos clínicos de EP (EP adquirida; EP like e EP por variações naturais) não foi ainda possível estabelecer critérios estritos para uma definição consensual.

A definição proposta integra os principais domínios clínicos da EP primária: 1) o tempo de latência ejaculatória; 2) a percepção do controlo voluntário da ejaculação; 3) o grau de satisfação sexual.

1) O *tempo de latência ejaculatória* é o principal parâmetro objectivo em que se fundamenta a definição de EP primária. Mais correctamente designa-se por tempo de latência para a ejaculação intravaginal (intravaginal ejaculation latency time: IELT), isto é o tempo que medeia entre a penetração vaginal e a ocorrência da ejaculação.

A validação deste parâmetro implica que a perturbação seja persistente ou recorrente, que resulte de uma estimulação mínima, que ocorra com o início ou logo após a penetração, e que se verifique antes que o indivíduo o deseje.

Exige-se ainda que a perturbação do IELT não seja devida exclusivamente aos efeitos directos de uma substância (exemplo clássico: privação de opioides).

Este critério implica uma avaliação objectiva, isto é, em primeiro lugar que se faça a medição do IELT e em seguida que se estabeleçam as fronteiras da normalidade (*cut-off*). Os resultados inicialmente obtidos por Gebhard P, em 1966 sugeriam que a duração da actividade sexual normal após a penetração vaginal estivesse entre os 4 e 7 minutos.

Em 1998 foram apresentados resultados de investigações sobre o IELT na EP revelando que em 77% dos indivíduos o IELT era inferior a 30 segundos, e que em cerca de 90% dos casos o IELT era inferior a 60 segundos (Waldinger M, 1998).

Estes valores foram confirmados pelos trabalhos de McMahon que em 2002 publicou resultados bastante coincidentes com aqueles: a medida do IELT foi de 43,4 segundos (n=1346). Nesta série a ejaculação durante os preliminares (*ejaculação antepostas*) ocorreu em 5,6% dos ejaculadores prematuros.

Foi realizado um estudo multinacional para definir com maior rigor o IELT (Waldinger M et al, 2005). Foram estudados 500 casais, heterossexuais “normais” (não seleccionados) e a medição do IELT foi realizada com cronómetro (*stopwatch*). Os resultados foram apresentados seguindo o critério de distribuição etária e foi com estas orientações que se obtiveram os valores considerados actualmente normativos para o IELT.

Os resultados gerais revelaram que o tempo médio do IELT foi de 5,4 minutos, com uma variação entre os 0,55 e os 44,1 minutos. Foi interessante verificar, neste estudo, contrariamente ao que se pensava, que o IELT diminuía com a idade e que apresentava variações importantes entre os diversos países estudados. Para definir os valores de fronteira

entre doença e normalidade considerou-se a distribuição dos resultados obtidos entre os percentis 0,5 e de 2,5.

A análise dos resultados, aplicando aquelas orientações levou a que os autores propusessem que com um IELT inferior a 1 minuto (percentil 0,5) o indivíduo fosse considerado seguramente um ejaculador prematuro e que os homens com um IELT entre 1 e 1,5 minutos (entre os percentis 0,5 e 2,5) deveriam ser considerados como “prováveis” ejaculadores prematuros. São estes os limiares temporais de cut-off do IELT aceites para o diagnóstico de EP.

- 2) *Percepção do controlo voluntário da ejaculação* – é um parâmetro subjectivo dependente da avaliação que o próprio indivíduo faz da sua capacidade em definir o momento em que irá ocorrer a ejaculação por sua vontade. A incapacidade de poder diferir o momento ejaculatório, por definição de EP, causará mal-estar (*distress*), aborrecimento, sofrimento
- 3) *Grau de satisfação sexual*: a definição de EP implica que o baixo IELT provoque sofrimento/mal-estar psicológico com consequências nos domínios psicossociais e de qualidade de vida do próprio indivíduo, da parceira e do relacionamento, podendo implicar mesmo a inibição do relacionamento sexual.

Num estudo verificou-se que 64% dos homens com EP graduavam este parâmetro em bastante (*quite a bit*) e muito (*extremely*) perturbados com a situação, enquanto no grupo de controlo só 4% reportavam este nível de queixa (Patrick D et al, 2005). Outros estudos mostram que cerca de 2/3 dos homens com EP se encontram “aborrecidos” por esse facto e desejam promover o seu tratamento (Lindau S et al, 2007).

Homens com EP reportam níveis de satisfação sexual inferiores ao dos homens sem EP. A EP é também uma causa de frequente de mal-estar/desconforto na parceira e este parâmetro integra a própria definição da EP. Num estudo de Patrick D et al. em 2005 verificou-se que 44% das parceiras de homens com EP referiam sofrimento psicológico que graduavam entre “bastante” e “muito”, níveis que apenas em 3% das mulheres do grupo de controlo referiram.

Há evidência bem fundamentada que a EP provoca grande mal-estar pessoal no próprio indivíduo e na parceira. As consequências do sofrimento psicológico provocado pela EP fazem-se sentir, a nível pessoal, numa redução da auto-estima e do auto-confiança, mas também provoca níveis muito elevados de ansiedade ligada à vida íntima e à actividade sexual com a parceira (Rosen R et Althof S, 2008) e ao relacionamento sexual do casal (Giuliano F et al, 2008).

Em conclusão: embora haja casais que lidam bem com a EP e não a consideram um factor de distúrbio importante na sua qualidade de vida, para outros, a EP causa perturbações muito importantes desenvolvendo elevados níveis de ansiedade de execução sexual, promovendo o afastamento sexual e criando graves problemas de relacionamento. A ejaculação prematura afecta, a longo prazo, a personalidade do indivíduo (comportamento depressivo e pensamentos de suicídio, ansiedade de execução com agravamento da própria ejaculação precoce), promove o afastamento sexual e compromete a harmonia e estabilidade do casal (separação / divórcio).

Prevalência

A ejaculação prematura é seguramente a disfunção sexual masculina mais prevalente.

Os estudos epidemiológicos sobre a EP são complexos e pouco fiáveis porque se baseiam fundamentalmente na auto-referência da EP e aplicam parâmetros de definições que são inconsistentes e pouco validados e ainda porque não existem verdadeiramente valores norma-

tivos.

A maior parte dos estudos epidemiológicos realizados nos últimos anos usou a definição da *American Psychiatric Association (DSM-IV)*.

Os resultados de grandes estudos populacionais, na população em geral, apresentam valores muito díspares que vão desde os 4% aos 29% de prevalência da EP. Mas estudos realizados no âmbito dos cuidados de medicina geral e familiar revelam uma prevalência da EP entre os 31% nos EU e os 66% na Alemanha.

Num ambiente mais especializado, em clínicas de tratamento de disfunções sexuais, os estudos epidemiológicos revelam uma prevalência de EP entre os 20 a 25%.

Em termos genéricos considera-se que a EP afectará entre 20 a 30 % dos homens.

Os estudos de prevalência da EP segundo o seu tipo, primária ou adquirida, revelaram valores diferentes para os dois tipos. O estudo de uma população de 1326 homens com EP revelou que 74,4% sofriam de EP primitiva e 25,6% de EP adquirida (McMahon C, 2002)

A ejaculação prematura é uma disfunção sexual frequente, provavelmente mais prevalente que os dados revelados pelos estudos epidemiológicos.

Etiopatogenia

Historicamente as tentativas para explicar a etiologia da EP recorriam exclusivamente a teorias de fundamentação psicosssexual: pensava-se que o controlo da resposta ejaculatória seria fundamentalmente do domínio psico-comportamental,

Teorias Psicosssexuais

Teoria psicoanalítica de Karl Abraham, 1917: atribuiu a EP a sentimentos hostis ou de ansiedade, inconscientes, para com as mulheres.

Teoria psicossomática de Bernard Schapiro 1943: problemas psicológicos, resultado de uma personalidade psicologicamente “super” ansiosa, que influenciariam a actividade dos genitais enfraqueciam os homens e daqui resultaria a EP.

Teoria do comportamento de Masters e Johnson, 1970 : a ejaculação prematura seria o resultado de um comportamento aprendido (visão behaviorista da EP), consequência de um processo perturbador inicial associado a ejaculações rápidas nas primeiras relações sexuais (experiências sexuais voluntariamente rápidas) e/ou associadas a níveis elevados ansiedade de execução sexual. Este conceito serve de fundamento aos tratamentos comportamentais usados no tratamento da EP.

Teoria do despertar sexual de Kaplan, 1974: a EP seria devida a um factor etiológico central que era a falta de reconhecimento pessoal do nível de excitação atingido e das sensações pré-orgásmicas o que impedia o controlo voluntário do reflexo ejaculatório.

A inconsistência destas teorias associada a um conhecimento cada vez mais profundo dos mecanismos da ejaculação levou ao aparecimento das teorias de base orgânica para explicar a EP.

Teorias de Base Orgânica

As teorias biológicas fundamentam-se nos processos bioquímicos de neurotransmissão. As variações nos processos de neurotransmissão estão relacionados com os níveis dos neurotransmissores, com as variações da sensibilidade dos receptores para esses neurotransmissores e nas condicionantes induzidas pelas variações do ambiente hormonal.

Teoria da hipersensibilidade do sistema simpático de Assalian, 1988: atribui a EP a uma perturbação da sensibilidade mediada pelo sistema simpático.

Teoria da distribuição ejaculatória de Waldinger, 1998: considera que a EP é resultante da desregulação da actividade de alguns subtipos de receptores serotoninérgicos e/ou factores genéticos que dão origem a variações “normais” do IELT. Apontam-se como mecanismos possíveis da EP primária a hipossensibilidade dos receptores 5-HT_{2c} e/ou a hipersensibilidade dos mecanismos 5-HT_{1A}.

Este conceito tem boa fundamentação epidemiológica e bioquímica. Estudos epidemiológicos provam que em populações não seleccionadas os valores do tempo de latência ejaculatória apresentam variações biológicas. A ejaculação prematura representaria o extremo dos valores inferiores de IELT. Por outro lado estudos bioquímicos permitiram reconhecer que o sistema serotoninérgico, entre outros, tem um papel importante no desencadear mecânico da ejaculação.

Em conclusão: o IELT é provavelmente uma variável biológica que é determinada geneticamente e que apresenta diferenças entre diversas populações indo de um valor extremamente baixo (ejaculação rápida) a valores médios (tempo de ejaculação normal) e valores elevados (ejaculação retardada).

O conhecimento actual favorece a fundamentação bioquímica da etiologia da ejaculação precoce primária (base genética / serotoninérgica) por alterações da dinâmica da 5-HT nos seus receptores centrais, embora se tenha que reconhecer que os factores psicológicos podem desempenhar um papel muito importante no seu desencadear, no agravamento e na sua persistência.

É com base nestes conceitos que se identificam 2 tipos básicos de ejaculação prematura:

- 1) EP primária
- 2) EP adquirida.

1. Ejaculação Prematura Primária (*lifelong*)

É assim designada porque se manifesta desde as primeiras relações sexuais do indivíduo e se mantém ao longo da sua vida.

Estudos sobre este tipo de EP implicam processos neurobiológicos associados a determinantes genéticos com hiperfunção dos receptores de serotonina do tipo 5HT 1A e/ou hipofunção dos receptores do tipo 5HT 2C (Waldinger M, 1998, 2002), ainda que estejam também, seguramente, associados factores psicológicos (vg. ansiedade de execução).

2. Ejaculação Prematura Adquirida (*secundária*)

A ejaculação prematura surge num dado momento da vida de um homem que previamente tinha uma performance sexual normal quanto a erecção e ejaculação (grau de satisfação de controlo da ejaculação).

São apontadas como causas principais para o estabelecimento da EP adquirida: causas urológicas; causas psicológicas; causas endócrinas e causas neurológicas.

As **doenças da próstata** como a prostatite crónica e a síndrome de dor pélvica crónica estão associados ao aumento de prevalência da EP (Waldinger M, 1998, 2002; Qiu Y, et al 2007). Por outro lado, não se demonstrou, até hoje, que a hipertrofia benigna da próstata e o quadro clínico de LUTS (low urinary tract symptoms) fossem factores etiológicos da EP adquirida (Gacci M et al, 2011).

Factores penianos: não se encontraram ainda factores de ordem neurofisiológica, associados a alterações da sensibilidade da glândula, do prepúcio ou do freio, que sejam responsáveis por EP.

Alterações do pénis, como as que resultam da circuncisão não parecem terem influência

no IELT, embora nalguns casos de EP primária o corte do freio do pénis possa aumentar de forma significativa o IELT (Galo L et al, 2010).

Quase metade dos homens com disfunção eréctil apresentam também queixas de EP (Corona G et al, 2004; Laumann E et al, 2005). A ansiedade de execução terá um papel major nestes casos e com o decorrer do tempo será seguramente um factor de agravamento importante das duas situações. Os homens com disfunção eréctil “ligeira” têm a necessidade biológica de apressar a EP antes que se perca a rigidez peniana suficiente para manter a penetração. Por outro lado a percepção das perturbações erécteis aumenta os níveis de ansiedade de execução o que ainda mais agrava a EP.

Causas psicológicas: há importantes factores psicológicos que podem condicionar o tipo de resposta ejaculatória como os que se relacionam com elevados níveis de ansiedade sexual, com sentimentos de insegurança; ansiedade associada a novo relacionamento (Waldinger M, 1998, 2002).

Factores hormonais: o ambiente hormonal pode ter grande importância neste tipo de EP. Nas disfunções tiroideias o hipertiroidismo é um factor de risco típico para a EP secundária, com taxas de incidência de EP nestes casos de 50 a 60% (Carani C et al, 2005; Cihan A et al, 2009; Jannini E et al, 2005), e verifica-se a normalização do IELT com o restabelecimento do equilíbrio hormonal. Também níveis baixos de prolactina (PRL) associados a níveis baixos da hormona estimuladora da tiróide (TSH) estão associados a EP, e baixos níveis de testosterona associados a níveis elevados de prolactina estão presentes em indivíduos com IELT muito elevados (*delayed ejaculation*) (Corona G et al, 2010). Níveis elevados de leptina (hormona produzida pelo tecido adiposo) estão associados também a EP (Atmaca M et al, 2002).

Factores neurogénicos: as lesões cerebrais que resultam de acidentes vasculares e que interessam áreas de controlo da ejaculação podem dar origem a EP. A importância dos factores neurogénicos, nestes casos, está especialmente representada pela disfunção do sistema nervoso autónomo que se acompanha de manifestações cardiovasculares com o aumento mais precoce e mais elevado da frequência cardíaca. Este processo, consequência da activação mais intensa e precoce do sistema nervoso simpático, e a sua dinâmica tem sido explicado pelos níveis plasmáticos anormais de adrenalina/noradrenalina.

Diagnóstico

A definição da estratégia do tratamento individual mais adequado da EP exige, para cada caso, um diagnóstico correcto.

As disfunções ejaculatórias são seguramente das disfunções sexuais mais frequentes e incluem um vasto grupo de perturbações.

A abordagem clínica do doente com EP é com frequência complexa porque o doente não consegue, exprimir de forma objectiva e clara o tipo de alteração que o afecta. O orgasmo e a ejaculação são processos que ocorrem, geralmente, em simultâneo mas que são suportados por diferentes mecanismos corticais cognitivos e emocionais. Com frequência até se confunde a erecção com a ejaculação.

Desconhecendo estas diferenças subtis, mas fundamentais no seu estudo clínico, o doente tende a tornar-se pouco tolerante e pouco colaborante na investigação, até porque se sente desconfortável e embaraçado para falar sobre problemas sexuais com um “estranho”, o médico. Realmente, com frequência, o esclarecimento diferenciado destas ocorrências, em termos clínicos, é um trabalho penoso e demorado. Talvez a razão que mais vezes leva o indivíduo com EP à consulta seja a insatisfação (*distress*) da parceira.

A avaliação clínica do homem com EP deverá incluir: história médica detalhada, a história sexual e o exame físico.

Os estudos complementares devem ser orientados pelas suspeitas sugeridas pela avaliação clínica.

A história clínica/sexual é a via mais adequada para o diagnóstico da EP devendo permitir distinção entre a EP primária e a EP adquirida.

É necessário ter em conta que o auto-reconhecimento de EP pode não corresponder à realidade uma vez que alguns homens Auto- classificam-se como ejaculadores prematuros quando na realidade os sistemas de avaliação objectiva do IELT (cronómetro) revelam valores “normais”. Embora, para fins clínicos, se considere que a auto avaliação do IELT é suficientemente segura e adequada, nos ejaculadores prematuros (Pryor J et al, 2005).

Dado que os dados obtidos por auto-avaliação são fiáveis opta-se na clínica por seguir os dados fornecidos pelo doente/casal com uma avaliação do IELT que procura esclarecer de forma genérica, dentro de uma grelha de limites a sua duração: na altura da penetração, ou dentro de segundos após a penetração, dentro de 1 minuto, dentro de 2 minutos, dentro de 2 a 3 minutos, dentro de 3 a 5 minutos (McMahon C, 2008).

A avaliação objectiva do IELT é feita com um cronómetro (stopwatch). Este processo é obrigatório no caso de estudos clínicos científicos. Sob o ponto de vista clínico-prático considera-se que embora seja um sistema eficaz não deixa de ser um factor de desconforto e intrusivo da intimidade para o casal.

Foi desenvolvido e disponibilizado no mercado um dispositivo electrónico que permite segundo os autores um registo automático fiável de vários parâmetros da erecção (tempo de desenvolvimento tumescência / tempo de estabelecimento da erecção) e o tempo para a ocorrência da ejaculação. Estes parâmetros são registados num sistema informático o que permite o seu estudo e análise.

Têm sido usados outros parâmetros, com menos aceitação, como o número de movimentos de penetração vaginal até ocorrer a ejaculação.

A história clínica/ sexual deve esclarecer aspectos como a duração da queixa (se se manifestou desde o início da vida sexual ou se só apareceu em determinada fase da vida); com que idade é que se manifestou; quais as condicionantes que levaram ao seu aparecimento e à sua persistência; aspectos relacionados com a duração da fase de excitação; o tipo de relacionamento pessoal com a parceira; a “novidade” da parceira sexual, a frequência da actividade sexual; o tipo de práticas sexuais como a posição do coito entre outras; se é global para todas as parceiras ou não, manifestando-se apenas em casos específicos; condicionantes do ambiente físico onde tem lugar o coito.

É frequente o doente queixar-se de que “a relação sexual dura muito pouco porque perde a erecção” o que pode sugerir um problema de disfunção eréctil quando na realidade se trata de ejaculação prematura. A estratégia para o diagnóstico diferencial repousa no esclarecimento da qualidade da erecção na altura da ejaculação e da perda da erecção logo após a ejaculação. Quando há dificuldade na separação clara destas situações poderemos estar perante a associação de disfunção eréctil e de ejaculação prematura sendo muito sugestivo da presença de disfunção eréctil se a EP não estiver sempre presente.

Foram desenvolvidos vários questionários para avaliação dos doentes com EP: “Index of Premature Ejaculation – IPE” (Althof S et al, 2006), “Premature Ejaculation Profile – PEP” (Patrick D et al, 2009) e a “Premature Ejaculation Diagnostic Tool – PEDT” (Symonds T et al, 2007).

Estes questionários têm a sua aplicação mais importante na avaliação de resultados em ensaios clínicos e embora possam ter aplicação na clínica diária nenhum deles pode substituir uma história sexual pormenorizada.

O exame físico embora não tenha por finalidade a avaliação específica do doente com EP está consensualmente aceite e deve, pelo menos, ser realizada a avaliação dos genitais externos para despiste de dismorfias penianas, de fimose, de alterações do freio do pénis, ou outras.

Quando a EP é do tipo “adquirida” e está associada a perturbações prostáticas deve fazer-se o estudo da próstata: toque rectal, estudos laboratoriais incluindo bacteriologia da urina e esperma.

A avaliação laboratorial do perfil hormonal não está recomendada, por rotina, devendo porém ser usado quando se suspeita de qualquer disfunção hormonal, em particular da tiróide.

Será possível, após a colheita da história e da observação do doente poder classificar o síndrome da ejaculação prematura em: 1) EP primária; 2) EP adquirida; 3) EP por “variações naturais”; 4) disfunção ejaculatória EP “like”

Tratamento

O objectivo do tratamento da EP é primariamente aumentar o IELT melhorando a qualidade do relacionamento sexual.

Dado que não existe só “um” tipo de ejaculação prematura a abordagem terapêutica desta perturbação sexual inclui variadas estratégias procurando-se uma utilização racional e integrada dos meios mais adequados a cada caso.

Um estudo realizado nos EU, sobre o tipo de estratégias terapêuticas usadas por urologistas para a EP revelou que 26% usavam os inibidores da recaptção de serotonina (SSRI) em esquema “on-demand”; 25% usavam os inibidores da recaptção de serotonina (SSRI) em esquema de toma diária; 18% usavam a técnica de “stop-start” e compressão da glândula; 13% aplicavam terapêuticas combinadas com SSRI em esquema diário e “on-demand” e 11% usavam anestésicos locais (Shindel A et al, 2008). (Quadro 1)

A. Terapêutica psicosssexual (aconselhamento sexual e terapêutica comportamental).

B. farmacoterapia

- B-1) fármacos de acção local/tópica
- B-2) fármacos sistémicos de acção central (inibidores da recaptção da serotonina)
 - Antidepressivos tricíclicos
 - Inibidores selectivos da recaptção da serotonina
 - Fármacos clássicos
 - Dapoxetina

C - Outros fármacos

- C-1) Inibidores da 5-fosfodiesterase
- C-2) Alprostadil
- C-3) Tramadol
- C-4) Fitoterapia

D - Tratamentos por meios físicos

E - Terapêuticas cirúrgicas

Quadro 1

A. TERAPÊUTICA PSICOSSEXUAL (ACONSELHAMENTO SEXUAL E TERAPÊUTICA COMPORTAMENTAL)

O tratamento da EP baseou-se, durante muito tempo, em estratégias terapêuticas de comportamento e aconselhamento sexual (Semans J, 1956; Masters W et Johnson V, 1970). Embora muito usadas em todo o mundo durante várias décadas os seus resultados nunca foram alvo de uma avaliação baseada em princípios de evidência bem fundamentada. Al-

guns estudos, sobre a eficácia destas terapêuticas, apresentam resultados, a longo prazo, muito contraditórios.

Investigações mais recentes, revelaram que, na grande maioria dos casos, os resultados da terapêutica farmacológica são nitidamente superiores aos da terapêutica psico-comportamental (Steggali M et al, 2008) na EP adquirida mas, em especial, na EP primária comprovou-se a ineficácia da terapêutica psico-comportamental como forma isolada de tratamento.

Por outro lado os estudos a longo prazo da terapêutica psico-comportamental em monoterapia para a EP mostram uma elevada taxa, entre 60 a 75%, de recorrência da EP (Hawton K et al, 1986). Portanto os resultados terapêuticos das técnicas de tratamento psicosssexual aplicadas em monoterapia, salvo casos excepcionais, são muito limitados.

Muitos investigadores na área da EP aceitam que a associação de tratamentos farmacológicos com técnicas de psicoterapia podem dar resultados melhores e mais estáveis que qualquer das terapêuticas isoladamente (Althof S et al., 2010).

A estratégia da terapêutica sexual moderna da EP preconiza uma abordagem multimodal associando as técnicas de terapêutica sexual (técnicas comportamentais: stop-start e compressão da glândula) e técnicas de psicoterapia focadas no controlo cognitivo da ejaculação.

Como a maior parte dos homens com EP se apercebem do seu nível de ansiedade e as causas dessa ansiedade são muitas vezes superficiais estes procedimentos têm um certo sucesso a curto prazo mas a longo prazo os resultados são pouco satisfatórios (McCarthy B, 1988; De Amicis L et al 1985; Hawton K et al 1986).

O procedimento mais vulgar no tratamento comportamental da EP tem sido a técnica de “para-arranca” /stop-start / pausa do coito (Semans J, 1956) e a compressão da glândula (Masters W et Johnson V, 1970) fundamentadas no conceito de que o homem não prestaria atenção suficiente aos níveis de tensão sexual pré orgástico.

A operacionalização destas técnicas passa pelo ensino do casal que é aconselhado a parar a estimulação do pénis no “ponto de inevitabilidade”, considerado como o período imediatamente antes da ejaculação e em que a suspensão da estimulação permite adiar o orgasmo. Estes procedimentos, numa fase inicial, são realizados por estimulação manual do pénis, são repetidos 4 vezes, em cada sessão, até ser permitida a ejaculação. Devem ser repetidos pelo menos 3 vezes por semana. Quando o homem sente um melhor controlo do tempo de ejaculação aplicará a técnica com coito vaginal, controlando a frequência e intensidade dos movimentos gerindo a estimulação sem atingir o ponto de não retorno. O objectivo será de permitir treinar o indivíduo a reconhecer as sensações premonitórias que precedem imediatamente a ejaculação e dessa forma permitem um melhor controlo da EP.

A esta técnica pode acrescentar-se um outro procedimento que consiste em comprimir fortemente a glândula entre o polegar (aplicado na região do freio) e o dedo indicador e médio (aplicados na região dorsal da glândula e sulco coronal), por momentos, antes de atingir o ponto de não retorno, continuando depois com a actividade sexual. Em alguns casos esta técnica tem efeitos contraproducentes acelerando o orgasmo.

Há ainda um vasto leque de atitudes e procedimentos que devem ser usados para melhorar o relacionamento entre o casal: a prestação de carícias, a massagem não genital (...).

A colaboração da companheira é fundamental e torna-se indispensável o desenvolvimento de uma comunicação cúmplice entre o casal. Os estudos de avaliação dos resultados destas técnicas são pouco fiáveis e não obedecem aos critérios de evidência modernos. Os resultados satisfatórios, a curto prazo, podem ser elevados de 60% a quase 100% (Masters, W et Johnson, V 1970; Clarke, M. et al 1973) mas os resultados a longo prazo são muito insatisfatórios (De Amicis, L. et al 1985).

B - FARMACOTERAPIA

1- Fármacos de Acção Local/Tópica

A utilização de medicamentos anestésicos tópicos para tratamento da EP remonta a 1944. É a forma mais antiga de tratamento farmacológico da EP.

Reconhece-se um importante mercado “paralelo” de produtos para aplicação tópica no pénis para o “tratamento” da ejaculação prematura, produtos que são fornecidos via “mail” ou comercializados em “sex-shops” mas cuja composição e resultados não são conhecidos.

A maior parte dos produtos de utilização clínica são anestésicos que contêm lidocaína ou são uma associação de lidocaína com prilocaína (EMLA), sob a forma de creme, gel ou spray.

Em estudos de pequena dimensão os resultados obtidos por auto-avaliação apontam para taxas de sucesso da associação de lidocaína com prilocaína na ordem dos 80% (Atan A et al, 2006; Henry R et al, 2003).

Recentemente foi comercializado em spray com uma mistura eutética de lidocaína e prilocaína com resultados muito satisfatórios em cerca de 88% dos casos e com uma baixa incidência de efeitos laterais em 15% dos casos e que se relacionam com a perda de sensibilidade (“numbness”) e perturbação da erecção (Dinsmore W et al, 2007).

A aplicação destes produtos deve ser realizada entre 10 a 20 minutos antes da relação sexual e podem surgir alguns problemas relacionados com a dose: se forem aplicados em doses elevadas podem causar perturbações importantes da sensibilidade com sensação de adormecimento da glande e da pele do pénis (hipostesia / anestesia), e podem ainda causar dificuldades na erecção; se a dose for insuficiente são ineficazes (Althof S et al, 2010).

Uma outra limitação deste tipo de tratamento resulta da possibilidade de haver absorção transvaginal do anestésico o que acarreta a perda de sensibilidade vaginal com a consequente dificuldade da mulher em atingir o orgasmo e portanto a impõe-se necessidade de utilização de preservativo (Busato, W et al, 2004).

Embora nunca tenha sido realizado um estudo randomizado, fundamentado em critérios objectivos, para avaliar os resultados reais deste tipo de tratamentos considera-se que, em termos gerais a terapêutica tópica com anestésicos locais para a EP é eficaz, tem poucos efeitos laterais e é relativamente barata.

2. Fármacos Sistémicos de Acção Central- Inibidores da Recaptação da Serotonina

A introdução de terapêuticas com neurofármacos eficazes na modelação do limiar de tempo para a ejaculação representa a rotura com os velhos modelos de tratamento psicosssexual que foram o pilar do tratamento desta disfunção durante muitos anos.

Antidepressivos tricíclicos

Clomipramina é um antidepressivo tricíclico inibidor da recaptação da serotonina com actividade importante sobre os receptores muscarínicos da acetilcolina e receptores adrenérgicos alfa-1.

Em estudos randomizados e bem desenhados os resultados da sua utilização na EP são relativamente bons. A *clomipramina* pode ser usada em doses diárias de 12,5 a 50 mg com aumento do IELT até 6 vezes o valor basal. Os resultados mais modestos com a utilização “on-demand” com as mesmas doses tomadas entre 4 a 6 horas antes da relação podem proporcionar um aumento do IELT até 4 vezes o valor inicial (Montague D, et al. 2004; Althof S, et al. 2010).

Entre os efeitos laterais salientam-se: sonolência; náuseas; tonturas; secura de boca e disfunção eréctil bem como alguns efeitos cardiovasculares.

Inibidores selectivos da recaptação da serotonina- SSRI's

Cabe aos SSRI's (citalopram / fluoxetina / fluvoxamina / paroxetina / sertralina) o papel principal na estratégia moderna do tratamento da EP primária (Waldinger, M 2003; MaMahon, C.1998).

A utilização destes fármacos no tratamento da ejaculação prematura é “off label”.

A *dapoxetine* é o primeiro inibidor selectivo da recaptação da serotonina com características específicas (rápido início de acção e semi-vida curta) que tem aprovação das entidades europeias para utilização no tratamento da ejaculação precoce.

A modelação farmacológica do limiar do tempo para a ejaculação usando SSRI's, quer numa base de “toma diária” ou de “toma on-demand”, oferece uma grande possibilidade de melhorar o IELT.

A serotonina (5-HT) assume-se com o neurotransmissor major no controlo central da ejaculação e a importância da sua actividade foi descoberta partir de efeitos indesejáveis dos SSRI's usados no tratamento da depressão.

Estão identificadas 7 famílias de receptores da 5-HT com um total de 14 tipos diferentes, sendo os mais importantes no controlo da ejaculação os do tipo 5-HT1A, 5-HT1B e 5-HT2C.

A dessensibilização dos receptores 5-HT1A aumenta a activação pós-sináptica dos receptores 5-HT2C e daqui resulta o aumento da neurotransmissão sináptica da 5-HT, efeitos objectivados na administração diária dos SSRI's (Cremers, T et al, 2000; de Jong T et al, 2005)

Os SSRI's bloqueiam de forma activa os mecanismos de transporte da 5-HT na membrana pré-sináptica. Este processo traduz-se num aumento progressivo dos níveis de 5-HT na fenda sináptica. A activação dos receptores 5-HT2C, eleva o limiar de sensibilidade que desperta a ejaculação e prolonga o IELT. Os níveis elevados de 5-HT dessensibilizam os seus receptores, o que se verifica geralmente entre 1 a 2 semanas após o aumento da 5-HT para níveis supra-naturais. A dimensão deste atraso é muito variável e está dependente de vários factores como a dose e a frequência de administração do fármaco, e ainda de factores determinados geneticamente (limiar do tempo para a ejaculação).

Os efeitos desejáveis dos SSRI's sobre a ejaculação podem ser perceptíveis alguns dias após o início do tratamento com melhoria no interesse sexual bem como noutros domínios da sexualidade.

A suspensão da terapêutica com os SSRI na EP leva ao reaparecimento das queixas dentro de 5 a 7 dias.

Todos os SSRI's têm mecanismos de acção farmacológica similar embora a capacidade de modelação do IELT seja diferente entre eles.

Tratamento Diário com SSRI's

É a forma clássica de tratamento da EP com os SSRI's, e a modalidade terapêutica com maior eficácia no prolongamento do IELT. A toma diária dos SSRI's interfere de forma muito intensa nos processos de neurotransmissão 5-HT.

SSRI's mais usados na EP (indicação “off label”) e efeitos sobre de aumento do IELT: (Quadro 2)

- | |
|-----------------------------------|
| • citalopram 20 a 40 mg (até 2x) |
| • fluoxetina 20 a 40 mg (até 5x) |
| • paroxetina 20 a 40 mg (até 8 x) |
| • sertralina 50 a 100 mg (até 5x) |

Quadro 2

Paroxetina

É o SSRI com maior efeito sobre o IELT podendo aumentar cerca de 8,8 vezes o tempo base (Waldinger, M. 2003). Deve tomada 3 a 4 horas antes da relação. Os melhores efeitos são obtidos com toma continuada durante 2 a 3 semanas, podendo optar-se então por um esquema “on demand”.

Os efeitos sobre o IELT manifestam-se entre 5 a 10 dias após o início da toma, mas nalguns casos são mais precoces.

Os efeitos adversos são geralmente *minor*, manifestam-se habitualmente ao fim de 1 semana do início da toma e têm tendência para desaparecer com a manutenção do tratamento ao fim de 2 a 3 semanas de tratamento contínuo. Os principais efeitos indesejáveis são: anejaculação / anorexia / dispepsia / náuseas / fezes amolecidas / aumento da transpiração / redução da libido / fadiga / bocejar / disfunção eréctil ligeira / agitação.

Estes fármacos devem ser evitados em doentes com história depressão ou doença bipolar.

Tratamentos Farmacológicos “on demand” com SSRI’s Clássicos

Podem obter-se resultados satisfatórios com a toma “on demand” 4 a 6 horas antes da relação sexual com a *domipramina* (antidepressivo tricíclico) ou com SSRI’s clássicos (paroxetina / sertralina / fluoxetina).

Esta estratégia melhora a tolerância aos fármacos e é eficaz embora o efeito de prolongamento do IELT seja mais limitado. A administração “on demand” dos SSRI’s não permite obter um reforço da neurotransmissão de 5-HT tão intensa como a que é desenvolvida pela administração diária.

Podem usar-se vários esquemas terapêuticos combinando uma fase inicial de tratamento contínuo seguida de tratamento “on demand” ou fazendo tratamento contínuo de baixa dose que é suplementada com uma dose maior “on demand” (MaMahon C et al, 1999; Kim J et al 1999)

Dapoxetina – Tratamento Farmacológico “on demand”

A administração da *dapoxetina* em doses de 30 e 60 mg, com toma 1 a 2 horas antes da relação é em geral bem tolerada e eficaz (IELT basal aumenta 2 a 3 x).

Os efeitos obtidos são dose-dependentes: IELT basal de 0,91 min passou para 2,78 min com a dose de 30 mg e para 3,32 minutos com a dose de 60 mg (Hellstrom et al, 2004; Pryor et al, 2005)

A sensação de controlo da ejaculação foi classificada pelos doentes classificada como razoável, boa ou muito boa partindo de um valor basal de 3,1% para 51,8% e 58,4% no fim do estudo com *dapoxetina* com doses de 30 e 60 mg respectivamente.

Os efeitos adversos (náuseas, diarreia, cefaleias e tonturas) são raros e dose dependentes tendo implicado a suspensão do tratamento em 4% dos doentes no grupo de 30 mg e 10% no grupo de 60 mg.

3. Outros Fármacos

Inibidores da 5-fosfodiesterase (i-PDE5)

A utilização dos i-PDE5 tomados isoladamente ou em conjunto com SSRI’s para o tratamento da EP foi estudada por vários autores (Salonia et al 2002; Chen et al 2003; Mattos et al, 2005).

Está bem documentada a importância dos i-PDE5 no metabolismo do óxido nítrico (NO) e reconhece-se que o óxido nítrico (NO) é um dos mais importantes mensageiros intracelulares a nível cerebral (Dawson et al 1994). Em estudos experimentais comprovou-se que a elevação do (NO) extracelular na área preoptica medial (MPOA) acelera a libertação de dopamina e facilita o comportamento sexual enquanto a sua diminuição reduz a actividade sexual

(Sato et al, 1998). Porém os estudos clínicos realizados com i-PDE5 para tratamento da EP são pouco fiáveis e apresentam resultados confusos e contraditórios.

Considera-se actualmente pouco provável que os I-5PD tenham um papel importante no tratamento da EP com excepção dos casos de EP adquirida secundária a disfunção eréctil

Alprostadil Intracavernosa

A utilização da injeção intracavernosa de fármacos vaso-activos tem a sua indicação major no tratamento de alguns tipos de disfunção eréctil. Alguns autores usam a auto-injeção intracavernosa com *alprostadil* para que a erecção se mantenha com rigidez suficiente para prolongar o coito para além da ejaculação. Os resultados não são muito satisfatórios e esta estratégia é pouco aplicada na prática.

Tramadol

O *tramadol* é um analgésico de acção central agonista dos receptores opioides, tem um mecanismo de acção especial que envolve os receptores μ -opioides e a inibição da recaptação da norepinefrina e serotonina. Vários estudos realizados confirmam o aumento significativo do IELT, da capacidade de controlo da ejaculação e da satisfação sexual (Wu T, et al 2012; Yang L, et al 2013).

Apresenta uma incidência significativa de efeitos laterais que na maior parte dos casos são ligeiros ou moderados e transitórios, o efeito lateral mais preocupante relaciona-se com a possível indução de fármaco-dependência.

Embora o *tramadol* possa ser eficaz no tratamento da EP, deve ser reservado para casos especiais por falência de outros tratamentos dado o risco significativo de adição.

Fitoterapia

Há variados produtos de venda livre no mercado com “indicação” para tratamento da EP com composições muito variadas: *Ginseng Radix Alba*, *Angelicae Gigantic Radix*, *Cistancis Herba*, *Zanthoxylli Fructs*, *Torlidis Semen*; *Asiari Radix*; *Caryophylli Flos*; *Cinnamon Cortex*; *Bufonis Venenum*. A real composição química dos productos activos é desconhecida.

Alguns estudos confirmaram que têm alguma actividade aumentando o limiar do tempo de latência ejaculatória despertada pela vibração e diminuindo a amplitude dos potenciais evocados somato-sensoriais.

A utilização em cremes de alguns destes produtos permitiu obter respostas favoráveis.

D. TRATAMENTO POR MEIOS FÍSICOS: NEUROMODELAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA (PRF)

Foi recentemente descrita a técnica de neuromodelação pulsátil por radiofrequência. Os resultados publicados são muito promissores (Basel S, et al. 2010), mas não há ainda uma base de evidência bem fundamentada que permita a sua indicação clínica generalizada.

E. TRATAMENTOS CIRÚRGICOS

São técnicas que visam induzir hipostesia do pénis e fundamentam-se na hipótese de em alguns casos de EP haver uma hipersensibilidade peniana. Os efeitos destas técnicas são pouco

claros o que aliados à sua irreversibilidade e com resultados que não estão devidamente validados fazem com que a sua aplicação clínica seja vista com muita reserva.

TÉCNICAS DE HIPOANESTESIA DO PÊNIS

- neurectomia selectiva do nervo dorsal do pênis (neurectomia selectiva de vários ramos do nervo dorsal do pênis)
- aplicação da ácido hialurónico na glândula (Kim. J. et al. 2004)
- crioblacção percutânea do nervo dorsal do pênis guiada por TAC (David P et al 2013)

Quadro 3

F. TRATAMENTOS MULTIMODAIS

Estratégia de tratamento que se traduz na aplicação simultânea de várias técnicas de tratamento da EP com utilização das metodologias psico-comportamentais e dos meios farmacológicos. Procura-se maximizar e prolongar no tempo os efeitos benéficos obtidos sobre o controlo do IELT, sobre a satisfação sexual individual e do casal e sobre o respectivo relacionamento.

BIBLIOGRAFIA

1. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. Ed.: P. Kirana, F. Tripodi, Y. Reisman and H. Porst, 2013
2. European Association of Urology – Guidelines 2013. Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation, 2013
3. Sexual Medicine – Sexual Dysfunctions in Men and Women (2nd International Consultation on Sexual Dysfunction - Paris). Ed T. Lue, R. Basson, R. Rosen, F.Giuliano, S Khoury, F. Montorsi. 2004

OUTRAS DISFUNÇÕES EJACULATÓRIAS

Frederico Ferronha

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Definição. Prevalência

A ejaculação é composta de dois eventos distintos, a emissão e a ejaculação propriamente dita. Apesar do orgasmo está normalmente associado à ejaculação, são considerados actualmente como processos independentes que ocorrem centralmente. O orgasmo é um evento essencialmente psíquico, no qual influem emoções, expectativas e memórias. Núcleos encefálicos relacionados ao prazer, como a área septal, hipotálamo e o sistema límbico, participam nesta sensação.

A fase de emissão é mediada pelos nervos simpáticos (T10-L2), vindo do plexo pélvico via nervo hipogástrico. A sua estimulação provoca o encerramento do colo vesical e contracções sequenciais do epidídimo, ductos deferentes, vesículas seminais e próstata, resultando no depósito de esperma e fluido seminal na uretra posterior.

A fase de ejaculação é mediada pelos nervos somáticos da espinhal medula sagrada (S2-S4) via nervo pudendo, que inervando o bulboesponjoso e músculos bulbocavernosos, provoca a contracção muscular e subsequente expulsão de conteúdo da uretra para o meato uretral.

A ejaculação é um reflexo que envolve receptores sensitivos da glândula peniana, vias aferentes (nervo dorsal do pênis), centros cerebrais sensitivos e motores, centros motores medulares e vias eferentes. Apesar de o exacto processo não estar completamente compreendido, o comportamento sexual é regulado por estruturas do encéfalo anterior ou protencéfalo, incluindo a área pré-óptica medial e os núcleos para ventriculares do hipotálamo através de neurotransmissores excitatórios como a dopamina e inibitórios como a serotonina.

Existe disfunção ejaculatória quando há compromisso em qualquer um dos pontos da via ejaculatória. Assim, as disfunções ejaculatórias classificam-se quanto ao tempo de ocorrência, ao volume de ejaculado e a sensação ejaculatória. (Quadro 1)

CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES EJACULATÓRIAS

Tempo de ocorrência

- ejaculação prematura
- ejaculação retardada (delayed)
- ausência de ejaculação / ejaculação retrógrada
- ejaculação involuntária

Volume do ejaculado

- hipospermia
- anejaculação (ejaculação retrógrada)
- aspermia

Perturbações da sensação ejaculatória

- ejaculação dolorosa
- ejaculação anedónica (sem prazer)
- ejaculação asténica

I. Ejaculação Retardada ou Inibida

Introdução

A ejaculação retardada (ER) tem uma prevalência bem menor que a EP, representando 3–8% das disfunções sexuais. A prevalência da forma adquirida em homens com idades superiores a 65 anos é de 3–4%.

Embora relativamente rara, pode ser bastante angustiante não só para o doente, mas também para a parceira, pois esta pode sentir-se menos atraente, não desejada e subsequentemente conduzir a uma falta de vontade para a interação sexual e perturbação no relacionamento.

A ejaculação retardada é definida como dificuldade persistente ou recorrente, atraso ou ausência em atingir o orgasmo após suficiente estimulação sexual provocando grande perturbação no indivíduo. No entanto, a ER deve ser diferenciada de inibição do orgasmo ou anorgasmia. Embora a ejaculação e o orgasmo geralmente ocorram concomitantemente, são dois processos distintos, pelo que a confusão sobre o diagnóstico pode resultar pela ausência de uma boa história clínica. Existem factores predisponentes, precipitantes e de manutenção.

Segundo a *classificação DSM-5* para a definição de Ejaculação Retardada é preciso que aconteça em cerca de 75% a 100% das vezes e num período superior a 6 meses e que provoque frustração, evicção sexual e conflitos matrimoniais. Deve-se considerar os seguintes factores: factores da parceira (orientação sexual, problemas de sexuais e de saúde em geral); factores conjugais (falta de comunicação e discrepância de desejo); factores de vulnerabilidade individual (imagem corporal, história de abuso emocional ou sexual), comorbilidades psiquiátricas (depressão e ansiedade) e stress; factor cultural ou religioso (proibições e restrições) e factores medicamentosos.

Segundo *Perelman et al* (2013), baseando-se no seu modelo multidimensional “Sexual Tipping Point” (STP), os factores que explicam a ejaculação retardada são principalmente estes: Aumento da frequência masturbatória (> 3 x por dia); “estilo masturbatório idiossincrático” (técnica não facilmente reproduzível pela mão, boca ou vagina da parceira; existe um perfil de velocidade, pressão, intensidade e duração da masturbação; estes doentes apresentam frequentemente irritação/edema peniano por masturbação); disparidade entre a fantasia sexual usada durante a masturbação e a realidade do sexo com a parceira ou seja existe uma “orientação auto-sexual” .

Tal como acontece com o doente queixando-se de EP, uma história clínica e sexual detalhada é fundamental na avaliação da ER. As circunstâncias da ejaculação devem ser questionadas- durante o sono, com masturbação, com a mão da parceira, com mudança de posição e com sexo oral.

O médico deve avaliar se os sintomas do doente são primários ou adquiridas, e se a doença é global ou situacional. Homens com ER também podem possuir tensão no relacionamento, medo de desempenho inadequado ou fraca atracção pela parceira.

A incidência de ER aumenta com a idade e com os sintomas de LUTS. A partir da terceira década de vida ocorre uma perda progressiva dos axónios sensitivos periféricos, atrofia cutânea, infiltração de colágeno, e degeneração dos corpúsculos de Pacini, e isto pode levar a progressiva hipostesia peniana.

Etiologia

Vários agentes farmacológicos têm sido associados com ER, incluindo inibidores da recaptação da serotonina (SSRI), antidepressivos tricíclicos, metildopa, inibidores da monoamina oxidase, alguns antipsicóticos. Mas o agente mais vulgarmente ligado a este evento é o álcool.

Existem factores predisponentes, precipitantes e de manutenção. As causas são mistas. A causa orgânica não é clara. Qualquer doença, cirurgia ou droga que interfira com o controle central da ejaculação, com as vias eferente e aferente, com o colo vesical, com o pavimento pélvico e com o pénis, pode provocar ejaculação retardada ou inibida, anejaculação e anorgasmia.

Com base nisso podemos enumerar as seguintes causas:

- *Psicogénicas*: ejaculação inibida
- *Congénitas* : quisto do canal de Muller, anomalias do canal de Wolf e síndrome Prunne-Belly
- *Anatómicas*: RTU-P, incisão do colo vesical
- *Neurogénicas*: neuropatia diabética, trauma medular e cirurgias (prostatectomia radical, cistoprostatetomia radical, protocolectomia, simpaticectomia bilateral, aneurismetomia aórtica abdominal e linfadenectomia retroperitoneal)
- *Infecciosas*: uretrite, tuberculose genito-urinária, shistosomíase
- *Endócrinas*: hipogonadismo e hipotireoidismo
- *Drogas*: alfa-metildopa, diuréticos tiazídicos, SSRI, antidepressivos tricíclicos, fenotiazinas, alfablqueantes e álcool

Os traumas medulares são grandes responsáveis por distúrbios ejaculatórios e o seu efeito depende do nível da lesão. Só <5% dos doentes com lesão do neurónio motor alto mantém a capacidade ejaculatória.

Identificar os factores que podem causar ER no doente individual é crítico. A fim de identificar a maneira mais eficaz de tratar o doente acometido pela ER, o médico deve explicar os factores psicológicos, físicos e farmacológicas, que podem contribuir para essa condição. Infelizmente, a falta de terapias eficazes é uma barreira significativa para o seu tratamento.

O tratamento é fundamentalmente psicológico com técnicas comportamentais, cognitivas, psicodinâmicas e outras terapias sexuais.

A terapêutica farmacológica passa por uso de drogas *dopaminérgicas* e *inibidores serotoninérgicos*. No primeiro grupo, usam-se percursoros sintéticos da dopamina com efeito central como a *amantadina* na dose de 100 a 200 mg/dia, *apomorfina* que é agonista dos receptores DA2 a nível central e periférico, a *Yoimbina* na dose de 10 mg/dia (antagonista alfa 2, agonista alfa 1, bloqueador dos canais de cálcio e inibidor da agregação plaquetária). Tem efeito tardio aos 2 meses e está associado a cefaleias, vertigens, náuseas e ansiedade) e o *Bupropion* que é um inibidor da recaptação da dopamina.

No segundo grupo temos a *ciproheptadina*, um antagonista dos receptores 5-HT, na dose de 2-16 mg diária ou on demand e a *bupiriona*, antagonista dos receptores 5-HT1A, na dose de 15-60 mg/dia.

II. Anejaculação

Anejaculação pode ser uma forma extrema de ejaculação retardada ou um problema completamente diferente. Essa diferença pode ser normalmente determinada a partir da história clínica, particularmente se o doente tiver orgasmo sem ejaculação (“orgasmo seco”). A chave consiste em diferenciar anejaculação de anorgasmia ou ejaculação retrógrada. Se o orgasmo surgir e a ejaculação retrógrada tiver sido descartada, então o doente tem anejaculação verdadeira (aspermia).

Geralmente é fácil estabelecer através da anamnese se anejaculação é ou não acompanhada de anorgasmia. Evidentemente, os factores mencionados na ejaculação retardada também podem prejudicar a capacidade do doente para atingir a ejaculação e o orgasmo completo.

Se o doente atingir o orgasmo (processo que ocorre a nível central), mas a ejaculação não surge, então factores orgânicos estão provavelmente envolvidos. Qualquer doença médica, intervenção cirúrgica ou farmacológica que interfira com o controlo central da ejaculação ou com a inervação do nervo aferente ou eferente para o canal deferente, colo vesical, pavimento pélvico e pénis pode resultar na inibição da ejaculação, anejaculação ou anorgasmia.

Deve-se determinar se a anejaculação acontece desde sempre ou se é adquirida, situacional ou global. Isto pode dar uma percepção se o doente está a experimentar anejaculação devido a factores psicológicos ou fisiológicos (ou possivelmente ambos). Vários fármacos podem inibir a ejaculação ou fomentar a ejaculação retrógrada. Medicamentos que inibam a contracção dos aparelhos da ejaculação, que é mediado por alfa-adrenérgicos, podem realmente causar anejaculação com bloqueio completo ao invés de simplesmente ejaculação retrógrada.

A anejaculação primária pode ser devida a um defeito anatómico congénito, tal como quisto do ducto de Müller (utrículo prostático), defeitos do ducto de Wolff, e síndrome de Prune-Belly. A ausência congénita dos ductos deferentes pode ocorrer em doentes com fibrose quística ou isoladamente. No entanto, esses doentes têm geralmente um baixo volume de ejaculado em vez de aspermia, devido às secreções da próstata. A anejaculação adquirida pode ser devida a um procedimento cirúrgico que interrompe também a anatomia normal do aparelho reprodutor masculino. A ressecção transuretral da próstata (RTUP) e a incisão do colo vesical são dois procedimentos cirúrgicos que podem ser aplicadas em homens com LUTS e que podem conduzir a anejaculação, assim como qualquer lesão cirúrgica da inervação envolvida na ejaculação, tais como a cirurgia da aorta ou para-aórtica (aneurisma da aorta abdominal, a linfadenectomia retroperitoneal), colectomia, prostatectomia radical, a simpatectomia bilateral, ou lesão da medula espinhal. Outras doenças médicas que afectam o sistema nervoso também pode prejudicar negativamente a ejaculação, incluindo diabetes mellitus, esclerose múltipla, hipogonadismo ou hipotireoidismo.

Nos casos em que o doente apresenta isoladamente anejaculação, sem outra disfunção sexual, só há indicação para realizar intervenção, caso a fertilidade seja uma prioridade para o doente, executando para isso, estimulação vibratória, a eletroejaculação ou a aspiração de espermatozoides.

III. Ejaculação Retrógrada

A ejaculação retrógrada apresenta-se clinicamente como a anejaculação mas distingue-se pela existência de esperma na urina num exame de urina pós-ejaculatória.

Etiologia

A sua etiologia é orgânica, podendo estar em diversas doenças sistémicas ou neuropáticas, tal como na neuropatia autonómica diabética, na esclerose múltipla ou na lesão medular. A incidência de ejaculação retrógrada em homens com uma longa história de diabetes é muito elevada, com taxas de 32%. Anomalias congénitas, como a extrofia da bexiga e as valvas uretrais podem resultar em incompetência do colo da bexiga, criando assim uma ejaculação retrógrada. No entanto, a causa mais frequente de ejaculação retrógrada é iatrogénica por terapia cirúrgica ou farmacológica. De entre os fármacos destacam-se os antidepressivos (SSRI, inibidores da monoamina oxidase, antidepressivos tricíclicos), anti-psicóticos (clorpromazina, flufenazina, tioridazina, etc.) e os alfa-bloqueantes usados para os LUTS, com maior incidência para os mais urosselectivos como a tansulosina e a silodosina e anti-hipertensores (clonidina, guanetidina e tiazidas).

Embora os questionários sejam de uso comum para a avaliação de doentes com BPH

LUTS, nenhum questionário para a avaliação dos distúrbios ejaculatórios tem sido comumente aplicado nesses doentes, apesar da prevalência de disfunção sexual. Qualquer procedimento cirúrgico que comprometa o encerramento do colo vesical pode potencialmente levar a RE. Exemplos disso incluem a cirurgia no colo da bexiga em si, como TURP ou incisão do colo vesical. Taxas de RE após estes procedimentos são relativamente elevadas e variáveis, estimando-se taxas entre 25% e 80% .

Diagnóstico

Uma vez que há ampla sobreposição de causas potenciais de anejaculação e RE, o diagnóstico de RE pode ser confirmado ou excluído pelo “exame de urina pós-ejaculatória”. A amostra é centrifugada durante 10 minutos e o diagnóstico é feito com a presença de 5 a 10 espermatozoides (este parâmetro mantém-se controverso). Geralmente não se sabe se o doente está realmente a ejacular ou não (a razão para o teste). A maioria dos doentes vai experimentar o orgasmo de modo que o teste é realizado após a masturbação ou outro estímulo.

Tratamento

As primeiras medidas terapêuticas são abandono das drogas causais e tratamento de eventuais doenças médicas que possam estar implicadas. O tratamento medicamentoso passa essencialmente pelo uso de drogas simpaticomiméticas: *efedrina*, 30–60 mg, 1 hora antes das relações sexuais, *pseudoefedrina*, 60–120 mg, 2 horas antes, *desipramina*, 50mg, 1 a 2 horas antes e *imipramina*, 25 – 75 mg, 3 x dia. A taxa de sucesso destas drogas anda a volta de 20 a 67%. Existem algumas cirurgias de correcção do colo vesical mas com resultados pouco encorajadores.

IV. Ejaculação Dolorosa

A ejaculação dolorosa também conhecida por odinorgasmia consiste na dor persistente e recorrente, de intensidade variável, nos órgãos genitais durante a ejaculação ou imediatamente depois. Tem impacto negativo, podendo levar a evicção sexual. A dor localiza-se habitualmente no fundo do corpo peniano, mas pode irradiar para a ponta, testículos e períneo. O mecanismo desencadeante parece ser espasmos involuntários de certos músculos dos genitais externos.

As causas podem ser: congestionamento do epidídimo após vasectomia, torção do cordão espermático, HBP/LUTS (acontece em cerca de 20% dos doentes), prostatite, vesiculite, obstrução dos canais ejaculadores. Pode ser interpretada como efeito colateral dos antidepressivos tricíclicos e SSRI. Está descrito uma forma rara de ejaculação dolorosa que é a síndrome de dor pós-ejaculatória psicogénica.

V. Outros Tipos de Disfunção Ejaculatória

A ejaculação asténica ou babante é aquela que se dá lentamente, sem jacto ejaculatório, resultado do compromisso da fase expulsiva da ejaculação e dos músculos do pavimento pélvico, particularmente o bulbocavernoso e o esquicavernoso. Ocorre geralmente nos doentes paraplégicos, com lesões medulares acima de L1.

A ejaculação reflexa é aquela que se dá de forma involuntária nos doentes paraplégicos com lesões acima de L1.

A Ejaculação anedónica é aquela que se dá sem prazer. Geralmente enquadra-se na anedonia sexual que é uma disfunção sexual na qual as respostas sexuais podem ocorrer normalmente e se chega ao orgasmo, mas existe uma falta de prazer satisfatório quer seja no início, no meio ou no fim do acto sexual. Todo o ciclo da resposta sexual pode estar alterado, podendo

existir: falta de interesse sexual, desmotivação sexual, insensibilidade sexual, incapacidade de fantasiar experiências prazerosas, incapacidade na sensação de orgasmo, frustração e privação afectiva e emocional. A anedonia sexual está associada a quadros psicopatológicos crónicos como esquizofrenia ou depressão crónica que se manifestam por um embotamento afectivo e também a determinadas vivências sexuais traumáticas que inibem o acesso ao prazer em toda a sexualidade. Por vezes relaciona-se com a aversão sexual em que a perspectiva de interacção sexual produz medo e ansiedade suficientes para que a actividade sexual seja evitada.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Rosen, R., Altwein, J., Boyle, P., et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur Urol* (44), 637-49.
2. Prost H, Buvat, J (2006). *Standard Practice in Sexual Medicine*. ISSM.
3. Vallancien G, Emberton M, Harving N, et al. Sexual dysfunction in 1274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J urol* 2003; 169:2257-61
4. Master VA, Turek PJ. Ejaculatory physiology and dysfunction. *Urol Clin North Am* 2001; 28: 363-75
5. Ralph DJ, Wylie KR. Ejaculatory disorders and sexual function. *BJU Int* 2005; 95:1181-6
6. Ahlenius S, Larsson K. Effects of the dopamine D3 receptor ligand 7-OH-DPAT on male rat ejaculatory behavior. *Pharmacol Bio- chem Behav* 1995; 51: 545-
7. Jong TR, Veening JG, Waldinger MD, et al. Serotonin and the neurobiology of the ejaculatory threshold. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30: 893-907.
8. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281:537-44
9. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empiric literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19: 389-408
10. McMahon CG, Abdo C, Incrocci L, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med* 2004; 1: 58-65.
11. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004; 1 : 6 - 23 .
12. lambotte MC. Anedonia: ausência de prazer, ausência de interesse in Bourgeois ML (coord). *Anedonia- o não prazer e a psicopatologia*. Lisboa: Climepsi; 2001
13. Nobre P. *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi; 2006

PERTURBAÇÕES DO ORGASMO

Pedro A. Vendeira

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

Saúde Atlântica - Clínica do Dragão

Definição. Prevalência

Uma das disfunções sexuais menos estudadas, devido em grande parte à sua escassa prevalência, é a perturbação do orgasmo masculino.

O orgasmo masculino é uma sensação subjectiva complexa que se experimenta com prazer, e que se afirma como uma série de mudanças corporais das quais a mais exuberante é a ejaculação na esmagadora maioria dos casos. No entanto, há que reter que a emissão de esperma nem sempre acompanha o orgasmo.

Há evidência da separação entre ejaculação e orgasmo. Como já referido, alguns adultos referem orgasmo sem ejaculação, mas também o orgasmo sem expulsão seminal é frequente na fase pubertária e mesmo pré-pubertária e ainda em homens paraplégicos. Por outro lado, a dissociação também existe em alguns homens que experimentam a sensação orgástica somente alguns segundos após a ejaculação, bem como noutros grupos que experimentam multiorgasmos antes da ejaculação definitiva. Existem ainda situações de ejaculação “babante” ou mesmo desprovidas de qualquer sensação de prazer orgástico.

Para definir o transtorno orgástico masculino, O DSM-IV-TR obriga a presença dos seguintes critérios:

1)- Atraso ou ausência persistente ou recorrente do orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual, e no contexto de uma relação sexual em que o Clínico tenha em consideração a idade do indivíduo, e que considere ser a estimulação adequada em termos de foco, intensidade e duração.

2) - A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

3) -A disfunção orgástica não é melhor explicada por outro transtorno do eixo I (excepto outra disfunção sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (drogas ou fármacos), ou de uma condição médica geral.

(Nota do Autor – define-se Eixo I como transtornos clínicos, incluindo principalmente transtornos mentais, bem como problemas do desenvolvimento e aprendizagem).

Na forma mais comum do transtorno orgástico masculino, o homem não consegue atingir o orgasmo durante o acto sexual, embora possa ejacular com estimulação manual ou oral da parceira. Alguns homens com esta disfunção podem inclusive atingir o orgasmo no coito, mas apenas depois de uma estimulação não-coital muito prolongada e intensa. Alguns conseguem ejacular apenas mediante masturbação. Outros subgrupos (raros) apenas atingem o orgasmo no despertar de um sonho erótico.

Nas perturbações do orgasmo, ao contrário do que habitualmente se pensa, o grau de excitação sexual masculina costuma ser excelente. De facto, a erecção praticamente não está afectada. No entanto, o homem encontra-se obsessivamente atento, avaliando qualquer mudança no decorrer do acto sexual que permita a facilitação do orgasmo, gerando uma angústia crescente à medida que o tempo passa, até alcançar níveis de ansiedade extremos que perpetuam o bloqueio ejaculatório. Em outras situações, existe uma incapacidade muito significativa

para atingir uma concentração erótica ajustada, estando a mente completamente dispersa em outros pensamentos que impedem o alcançar de uma excitabilidade adequada.

Um dos estudos mais extensos na área da função orgástica envolvendo 5000 homens com idades entre os 16 e 44 anos, mostra uma taxa de 5,3% com incapacidade para ejacular, mas apenas 2,9% mantinham esta situação para além de 6 meses. No entanto, de uma forma geral podemos afirmar que se trata de uma disfunção pouco prevalente constituindo cerca de 2 a 3 % das disfunções sexuais masculinas. No entanto, é também uma realidade que o número de consultas por esta situação tem vindo a aumentar exponencialmente, e alguns autores afirmam mesmo que, de uma forma proporcional, é a disfunção que mais tem aumentado nos últimos anos.

Etiologia

Como seria de esperar, as causas repartem-se em alterações orgânicas e factores psicológicos.

Alterações orgânicas

- **Infecções urinárias e seminais** podem cursar com ejaculação sem orgasmo, habitualmente após tratamento adequado, com carácter transitório e em que os homens referem uma “certa anestesia uretral”.
- **Perda ou diminuição da contractilidade das vias seminais.** Aqui incluem-se alterações mecânicas ou farmacológicas referentes à inervação com etiologia variada onde podemos encontrar como mais frequentes as lesões medulares traumáticas, mielopatias e neuropatias diabéticas e alcoólicas. Antidepressivos, antihipertensores e antipsicóticos são os fármacos mais vezes responsáveis por estas alterações e constituem hoje a causa primária de disfunções do orgasmo nas consultas de Andrologia.
- **Problemas hormonais.** A hiperprolactinemia pode ser responsável por transtornos do orgasmo com excelentes taxas de cura após reversão da mesma.
- **Causas iatrogénicas.** Situações como cirurgia abdominopélvica, linfadenectomia retroperitoneal, ressecção transuretral da próstata e prostatectomia radical podem também acompanhar-se de alterações orgásticas de formas muito variadas e com diferentes graus de severidade, não existindo actualmente estudos que determinem qualquer factor dominante na evolução destas situações.

Factores Psicológicos

Habitualmente são de difícil identificação, desde contornos puramente religiosos, o medo da gravidez indesejada, o desprezo pela companheira e a ausência “camuflada” de desejo que por vezes acompanha a questão do coito interrompido. Alguns autores defendem ainda a presença de fantasias irreais utilizadas na prática masturbatória que vão depois colidir (e bloquear) na realidade do casal.

Em termos clínicos, a esmagadora maioria das desordens orgásticas são secundárias, em contexto de envelhecimento associada a doenças concomitantes, ingestão medicamentosa, perda de desejo gradual e em contextos de stress intenso. A presença de anorgasmia com uma parceira e inexistente com outra é uma situação muito rara de ver, ao contrário do que é visível em outras disfunções sexuais. No que diz respeito à severidade, o transtorno mais grave é a anorgasmia persistente em qualquer situação. Na ausência de orgasmo intravaginal, mas com boa resposta masturbatória, a situação é menos complexa, mas torna-se mais severa se for possível apenas por autoestimulação. De uma forma mais pedagógica, o facto é que a maneira mais frequente de apresentação é a capacidade de atingir o orgasmo através da masturbação

(auto ou não) mas sem o conseguir dentro da vagina, o que corresponde a 75% das situações.

As perturbações do orgasmo não devem ser subvalorizadas. De facto, e por causa da intensa frustração acumulada com o tempo, a obsessão e ansiedade geradas vão terminar numa latência orgástica cada vez mais lenta, que irá acompanhar-se de sentimentos de depressão, perda de auto-estima e mecanismos defensivos nomeadamente a falta de desejo e a evicção do sexo.

Diagnóstico

Na avaliação geral das perturbações do orgasmo, há que salientar uma boa anamnese, exploração física, e exames subsidiários de diagnóstico como se faz em qualquer estudo de qualquer outra disfunção sexual. No entanto, há que salientar, nesta matéria em particular, que é fundamental ter a noção se existe algum tipo de orgasmo, seja por masturbação, durante o sono ou por qualquer outra forma. Se existe orgasmo com masturbação ou durante o sono, há que pensar com altíssimo grau de segurança que se trata de um transtorno de origem psicológica. Na presença de orgasmo sem ejaculação, há que pensar em ejaculação retrógrada o que pode ser determinado com pesquisa de espermatozoides na urina pós-masturbação.

Na exploração física, o ponto crucial é avaliar a sensibilidade peniana com agulhas, escovas ou outros instrumentos clássicos. A avaliação neurológica especializada e respectivo armamentário subsidiário, incluindo a biotesiometria e o estudo dos potenciais evocados poderão ser muito úteis adicionados à determinação do reflexo bulbocavernoso. Para além dos exames já referidos é fundamental o despiste da diabetes e hiperprolactinemia. O estudo da via seminal por ultrassonografia ou ressonância magnética podem ainda trazer informação relevante, nomeadamente em situações infecciosas ou pós-cirúrgicas.

Nos transtornos do orgasmo masculino (e mais que em qualquer outro tipo de disfunção sexual masculina), o mais habitual é não chegar a um diagnóstico etiológico. No entanto, o objectivo primordial é construir uma hipótese de explicação estabelecendo os aparentes factores predisponentes, precipitantes e aqueles que eventualmente perpetuam a situação.

Tratamento

No que diz respeito ao tratamento o panorama é extremamente árido. Naturalmente que tranquilizar o doente é fundamental, bom como transmitir toda a informação possível, promover a formação e educação sexual, e melhorar a comunicação do casal. Para lá destas medidas gerais e de boas práticas, dispomos de tratamentos farmacológicos e abordagens sexológicas.

Dentro do grupo farmacológico, não existe disfunção sexual onde os resultados sejam tão desoladores. Dentro dos fármacos mais testados dispomos da *cabergolina* como inibidor da prolactina, e que pode ser utilizado na dose de 0,5mg, duas vezes por semana. Outra opção é a *amantadina*, utilizada na Doença de Parkinson e que funciona como estimulador indirecto da dopamina. Pode ser utilizada na dose de 100mg /dia.

Dentro das *terapias sexológicas* a educação sexual é a regra, utilizando-se técnicas de erotização sensual e genital onde qualquer actividade coital é inicialmente proibida. Seguem-se técnicas de erotização masturbatória e posteriormente erotização intravaginal, na tentativa de diminuir a ansiedade coital e procurar o desenvolvimento de focos sensoriais genitais. Não existem estudos controlados com amostra adequada, sendo relativamente consensual uma taxa de eficácia modesta.

As mudanças de estilo de vida em geral, através de estimulação da intimidade, minimizar o consumo de álcool, procurar actividade sexual em fases de menor cansaço, e praticar técnicas que maximizem a estimulação peniana tal como o treino da musculatura pélvica, podem ser benéficas e adjuvantes das alternativas farmacológicas e sexológicas descritas.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV-TR. Washington: APA; 2000.
2. Segraves, R. Considerations for a better definition of male orgasmic disorder in DSM V. *J Sex Med.* 2010; 7: 690-699.
3. Rowland, D et al. Psychosexual factors that differentiate men with inhibited ejaculation from men with no dysfunction or another sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2005; 2: 383-389.
4. McMahon C et al. Ejaculatory disorders. In: Porst H, Buvat J, eds. *Standard Practice in Sexual Medicine.* Oxford: Blackwell Publishing; 2006. p. 188-209.

ABORDAGEM PSICOSSEXUAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Patrícia M. Pascoal

Psicóloga Clínica

Consulta de Sexologia

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Introdução

As disfunções sexuais são uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes na população adulta masculina. Um estudo português desenvolvido com uma amostra de 1250 homens da população portuguesa recolhida em diversas instituições, o EpiSex, indica que 24% dos homens assinalam ter pelo menos uma disfunção sexual. Entre estes, 6% revelam que têm pelo menos uma disfunção moderada a grave, sendo que existem 13% dos homens com queixas de disfunção eréctil, 6% com desejo sexual diminuído e 9% com ejaculação prematura.

O mesmo estudo salienta que aproximadamente metade dos homens que sofrem algum tipo de disfunção sexual procura tratamento. Entre os factores associados às problemáticas se encontram factores de ordem relacional e psicológica, fundamentando que as intervenções psicossociais, dirigidas aos factores sócio emocionais, são fundamentais para a melhoria da saúde sexual dos homens. Os factores psicológicos e relacionais têm um papel na etiologia de algumas disfunções, tendo igualmente um papel crucial na melhoria da saúde sexual e na adesão às terapêuticas farmacológicas nos homens cuja disfunção é melhor explicada pelos factores orgânicos. Consequentemente, é determinante que se contemple a abordagem psicológica nas dificuldades sexuais, sempre que esta seja desenvolvida por um profissional de formação e experiência clínica sólidas.

A distinção entre orgânico e psicológico já não é particularmente útil na avaliação dos problemas sexuais. Tal é demonstrado pelos sucessos recentes na medicação para a disfunção eréctil. Estes sucessos são explicados pelos efeitos da medicação, mas também pelo trabalho dos terapeutas nos factores psicológicos e relacionais que são importantes para a adesão à terapêutica e contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos doentes/pacientes. Os modelos integrativos biopsicossociais são fundamentais, quer na explicação, quer na intervenção clínica na sexualidade humana. A terapia sexual é um exemplo que cumpre esta visão integrativa, ao incluir a vertente médica, cognitivo-comportamental e sistémica na compreensão e intervenção clínica.

Modelos Cognitivos Explicativos das Disfunções Sexuais

Antes do nascimento da sexologia clínica e da medicina sexual no séc. XX, acreditava-se que as dificuldades sexuais masculinas, assim como outras enfermidades, eram resultado da prática da masturbação durante a infância e a adolescência. Quer a prevenção, quer a intervenção clínica nas dificuldades sexuais assumiam a mesma forma: a abstinência de práticas auto-eróticas e a redução da actividade sexual.

Durante o século XX os problemas sexuais - e mais especificamente as disfunções sexuais - foram amplamente estudados de forma a compreender a sua etiologia, processos de manutenção e as terapêuticas mais eficazes.

Até aos anos 70 do século passado, os modelos teóricos mais influentes na compreensão das dificuldades sexuais foram o dinâmico, o psicofisiológico e o comportamental. Progressivamente, as variáveis cognitivas foram integradas nos modelos existentes e hoje em dia considera-se que têm um papel determinante na etiologia e/ou manutenção dos problemas sexuais.

Estes modelos enfatizam o papel de factores como a personalidade e a existência de comorbilidade psiquiátrica, que possuem forte impacto da expressão sexual. Nas variáveis referidas integram-se, de forma idiossincrática, as causas psicológicas:

1. a aprendizagem prévia, i.e., as atitudes e mensagens transmitidas pelas figuras significativas;
2. as características relacionais, i.e., a qualidade da relação ou relações existente (a intimidade física e emocional, a comunicação global e a comunicação sexual);
3. os factores cognitivos:
 - 3.1. i.e., os níveis de conhecimento, as atitudes, as crenças sexuais disfuncionais (e.g., “O que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis”),
 - 3.2. os pensamentos automáticos que se têm num contexto percebido como sexual (e.g., “Vou falhar, vai ser uma vergonha”),
 - 3.3. as distorções cognitivas – abstracção selectiva, inferência arbitrária, sobre generalização e polarização – que minam a interpretação dos eventos passados criando as expectativas negativas acerca dos eventos futuros.

Tendo este racional em conta, os objectivos terapêuticos são a modificação do comportamento, de forma a atingir-se uma sexualidade mais satisfatória, através da informação mais adequada sobre a sexualidade humana visando alterar as crenças em relação a atitudes disfuncionais e diminuir a propensão ao desenvolvimento de problemas sexuais.

Avaliação Psicológica das Disfunções Sexuais

Existe um conjunto de procedimentos habitualmente adoptados na abordagem terapêutica das dificuldades sexuais. As avaliações clínicas psicológicas e médicas devem ser complementares. Além da eventual causa orgânica deve ser determinado se há efeitos na sexualidade associados a intervenções médicas em curso (e.g., efeito de psicofármaco na resposta sexual).

Na avaliação clínica é fundamental que se faça o diagnóstico diferencial relativamente a outras patologias, que se indague da comorbilidade e dos factores associados que podem contribuir para perpetuar o problema.

Uma avaliação clínica esmerada é imprescindível para que se possa definir um protocolo de intervenção desenhado à medida da formulação do problema. A avaliação através de um único informador é muitas vezes a via preferencial, contudo, sempre que viável, deve também ter-se em conta a possibilidade de recolher informação com outras pessoas envolvidas, uma vez que permitiria dar uma visão complementar à apresentada pelo próprio.

OBJECTIVOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

- Estabelecimento da aliança terapêutica
- Definição do Problema
- Diagnóstico Clínico
- Determinação da linha de base pré-intervenção
- Identificação dos factores predisponentes, precipitantes e de manutenção
- Planeamento da Intervenção
- Avaliação dos objectivos do doente/paciente e da sua motivação para a mudança
- Devolução da formulação clínica ao doente/paciente

Quadro 1: Avaliação Psicológica das Disfunções Sexuais (adaptado de Soares & Nobre, 2013)

Na entrevista clínica de avaliação inicial deve ser contemplada a recolha de informação com o casal, quando aplicável, nas seguintes áreas:

- descrição do problema,
- história do problema actual.
- relatório médico,
- presença e história psicopatológica,
- motivação e empenho de cada membro do casal (quando aplicável).

Individualmente, recolhe-se ainda informação acerca da história sexual:

- infância e ambiente familiar,
- formação e crenças religiosas,
- atitudes de pessoas significativas (entrada na puberdade, mensagens recebidas acerca do corpo, masturbação, primeiros contactos eróticos e sexuais e contactos subsequentes, comportamento sexual actual entre outros)
- relação com o corpo e com a nudez

O conjunto dos dados obtidos visa a compreensão do problema de acordo com uma análise funcional em que se determina os precipitantes, assim como os factores inibitórios e de manutenção do problema, e o papel que as consequências têm para o seu agravamento e replicação.

Complementarmente, existem questionários de auto-relato a partir dos quais se pode aferir o conhecimento acerca da sexualidade, as atitudes e crenças sexuais (e.g., Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais), as práticas, e o ajustamento conjugal, que podem ser usados na avaliação dos doentes/pacientes. Estes questionários permitem determinar a severidade, frequência e intensidade dos sintomas, e avaliar a presença de outras variáveis associados às dificuldades. Os questionários usados devem estar validados para a população portuguesa e no contexto clínico a sua utilização deve contemplar a exploração qualitativa da resposta aos itens.

É fundamental ainda avaliar as tentativas prévias de resolução do problema – quer em contexto clínico, quer por auto ajuda – para que se determine a adequação e utilidade de tentativas prévias no contexto terapêutico actual.

Por último, é essencial avaliar as expectativas relativamente à intervenção (eficácia, duração, tipo de intervenção) tentando sempre que sejam adequadas à situação.

Finalizada a avaliação, e mantendo os procedimentos derivados do modelo cognitivo comportamental, o passo seguinte consiste na apresentação da formulação do problema aos doentes/pacientes, no estabelecimento dos objectivos terapêuticos, e da planificação das fases de intervenção. A intervenção, cujas orientações gerais focaremos de seguida, desencadeia-se de acordo com os objectivos propostos.

Intervenção nas Disfunções Sexuais

Existem princípios gerais que são partilhados na intervenção nos problemas sexuais de homens e mulheres, independentemente do diagnóstico, formulação ou compreensão do caso.

A reestruturação cognitiva, estratégia de eleição dos modelos cognitivos, visa desafiar as crenças sexuais disfuncionais, questionando-as, e substituindo-as por crenças úteis e adequadas, suportadas pela evidência quer científica quer da experiência de vida do/s paciente/s. A Psico-educação é uma componente fundamental para corrigir concepções erradas e mitos que muitas vezes estão na génese dos problemas, na sua manutenção, ou que dificultam a adesão às terapêuticas farmacológicas prescritas. É importante que o clínico suporte a informação com bibliografia adequada ao nível de conhecimentos e

literacia do doente/paciente. Sempre que existe uma relação amorosa, deve envolver-se o/a parceiro/a uma vez que as crenças disfuncionais podem ser partilhadas, ou até promovidas pelo/as parceiro/as. Outra estratégia terapêutica fundamental é o foco sensorial, que é prescrito habitualmente a doentes/pacientes que vivem uma relação conjugal de compromisso. Uma vez que a “proibição” de actividade coital envolve a prescrição de estimulação de zonas erógenas do/a parceiro/a de forma progressiva, i.e., com o objectivo de diminuir a ansiedade associada à penetração, aumentar o foco da atenção nas pistas eróticas satisfatórias, e a comunicação e conhecimento sexuais entre os membros do casal. Pode ser útil aplicar o relaxamento muscular para que a actividade de foco sensorial se desenrole com níveis de descontração e conforto elevados. O controlo de estímulo é uma técnica em que se salienta a importância de criar um ambiente favorável à actividade sexual e pode constituir o 1º passo do foco sensorial. O treino de aptidões sexuais, outra estratégia importante, deve desenrolar-se tendo em conta a flexibilização dos guiões rígidos da sequência e práticas sexuais, mas tendo em conta as preferências do/as parceira/os, para não gerar mais pressão ou culpabilidade. Finalmente, tem havido um interesse em novas terapias, entre as quais a terapia focada nas soluções e o *mindfulness* (que promove o foco da atenção nas sensações corporais), cujos estudos de eficácia e efectividade ainda estão na infância, mas são promissores.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Reestruturação cognitiva
- Relaxamento muscular
- Controlo de estímulo
- Foco sensorial
- Treino de aptidões sexuais
- Treino de aptidões de comunicação sexual
- *Mindfulness*
- Terapia focada nas soluções

Quadro 2: Estratégias genéricas de intervenção nas disfunções sexuais

Diminuição do Desejo Sexual

Esta dificuldade sexual tem sido sobretudo estudada na população feminina, onde habitualmente se encontram prevalências mais altas comparativamente à população masculina. Seja por influência das alterações sociais recentes (progressiva emancipação sexual das mulheres ocidentais, maior desinibição para falar dos problemas sexuais masculinos), esta dificuldade tem apresentado prevalências progressivamente mais altas na população masculina. É importante que na avaliação se contemple a possibilidade de existência de aversão sexual ou assexualidade. No primeiro caso deve-se ponderar seguir os procedimentos conhecidos para a intervenção nas perturbações fóbicas, entre as quais se salienta a dessensibilização sistemática. No segundo caso, a terapia deve seguir as orientações da terapia afirmativa.

Do ponto de vista psicosssexual, as abordagens terapêuticas mais conhecidas centram-se na identificação de atitudes negativas relativamente à sexualidade em geral e à actividade sexual em particular. Estas abordagens são faseadas e integrativas. Numa primeira fase são analisadas as origens que orientam a forma como os indivíduos percebem a sexualidade e as atitudes que têm em relação a esta área do funcionamento. São analisadas as origens destas atitudes (família, grupo de pares, meios de comunicação social) tentando fomentar, quando aplicável, novas formas de ver a sexualidade humana. Quando existem

dificuldades relacionais associadas à queixa de diminuição do desejo sexual estas devem ser objecto prioritário de intervenção pois muitas vezes estão na etiologia do problema.

Posteriormente, a terapia foca-se nos comportamentos e na análise funcional dos mesmos, i.e., na compreensão dos factores que antecedem e nos que são uma consequência do problema. Pode pedir-se que o doente/paciente preencha um diário com pensamentos sexuais (negativos ou positivos) e que se familiarize ou revise materiais com conteúdo sexual explícito (filmes, livros, bandas desenhadas) focando-se nas componentes prazerosas e activadoras da resposta sexual.

Disfunção Erétil

A disfunção erétil pode ser explicada por factores orgânicos, psicológicos ou mistos. Nos dois últimos casos a intervenção da psicologia clínica é fundamental, quer para minimizar os sinais e sintomas, quer para promover a satisfação sexual. Entre as causas e factores de manutenção mais comuns estão expectativas e pensamentos de fracasso, foco de atenção nos eventos potencialmente confirmatórios destas expectativas. Em termos práticos e a título exemplificativo, se um homem antecipa que vai ter um contacto sexual e que este vai ser caracterizado pela impossibilidade de ter ou manter a erecção, apresentará níveis altos de ansiedade à qual se associará, durante a actividade sexual, pensamentos do tipo: “isto está a correr mal”; “não vou conseguir penetrar”; “ainda não estou com rigidez suficiente”, etc. Estes pensamentos, que habitualmente assentam em crenças rígidas e disfuncionais acerca da sexualidade, guiam a atenção do homem, que estará atento essencialmente ao volume do seu pénis. Como consequência, haverá maior probabilidade de ter uma erecção diminuída, falta de atenção às sensações corporais positivas e também uma interpretação distorcida das pistas eróticas do/a parceiro/a.

Nestas situações, a terapia centra-se na redução da ansiedade através de várias estratégias que promovem o relaxamento físico e visam desviar o foco da atenção da erecção e penetração. É comum utilizar-se o foco sensorial associado ao registo de pensamentos automáticos, com o objectivo de os alterar através da reestruturação cognitiva. Actualmente, considera-se como terapêutica de eleição a integração das abordagens farmacológicas e psicológicas.

Ejaculação Rápida

Considera-se que a ejaculação é rápida sempre que esta ocorre numa determinada janela temporal que causa desconforto pessoal. A intervenção terapêutica por excelência passa pelo treino comportamental em que se aprende a manter a excitação por períodos de tempo progressivamente mais longos, utilizando as técnicas da pressão, e do parar/continuar e progressiva generalização do controlo orgástico e ejaculatório ao contexto de penetração. Paralela ou inicialmente, devem trabalhar-se as cognições (crenças disfuncionais, pensamentos automáticos) associadas. Mediante a avaliação psicológica inicial pode, ou não, haver indicação para introduzir o foco sensorial no protocolo de intervenção psicológica.

O presente texto teve como finalidade apresentar de forma sucinta o modelo cognitivo e a relevância da abordagem psicosssexual nas disfunções sexuais masculinas. Foi enfatizada a importância de uma avaliação clínica cuidada e da aplicação de protocolos de intervenção desenhados em colaboração com o doente/paciente contemplando o seu estilo de vida, valores e objectivos. A implementação de uma boa intervenção depende não só da formação na área da sexologia, mas também de uma forte e sólida formação clínica de base em que os conhecimentos de terapia sexual possam ser integrados.

BIBLIOGRAFIA

1. Althof, S.E., & Rosen, R.C. (2010). Combining medical and psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals (2nd ed.)*. (pp. 251-266). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 140-148.
4. Bass, B.A. (2000). Two Positions for Sexual Intercourse Useful in the Treatment of Male Sexual Dysfunction. *The Family Journal, 8*(4), 416-418.
5. Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.
6. Ellison, C.R., & Kleinplatz, P.J. (2001). Intimacy-based sex therapy: Sexual choreography *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. (pp. 163-184). New York, NY US: Brunner-Routledge.
7. Fonseca, L., Figueiredo, M., & Nobre, P. (2003). As Terapias Sexuais- Novos Desenvolvimentos das Abordagens Psicológicas. In L. Fonseca, C. Soares & J.M. Vaz (Eds.), *A Sexologia- perspectiva multidisciplinar, Volume I (291-358)* Coimbra: Quarteto Editora”
8. Ford, J.J. (2006). Solution Focused Sex Therapy of Erectile Dysfunction. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions, 5*(4), 65-74
9. Gomes, F.A. (1980). Os Problemas Sexuais na Prática Clínica. *Psiquiatria Clínica, 1*(3), 207-213
10. Hartmann, U., & Waldinger, M.D. (2007). Treatment of delayed ejaculation *Principles and practice of sex therapy (4th ed.)*. (pp. 241-276). New York, NY US: Guilford Press.
11. Hatzichristou, D., Rosen, R.C., Derogatis, L.R., Low, W.Y., Meuleman, E.J.H., Sadovsky, R. (2010). Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 7*(1, Pt 2), 337-348.
12. Heiman, J.R., & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research, 8*(1), 148.
13. Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Psychology Press.
14. Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Toronto; New York: Bantam Books.
15. McCarthy, B., & Farr, E. (2010). Male sexual desire and function. *the Behavior Therapist, 34*(7), 133-136.
16. McMahon, C.G., Althof, S.E., Waldinger, M.D., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I.D. (2008). An Evidence-Based Definition of Lifelong Premature Ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine, 5*(7), 1590-1606.
17. McMahon, C.G., Jannini, E., Waldinger, M., & Rowland, D. (2013). Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine, 10*(1), 204-229.
18. Moreira, A. (2003). Disfunções Sexuais Masculinas: Definição, Classificação e Incidência. In L. Fonseca, C. Soares & J.M. Vaz (Eds.), *A Sexologia- perspectiva multidisciplinar, Volume I (131-143)* Coimbra: Quarteto Editora
19. O’Donohue, W.T., Swingen, D.N., Dopke, C.A., & Regev, L.G. (1999). Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review, 19*(5), 591-630.
20. Pascoal, P.M., Narciso, I., & Pereira, N.M. (2013). Emotional intimacy is the best predictor of sexual satisfaction of men and women with sexual arousal problems. *International Journal of Impotence Research, 25*(2), 51-55.
21. Prochaska, J.O., & Marzilli, R. (1973). Modifications of the Masters and Johnson approach to sexual problems. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 10*(4), 294-296.
22. Rowland, D., McMahon, C.G., Abdo, C., Chen, J., Jannini, E., Waldinger, M.D. (2010). Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men. *Journal of Sexual Medicine, 7*(4), 1668-1686.
23. Seto, M.C. (1992). A Review of Anxiety and Sexual Arousal in Human Sexual Dysfunction. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 5*(1), 33-43.
24. Soares, C., & Nobre, P. (2013). Sexual problems, cultural beliefs, and psychosexual therapy in Portugal *The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients*. (pp. 279-306). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
25. Vendeira, P.S., Pereira, N.M., Tomada, N., & LaFuente, J.M. (2011). Estudo Episex-PT/Masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *ISEX- Cadernos de Sexologia, 4*, 15-22.
26. Waldinger, M.D. (2009). Delayed and premature ejaculation *Clinical manual of sexual disorders*. (pp. 273-304). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.
27. Waldinger, M.D. (2010). Premature ejaculation and delayed ejaculation *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals (2nd ed.)*. (pp. 267-292). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
28. Wincze, J.P., Bach, A.K., & Barlow, D.H. (2008). Sexual dysfunction *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.)*. (pp. 615-661). New York, NY US: Guilford Press.
29. Wylie, K.R. (1997). Treatment Outcome of Brief Couple Therapy in Psychogenic Male Erectile Disorder. *Archives of Sexual Behavior, 26*(5), 527-545.
30. Zumaya, M., Bridges, S.K., & Rubio, E. (1999). A constructivist approach to sex therapy with couples. *Journal of Constructivist Psychology, 12*(3), 185-201.

ENFERMAGEM EM ANDROLOGIA – QUE PAPEIS?

Rute Figueiredo

Enfermeira

C.H.L.C. - Hospital S. José

Os conceitos de sexualidade e saúde sexual abrangem várias dimensões humanas fundamentais à vida, tornando indispensável a sua inclusão no exercício da actividade de enfermagem. De acordo com Eillen Volpe e Joyce Wertheimer, e segundo a American Nursing Society e a Oncology Nursing Society, “A sexualidade é um importante aspecto da qualidade de vida, que os enfermeiros não devem ignorar por duas razões: Primeira, os doentes esperam e merecem cuidados de elevada qualidade; os cuidados de enfermagem que ignoram este importante aspecto da vida são abaixo dos padrões (de qualidade). Segundo, os padrões de prática relacionados com a sexualidade existem”.¹

Perante um problema sexual, são frequentes os sentimentos de dúvida e medo por parte dos utentes e a dificuldade em abordar o problema com os profissionais de saúde, por pensarem que é desadequado para a situação. Também é possível que não sejam os únicos a sentir e a pensar desta forma... mas, devido à grande proximidade que temos com os utentes, em todos os serviços e em todos os momentos podemos (e devemos) detectar um problema sexual, esclarecendo e encaminhando o indivíduo, tomando a iniciativa e colaborando no seu processo de recuperação.

Projecto de Enfermagem em Urologia

O estudo destas patologias no Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José (CHLC - HSJ) decorre em situação de ambulatório, no serviço de Consultas Externas, na consulta de Andrologia, integrada na Urologia. Os utentes são encaminhados pelo seu médico de família ou por um médico de outra especialidade. O acompanhamento é feito por médicos e, desde o início deste Projecto em 2008, também por enfermeiras pertencentes a esta Unidade. Sempre que necessário referenciam-se para outras valências, como Endocrinologia, Psiquiatria, Psicologia/Psicoterapia, Assistência Social, Consulta de Infertilidade, Urologia entre outras. As Disfunções sexuais mais frequentes na nossa consulta são a Disfunção Erétil (DE) e a Ejaculação Prematura (EP) mas também recebemos utentes com Doença de Peyronie, Disfunção da Líbido, Disfunção do Orgasmo, outras Disfunções Ejaculatórias, Infertilidade, entre outras. A maioria dos casos de DE é subsequente a Prostatectomia Radical e/ou devem-se à existência de factores de risco, co-morbilidades e à polimedicação. Assim, é essencial que o enfermeiro possua conhecimentos sobre estas temáticas e o à-vontade necessário para as abordar, de forma a poder avaliar os indivíduos numa perspectiva holística e ajudá-los no seu processo. O papel do enfermeiro passa, antes de mais, e em todas as situações, pelo acolhimento do utente, representando o elemento de referência do serviço. Dentro das actividades desenvolvidas estão incluídas a Consulta de Enfermagem, os Ensinos, os Testes vaso-activos de diagnóstico e o Encaminhamento, que têm como premissa o respeito absoluto pela intimidade

do utente e pela confidencialidade dos dados obtidos, visando obter, e manter, a sua confiança e segurança.

Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem foi definida pelo Ministério da Saúde, em 1999, como “... uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem”². Este é o primeiro contacto com o indivíduo e, assim, um momento de particular importância, o momento das primeiras impressões, em que começamos a conhecer o Outro com todos os seus valores. Neste primeiro contacto é pedido ao paciente que esteja sozinho, evitando que a presença da(o) companheira(o) condicione as respostas às questões colocadas. No entanto, nas consultas subsequentes é incentivada, sempre que viável, a presença do casal. O tempo preconizado por Doenges e Moorhouse, e que adoptamos, para uma primeira consulta é de 30 a 40 minutos, e deverá decorrer num ambiente adequado e com privacidade.³ A linguagem utilizada deverá ser adequada, clara e com explicações precisas. Nesta fase pretende-se ouvir e observar, permitindo, desde a admissão até à alta, identificar problemas, planear, implementar e avaliar os cuidados prestados. Deve ser promovido um ambiente calmo, que permita ao utente sentir-se confortável, com o recurso a medidas destinadas a “quebrar o gelo” se o profissional considerar adequado e necessário.³

Da colheita de dados consta a informação biográfica do utente, hábitos de vida, factores de risco e co-morbilidades, caracterizando o início e duração das mesmas. Não menos importante é conhecer a história e o contexto actual de vida emocional, familiar, sexual e social do utente e saber o motivo pelo qual recorreu à consulta, bem como as suas expectativas e receios. São caracterizadas nesta fase as preferências sexuais do paciente, a qualidade da erecção, de ejaculação, do orgasmo e da libido e as alterações em cada um dos itens, e avaliada Tensão Arterial, Perímetro Abdominal, Altura, Peso e Índice de Massa Corporal (IMC). O propósito desta consulta é conhecer o indivíduo que nos procurou e a sua envolvência, o seu contexto, através da recolha de informações objectivas, subjectivas e de estudos laboratoriais e de diagnóstico. O que se pretende é entrar no mundo do doente, sem que este se sinta invadido. Assim sendo, toda a informação é colhida tendo por base o que é relevante, cabendo ao indivíduo a decisão de a partilhar ou não.

O Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) é aplicado, de preferência na primeira consulta e posteriormente, após o tratamento.

A consulta termina com o encaminhamento/ensino necessário à situação (começando sempre pelos factores modificáveis), a informação do contacto do serviço e horário de funcionamento e o encaminhamento do utente para próximas consultas ou exames. São fornecidos, se necessário, folhetos informativos. É sempre salientada a disponibilidade das enfermeiras para o esclarecimento de qualquer dúvida e ajuda na resolução de problemas que surjam. Para concluir, a consulta é conduzida tendo também como orientação o modelo Ex-PLISSIT.

Teste Vaso-Activo para Diagnóstico

O teste vaso-activo consiste na administração de injeção intracavernosa para diagnóstico de Disfunção Erétil ou de Doença de Peyronie. A terapêutica é administrada após co-

lheita de dados e informação sobre os principais efeitos secundários e as medidas a adoptar, caso se verifiquem. De seguida é monitorizado o efeito da terapêutica e possíveis efeitos secundários. O utente é avaliado pelo médico, que decide sobre os próximos passos. No final, é dado ao indivíduo o folheto do medicamento e alertado para a possibilidade de uma erecção prolongada. Se a erecção durar mais de três horas deverá aplicar gelo no pénis, protegendo a pele com um pano ou compressa, durante períodos de dez minutos, alternados com períodos de pausa. Se esta medida não surtir efeito deverá dirigir-se ao Serviço de Urgência referindo qual a medicação que lhe foi administrada.

Ensinos de Enfermagem

- O ensino é uma das actividades de excelência da enfermagem e, como refere Albaugh, “um dos mais cruciais papéis que assumimos, quando ajudamos os doentes a interiorizar os tratamentos prescritos nas suas vidas”⁴. O principal objectivo é ajudar no processo de capacitação dos indivíduos para tomar decisões e adquirir autonomia sobre a sua saúde. A Disfunção Erétil (D.E.) tem grande impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo, companheira(o) e família. O tratamento deve ser iniciado com medidas menos invasivas e só depois, se necessário, avançar para medidas mais invasivas. Assim temos como:
- Terapêuticas de 1ª Linha: Medicação oral (inibidores da fosfodiesterase 5); Dispositivos de Erecção por Vácuo;
- Terapêuticas de 2ª Linha: Injecção intra corpo cavernoso com Alprostadilo; Dispositivo intra-uretral com Alprostadilo
- Terapêuticas de 3ª Linha: Implantação de próteses penianas e, em casos mais raros, intervenções cirúrgicas sobre as artérias ou veias penianas.

Encaminhamento na Terapêutica Farmacológica

Este ensino consiste, acima de tudo, em esclarecer o modo correcto de tomar a terapêutica em causa e possíveis efeitos secundários. Os inibidores da fosfodiesterase 5 (Viagra, Cialis e Levitra) devem ser tomados se existe desejo ou estímulo. Caso estas condições não se verifiquem, dificilmente se obterá algum efeito, o que pode aumentar a frustração do utente. Os utentes devem ser alertados para os riscos de hiperdosagem, mas, por outro lado, também devem ser desmistificados alguns equívocos acerca desta medicação, no sentido de favorecer a adesão terapêutica. A escolha do tipo de inibidor da fosfodiesterase 5 deverá ter em conta a frequência e espontaneidade das relações e a experiência do utente.

Bomba de Erecção por Vácuo com Anel de Constrição

O ensino consiste em esclarecer o utente, e parceira(o), sobre o modo de funcionamento do dispositivo, as vantagens e inconvenientes deste método e as medidas preventivas a adoptar durante o seu uso. É fundamental informar o utente de que este método, não sendo muito dispendioso nem difícil de executar, obriga a um tempo máximo de erecção de 30 minutos. Durante a erecção o pénis fica frio, com cianose e inclinação ventral, podendo causar algum desconforto ao casal, durante a relação sexual. São necessárias algumas tentativas para escolher o anel adequado. O homem deverá ficar sentado, de forma a poder observar o procedimento. O dispositivo deverá ser bem adaptado à base do pénis, após colocação do lubrificante, para evitar sucção de outras estruturas e desconforto do doente. Se em algum momento detectar um problema deverá anular o vácuo e recomeçar o procedimento. Existem dispositivos manuais e com bateria, com e sem anel constritor, consoante a finalidade seja provocar uma erecção ou provocar uma erecção para ter re-

lações sexuais. Em algumas circunstâncias é usado este método como complemento da reabilitação da erecção, podendo, neste caso usar-se um dispositivo sem anel constritor, mantendo o vácuo com o próprio dispositivo durante cerca de 15 minutos, três vezes por dia. São abordados os cuidados de manutenção a ter com o aparelho, nomeadamente na sua limpeza e armazenamento. Como complemento do ensino é mostrado um vídeo e cedido folheto de esclarecimento.

Auto-Injecção Intra-Corpo Cavernoso

A injecção intracavernosa com Alprostadilo é aconselhada quando, no tratamento de disfunção erétil, os métodos não invasivos são ineficazes e/ou dispendiosos para o indivíduo. Também se realizam no contexto de Reabilitação Sexual, subsequente a Prostatactomia Radical (pode ter início a partir do primeiro mês de cirurgia) em que se preconizam duas injecções semanais, durante seis a oito semanas. O programa de ensino é cumprido em três sessões, ou as necessárias para o utente, procurando desde logo identificar a dose adequada (dose mínima com efeito suficiente). O utente é incentivado a trazer o(a) companheiro(a), se o(a) tiver, e se essa fôr a sua vontade. Na primeira sessão, é realizada uma breve colheita de dados se não tiver sido realizada antes. São abordados os objectivos do tratamento, os efeitos esperados e secundários possíveis, os procedimentos correctos (de preparação e administração), bem como a conservação e armazenamento adequados do medicamento e a frequência e intervalos de administração aconselhados. De seguida, é feita a demonstração do modo de preparação do medicamento, alertando para os cuidados de higiene e assepsia necessários, em pequenos passos. Posteriormente, é fornecido um panfleto do serviço com todas estas informações. Nos ensinamentos subsequentes o utente prepara e administra a injecção, com supervisão da enfermeira. Devem ter-se em conta aspectos como a vontade em aderir ao tratamento, a destreza manual, o volume abdominal e a acuidade visual do utente, bem como, a colaboração da(o) companheira(o), que podem, se existirem alterações, pôr em causa a viabilidade deste método. Por vezes pode ser necessária a toma de um analgésico, devendo evitar-se o uso dos salicilatos, porque podem potenciar o risco de hemorragia. Em doentes hipocoagulados o tempo de pressão sobre o local da injecção deverá ser superior ao preconizado habitualmente, de dois minutos, até se conseguir hemostase. Nem sempre os utentes querem ou conseguem dar continuidade ao tratamento, no entanto, o mais importante não é, em si mesma, a realização do tratamento mas o processo de decisão do utente. O papel do enfermeiro passa por ajudar o utente a fazer uma escolha que contribua positivamente para a sua qualidade de vida, sem influenciar a sua decisão.

Dispositivo Intra-Uretral com Alprostadilo

Esta é uma opção de fácil aplicação, embora menos eficaz e mais dispendiosa que a anterior. É fornecido o folheto do medicamento e demonstrado o seu funcionamento, usando um exemplar do serviço. O doente deve urinar antes do procedimento. A aplicação intra-uretral é feita com o pénis na posição vertical e no final, após fricção do pénis, o homem deve andar durante alguns minutos. Os doentes são alertados para os possíveis efeitos secundários, nomeadamente o facto de o Alprostadilo ter efeito abortivo.

Próteses Penianas

Este é o método mais invasivo no tratamento da disfunção erétil. Dado que o indivíduo não tem outra escolha esta é, muitas vezes, bem aceite e até procurada. É fundamental

ouvir estes utentes sobre as suas expectativas em relação a esta cirurgia e desfazer mitos, mesmo porque, além de ser uma opção terapêutica dispendiosa, envolve riscos potencialmente graves. Este método pode resultar numa enorme frustração para o utente e para os profissionais envolvidos quando o resultado não é o esperado. O ensino consiste na validação e eventual ensino sobre a D.E. e sobre esta opção terapêutica. Existem próteses semi-rígidas e hidráulicas, estas últimas de dois ou de três componentes. As próteses hidráulicas são aparentemente mais fisiológicas, dado que simulam a alternância do estado de repouso e de erecção, mas ambas são eficazes em termos de funcionamento. Nas próteses semi-rígidas basta ao utente elevar o pénis manualmente para ter relações sexuais, enquanto nas próteses hidráulicas tem que accionar o mecanismo de erecção apertando um “botão” que fica colocado no escroto, invisível à vista. É feita demonstração do funcionamento da prótese com um exemplar existente no serviço, podendo recorrer a um lenço ou outro material sobre a prótese, para simular a sua aparência por baixo da roupa. Estes exemplos facilitam a percepção do paciente sobre a sua auto-imagem, vida emocional e social após a cirurgia. São também abordados os possíveis riscos cirúrgicos, o resultado final da cirurgia e os locais de cicatriz, que habitualmente não são visíveis. A glândula, manter-se-á com alguma turgidez (durante a fase de excitação) no entanto não tanto como antes da D.E. Também devem ser esclarecidos aspectos como a dimensão peniana, que não se espera que aumente com este método, mas que faz parte do imaginário de muitos homens que recorrem à consulta com o propósito de colocar prótese peniana. Após a colocação da prótese os ensinamentos são reforçados e a primeira simulação é realizada na presença do médico e enfermeiro, com o objectivo de validar o correcto funcionamento do material. A sexualidade assume uma importância tal na qualidade de vida de alguns indivíduos que, quando confrontados com este diagnóstico, sentem que a sua vida perdeu o sentido. Muitas vezes dizem-se arrependidos das opções terapêuticas que tomaram (cirurgia, etc.) e que levaram à D.E. Possivelmente este facto deve-se apenas à ausência de preparação prévia para o problema. Por este motivo, é fundamental que vejam esclarecidas as suas dúvidas o mais cedo possível e obtenham apoio no seu processo de decisão. De uma forma geral, todas as opções terapêuticas têm maior probabilidade de sucesso quando o paciente tem um(a) parceiro(a) fixo e uma relação estável e de companheirismo. Por outro lado, se o homem manteve até ao momento uma sexualidade quase exclusivamente baseada na genitalidade ser-lhe-á mais difícil adaptar-se a este método (ou a qualquer outro), no entanto, se houver vontade de envolvimento e de exploração da sexualidade do homem ou do casal, a prótese pode permitir a continuidade de uma vida sexual muito prazerosa.

Ejaculação Prematura

Segundo a EAU a Ejaculação Prematura (E.P.) afecta cerca de 20 a 30% dos homens. A sua causa é desconhecida, embora se apontem hipóteses biológicas e psicológicas para o seu aparecimento, entre as quais a ansiedade e a hipersensibilidade peniana. Esta disfunção é classificada como Primária, se existe desde a primeira experiência sexual e permanece ao longo da vida, e Secundária, se foi adquirida no decurso da vida sexual. A E.P. pode causar impacto negativo na auto-estima e na qualidade de vida do indivíduo e companheiro(a). Se existirem outras disfunções sexuais ou genito-urinárias, estas deverão ser tratadas ao mesmo tempo ou antes da E.P. As Técnicas Comportamentais aconselhadas pela EAU são:

- “Parar-Começar” (de Semans) – Neste programa o parceiro estimula o pénis até que o paciente sinta iminência em ejacular. Nesta altura o paciente diz à(o) parceira(o) para

parar, espera que a sensação passe e depois reinicia a estimulação.

- “Compressão peniana” (de Masters e Johnson) – Esta técnica é semelhante mas aqui a(o) parceira(o) aplica pressão manual na glândula, pressionando com o 1º dedo o meato urinário, antes da ejaculação, até que o paciente deixa de sentir iminência ejaculatória.

Ambas as técnicas são aplicadas num ciclo de três pausas antes de atingir o orgasmo. O treino pode atenuar a resposta rápida ao estímulo sexual. Outra técnica muito usada, especialmente por jovens adultos, é a masturbação antes da relação sexual. Dado que muitos homens conseguem uma duração maior na segunda relação sexual consecutiva poderão continuar a estimular a(o) parceira(o), após a primeira ejaculação, com o objectivo de maior gratificação para ambos.

Encaminhamento na Terapêutica Farmacológica: O médico poderá prescrever diversas terapêuticas e dado ser uma área em evolução, o que hoje é válido em termos de medicação poderá estar desactualizado amanhã. É importante para o enfermeiro manter-se actualizado para poder esclarecer o utente nas suas dúvidas. Pode ser prescrita medicação tópica e oral.

Como Terapêutica Local temos: Os Anestésicos Locais (Lidocaína/Prilocaína creme) devem ser aplicados 20 a 30 minutos antes das relações sexuais. O objectivo é reduzir, mas não anular, a sensibilidade do pénis. Deve ser usado preservativo ou lavar o pénis antes das relações porque pode provocar anestesia local do pénis e da vagina. Em caso de alergia aos componentes não deve ser usado. O uso de preservativo também reduz a sensibilidade, o que pode permitir o prolongamento da relação sexual.

Como Terapêutica Oral temos: os SSRIs e a Dapoxetina, esta última concebida especificamente para o tratamento da E.P., com resultados de melhoria significativa sobre o Tempo de Latência de Ejaculação Intra-vaginal. O Sildenafil é usado habitualmente para a DE mas alguns estudos, em pacientes com E.P., referem melhoria da confiança e satisfação sexual global e redução da ansiedade com esta terapêutica, incrementando o efeito SSRI.

O treino dos músculos pélvicos pode promover um melhor controlo da ejaculação. Estes exercícios têm o nome de Exercícios de Kegel, e são de fácil execução e com benefícios a vários níveis. Podem ser realizados em qualquer momento e em qualquer lugar, mas no início o paciente sentir-se-á mais confortável em procurar um local calmo, onde se possa concentrar. Deverá contrair e descontrair alternadamente os músculos pélvicos (imaginando que está a parar o jacto urinário), várias vezes por dia, fazendo gradualmente períodos de contracção mais demorados. Estes exercícios são aconselháveis também a homens saudáveis com o objectivo de melhorar a sua capacidade de atrasar o orgasmo e obter maior satisfação nas relações sexuais. A comunicação entre os parceiros durante as relações sexuais, e fora delas, é fundamental e deve ser abordada durante o ensino. Pode ser sugerido o uso de palavras curtas e objectivas durante a relação que permitam a ambos saber como o outro se sente e em que fase se encontra (de grande excitação ou não), para, desta forma, obterem melhores resultados.

Conclusão

Desde o início da nossa formação que ouvimos e utilizamos a palavra holismo com frequência, vendo-a até, por vezes, trivializada nos discursos e nas intervenções. A atenção dada à sexualidade é mais uma forma de lhe dar sentido e de cumprir a nossa missão. A área da Medicina Sexual, e em particular da Andrologia, tem muito a explorar pelos enfermeiros e, não sendo uma área “fácil”, permite-nos a aproximação aos utentes e fa-

mílias, de uma forma menos convencional mas muito enriquecedora para ambas as partes. Por essa razão, o trabalho de equipa é essencial permitindo oferecer uma imagem de coesão, segurança e confiança a quem necessita dos nossos cuidados. Dado que, como refere Alexandre Moreira, “o Homem descende do sexo”⁵, a sexualidade assume-se como uma dimensão transversal, de uma forma ou de outra, à vida de todos os indivíduos e por isso merecedora de uma maior atenção por parte da enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

1. Volpe, E., Wertheimer, J. (2004) Exploring sexuality attitudes and knowledge in nursing: an education program, Doctor of Philosophy in Clinical Sexology. Faculty of The American Academy of Clinical Sexologists at Maimondes University, Florida
2. Ministério da Saúde, (1999) Consulta de enfermagem
3. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. “Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interactivo”. Lusodidacta. 1992. Lisboa.
4. Albaugh J., Ferri, R.S. (2006).The Treatment of Sexual Dysfunction: A Nurse-Based Clinic
5. Moreira, A. M., (2003) Disfunções Sexuais Masculinas, Definição, Classificação e Incidência Em: Quarteto (ed) a Sexologia – Perspectiva multidisciplinar I, coord. Lígia Fonseca, Catarina Soares, Júlio Machado Vaz. Coimbra.
6. European Association of Urology, “Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation”, 2009
7. Mercadier, C. “O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – o corpo, âmbito da interacção prestador de cuidados-doente”. Lusociência. 2004. Loures.
8. Taylor B, Davis S, (2006) Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs, Nursing Standard. 35-40
9. Organização Mundial de Saúde (2002).Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health. WHO Press. Geneve.

VIII
**PATOLOGIAS
PENO-ESCROTAIS
E A SEXUALIDADE**

DOENÇA DE LA PEYRONIE E CURVATURA CONGÉNITA DO PÊNIS

Jorge Fonseca

Assistente Graduado de Urologia
Fundação Champalimaud

Miguel Almeida

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C - Hospital S. José

I. DOENÇA DE LA PEYRONIE

Introdução

Formalmente descrita pelo médico-cirurgião da corte francesa de Luís XV, a Doença de La Peyronie (DP) eternizou nos anais da Urologia o nome de François Gigot de la Peyronie (1678-1747). Historicamente, a primeira descrição de uma curvatura peniana foi atribuída ao imperador bizantino Heraclius (575-641), mas só no ano de 1743 La Peyronie descreveu formalmente a doença no seu livro acerca de “disfunção ejaculatória”. Actualmente, é uma patologia cujo estudo etiológico e abordagem terapêutica permanecem um constante desafio. Semiologicamente caracteriza-se pelo surgimento insidioso e aparentemente espontâneo de uma curvatura peniana, que cursa inicialmente com dor e pode culminar numa impossibilidade em obter um coito satisfatório.

Epidemiologia, Clínica e Fisiopatologia

Com uma prevalência estimada entre os 3,2 – 8,9%, é unânime que muitos serão os doentes que apesar de apresentarem a condição não procuram auxílio médico. A grande maioria fá-lo tardiamente na evolução da doença, motivados não pela dor mas sobretudo pelo impacto psíquico que a curvatura peniana e a impossibilidade em consumir uma relação sexual impõem no homem.

A DP surge tipicamente em homens com idades compreendidas entre os 40 e 70 anos. A sua evolução obedece geralmente ao seguinte padrão, que o clínico deverá reconhecer a fim de perfilar prognosticamente o doente:

Fase Aguda – durante 6 a 18 meses, com instalação da curvatura peniana que poderá acentuar-se dinamicamente, e surgimento de dor moderada a intensa durante a erecção.

Fase Crónica – dor torna-se ligeira ou mesmo nula, e a curvatura encontra-se estabilizada.

O doente apresenta-se tipicamente com queixas de curvatura peniana, com ou sem dor, com ou sem disfunção eréctil, e com placa peniana palpável geralmente a nível da face lateral e/ou dorsal (ver figura 1). Para além da história clínica, é muitas vezes importante complementar a primeira abordagem com fotografias do pênis em erecção obtidas pelo próprio doente, e nos casos indicados um Eco-doppler peniano (cerca de metade dos doentes com DP possuem factores de risco de doença arterial periférica e irão conse-

quentemente desenvolver **disfunção erétil**; esta pode igualmente ser consequência da falência do mecanismo veno-oclusivo provocado pela fibrose subalbugínea).



Figura 1

É actualmente aceite que o microtrauma causado pelo acto sexual sobre o pênis erecto está na base do desenvolvimento das placas na grande maioria dos casos; distúrbios da cicatrização aparentam ser mais comuns em doentes com DP e alguns dados apontam para uma possível predisposição genética. É importante conhecer associação demonstrada da DP com a Doença de Dupuytren, assim como reconhecer factores de risco identificados nesta população de doentes: a Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes mellitus, o Alcoolismo e o Tabagismo.

Fisiopatologicamente está na base da doença uma perda do balanço entre factores pró-fibróticos e antifibróticos. Factores pró-fibróticos como a TGF- β 1, fibrina, inibidor tipo-1 do activador de plasminogénio (PAI-1) e inibidores tecidulares das metaloproteinasas poderão estar sobre-expressos. Factores antifibróticos incluem as metaloproteinasas matriciais, responsáveis pela degradação do colagénio. A inibição do sistema fibrinolítico, ou uma incapacidade em degradar a fibrina incorporada na túnica, permite perpetuar uma resposta pró-inflamatória, culminando esta na formação de placas. A formação destas placas é secundária à deposição excessiva de fibras desorganizadas de colagénio e matriz extracelular, e o motivo pelo qual o pênis perde propriedades elásticas de forma segmentar, com consequente encurvamento do seu eixo de ereção fisiológico.

Terapêuticas Não Cirúrgicas

No que respeita à eficácia da terapêutica médica, escassos são os estudos. É legítimo dizer-se que o seu benefício é mínimo. É contudo admissível oferecer um tratamento oral ou injectável (intra-placa) como primeira abordagem terapêutica, sob intuito de estabilizar a placa e reduzir a dor, limitando a fase aguda da doença.

Terapêutica Oral:

1) Vitamina E (Tocoferol): uso comum, pela sua segurança e baixo custo; o princípio da sua indicação reside nas suas capacidades anti-oxidantes a nível das células cavernosas.

2) Para-aminobenzoato de Potássio (Potaba®): utilizado desde 1959, promove processos antifibróticos endógenos; pode traduzir melhorias no que respeita à dor e actuar como estabilizador da placa.

3) Colchicina: hipoteticamente reduzirá a produção de ácido láctico, diminuindo a deposição de ácido úrico e síntese de colagénio.

4) Tamoxifeno: potencial modulador do TGF- β 1, reduzindo a fibrose. Incluído na terapêutica oral de segunda linha.

5) L-Carnitina: terá um efeito benéfico na redução de radicais livres, aliviando a dor e a progressão da doença.

6) Pentoxifilina: trata-se de um inibidor da fosfodiesterase não específico, com resultados promissores. Diminui a síntese de colagénio tipo I.

7) Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (IPDE5): está demonstrado o efeito destes agentes na redução dos efeitos inflamatórios associados ao stress oxidativo.

Terapêutica Injectável (intra-placa):

Em 1954 foram descritos resultados favoráveis resultantes da injeção de Corticosteróides, contudo o seguimento a médio/longo prazo acabou por determinar a falência desta via terapêutica. Actualmente encontram-se à disposição a injeção de:

1) Colagenase: tem um efeito de degradação do colagénio intersticial, especificamente o tipo II. O efeito terapêutico deste agente já deu mostras em ensaios clínicos fase III, quer na fase aguda, quer na fase crónica da doença.

2) Verapamil: um antagonista dos canais de Cálcio, promove a actividade da colagenase e inibe a proliferação fibroblástica nas placas. É uma opção barata e segura.

3) Interferão α 2a / α 2b: a injeção intra-placa de agentes como o interferão- α -2b demonstrou em pelo menos dois estudos um efeito estatisticamente significativo sob a curvatura peniana, extensão e densidade da placa, função erétil e hemodinâmica peniana.

Outras terapêuticas não cirúrgicas poderão nomear-se, tais como a aplicação tópica de corticosteróides, a terapêutica por LEOC, a iontoforese, a ablação por LASER, e os mecanismos de tracção peniana, contudo os resultados dos estudos envolvendo tais abordagens são desencorajadores.

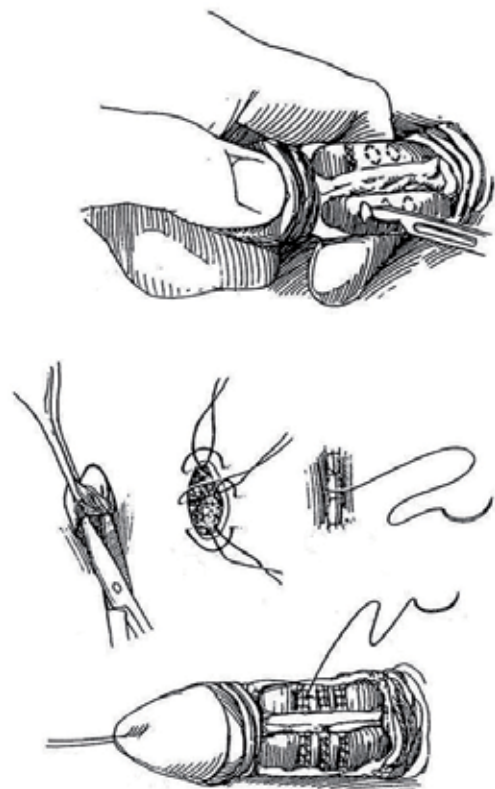
Terapêutica Cirúrgica

Admitindo como indicação para terapêutica cirúrgica a impossibilidade em obter uma relação sexual satisfatória, o candidato ideal para intervenção será aquele cuja placa se apresente estável (e normalmente 12 meses após diagnóstico). Apesar das abordagens médicas poderem traduzir melhorias, uma curvatura grave (com mais de 60 graus) deverá ser primariamente tratada cirurgicamente. Antes da cirurgia, a avaliação da função erétil é fundamental.

1) Plicatura peniana na face convexa: solução ideal em casos de doente com curvaturas inferiores a 60 graus, com comprimento peniano dentro da média, e boa função erétil pré-cirúrgica. A queixa / complicação mais valorizada é o encurtamento peniano.

Inicialmente desenvolvida para cura de curvatura peniana congénita (1965), a corpo-roplastia de **Nesbit** (incisões elipsóides transversais da albugínea do lado são, seguidas de sutura com fio não absorvível ou de absorção lenta – ver figura 2) rapidamente demonstrou utilidade na correcção da DP. Outras técnicas que envolvem o mesmo princípio são a de **Yachia** (incisão albugínea longitudinal oposta à placa, e plicatura transversal), a de **Essed-Schroeder** e **Duckett-Baskin** (preservando o mecanismo veno-oclusivo, baseiam-se na plicatura da albugínea sem perda de substância) ou a dos “**16 pontos**” de Gholami e Lue (recorrendo a uma incisão peno-escrotal, obviando uma incisão circuncisional e complicações associadas).

A taxa de sucesso destas cirurgias é elevada e a satisfação dos doentes ronda os 80%.



Técnica de Nesbit

Adaptado de Atlas Of Urologic Surgery, F. Hinman, 2nd Edition

Figura 2

2) Incisão/Excisão da placa e Plastia com Enxerto: para os casos de curvatura grave ou pênis curto.

Obedecem essencialmente a dois passos:

- (1) Incisão de relaxamento da albugínea afectada, com/sem excisão de parte da placa.
- (2) Plastia compensatória com enxerto.

É a solução para os casos de curvatura grave, superior a 60 graus, com mais do que uma área de fibrose e/ou pênis curto. O trabalho de dissecação envolvido é exigente, tendo como premissa a preservação dos feixes neurovasculares dorsais. A incisão na placa pode assumir a figura de um “duplo Y” ou um H (técnica de Sampaio); o enxerto deverá configurar uma dimensão cerca de 10% superior ao defeito e ser geometricamente complacente; a sutura é contínua e a sua estanquidade deverá ser comprovada com uma erecção induzida intra-operatoriamente (ver figura 3). O tipo de enxerto utilizado varia conforme a disponibilidade da instituição e experiência do cirurgião: veia safena, mucosa bucal, matriz dérmica porcínea acelular, duramáter (técnica de Sampaio), pericárdio e submucosa de intestino delgado são alguns dos materiais utilizados. O pericárdio possui a vantagem de não requerer colheita e de apresentar uma resistência tensil substancial, servindo de meio à proliferação de elementos celulares de túnica albugínea, sendo o enxerto enzimaticamente degradado. Estas técnicas acarretam um risco de disfunção eréctil de novo, contudo a taxa de satisfação dos doentes ronda os 50 a 75%.

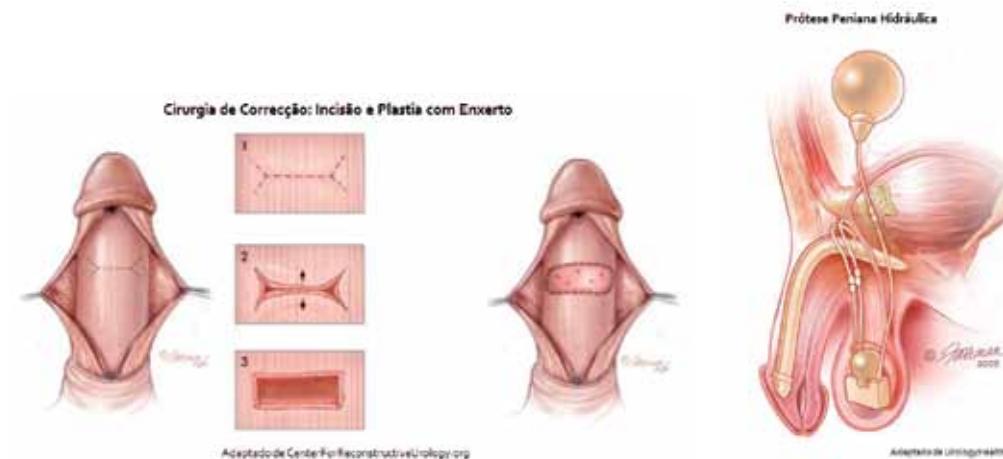


Figura 3

Figura 4

3) Prótese peniana: aplicável nos casos de doentes com disfunção eréctil associada não tratável medicamente. Permite rectificar o pênis e obviar a disfunção eréctil. As maiores taxas de satisfação do doente estão associadas ao implante de mecanismos insufláveis (ver figura 4), em oposição aos maleáveis. Em doentes com curvaturas de angulação superior a 30 graus, poderá ser necessário realizar concomitantemente cirurgia de relaxamento de placa e plastia com enxerto. As complicações não são desprezáveis, incluindo a infecção, a avaria do aparelho e erosão.

Impacto na Sexualidade

A doença de Peyronie é uma das situações que mais interfere com a sexualidade quer no período pré-tratamento quer na fase pós-cirúrgica. Muitos doentes revelam um quadro depressivo, com redução da auto-estima e um desinteresse pelo sexo. A deformação provocada pela doença leva a perturbações sérias da auto-imagem e conseqüentemente a tendência a evicção sexual. A curvatura peniana, associada a dor e ao deficit de ingurgitamento da glande, diminuem a capacidade de penetração. Nas fases avançadas pode haver compromisso do mecanismo veno-oclusivo com disfunção eréctil. As cirurgias de correção podem por sua vez conduzir a alterações da sensibilidade peniana e a disfunção eréctil. A perda do comprimento peniano na sequência da corporoplastia é outro factor negativo para a sexualidade. Está provado que a relação conjugal é afectada por tudo que foi dito e ainda pela dor que a deformação peniana pode provocar na parceira. Portanto existe franca diminuição da satisfação sexual global e um marcante golpe no símbolo da virilidade e da masculinidade.

Conclusão

A Doença de La Peyronie representa um desafio médico-cirúrgico para o Urologista. Apesar de ser uma doença benigna, carrega consigo um pesado labor psíquico para o doente, cujas expectativas e anseios importa definir atenciosamente, previamente a qualquer gesto terapêutico definitivo.

II. Curvatura Congénita do Pênis

Etiologia e Fisiopatologia

De etiologia desconhecida, é uma rara condição resultante do excesso de elasticidade de uma face do pênis (geralmente a dorsal) comparativamente às restantes, resultando em

curvatura do pênis erecto. Ao contrário da Doença de La Peyronie, trata-se de uma doença congénita e não adquirida, cursa de forma indolor, sem endurecimentos palpáveis, manifestando-se na fase púbere, e não estando associada a disfunção eréctil.

Na infância pode ser motivo de consulta de Cirurgia Pediátrica quando na forma de cordão fibroso uretral associado a *hipospadias*. É usualmente na fase pós púbere que o doente jovem adulto recorre ao urologista, não sendo raro a esta condição estar associada a disfunção eréctil psicogénica.

Terapêutica Cirúrgica

Sendo o diagnóstico clínico, é legítimo preconizar tratamento definitivo sem recurso a exames auxiliares. A terapêutica é cirúrgica. O maior desafio será o de confortar e esclarecer em termos de expectativas um doente tipicamente jovem e ansioso. Importa referir que a elasticidade aumentada do pênis diminui o impacto do encurtamento induzido pela cirurgia.

As opções cirúrgicas são as já descritas para a plicatura peniana da face convexa. A corporoplastia de Nesbit é a técnica mais amplamente empregue nesta patologia, com resultados a longo prazo muito favoráveis, sendo contudo legítimo utilizar qualquer uma das restantes opções, desde que em casos cuidadosamente seleccionados.

BIBLIOGRAFIA

1. Larsen SM, Levine LA. Review of non-surgical treatment options for Peyronie's disease. *Int J Impot Res* 2012; 24:1–10.
2. Levine LA, Burnett AL. Standard operating procedures for Peyronie's disease. *J Sex Med* 2013; 10:230–234.
3. Jordan GH, McCammon KA. Peyronie's disease. *Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA Campbell-Walsh Urology*. 10th ed. Philadelphia: Saunders; 2007. pg. 792–809.
4. Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Mirone V, Perovic S, Sohn M, Usta M, et al. The management of Peyronie's disease: evidence-based 2010 guidelines. *J Sex Med* 2010; 7:2359–2374.
5. Gur U, Jordan GH. Surgical treatment of Peyronie's disease. *Graham SD Jr, Keane TE Glenn's Urologic Surgery*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2010. pg. 481–486.

ANOMALIAS DA DIMENSÃO DO PÊNIS

Sandro Gaspar

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

José Santos Dias

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Introdução

O corpo humano pode variar grandemente, tanto em forma como no tamanho e o aspecto morfológico de certas zonas do corpo pode ser um sinal de uma patologia subjacente. A dimensão do pênis é um destes casos. A preocupação com o tamanho do pênis é muito comum na população masculina e transversal a muitas culturas¹. A maioria dos homens (59%) começa a expressar preocupação acerca da dimensão do pênis ainda na infância e o número de homens que procuram auxílio médico por este motivo tem vindo a aumentar².

Muitos homens ocidentais baseiam atualmente a sua ideia de normalidade em imagens de pênis vistos em pornografia. A impressão anedótica de *Mondaini et al* é que os atores pornográficos não sejam representativos da população em geral² e criem uma imagem distante da realidade. A literatura mostra que 85% a 94% dos homens tem tendência a valorizar demais o tamanho (normal) do pênis³. Muitos deles procuram validação e tranquilização acerca do seu potencial viril ou fértil. Certos casos podem tratar-se mesmo de micropênis ou pseudomicropênis, noutros, uma característica psicológica chamada dismorfofobia peniana, que acontece na ausência de qualquer anormalidade ou anomalia². A auto-estima do homem pode estar grandemente afectada pela percepção do tamanho do seu pênis. Esta preocupação pode dizer respeito ao pênis em ereção, mas também ao pênis flácido⁴. No entanto, seguindo princípios básicos de educação sexual juntamente com métodos objetivos de avaliação do tamanho do pênis, é geralmente possível aliviar a ansiedade associada e potencialmente evitar cirurgias desnecessárias³ de aumento peniano. É importante, por isso, avaliar corretamente as dimensões do pênis, numa consulta de Andrologia, de forma a identificar exatamente o que é normal e o que é patológico, bem como para aferir resultados de uma intervenção médica ou cirúrgica^{5,6}.

Avaliação Clínica

Habitualmente, o comprimento do pênis é determinado medindo a distância desde a sínfise púbica à ponta da glande, em extensão completa. Este método não é fielmente reproduzível se tivermos em conta a variabilidade anatómica do homem: *chordee* grave, presença de grande massa adiposa pré-púbica, um escroto volumoso que englobe uma porção do pênis, entre outras. A presença de uma “almofada” de gordura pré-púbica pode alterar a percepção do comprimento peniano por parte do homem, diminuindo visivelmente a porção pendular do mesmo. Há homens que se queixam de pênis retráctil, explicado unicamente por este fenómeno⁷. No entanto, este método, segundo *Chen et al*⁸ (e também por *Schonfeld*⁹), estima com elevada segurança o tamanho do pênis em ereção.

Uma outra forma de aferir o tamanho correto do pênis, particularmente em crianças, é

através de *ecografia longitudinal peniana*, com determinação do tamanho corpóreo, geralmente na sua superfície dorsal¹⁰. Tem particular importância, a definição de um tamanho normal, no diagnóstico e tratamento de uma disfunção sexual à luz de uma cirúrgica de aumento peniano^{7,11}.

Apesar de desejo de muitos homens de aumentar a dimensão do seu pênis, as indicações formais para este procedimento não estão ainda corretamente estabelecidos, e as inúmeras complicações descritas não são desprezíveis¹². Os dados disponíveis na literatura são escassos e em muitos casos os parâmetros de aferição bem como as características populacionais, diferem de estudo para estudo. Não existe um consenso quanto à métrica padrão dos genitais externos. Consequentemente, o aconselhamento e/ou tratamento de adultos com preocupações associadas à dimensão dos genitais externos torna-se mais complexo¹³.

O primeiro trabalho acerca do tamanho do pênis foi realizado por *Loeb em 1899*¹⁴. Desde então a literatura tem sido relativamente homogênea quanto ao tamanho “normal”, ou médio do pênis. *Soylemez et al*¹⁵, compilou em 2012 os dados relativos a diversos países (EUA, Nigéria, Israel, Itália, Turquia, Grécia, entre outros) determinando, para um total de 12257 homens um valor médio próximo dos 9cm e um valor em extensão próximo dos 13cm. Algumas observações são transversais a estes estudos: o tamanho do pênis tem alguma consistência; o tamanho do pênis em estiramento é geralmente 3–4cm superior ao tamanho do pênis flácido e próximo ao tamanho em ereção; existe uma boa correlação entre o pênis em extensão e o pênis ereto^{4,7}. A principal crítica a este tipo de trabalhos é a sua variabilidade tendo em conta a diversidade étnica, diferentes idades e diferentes métodos de avaliação.

As verdadeiras anomalias do pênis são comuns e podem ser congénitas, adquiridas ou iatrogénicas. As anomalias congénitas que dizem respeito ao tamanho do pênis resultam de uma perturbação da diferenciação dos caracteres sexuais¹⁶. Para uma melhor compreensão, dividem-se estas entidades de acordo com a fase da vida em que surgem. Na infância destacam-se duas grandes patologias: o micropénis (geralmente congénito) e o pseudomicropénis (que pode ser congénito ou adquirido). A curvatura patológica peniana pode aparecer na infância ou na idade adulta, com etiologias diferentes, respectivamente. E finalmente o megalopénis, uma patologia da idade adulta.

Micropénis

O micropénis corresponde a um pênis anormalmente pequeno, mas estruturalmente normal com um tamanho peniano em extensão inferior a 2.5 desvios padrão da média para a idade ou estadios de desenvolvimento sexual¹⁷ com consequências graves para o desenvolvimento da identidade sexual do homem¹⁸. Por definição, apenas afeta indivíduos XY, na forma de um pênis globalmente pequeno (rafe mediana, prepúcio e glande) com normal implantação do meato uretral. Os corpos cavernosos e o corpo esponjoso podem ou não estar presentes. O escroto está presente podendo estar subdesenvolvido. Também os testículos, geralmente no saco escrotal, podem ser hipofuncionantes. Não devem existir sinais de feminização¹⁹. A prevalência está em 1–3% dos homens¹⁷.

Existem 3 tipos de micropénis, Segundo uma *classificação de Wittaker e Ransley de 1989*^{17,18}:

(1) micropénis endócrino, (2) micropénis disgenético e (3) micropénis idiopático.

1. **Micropénis endócrino**, por secreção deficiente de testosterona, que é o mais frequente, ocorre por ausência de estímulo androgénico (LH) após a 12ª semana de vida fetal. Na idade neonatal e puberdade existe nova fase de crescimento peniano. A ausência de crescimento nesta fase pode ter duas etiologias: hipogonadismo hipogonadotrófico (ausência de produção de GnRH, com consequente défice de LH e FSH, que ocorre com hipoplasia testicular

e criptorquidia) ou hipogonadismo hipergonadotrófico (por insensibilidade das células alvo aos androgénios, com LH e FSH elevadas, ou por deficiência da 5alfa-redutase)²⁰.

2. Micropénis disgenético: por insensibilidade de receptores androgénicos penianos.

3. Micropénis idiopático: se função endocrinológica normal.

*Bin-Abbas et al, em 1999*²¹, propõe uma classificação etiológica diferente, mais exaustiva:

1. Secreção deficiente de testosterona
 - a. Hipogonadismo hipogonadotrófico
 - i. Isolado, incluindo o síndrome de Kallman
 - ii. Associada a outras deficiências pituitárias hormonais
 - iii. Síndrome de Prader-Willi
 - iv. Síndrome de Laurence-Moon
 - v. Síndrome de Bardet-Biedl
 - vi. Síndrome de Rud
 - b. Hipogonadismo primário
 - i. Anorquia
 - ii. Síndrome de Klinefelter e síndrome Poli-X
 - iii. Disgenesia gonadal incompleta
 - iv. Defeitos do receptor de hormona luteinizante (incompleta)
 - v. Síndrome de Noonan
 - vi. Síndrome de Down
 - vii. Síndrome de Robinow
 - viii. Síndrome de Bardet-Biedl
 - ix. Síndrome de Laurence-Moon
2. Ação defeituosa da testosterona
 - a. Deficiência de hormona do crescimento/ILGF1
 - b. Defeito incompleto dos receptores de androgénio
 - c. Deficiência incompleta da 5alfa redutase
 - d. Síndrome da hidantoína fetal
3. Anomalias de desenvolvimento
 - a. Afalia
 - b. Extrofia cloacal
4. Idiopática
5. Com associação a outras malformações congénitas

O **diagnóstico** passa por *avaliação cromossômica ou cariotipagem* para determinar o sexo genético e excluir outras síndromes. As *gonadotrofinas* (LH e FSH) devem ser doseadas, bem como *Testosterona*, *DHT*, *androstenediona*. Um *teste de estimulação GnRH* determina a resposta das glândulas pituitárias para produzir LH e FSH. O hipopituitarismo pode ser avaliado através do cortisol e tiroxina livre e total. A resposta à estimulação com gonadotropina humana coriônica irá avaliar a biossíntese de testosterona²⁰. A *ecografia pélvica* (genitais ambíguos) e/ou *ressonância magnética craniana* (área pituitária ou hipotalâmica) podem ser exames complementares importantes²⁰.

O **tratamento** do micropénis deve ser focado na otimização de uma função sexual normal, uma imagem corporal apropriada e de normal micção em ortostatismo. Aumentar o tamanho do pênis para valores ditos “normais” para a idade não deve ser o objetivo primário. A terapêutica médica passa pela administração de testosterona, doses de 25–50mg, a cada três semanas, durante 3 meses. Se houver défice de gonatropinas, pode ser administrada *hCG* na dose de 500 UI, intramuscular, 2 vezes por semana, durante 3 meses. Segundo alguns autores (*Ky et*

al, 1998)²², a administração pode ser feita entre os 3 e os 8 anos (terapêutica precoce). Outros sugerem a puberdade para iniciar terapêutica. Ky et al defendem também a aplicação de DHT tópica, a 5%, desde idades jovens até final da puberdade²². A terapêutica cirúrgica não está indicada para o micropénis endócrino, pelo sucesso comparativo da terapêutica médica. No caso da etiologia disgenética em que a terapêutica hormonal não tem qualquer resultado, pode haver lugar a cirurgia de reatribuição do sexo se micropénis hipogonádico grave com atrofia testicular bilateral. As situações mais graves são quase sempre observadas e tratadas em cirurgias pediátricas nos 3 primeiros anos de vida e geralmente associados a estados intersexuais.

Pseudomicropénis (*Inconspicuous pénis*)

O Pseudomicropénis (*inconspicuous pénis*) define-se como um pénis aparentemente pequeno mas com um tamanho normal quando em extensão ou estiramento máximo, medido desde a sínfise púbica à ponta da glande, com um diâmetro normal da haste peniana²³, que é identificado em idade pediátrica. Esta entidade difere do verdadeiro micropénis, sendo geralmente secundária a outras causas como “webbing” penoescrotal ou megaprepúcio, pénis “enterrado” (*buried penis*) e pénis “encarcerado”, entre outras.

Buried Penis (pénis “enterrado” ou escondido)

Trata-se de uma patologia congénita em que o pénis fica enterrado por pele prepucial e tecido subcutâneo^{24,25}, que pode ter várias etiologias: gordura prépubélica²⁵; ausência de ancoragem da fásia superficial de Colles e pele à fásia profunda de Buck da base do pénis; bandas fibrosas anormais; massas escrotais volumosas como hérnias ou hidroceles, excesso de pele prepucial (megaprepúcio)²⁷, ou uma combinação das anteriores²⁸. O desenvolvimento da glande e corpos cavernosos é normal¹⁸. No caso de uma predominante adiposidade pré-púbica ou abdominal, frequente nas crianças muito obesas a patologia tem o nome de pénis oculto ou *concealed penis*.

O exame clínico geralmente faz o diagnóstico, confirmando-se um valor normal de tamanho peniano após redução do excesso de tecido adiposo ou prepúcio circundante. A maioria das crianças não necessita de correção cirúrgica se o problema for excesso de tecido adiposo, que tem tendência a desaparecer com o crescimento²⁷. Em indivíduos obesos há algum sucesso com uma lipossucção ou abdominoplastia^{24,29}. A correção da laxidão de pele peniana ou bandas fibróticas anormais é cirúrgica, com fixação das fásias superficiais às profundas e restabelecimento do ângulo penoescrotal e pénopúbico^{26,30,31,32}. A circuncisão está geralmente contraindicada pois mobiliza a pele pilosa escrotal para a haste peniana¹⁸.

Webbed Penis (ou fusão penoescrotal, ou penis palmatus)

Corresponde a uma condição, congénita ou adquirida, em que ocorre o prolongamento do saco escrotal para o ventre do pénis. A forma congénita resulta de uma anomalia da fásia de dartos que liga a pele peniana e o escroto, com obliteração do ângulo penoescrotal ventral³³. A forma adquirida é consequência de uma circuncisão (ou uma outra cirurgia peniana), geralmente por excisão excessiva de pele peniana ventral. Pode estar associada a hipospádias¹⁸.

O exame objetivo revela tração da pele escrotal quando o pénis é fletido sob a parede abdominal anterior. É necessária correção cirúrgica, por razões estéticas ou funcionais, com várias técnicas descritas:

- Duas incisões paralelas laterais com encerramento ventral dos *skin flaps* resultantes³⁴
- Incisão transversa penoescrotal de Shapiro³⁵
- Flap rotacional (de Byar) do prepúcio para a região ventral²⁷
- Plastia Y-V modificada de Redman^{36,37}

Trapped Penis ou Pénis Encarcerado

Corresponde a uma forma adquirida de *inconspicuous penis*, em que a pele peniana forma uma cicatriz circunferencial distal para ou ao nível da glande, que encarcera o pénis. Ocorre geralmente no seguimento de uma circuncisão exuberante ou uma circuncisão numa criança com um *webbed* pénis não resolvido²⁷, ou mesmo após uma circuncisão numa criança com edema escrotal, em que a pele escrotal fica com adesões à pele dorsal. Aparece como consequência de 2.9% das circuncisões feitas em neonatais³⁸. A glande pode ser visualizada ou pode conter aderências deformantes ou tecido cicatricial da cirurgia prévia. As crianças apresentam geralmente dificuldades miccionais, deficiente higiene, balanites, infecções urinárias e problemas psicossociais³⁹.

O tratamento passa primeiro por utilização de esteróides tópicos, com resolução bem-sucedida nalguns casos⁴⁰. Noutros casos é inevitável recorrer à lise cirúrgica das aderências e a recircuncisão. Pode mesmo ser necessário recorrer a plastias extensas para um bom resultado cosmético^{41,42}.

Pénis Retrátil

Ocorre por aderências anormais congénitas entre a *fásia de Colles* e os corpos cavernosos, podendo ocorrer apenas na face ventral do pénis. A ancoragem aos corpos cavernosos impede o normal desenvolvimento do pénis. É secundário pois ocorre na sequência de um traumatismo ou cirurgia com estenose da pele peniana¹⁸. O tratamento passa por desbridamento e plastia com pele prepucial¹⁸.

Megapénis

Um megapénis (ou megalopénis) define-se geometricamente como aquele em que comprimento peniano é superior a 2 desvios-padrão, em relação à média, para a idade¹⁸. Na população portuguesa, apenas 1% da população possui um megalopénis¹⁸. A dimensão excessiva do pénis pode ser incómoda na altura do coito em mulheres com vagina curta ou estreita, com traumatismo vaginal ou peniano consequente¹⁸. Parece haver relação directa entre grande volume peniano e disfunção erétil talvez por falência do mecanismo veno-oclusivo.

Anomalias de Diâmetro Peniano

Não existem muitos estudos antropométricos sobre o diâmetro do pénis. O trabalho de revisão mais exaustivo neste capítulo é o de *Wessels et al*⁴³ que estabelece que a circunferência fálica é muito semelhante tanto no estado flácido como no estado ereto, cerca de 9.71 ± 1.17 e 12.30 ± 1.31 cm, respectivamente. Num estudo de 2009, de *Kamel et al*, comparando doentes normais e doentes com disfunção erétil, os achados foram semelhantes: 8.9 ± 0.9 e 8.8 ± 0.8 cm, respetivamente⁴⁴.

As causas mais comuns de aumento do diâmetro do pénis são o **linfedema genital** e a **fractura peniana**. O linfedema genital por envolver o pénis e o escroto ou apenas um das estruturas, resultando geralmente da diminuição da drenagem linfática com retenção consequente associada. Pode ser causada mais comumente por intervenções cirúrgicas, trauma, radioterapia, infiltração maligna e doença granulomatosa ou venérea. Não está associado a trauma. Clinicamente constata-se um edema localizado ou difuso da fásia de dartos, indolor, com início indolente e progressivo. A sua detecção deve sinalizar o clínico para a procura da sua etiologia. O tratamento passa por medidas conservadoras (compressão local, elevação dos genitais e antibioterapia profilática). Linfedemas de grandes dimensões ou crónicos já envolvem procedimentos reconstrutivos complexos.

A fractura peniana é também uma causa de aumento do diâmetro do penis, geralmente por extravasão sanguínea a partir de uma ruptura traumática da túnica albugínea, geralmente ventro-lateral, nalguns casos com ruptura uretral associada. O seu diagnóstico é clínico: existe história de trauma recente, com dor associada, podendo haver hematoma (se ruptura da fáscia de Buck) e uretrorragia (se ruptura uretral), e de início súbito. A ecografia e ressonância magnética confirmam o diagnóstico e podem ser úteis para excluir a lesão uretral associada. A correção cirúrgica urgente da laceração da albugínea tem, na maioria dos casos, um bom outcome cosmético e funcional⁴⁶.

A **dismorfofobia peniana** é uma condição em que homens, cujo pênis tem dimensões normais (tanto em comprimento como em diâmetro ou circunferência), procuram auxílio médico para procedimento de aumento por alteração da percepção das dimensões do mesmo^{47,48}. Um trabalho de revisão de *Ghanem et al*, publicado no *Journal of Sexual Medicine* em 2012, identifica, de entre 420 doentes que manifestaram queixas associadas a um pênis pequeno, menos de 1% apresentava efetivamente alguma anomalia⁴⁹. Nestes doentes é aconselhável uma avaliação psicológica, psicosssexual e urológica por uma equipa multidisciplinar^{50,51,52}. O aconselhamento sexual e avaliação antropométrica das dimensões penianas pode corrigir preconceções erradas e eliminar a ansiedade associada a pênis anormal⁵⁰.

O **pênis pequeno congénito**, é aquele que em estiramento tem entre 1 e 2.5 dp abaixo da média para a idade, aferido com base em tabelas morfométricas como a de *Feldman e Smith* e no adulto é comparado com o tamanho peniano médio. O estudo *IPEHP (Pereira, 2004)* apurou uma prevalência desta entidade de 18.3% na população adulta portuguesa. Na sua génese parece haver também perturbações endócrinas e pode ser secundária a atrofia dos corpos cavernosos, a cavernite plástica e a sequelas de traumatismos ou cirurgias penianas.

O tratamento hormonal androgénico para aumento peniano só tem utilidade antes e durante a puberdade. Na idade adulta os receptores androgénicos são praticamente inexistentes.

Como alternativa existem métodos mecânicos e cirúrgicos. A terapêutica mecânica contempla o *dispositivo de ereção por vácuo e os dispositivos de tração e extensão*. Estão descritos resultados animadores com ganhos entre 2 a 4 cm. Alguns destes aparelhos não estão aprovados pelas autoridades sanitárias e o seu uso tem taxas de abandono elevadas devido a complexidade do uso e a morosidade do processo.

As *cirurgias de aumento de dimensão* do tamanho peniano têm-se tornado comuns, especialmente em regime privado, mas com técnicas cirúrgicas (ainda) experimentais com resultados insatisfatórios e pouco documentados. Estas podem ser divididas em duas categorias, as de aumento do comprimento e aumento do diâmetro do pênis. Na primeira categoria inclui-se a faloplastia de aumento (técnica de secção do ligamento suspensor do pênis e técnica de Perovic ou enxerto de cartilagem costal), a lipossucção ou lipectomia pré-púbica cirúrgica⁴⁹. A injeção de gordura autóloga (lipoinjeção), enxertos de gordura dérmica, injeção de silicone, injeção de ácido hialurónico, enxertagem de tecido sintético (aloenxerto) e enxertos de veia safena nos corpos cavernosos são alguns dos procedimentos usados na cirurgia de aumento do diâmetro do pênis. Não existe um procedimento aceite e aprovado como ideal e os estudos que existem são de pequena dimensão, experimentais e com follow-up curto^{53,54}.

BIBLIOGRAFIA

- Mattelaer JJ. The phallus in art and culture, in Historical Committee of the European Association of Urology: EAU 2000. The Netherlands, Karger, 2000, pp. 8-9
- Mondaini N, Ponchietti R, Gontero P, Muir GH, Natali A, Caldarera E et al. Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res* 2002; 14: 283 -- 286.
- Shamloul R, et al. Treatment of Men Complaining of Short Penis, *Urology* 65: 1183-1185, 2005
- Wylie KR, Eardley I. Penile size and the 'small penis syndrome'. *BJU Int* 2007; 99:1449-55
- Sengezer M, Ozturk S, Devenci M. Accurate method for determining functional penile length in Turkish young men. *Ann Plast Surg* 2002; 48: 381-385
- Mehraban D, Salehi M, Zayeri F. Penile size and somatometric parameters among Iranian normal adult men. *Int J Impot Res* 2007; 19: 303-309
- Wessels H, Lue TF, and McAninch JW: Penile length in the flaccid and erect state: guidelines for penile augmentation. *J Urol* 156: 995-997, 1996
- Chen J et al. Predicting penile size during erection. *Int J Impot Res* 2000; 12: 328-333
- Schonfeld WA, Beebe, GW. Normal growth and variation in the male genitalia from birth to maturity. *J. Urol.*, 1942, 48: 759
- Smith D, Rickman C, Jerkins G. Ultrasound Evaluation of Normal Penile (Corporeal) Length in Children, August 1995, *Journal of Urology*, Vol. 154, 822-824
- Austoni E, Guarneri A, Gatti G. Penile elongation and thickening—a myth?—Is there a cosmetic or medical indication? *Andrologia* 31(suppl), 1999: 45-51
- Son H, Lee H, Huh JS, Kim SW, Paick JS. Studies on self-esteem of penile size in young Korean military men. *Asian J Androl* 2003; 5: 185-189
- Ponchietti R, Mondaini N, Bonafe M, et al: Penile length and circumference: a study on 3300 young Italian males. *Eur Urol* 39, 2001: 183-186
- Loeb H, et al. Harnrohrencapacitat und Tripperspritzen. *Munch Med Wochenschr* 1899;46:17
- Soylemez H, Atar, M, et al, Relationship between penile size and somatometric parameters in 2276 healthy young men, *International Journal of Impotence Research* (2012) 24, 126 – 129
- Palmer JS, et al. *Pediatric Urology: A general Urologist's Guide (Current Clinical Urology)*, 2011, Humana Press, pp.159.177
- Zenaty D, Dijoud F, et al. Bilateral anorchia in infancy: Occurrence of micropenis and the effect of testosterone treatment. *Journal of Pediatrics*, 149, 2006, 687-691
- Monteiro Pereira N. et al. Pênis – da masculinidade ao órgão masculino, *Lidel*, pp117-153, 2007
- Lee P, Mazure T, Danish R, Amrhein J, Blizzard R, Money J, et al. Micropenis. I. Criteria, etiologies and classification. *The Johns Hopkins Medical Journal*, 146, 1980, 156-163
- Tsang S, et al. When Size Matters: a Clinical Review, *Journal of Pediatric Health Care*, Jul/Aug 2010, pp231-240
- Bin-Abbas B., Conte F., Congenital hypogonadotropic hypogonadism and micropenis: effect of testosterone treatment on adult penile size—why sex reversal is not indicated. *J Pediatr* 1999;134:57
- Ky T, Manoury B, et al. *Andrologie moleculaire. Traitment moderne des maladies genitales de l'homme*. Montpellier: Sauramps, 1998
- Bergeson R, Hopkin R, Bailey L, McGill C, Piatt J. The inconspicuous penis, *Pediatrics*, vol. 92, no. 6, pp. 794-799, 1993.
- Maizels M, Zaontz M, Surgical correction of the buried penis: description of a classification system and a technique to correct the disorder. *Journal of Urology*, 1986, vol. 136, no. 1, pp. 268-271
- Keyes E, et al. *Phimosis-paraphimosis-tumours of the penis*. *Urology*, p. 649, D. Appleton & Company, New York, NY, USA, 1919.

26. Crawford B et al. Buried penis. *British Journal of Plastic Surgery*, vol. 30, no. 1, pp. 96–99, 1977
27. Srinivasan A, Palmer L et al, Inconspicuous Penis, *The Scientific World Journal*, 2011, 11, 2559–2564
28. Hartke D, Palmer J. Anomalies of the Penis, 2006, *Jmhg*, Vol. 3, No. 3, pp. 244–249
29. Shenoy M, Srinivasan J, Buried penis: surgical correction using liposuction and realignment of skin. *BJU International*, 2000, vol. 86, no. 4, pp. 527–530
30. Horton C, Vorstman B. Hidden penis release: adjunctive suprapubic lipectomy, *Annals of Plastic Surgery*, vol. 19, no. 2, pp. 131–134, 1987
31. Borsellino A, Spagnoli A, Vallasciani S et al. Surgical approach to concealed penis: technical refinements and outcome. *Urology*, vol. 69, no. 6, pp. 1195–1198, 2007
32. Casale J, Beck S et al. Concealed penis in childhood: a spectrum of etiology and treatment. *Journal of Urology*, vol. 162, no. 3, pp. 1165–1168, 1999
33. Masih S, Brosman A. Webbed penis. *Journal of Urology*, vol. 111, no. 5, pp. 690–692, 1974
34. Perlmutter A, Chamberlain W. Webbed penis without chordee. *Journal of Urology*, vol. 107, no. 2, pp. 320–321, 1972
35. Shapiro J et al. Surgical treatment of the buried penis. *Urology*, vol. 30, no. 6, pp. 554–559, 1987
36. Redman J, A technique for the correction of penoscrotal fusion. *Journal of Urology*, vol. 133, no. 3, pp. 432–433, 1985
37. Radhakrishnan J, Razzaq A, Manickam K. Concealed penis. *Pediatric Surgery International*, vol. 18, no. 8, pp. 668–672, 2002
38. Blalock H, Vemulakonda V, Ritchey L, Ribbeck M. Outpatient management of phimosis following newborn circumcision. *Journal of Urology*, vol. 169, no. 6, pp. 2332–2334, 2003
39. Palmer J. Abnormalities of the external genitalia. *Campbell-Walsh Urology*, A. J. Wein, L. R. Kavoussi, A. C. Novick, A. W. Partin, and C. A. Peters, Eds., pp. 3745–3760, Saunders, Philadelphia, Pa, USA, 10th edition, 2012
40. Palmer J, Elder J, et al. The use of betamethasone to manage the trapped penis following neonatal circumcision. *Journal of Urology*, vol. 174, no. 4, pp. 1577–1578, 2005.
41. Redman J, et al, A technique for the correction of penoscrotal fusion. *Journal of Urology*, vol. 133, no. 3, pp. 432–433, 1985
42. Radhakrishnan J, Reyes H, Penoplasty for buried penis secondary to “radical circumcision”, *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 19, no. 6, pp. 629–631, 1984
43. Wessells H, Lue TF, McAninch JW. Penile length in the flaccid and erect states; guidelines for penile augmentation. *J Urol* 1996;156:995–7
44. Kamel I, Gadalla M et al. Comparing Penile Measurements in Normal and Erectile Dysfunction Subjects, *J Sex Med* 2009;6:2305–2310
45. Garaffa G, Christopher AN, Ralph DJ. The management of genital lymphoedema. *BJU Int*. 2008;102(4):480–4
46. El Atat R, Sfaxi M, Benslama MR, et al. Fracture of the penis: management and long-term results of surgical treatment. Experience in 300 cases. *J Trauma*. 2008;64:121–5
47. Austoni E, Guarneri A, Cazzaniga A. A new technique for augmentation phalloplasty: albugineal surgery with bilateral saphenous grafts—three years of experience. *Eur Urol* 2002; 42: 245–253; discussion 52–3
48. Spyropoulos E, Christoforidis C, Borousas D, Mavrikos S, Bourounis M, Athanasiadis S. Augmentation phalloplasty surgery for penile dysmorphophobia in young adults: considerations regarding patient selection, outcome evaluation and techniques applied. *Eur Urol* 2005; 48: 121–127; discussion 7–8
49. Hussein G, Glina S, Position Paper: Management of Men Complaining of a Small Penis Despite an Actually Normal Size, *J Sex Med* 2013;10:294–303
50. Shamloul R. Treatment of men complaining of short penis. *Urology* 2005; 65: 1183–5
51. Nugteren HM, Balkema GT, Pascal AL, Weijmar Schultz WCM, Nijman JM, Van Driel MF. Penile enlargement: from medication to surgery. *Journal of Sex and Marital therapy* 2010; 36: 118–23
52. Oderda M, Gontero P. Non-invasive methods of penile lengthening: fact or fiction? *BJU Int* 2010; 107: 1278–82
53. Dillon BE, Chama NB et al. Penile size and penile enlargement surgery: a review, *International Journal of Impotence Research* 2008, 20, 519–529
54. Vardi Y, Harshai Y et al, A Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications, *European urology* 2008, 54:1042–1050

FIMOSE E PARAFIMOSE

Tito Leitão

Assistente Hospitalar de Urologia

C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Definição. Prevalência

A fimose define-se como a impossibilidade de retrair o prepúcio para trás da glande. Quase todos os recém-nascidos do sexo masculino têm uma fimose fisiológica, o que é normal e resolve espontaneamente durante a infância ou adolescência na grande maioria dos casos. A fimose patológica é muito menos comum e pode ocorrer em crianças ou adultos.

Epidemiologia

A fimose fisiológica está presente em 96% dos recém-nascidos. Aos três anos é possível a retracção completa do prepúcio em 90%. Em crianças de idade escolar, entre os 5 e os 13 anos, 6% apresentam prepúcio não retráctil e 14% prepúcio parcialmente retráctil. Em adolescentes com 17 anos, apenas 1% apresenta fimose. Globalmente, cerca de um em cada seis homens é circuncisado.

Etiopatogenia

O desenvolvimento embriológico do prepúcio está completo na 16ª semana de gestação, em que a face interior do prepúcio e a glande têm um epitélio comum, fundido à nascença, que se separa por descamação ao longo do crescimento.

A fimose patológica, ou verdadeira fimose, pode ter diversas causas. Nas crianças é causada mais frequentemente por traumatismo ao forçar a retracção do prepúcio, provocando uma laceração do mesmo e conseqüente cicatrização. Nos adultos, a causa mais comum é a balanopostite, infecção da glande e prepúcio. A diabetes *mellitus* e a higiene deficiente predis põem para estas infecções, nomeadamente porque a urina com glucose fica retida por baixo do prepúcio, criando um ambiente favorável à proliferação bacteriana.

Cerca de um terço dos prepúcios removidos na circuncisão por fimose patológica não revelam alterações histológicas, enquanto que noutros é possível identificar condições como *balanitis xerotica obliterans* (BXO), doença de Bowen, carcinoma espinocelular ou *condiloma acuminata*.

Apresentação Clínica

A fimose congénita ou fisiológica é assintomática, representando uma característica da anatomia normal, não devendo causar preocupação aos pais. O prepúcio pode apresentar dilatação em balão durante a micção, fenómeno auto-limitado que, se não houver fimose patológica, não sugere obstrução urinária.

Na fimose patológica ou secundária, o prepúcio pode apresentar-se com edema, eritema, fissuras, hemorragia ou exsudado. Em casos extremos pode mesmo provocar retenção urinária. O exame objectivo revela, geralmente, cicatrizes fibróticas esbranquiçadas no prepúcio, que constituem um anel fimótico que dificulta ou impede a retracção do mesmo.

Em 1994 foi criada uma classificação para a fimose, por *Meuli et al*:

- Grau I — prepúcio com anel estenótico, totalmente retraível
- Grau II — prepúcio parcialmente retraível, permitindo apenas exposição parcial da glândula
- Grau III — prepúcio parcialmente retraível, permitindo apenas exposição do meato uretral
- Grau IV — prepúcio não retraível

Tratamento Médico

Os esteróides tópicos (*betametasona* 0.05–0.1% durante 20 a 30 dias) são uma alternativa no tratamento da fimose. A posologia habitual é a colocação de creme ou pomada uma a duas vezes por dia, durante quatro a seis semanas. A taxa de sucesso pode atingir 87% quando associado a exercícios de estiramento prepucial. Sempre que haja uma balanopostite, o tratamento passa por um antibiótico ou antifúngico tópico. Nos doentes diabéticos, deve haver um controlo rigoroso da glicémia.

Tratamento Cirúrgico

A circuncisão é o tratamento de eleição para correção da fimose. É uma das operações mais antigas de que há conhecimento, sendo realizada historicamente por motivos religiosos ou médicos. A sua prática é mandatória na lei judaica e é considerada uma regra de higiene pelo Islão.

Existem duas técnicas principais: a de fenda dorsal e a de manga, que podem ser realizadas com anestesia geral ou local. Os doentes com balanopostite devem ser tratados com antibioterapia adequada antes da cirurgia.

As possíveis indicações para circuncisão são: fimose patológica, parafimose, BXO, doença de Bowen, tumores do pénis, *condiloma acuminata* volumosos, balanite recorrente, motivos religiosos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou a simples preferência pessoal. Em crianças com refluxo vesicoureteral, o benefício da redução do risco de infecção urinária pode suportar uma indicação para circuncisão.

A BXO é uma forma genital de *lichen sclerosus et atrophicus* de etiologia desconhecida, que pode ser detectada em até 40% dos indivíduos submetidos a circuncisão. É uma indicação absoluta para circuncisão, que pode ser curativa.

Uma alternativa à circuncisão é a prepucioplastia, procedimento popular nalguns países europeus.

Complicações

A circuncisão é uma cirurgia com uma baixa taxa de complicações. A mais frequente é a hemorragia, que na maioria dos casos é facilmente controlável com compressão local e só raramente é necessária uma laqueação ou fulguração. Outras possíveis complicações, mais raras, são: hematoma, infecção, linfedema, dor, lesão iatrogénica da uretra, fistula uretrocutânea, formação de quelóide, bridas cutâneas entre cicatriz e glândula, remoção excessiva ou insuficiente de pele prepucial, resultados estéticos pouco satisfatórios ou diminuição da sensibilidade peniana.

Impacto na Sexualidade

A avaliação do impacto da circuncisão na sexualidade é dificultado por estudos contraditórios e com baixo nível de evidência. Alguns estudos apontam para uma diminuição da sensibilidade peniana com a circuncisão, o que pode ser considerado vantajoso pelo aumento do período de latência ejaculatória. No entanto, outros estudos referem não haver diferença significativa na sensibilidade peniana entre circuncidados e não circuncidados.

A circuncisão parece não ter efeitos negativos na função erétil ou na satisfação sexual. Num dos estudos sobre este tema, 97% das parceiras relatam não haver alteração ou haver melhoria da satisfação sexual depois da circuncisão do parceiro.

Prognóstico

A fimose não recorre após uma circuncisão realizada correctamente. No entanto, se não for removida pele prepucial suficiente, pode ser necessária uma reintervenção. A circuncisão para tratamento da BXO resolve, geralmente, a situação. Rapazes circuncidados têm menor risco de infecções do aparelho urinário. O risco de infecção urinária durante o primeiro ano de vida num rapaz não circuncidado é de 1% e num rapaz circuncidado é de 1%. No entanto, o risco de uretrite não gonocócica pode ser superior em homens circuncidados. A circuncisão também diminui o risco de neoplasia do pénis. No entanto, o risco desta neoplasia nos homens não circuncidados, em países desenvolvidos, é tão baixo que a diferença não é clinicamente significativa. Esta diminuição do risco parece estar apenas associada à circuncisão neonatal e não à circuncisão no adulto. A circuncisão também parece prevenir algumas doenças sexualmente transmissíveis, como o vírus do papiloma humano, o herpes *simplex* tipo 2 ou a sífilis. Uma meta-análise de 3 estudos aleatorizados em território africano, demonstrou que a circuncisão diminui o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) em cerca de 60%.

Parafimose

A parafimose é uma situação na qual a pele prepucial, após ter sido retraída expondo a glândula, já não pode ser puxada a recobrir a glândula devido a um anel fimótico. É uma emergência urológica, que deve ser prontamente corrigida. Pode ocorrer em qualquer idade e é indicação absoluta para circuncisão. A redução do prepúcio é quase sempre possível, mas por vezes é necessária uma incisão dorsal (*dorsal slit*) ou mesmo uma circuncisão de urgência. Em situações extremas pode levar a necrose peniana.

BIBLIOGRAFIA

1. Gairdner, Douglas. The Fate of the Foreskin, A Study of Circumcision. British Medical Journal. Dec 1949;2:1433-1437.
2. Øster, Jacob. Further Fate of the Foreskin. Archives of Disease in Childhood (published by the British Medical Association). Apr 1968;43:200-203.
3. Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, McDuffie K, Thompson P, Shvetsov YB, et al. Circumcision and human papillomavirus infection in men: a site-specific comparison. J Infect Dis. Mar 15 2008;197(6):787- 94.
4. Mills E, Cooper C, Anema A, Guyatt G. Male circumcision for the prevention of heterosexually acquired HIV infection: a meta-analysis of randomized trials involving 11,050 men. HIV Med. Jul 2008;9(6):332-5.
5. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. N Engl J Med. Mar 26 2009;360(13):1298-309.
6. Kigozi G, Lukabwe I, Kagaayi J, Wawer MJ, Nantume B, Kigozi G, et al. Sexual satisfaction of women partners of circumcised men in a randomized trial of male circumcision in Rakai, Uganda. BJU Int. Dec 2009;104(11):1698-701.
7. Namavar MR, Robati B. Removal of foreskin remnants in circumcised adults for treatment of premature ejaculation. Urol Ann. May 2011;3(2):87-92.
8. Herndon CD, McKenna PH, Kolon TF, Gonzales ET, Baker LA, Docimo SG. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. J Urol. Sep 1999;162(3 Pt 2):1203-8.
9. Schoen EJ, Oehrli M, Colby Cd, Machin G. The highly protective effect of newborn circumcision against invasive penile cancer. Pediatrics. Mar 2000;105(3):E36.
10. Meuli M, Briner J, Hanimann B, Sacher P. Lichen sclerosus et atrophicus causing phimosis in boys: a prospective study with 5-year followup after complete circumcision. J Urol. Sep 1994;152(3):987-9.
11. Kiss A, Király L, Kutasy B, Merksz M. High incidence of balanitis xerotica obliterans in boys with phimosis: prospective 10-year study. Pediatr Dermatol. Jul-Aug 2005;22(4):305-8.

HIOSPÁDIA

Francisco E. Martins

Assistente Hospitalar Graduado
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Anatoliy Sandul

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Natália M. Martins

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Introdução e Definição

Hipospádia é uma das anomalias congénitas mais frequentes do aparelho genital masculino dos recém-nascidos. Estima-se uma incidência aproximada de 1:300 dos recém-nascidos masculinos (1). A hipospádia é definida como anomalia do desenvolvimento embriológico (hipoplasia ou displasia) envolvendo a face ventral do pénis. Mais pormenorizadamente, corresponde a um conjunto de três anomalias de desenvolvimento peniano: 1) abertura ventral anormal/ectópica (mas ao longo do trajecto uretral) do meato uretral, podendo localizar-se desde a face ventral da glândula peniana até ao períneo; 2) curvatura ventral anómala do pénis (corda), e 3) distribuição anómala do prepúcio com acumulação redundante do mesmo, em forma de “capuz”, na face dorsal do pénis e simultânea deficiência de prepúcio na face ventral. As 2 últimas anomalias podem não estar presentes em todos os casos. A hipospádia proximal associa-se frequentemente a transposição penoscrotal ou escroto bífido. A incidência da hipospádia está a aumentar, de acordo com as estatísticas, de 20,2 para 39,7 por cada 10.000 recém-nascidos vivos do sexo masculino.

A classificação da hipospádia faz-se de acordo com a localização do meato uretral externo ectópico (hipospádico) (Figura 1). Na sua forma mais fruste, o meato uretral pode localizar-se na extremidade da glândula, situação denominada hypospadias sine hypospadias. É classificada de hipospádia anterior ou distal (meato com localização glandular, coronal ou subcoronal), mediana (meato com localização na haste peniana) e posterior, perineal ou proximal. As suas incidências correspondem a 60-65%, 20-35% e 10-15%, respectivamente. A localização subcoronal é a forma de hipospádia mais frequente.

A correcção cirúrgica das anomalias associadas com hipospádia é tanto mais fácil e acessível, quanto mais distalmente se localizar o meato ectópico. A forma mais grave de hipospádia, a penoscrotal com malformação/transposição escrotal, associa-se habitualmente com marcada corda e prato uretral curto, o que leva a uma reconstrução cirúrgica peniana complexa. A correcção cirúrgica da hipospádia deve implicar: 1) correcção do meato uretral anómalo, 2) correcção da curvatura peniana (ortoplastia) e 3) reconstrução e redistribuição do prepúcio dorsal redundante. A principal dificuldade na hipospádia grave (proximal) reside na escolha da técnica cirúrgica mais adequada para a reconstrução uretral. A quantidade de prepúcio é frequentemente insuficiente para a reconstrução uretral. A existência de mais de 300 técnicas

para a correcção cirúrgica de hipospádia descritas na literatura é um claro testemunho de que a pesquisa do método cirúrgico ideal continua. Por estes motivos, é crucial ter em mente que a correcção da hipospádia não se trata apenas de “uma uretroplastia”. Nesta localização (peniana) da uretra, o componente cosmético, na maioria das vezes, é mais valorizado que o sucesso da correcção do componente funcional, miccional. Consequentemente, a reconstrução desta anomalia peniana, tanto no grupo pediátrico, como em doentes adultos, não deve ser encarada de forma leviana, podendo desse comportamento resultar, com alguma frequência, situações de litígio.

Anomalias Associadas

Demonstrou-se uma incidência crescente de hipospádias em recém-nascidos prematuros, bebés de baixo peso ou com mães com mais de 35 anos (5-7); 8-10% de bebés hipospádicos têm simultaneamente criptorquidia; e 9-15% têm também hérnia inguinal (5). Há uma associação mais frequente entre hipospádia proximal e criptorquidia, podendo ocorrer até 32% dos casos.

A hipospádia proximal associa-se também com distúrbios do desenvolvimento sexual. Rajfer e Walsh descreveram uma incidência de 27,3% de distúrbios de desenvolvimento sexual em crianças com pénis de tamanho normal, criptorquidia e hipospádia (9). Actualmente, recomenda-se a realização de análise de cariótipo e avaliação, incluindo endócrina, de distúrbio de desenvolvimento sexual em portadores de hipospádia proximal grave. A hipertrofia do utrículo prostático e consequentes infecções urinárias recorrentes, formação de cálculos e pseudo-incontinência são outros defeitos associados a hipospádia (10). A incidência global de hipertrofia do utrículo em portadores de hipospádia foi de 14% num estudo com 44 doentes (11).

Embriogénese e Etiologia

Anatomicamente, o pénis hipospádico é semelhante ao pénis normal, pelo menos na sua face dorsal. Contudo, a face ventral é patológica, caracterizando-se por desenvolvimento incompleto do prepúcio, pela deficiente transformação do prato uretral em uretra, assim como pelo deficiente desenvolvimento do corpo esponjoso.

A diferenciação tecidual das estruturas urogenitais inicia-se a partir da 7ª semana de gestação, incluindo o alongamento fállico, a formação da uretra peniana e o desenvolvimento prepucial, aspectos estes promovidos e regulados pela presença ou ausência de androgénios e de mensagens enviadas a partir do gene SRY (12). De acordo com a literatura recente, a uretra origina-se a partir do seio urogenital (13). O prato uretral desenvolve-se a partir do tubérculo urogenital (paredes da cloaca e seio urogenital). Seguidamente, as pregas uretrais laterais fundem-se ventralmente na porção fállica do seio urogenital de modo a formar a uretra. Este processo ocorre cerca da 11ª semana, momento em que as células intersticiais de Leydig iniciam a sua proliferação e função. Simultaneamente, ocorre o desenvolvimento do prepúcio. É importante realçar que a formação do prepúcio depende da fusão do prato uretral. Sempre que haja interferência com a fusão do prato uretral, o prepúcio ventral permanece deficiente-desenvolvido, tal como na hipospádia. Em menos de 5% dos casos, certas anomalias do metabolismo androgénico, por exemplo deficiência de 5-alfa redutase, defeitos dos receptores androgénicos ou defeitos genéticos constituem factores etiológicos das malformações associadas com hipospádia (14).

Tem-se demonstrado um aumento da incidência da hipospádia a nível mundial. Demonstrou-se em modelos animais que os estrogénios levam à alteração ou inclusive a uma interrupção completa do desenvolvimento peniano (15). Por isso, alguns autores concluíram por uma tendência no consumo elevado de substâncias com estrogénios, por exemplo, substâncias

encontradas em insecticidas, ervas naturais, etc., como explicação possível para o aumento mundial de hipospádia. No entanto, e embora uma etiologia multifactorial seja a mais provável e actualmente mais aceite, é importante realçar que a verdadeira causa de hipospádia permanece desconhecida na maioria dos casos.

Fundamentos da Reconstrução Cirúrgica de Hipospádia

Dado o elevado grau de exigência e complexidade da cirurgia da hipospádia, é lícito esperar uma taxa de complicações a rondar 20-30% (23), principalmente a estenose uretral e a fístula. É essencial uma avaliação diagnóstica detalhada, incluindo documentação fotográfica antes da cirurgia.

De acordo com a literatura moderna, o melhor timing para correcção cirúrgica de hipospádia deve ser entre os 6 e 24 meses (24). Este grupo etário parece ser o mais favoravelmente poupado a danos psicológicos, fisiológicos e anestésicos associados com a correcção de hipospádia. Alguns autores recomendam um pré-tratamento com testosterona ou 5-alfa-dihydrotestosterona durante 6 semanas antes da cirurgia de modo a estimular o desenvolvimento peniano, o que facilitaria a reconstrução (23). Na maioria dos casos, a cirurgia é efectuada num tempo único, relegando para 2 tempos apenas as malformações mais severas, tais como insuficiência de prato uretral, pele peniana hipoplásica, etc.

Os objectivos da reconstrução de hipospádia são: 1) rectificação peniana (ortoplastia); 2) criação de um neo-meato uretral ortotópico; e 3) obtenção de bons resultados funcionais e cosméticos. Outro aspecto importante consiste em evitar qualquer encurtamento do pénis resultante da cirurgia.

Para evitar complicações é importante possuir a experiência cirúrgica e o equipamento técnico adequados para reconstrução tão complexa, assim como particular atenção a todo detalhe. São essenciais instrumentos de microcirurgia, lupas de aumento e material de sutura adequado para evitar traumatismos e iatrogenia cirúrgica desnecessários. Devem utilizar-se suturas monofilamentares reabsorvíveis, tipo Monocryl, Monosync, PDS, Biosyl 6-0 e 7-0, de reabsorção lenta, para a uretra. Não é demais realçar o papel fundamental da cobertura das suturas das anastomoses e da reconstrução neo-uretral com retalhos subcutâneos bem vascularizados para impedir fistulização. Por último, em reconstruções em mais de 1 tempo, é importante intervalar a 2ª (eventualmente, uma 3ª ou 4ª) de, pelo menos, 3 meses, de modo a permitir tempo suficiente para uma boa cicatrização e adequada vascularização.

A escolha da técnica cirúrgica para a reconstrução da neo-uretra (uretroplastia) deve basear-se na 1) localização do meato, 2) qualidade do prato uretral, 3) qualidade da pele peniana, 4) forma da glândula, 5) comprimento da uretra, e 6) grau de desproporção cavernoso-esponjosa.

Independentemente da técnica cirúrgica utilizada, a reconstrução de hipospádia e das suas anomalias associadas deve obedecer a princípios (e preocupações) basilares, como correcção da curvatura peniana (ortoplastia), uretroplastia, meatoplastia/glanuloplastia e, finalmente, cobertura com pele peniana.

Complicações

Complicações Precoces

Um dos passos críticos após a cirurgia de hipospádia é o penso pós-operatório. Inventaram-se e publicaram-se variados tipos de pensos para o efeito. Basicamente, todo o penso deve produzir suficiente compressão para evitar hematomas, mas não devendo interferir simultaneamente com a irrigação sanguínea.

A hemorragia pós-operatória importante pode provocar hematomas do pedículo do retalho e impedir a irrigação da neo-uretra. Nesses casos, é essencial a exploração cirúrgica imediata para impedir adicionais danos, podendo estes variar entre simples hematomas até rejeição de transplante/enxerto (39).

Complicações Tardias

As complicações tardias típicas são estenose do meato e uretrais, fístula uretrocutânea (< 5%), divertículo uretral, necrose cutânea, cicatrizes defeituosas e rejeição do enxerto. Outras complicações incluem litíase intraluminal e infecção crónica, devido à utilização de pele escrotal com pêlos para a criação da neo-uretra.

“Hypospadias Cripple”

Rótulo utilizado para doentes submetidos a várias correcções cirúrgicas da sua hipospádia com resultados cosméticos e funcionais insatisfatórios e desastrosos. O impacto psicológico associado à reconstrução falhada de hipospádia é enorme para o doente e, por isso, recomenda-se que estes doentes só devam ser tratados em centros altamente especializados.

Impacto na Sexualidade

O impacto sexual da hipospádia e das cirurgias para a sua correcção varia nos vários estudos e com os diferentes cirurgiões. Tem a ver com o tipo de hipospádia e com timing da sua correcção. De uma maneira geral admite-se que a hipospádia pode levar a inibição sexual nos rapazes, com diminuição do nº de relações sexuais, com deficit de maturação sexual e com diminuição da libido. Existe um impacto negativo no desenvolvimento socio-sexual, com perda da auto-estima, auto-confiança e auto-imagem. Em cerca de 25-40% dos casos existe insatisfação com a aparência do pênis (tamanho, cicatrizes de múltiplas cirurgias, curvatura, dor, etc). Estão descritos casos de disfunção erétil, sobretudo nas formas proximais. As disfunções ejaculatórias podem acontecer em cerca de 6-37% dos casos (anejaculação, ejaculação asténica, “em dribbling” e dolorosa).

Conclusão

A cirurgia de hipospádia é um verdadeiro desafio da urologia reconstrutiva. O facto de haver uma grande variação na apresentação e extensão das suas malformações, assim como nas características tecidulares, torna cada doente com hipospádia um caso individual. Por isso, se torna difícil também uma proposta de um algoritmo universal, abrangente, para reconstrução de hipospádia. Springer et al publicaram um estudo multi-institucional sobre uma avaliação mundial de hipospádia (46). Este estudo revelou que em hipospádia distal (subcoronal e haste média do pênis), a técnica de TIP foi a preferida de 52.9-72% dos participantes. MAGPI foi a solução preferida para hipospádia glandular. Uma abordagem em 2-tempos para a correcção de hipospádia proximal foi o método preferido por 43.3-76.6% dos participantes (46). Entre os hipospadiologistas americanos, a reconstrução em 1-tempo único foi a técnica de eleição (47). Recentemente, Snodgrass et al publicaram excelentes resultados com retalhos insulares/tubularizados na correcção de hipospádia proximal (48), em clara contradição com estudos do passado. Estes achados demonstram claramente uma ausência de um verdadeiro consenso acerca da abordagem ideal da correcção de hipospádia, particularmente em casos severos proximais. Contudo, a experiência cirúrgica do hipospadiologista dita definitivamente a diferença a longo prazo.

A correcção de hipospádia não deve produzir apenas resultados funcionais satisfatórios, mas também em termos cosméticos. Este aspecto foi claramente demonstrado num estudo por Jiao

et al (49). Estes doentes submetidos a cirurgia de hipospádia revelam uma preocupação importante com o aspecto do pênis. A cirurgia de hipospádia pode também levar a problemas da esfera sexual (erétil e ejaculatória) na idade adulta, embora a maioria dos doentes tenham uma vida normal. Quanto melhor o resultado cosmético da cirurgia de hipospádia, mais elevada a satisfação sexual (48).

Os cirurgiões interessados nesta área da urologia reconstrutiva devem ter sempre em mente os princípios gerais da cirurgia reconstrutiva, devem dominar várias técnicas adequadas para os diferentes tipos de hipospádia e, fundamentalmente, utilizarem uma técnica operatória meticulosa, segura e com toda a atenção ao detalhe, assim como um seguimento pós-operatório cuidadoso do doente, se quiserem ser recompensados com resultados “perfeitos”.

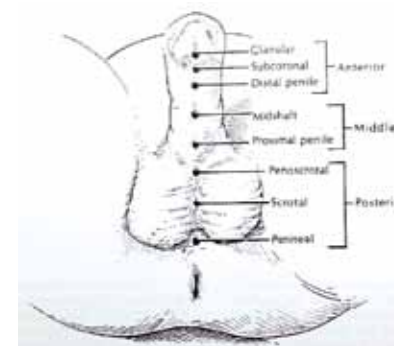


Figura 1:



Figura 2:



Figura 3:

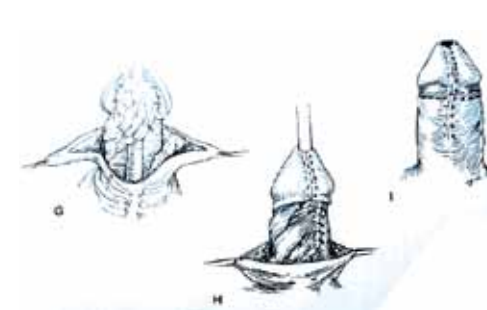


Figura 3A:



Figura 4:

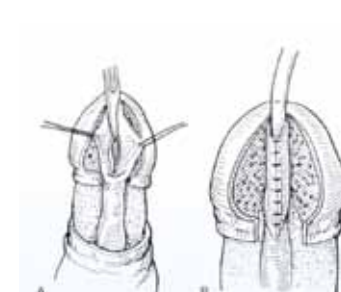


Figura 4A:

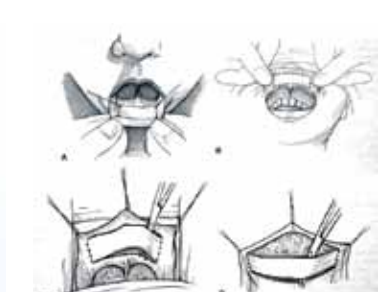


Figura 5:

BIBLIOGRAFIA

- Mouriquand PD, Gorduz DB, Noché ME, Targnion A. Long-term outcome of hypospadias surgery: current dilemmas. *Curr Opin Urol.* 2011 Nov; 21 (6): 465-9.
- Baskin LS, Ebberts MB. Hypospadias: anatomy, etiology, and technique. *J Pediatr Surg.* 2006 Mar; 41 (3): 463-72.
- Paulozzi LJ, Erickson JD, ackson RJ. Hypospadias trends in two US surveillance systems. *Pediatrics.* 1997 Nov; (5): 831-4.
- Leung AK, Robson WL. Hypospadias: an update. *Asian J Androl.* 2007 Jan; 9 (1): 16-22.
- Dolk H. Rise in prevalence of hypospadias. *Lancet.* 1998 Mar 14; 351 (9105): 770.
- Gatti JM, Kirsch AJ, Troyer WA, Perez-Brayfield MR, Smith EA, Scherz HC. Increased incidence of hypospadias in small-for-gestational age infants in a neonatal intensive care unit. *BJU Int.* 2001 Apr; 87 (6): 548-50.
- Fisch H, Golden RJ, Libersen GL, Hyun GS, Madsen P, New MI, Hensle TW. Maternal age as a risk factor for hypospadias. *J Urol.* 2001 Mar; 165 (3): 934-6.
- Cerasaro TS, Brock WA, Kaplan GW. Upper urinary tract anomalies associated with congenital hypospadias: is screening necessary? *J Urol.* 1986 Mar; 135 (3): 537-8.
- Rajfer J, Walsh PC. The incidence of intersexuality in patients with hypospadias and cryptorchidism. *J Urol.* 1976 Dec; 116 (6): 769-70.
- Kraft KH, Shukla AR, Canning DA. Proximal hypospadias. *Scientific World Journal.* 2011 Apr; 19 (11): 894-906.
- Devine Cj Jr, Gonzalez-Serva L, Stecker JF Jr, Devine PC, Horton CE. Utricular configuraion in hypospadias and intersex. *J Urol.* 1980 Mar; 123 (3): 407-11.
- Kalfa N, Philibert P, Sultan C. Is hypospadias a genetic, endocrine or environmental disease, or still an unexplained malformation? *Int J Androl.* 2009 Jun; 32 (3): 187-97.
- Kurzrock EA, Baskin LS, Cunha GR. Ontogeny of the male urethra: theory of endodermal differentiation. *Differentiation.* 1999 Jan; 64 (2): 115-22.
- Kojima Y, Kohri K, Hayashi Y. Genetic pathway of external genitalia formation and molecular etiology of hypospadias. *J Pediatr Urol.* 2010 Aug; 6 (4): 346-54.
- Semenza JC, Tolbert PE, Rubin CH, Guillette LJ Jr, Jackson RJ. Reproductive toxins and alligator abnormalities at Lake Apopka, Florida. *Environ Health Perspect.* 1997 Oct; 105 (10): 1030-2.
- Beuke M, Fisch M. Salvage strategies after complications of hypospadias repair. *Urologe A.* 2007 Dec; 46 (12): 1670-5.
- Djakovic N, Haferkamp A, Hohenfellner M. Hypospadias. *Urologe A.* 2007 Srp; 46 (9): 1047-53.
- Venn SN, Mundy AR. Early experience with the use of buccal mucosa for substitution urethroplasty. *Br J Urol.* 1998 May; 81 (5): 738-40.
- Wessells H, McAninch JW. Current controversies in anterior urethral stricture repair: free-graft versus pedicled skin-flap reconstruction. *World J Urol.* 1998; 16 (3): 175-80.
- Springer A, Krois W, Horcher E. Trends in hypospadias surgery: results of a worldwide survey. *Eur Urol.* 2011 Dec; 60 (6): 1184-9.
- Cook A, Khoury AE, Neville C, Bagli DJ, Farhat WA, Pippi Salle JL. A multicenter evaluation of technical preferences for primary hypospadias repair. *J Urol.* 2005 Dec; 174 (6): 2354-7, discussion 2357.
- Jiao C, Wu R, Xu X, Yu Q. Long-term outcome od penile appearance and sexual function after hypospadias repairs: situation and relation. *Int Urol Nephrol.* 2011 Mar; 43 (1): 47-54.

PRIAPISMO

Vanessa Vilas Boas

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

O priapismo é a tumescência ou rigidez do pénis que persiste de forma involuntária, sem estímulo sexual ou excitação. O termo priapismo resulta da palavra “Priapus” que segundo a mitologia grega é o Deus da fertilidade, virilidade masculina e horticultura.

É uma emergência urológica com risco de disfunção erétil, geralmente associada a episódios de duração superior a quatro horas, pelo que exige diagnóstico e intervenção imediatos.

Na avaliação inicial do doente é fundamental identificar o tipo de Priapismo, que irá definir as opções terapêuticas e o prognóstico.

Epidemiologia

É raro, com taxa de incidência de 1,5 casos por 100.000 homens/ano, a qual aumenta para 2,9 por 100.000 em homens com mais de 40 anos.

A incidência varia consoante a prevalência de factores etiológicos na população em estudo. É baixa na Europa e alta nos EUA, América latina e África devido a prevalência das hemoglobinopatias.

Episódios de priapismo podem ocorrer em qualquer idade, com picos aos 5-10 anos e aos 20-50 anos.

Etiologia

O Priapismo pode ser idiopático ou secundário (Quadro 1).

-
- Idiopático
 - Doenças Hematológicas: Anemia Falciforme, Talassémia, leucemia, policitemia vera
 - Estados de hipercoagulabilidade/risco trombótico aumentado: asplenismo, administração de eritropoietina, hemodiálise, cessação de varfarina oral
 - Doenças neurológicas: lesão cerebral ou da medula espinal, infecções neurológicas, tumores cerebrais
 - Neoplasias malignas primárias ou metastáticas com origem no pénis, uretra, próstata, bexiga, rim, cólon rectossigmoide e melanoma.
 - Causas farmacológicas: agentes vasoactivos intracavernosos alprostadil intrauretral, inibidores GMPc orais, anti-hipertensores, psicotrópicos, hormonas, agentes anestésicos, omeprazol, álcool, drogas ilícitas (cocaína, ecstasy, marijuana)
 - Traumatismo peniano ou perineal (inserção traumática de agulha para farmacoterapia intracavernosa, trauma durante as relações sexuais, iatrogénico após intervenção cirúrgica)
 - D. metabólica:gota, diabetes, amiloidose, D fabry
 - D. imunológicas: Lupus
-

Quadro 1: Factores etiológicos de Priapismo

O idiopático ocorre sem causa aparente e corresponde a 50-60% dos casos documentados.

Em países desenvolvidos, a causa identificável mais comum no adulto é a utilização de fármacos para a disfunção erétil, principalmente agentes vasoactivos intracavernosos cujo

risco de priapismo é até 1% para a PGE e de 17% para a papaverina. e na criança a Anemia Falciforme, responsável por até 63% destes casos. Esta anemia é responsável por cerca 29-42% dos casos de priapismo.

A actividade sexual com frequência precede o episódio de priapismo, cujo fenómeno fisiopatológico se inicia quando a erecção não é aliviada pela cessação de estímulo sexual ou ejaculação.

Fisiopatologia

O Priapismo pode ser isquémico ou não isquémico, ambos envolvendo falência da detumescência do pénis, mas por mecanismos diferentes.

A identificação precoce do tipo de priapismo é fundamental porque determina a terapêutica e o prognóstico do doente: o priapismo isquémico associa-se frequentemente a danos irreversíveis no tecido cavernoso com risco de disfunção eréctil, necessitando de tratamento imediato, ao passo que o não isquémico não tem estas implicações.

Priapismo isquémico (veno-oclusivo ou de baixo fluxo) – Mecanismo de congestão venosa

Constitui cerca de 80-90% de todos os episódios de priapismo.

Caracteriza-se por um fluxo vascular baixo ou ausente nos corpos cavernosos e é uma verdadeira síndrome compartimental no pénis, com o característico aumento de pressão e alterações metabólicas decorrentes da isquémia (hipoxia, hipercápnia, acumulação de metabolitos ácidos com acidose e glicopénia).

A falência do mecanismo de detumescência ocorre por diminuição do retorno venoso do pénis com estase vascular devido a factores ainda não totalmente esclarecidos (Quadro 2).

À medida que a isquémia do pénis progride surgem alterações ultraestruturais sequenciais que conduzem a necrose e fibrose do tecido eréctil, com diminuição da reactividade e elasticidade necessárias ao engurgitamento fisiológico de sangue e portanto disfunção eréctil.

1. **Bloqueio das vénulas de drenagem:** interferência mecânica na AF, leucémia

1. **Relaxamento prolongado do músculo liso intracavernoso:**

- a) Relaxantes do músculo liso exógenos (PGE1 intracavernosa)
 - b) Paralisia do mecanismo de detumescência intrínseco
 - c) Libertação excessiva de neurotransmissores ao nível do tecido peniano ou a nível do sistema neurológico central ou periférico
-

Quadro 2: Factores de falência do mecanismo de detumescência no Priapismo Isquémico

Priapismo de alto débito -Mecanismo de influxo arterial excessivo

Caracteriza-se por fluxo vascular elevado nos corpos cavernosos, com retorno venoso normal.

Deve-se à desregulação arteriogénica, frequentemente associada a traumatismo peniano ou perineal: a ruptura/laceração de uma artéria cavernosa conduz à formação de uma fístula entre esta e os espaços lacunares do tecido cavernoso com bypass às arteríolas helicinas, condicionando a entrada desregulada de sangue e enchimento dos corpos cavernosos. O fluxo de sangue arterial turbulento na fístula, causa a libertação desregulada do óxido nítrico endotelial, um potente vasodilatador e anticoagulante, que evita a formação de coágulos e detumescência peniana.

O início do episódio pode não ser imediato ao traumatismo, ocorrendo após uma erecção gerar aumento da pressão intracavernosa com ruptura da artéria previamente lesada, ou à absorção de um coágulo previamente formado.

Diagnóstico

O diagnóstico é evidente pelo que a avaliação inicial deve centrar-se na identificação do tipo de priapismo.

a)- História Clínica

A erecção persistente é comum a todos os doentes, devendo ser pesquisados outros parâmetros sugestivos do tipo de priapismo (Quadro 3 - História Clínica).

-
- Duração da erecção
 - Presença e duração de dor
 - Episódios prévios semelhantes
 - Existência de condições etiológicas
 - Medicação/uso de drogas ilícitas
 - Função eréctil prévia
-

Quadro 3: História clínica

No priapismo não isquémico os doentes geralmente não têm dor e referem com frequência traumatismo peniano/perineal ou cirurgia urológica recente, ao passo que no priapismo isquémico existe dor no pénis que agrava com a duração da erecção e é muitas vezes associado a abuso de substâncias, injeções de fármacos vasoactivos no pénis ou antecedentes médicos relevantes como doença hematológica, lesão/doença neurológica ou oncológica.

b). Exame físico

O exame físico deverá incluir a inspecção e palpação do pénis, exame abdominal, perineal, rectal e dos gânglios regionais, que podem revelar sinais de traumatismo, de doença maligna ou de lesão ou estenose medular, a qual é sugerida pelo tónus rectal.

-
- Cor
 - Extensão e grau de tumescência/rigidez
 - Envolvimento dos corpos penianos (geralmente envolve apenas os corpos cavernosos)
 - Presença/grau de dor
 - Lesões/supurações
 - Evidência de traumatismo
-

Quadro 4: Inspeção e Palpação do Pénis

Uma erecção rígida e dolorosa é consistente com episódio isquémico, ao passo que um pénis tumescente mas não rígido, indolor à palpação e evidências de traumatismo são sugestivos de priapismo não isquémico ((Quadro 4 - Inspeção e palpação do pénis).

c). Exames laboratoriais

A avaliação de sangue aspirado dos corpos cavernosos permite identificar o tipo de priapismo, devendo ser efectuada em todos os doentes logo após o exame físico.

A inspecção visual preliminar revela sangue escuro (hipóxico) no priapismo isquémico e vermelho vivo (oxigenado) no priapismo não isquémico, da mesma forma que a gasimetria é consistente com sangue arterial normal no tipo não isquémico e semelhante ao sangue venoso no isquémico (Quadro 5 - Valores de Gasimetria).

	P02	PC02	PH
Priapismo Isquémico	<30 mmHg	> 60 mmHg	< 7,25
Priapismo não isquémico	> 90 mmHg	< 40 mmHg	> 7,40
Pênis flácido normal	40 mmHg	50 mmHg	7,35

Quadro 5: Valores de Gasimetria

Outros testes laboratoriais podem sugerir factores etiológicos ((Quadro 6 - Exames Laboratoriais no Priapismo).

- Hemograma com contagem de plaquetas – leucocitose, anemia ou trombocitose
- PT e APTT
- Contagem de reticulócitos e electroforese da hemoglobina – identificação de hemoglobinopatias
- Urina II e toxicologia da urina.
- Avaliação do sangue aspirado dos corpos cavernosos
- PSA

Quadro 6: Exames laboratoriais no priapismo

d). Avaliação imagiológica

Eco-doppler peniano a cores demonstra fluxo de sangue mínimo ou ausente nas artérias e corpos cavernosos no priapismo isquémico e fluxo de sangue normal a elevado no não isquémico. Neste caso pode revelar uma fístula arterial-sinusoidal ou pseudoaneurisma.

A arteriografia peniana confirma a presença e localização de uma fístula arterial-sinusoidal, mas é demasiado invasiva como método de diagnóstico, pelo que é efectuada apenas como parte de um procedimento terapêutico de embolização.

História Natural e Risco de Disfunção erétil

A resolução do episódio de priapismo consiste no retorno do pênis a um estado flácido e não doloroso. Na ausência de tratamento, mesmo episódios major de priapismo isquémico resolvem-se com o tempo, mas neste caso com danos permanentes no pênis.

A duração do priapismo é o factor preditivo mais importante na preservação da função erétil, verificando-se disfunção sexual em 90% dos homens com priapismo isquémico superior a 24 horas.



Figura 1: Tratamento médico de Priapismo

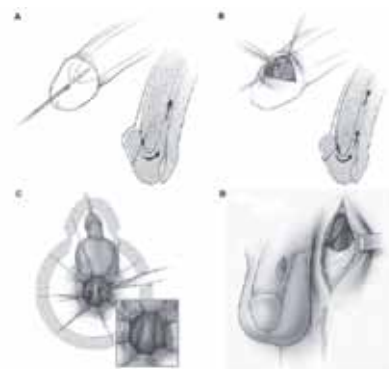


Figura 2: Shunts cirúrgicos: A-Winter; B - Al-Ghorab; C- Quackle; D - Grayhack

TRATAMENTO

I. Priapismo Isquémico

O tratamento deve ser imediato, com descompressão dos corpos cavernosos por evacuação de sangue primariamente por tratamento médico e, caso este falhe, intervenção cirúrgica.

1. Tratamento médico

Consiste na inserção intracavernosa de um cateter vascular (16 ou 18 gauge) através do qual é efectuada aspiração de sangue e irrigação com soro fisiológico até surgir sangue vermelho vivo (Fig.1). A inserção pode ser unilateral devido aos múltiplos canais vasculares existentes entre os dois corpos cavernosos.

Em caso de falência deve ser efectuada a injeção intracavernosa de um agente simpaticomimético α -adrenérgico, cujo efeito contráctil no tecido cavernoso facilita a detumescência. A fenilefrina é a droga preferida pois sendo um agonista adrenérgico $\alpha 1$ selectivo minimiza o risco de efeitos adversos cardiovasculares, não dispensando contudo a vigilância de parâmetros vitais durante a sua administração.

O ciclo aspiração/irrigação e injeção de simpaticomiméticos poderá ser repetido várias vezes, porém se após uma hora o tratamento falhar ou desencadear efeitos cardiovasculares adversos deve ser considerado o tratamento cirúrgico.

2. Intervenção cirúrgica

Consiste na criação de uma comunicação entre os corpos cavernosos e a glândula, corpo esponjoso ou uma veia, ultrapassando assim o mecanismo veno-oclusivo.

O shunt caverno-esponjoso distal é a primeira opção cirúrgica pela sua facilidade de execução e baixa morbilidade. Consiste na criação de fístula através da glândula até à porção distal dos corpos cavernosos, por via percutânea com agulha de biópsia larga (Shunt de Winter – Fig. 2-A) ou incisão com lâmina de bisturi (Shunt de Ebbehoj e T-shunt). A técnica aberta é mais invasiva e consiste numa incisão na porção dorsal da glândula e excisão de porções do corpo cavernoso distal (Shunt de Al-Ghorab – Fig. 2-B).

O Shunt caverno-esponjoso proximal pode ser tentado se os distais falharem, mas cursa com morbilidade significativa, tal como fístula, estenose da uretra ou cavernosite purulenta. Neste caso é criada por via perineal ou trans-escrotal uma comunicação entre os corpos cavernosos e o esponjoso através de entre estes, estes seguidas de sutura de conexão (Shunt de Quackle ou Sacher; Fig.2 C).

O Shunt venoso consiste na anastomose de uma veia a um dos corpos cavernosos, após remoção de uma cunha de túnica albugínea (Shunt de Grayhack: cavernoso-veia safena – Fig. 2 D e Shunt de Barry: cavernoso-veia dorsal do pênis). É raramente indicado e tem risco significativo de trombose venosa e embolia pulmonar.

A eficácia de um shunt deve ser imediatamente verificada (quadro 7).

A maioria dos shunts encerra com o tempo, sem disfunção erétil permanente.

Nos doentes com factores etiológicos subjacentes identificados deve ser efectuada em simultâneo o tratamento apropriado.

O priapismo refractário ao tratamento e com duração superior a 72 horas está associado a fibrose severa dos corpos cavernosos, a perda do comprimento peniano e a potencial dificuldade de cirurgia no futuro, pelo que alguns autores recomendam colocação de prótese peniana nestas casos.

- Manobra de compressão do pénis: detumescência
- Visualização de sangue vermelho vivo no aspirado cavernoso
- Gasimetria do corpo cavernoso: sangue oxigenado
- Eco-Doppler a cores: influxo da artéria cavernosa
- Medição da pressão intracavernosa: descida de pressão

Quadro 7: Verificação da eficácia de shunt cirúrgico

II. Priapismo Não Isquémico

1. Tratamento médico: primeira linha

A abordagem inicial deve ser observação pois tem resolução espontânea em até 62% dos casos sem disfunção eréctil, mesmo que mantido por períodos muito prolongados.

A resolução imediata deste tipo de priapismo é obtida por **embolização arterial selectiva**, com utilização de materiais permanentes (etanol, partículas de álcool de polivinil, cola acrílica) ou não-permanentes (coágulo autólogo, gel absorvível), ambos com taxas de resolução de até 89%.

Este procedimento pode ter várias complicações entre elas disfunção eréctil, gangrena do pénis e cavernosite purulenta.

2. Intervenção cirúrgica

É reservada para doentes que recusam vigilância e não são candidatos para embolização selectiva, ou na falência desta.

Nestes casos é efectuada **laqueação de artéria cavernosa** com o apoio de eco-doppler a cores intra-operatório ou exploração do pénis com **laqueação selectiva da fístula arteriolar-sinusoidal**. Tem taxas de resolução de até 63%, embora possa surgir disfunção eréctil em até 50% casos, principalmente na laqueação da artéria cavernosa.

III. Priapismo Intermitente (ou recorrente)

Associa-se frequentemente a anemia de células falciformes e pode estar relacionado com a desregulação do sistema do óxido nítrico, por diminuição da actividade da PDE 5. Todos os episódios de priapismo intermitente devem ser tratados imediatamente, segundo as recomendações para o priapismo isquémico.

Dada a sua natureza recorrente devem ser implementadas medidas preventivas de futuros episódios. Muitas opções de tratamento foram descritas, contudo a terapêutica hormonal foi a melhor sucedida, pelo que é actualmente recomendação primária, apesar dos efeitos acessórios (fadiga, ginecomastia, hepatotoxicidade, etc.).

A terapêutica sistémica com análogos GnRH ou antiandrogénios actua pela supressão dos efeitos androgénicos no pénis e tem bons resultados, mas a sua descontinuação conduz ao reaparecimento dos episódios. Outras drogas são usadas, com menos eficácia: baclofeno, digoxina, gabapentina, terbutalina e agonistas alfa adrenérgicos.

		PRIAPISMO ISQUÉMICO	PRIAPISMO NÃO ISQUÉMICO
História clínica	Dor no pénis	presente	ausente
	Condições etiológicas	Medicação, uso de drogas ilícitas, doença relevante (hematológica, neurológica, oncológica)	Traumatismo peniano ou perineal; cirurgia urológica
História clínica	Erecção	rígida	tumescente
	Evidências de traumatismo	raramente	frequentemente
Exame laboratorial	Gasimetria	Semelhante a sangue venoso	Semelhante a sangue arterial
Exame imagiológico	Eco-doppler peniano a cores	fluxo de sangue mínimo ou ausente nas artérias e corpos cavernosos	fluxo sangue normal a elevado nas artérias e corpos cavernosos; fístula arterial-sinusoidal ou pseudoaneurisma
	Médico	Aspiração e irrigação dos corpos cavernosos, injeção intracavernosa de agente simpaticomimético α -adrenérgico	Observação, embolização arterial selectiva
Tratamento	Cirúrgico	Shunt cavernoso-esponjoso distal ou proximal ou shunt venoso	Laqueação da artéria cavernosa ou da fístula arterial-sinusoidal

Quadro 8: Resumo do diagnóstico e tratamento de priapismo

PONTOS-CHAVE

- A identificação precoce do tipo de priapismo é fundamental para definir a terapêutica apropriada
- Priapismo isquémico com mais de 4 horas de duração tem risco significativo de disfunção eréctil, pelo que requer tratamento imediato
- O método mais prático e fiável de distinguir o tipo de priapismo é a gasimetria do sangue aspirado dos corpos cavernosos
- No priapismo isquémico o tratamento de primeira linha é a aspiração e irrigação dos corpos cavernosos com administração intracavernosa de um agente simpaticomimético α -adrenérgico, de preferência fenilefrina e apenas secundariamente a criação de um shunt cavernoso.
- O priapismo não isquémico geralmente não tem risco de disfunção eréctil, pelo que a abordagem inicial deverá ser vigilância e secundariamente embolização arterial selectiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Broderick G et al. Priapism: pathogenesis, epidemiology and management. J Sex Med 2010;7:476-500
2. Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Prost H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology, 2013.
3. Burnett AL. Pathophysiology of priapism: erection physiology thesis. J Urol. 2003 Jul;170(1):26-34
4. Burnett AL. Priapism. In: Walsh PC, Retik AB, eds. Campbell's Urology. 9th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2007:839-849
5. Dougherty C. et al. Priapism: WWW.emedine.medscape.com/article/777603

TRAUMATISMOS PENIANOS

Nuno Fidalgo

Interno de Formação Específica de Urologia
Hospital das Forças Armadas

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

I. INTRODUÇÃO

“A sexualidade é sempre traumática enquanto tal”, Jacques Lacan em *“Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines”*. Scilicet, 6/7. Paris: Seuil, 1976, p. 5-63.

Nos Estados Unidos da América o trauma é a 1ª causa de morte na população entre os 1-44 anos idade, contabilizando 120 mil mortes/ano. O aparelho génito-urinário está envolvido em aproximadamente 10% dos casos de trauma. Tipicamente estes traumatismos não representam perigo de vida, mas podem estar associados a perturbações crónicas da função miccional, sexual e da componente psicossocial do indivíduo.

Cerca de 1 a 2 terços das lesões no sistema génito-urinário envolvem os genitais externos, sendo mais frequentes no sexo masculino por razões anatómicas e por exposição aumentada a fenómenos violentos (acidentes viação, desportos, conflitos armados). O trauma genital resulta de traumatismos fechados em cerca de 80% dos casos.⁽¹⁾

Os traumatismos do pénis (TP) devem-se a múltiplas causas. A fractura do pénis, a amputação peniana, os traumatismos fechados e dos tecidos moles são emergências urológicas e tipicamente requerem uma abordagem cirúrgica.

Os TP envolvem a uretra em cerca de 10 a 20% dos casos.⁽¹²⁾

Os objectivos do tratamento dos TP são universais: preservar o aspecto cosmético, a função eréctil e a função miccional.

Perante situações de traumatismo peniano, deve haver uma abordagem multidisciplinar, envolvendo urologista, cirurgião plástico e psicólogo. A abordagem deve seguir as seguintes recomendações: a) preservar a intimidade e a privacidade (local de observação adequado); b) dar atenção ao impacto emocional (origem psiquiátrica, sensibilidade da vítima e suporte psicológico); c) dar atenção aos potenciais aspectos legais (fotodocumentação, colheita de material forense, abuso ou violência sexual); d) avaliar potenciais lesões concomitantes (uretra, bexiga, escroto ou outras).⁽¹⁵⁾

II. TRAUMATISMOS FECHADOS DO PÉNIS

1. Traumatismo Fechado no Pénis Flácido

É raro dada a mobilidade e flexibilidade do órgão. Pode desencadear um hematoma subcutâneo decorrente da lesão das veias subcutâneas; a sua extensão está relacionada com o grau de lesão vascular e com a integridade das fâscias que revestem o pénis. A rotura da túnica

albugínea no estado flácido é extremamente improvável. O tratamento deste tipo de lesões é essencialmente médico (elevação do pênis, gelo local, anti-inflamatórios e eventualmente antibióticos), sendo pouco frequente a necessidade de tratamento cirúrgico. O prognóstico geralmente é bom. Há casos raros que complicam com priapismo de alto débito.⁽¹⁵⁾

2- Estrangulamento Peniano

É uma forma de traumatismo peniano rara. Pode ser provocado por vários materiais (condom, anéis metálicos, etc.). Na criança normalmente é acidental. No adulto pode ocorrer durante o acto sexual como método para prolongar a erecção ou associado a perturbações psiquiátricas. Tem como consequência e gradualmente, edema venoso, lesão arterial com úlcera cutânea, fístula arterial, perda da sensibilidade peniana, necrose e gangrena. O diagnóstico é visual. O tratamento e o prognóstico dependem da duração do trauma e do tipo de lesão. A primeira medida é tentar remover a causa. Técnicas cirúrgicas reconstrutivas podem ser necessárias.⁽¹⁵⁾

3- Fractura do Pênis ou dos Corpos Cavernosos

Está determinado que, durante a erecção, a túnica albugínea encontra-se distendida, variando a sua espessura dos 2mm em estado flácido, para 0,25mm, podendo facilmente romper quando submetida a uma força que gere pressões intracavernosas superiores a 1500mmHg.

A fractura do pênis (FP) é a ruptura da túnica albugínea dos corpos cavernosos secundária a um trauma fechado do pênis erecto. É, habitualmente, unilateral. Quando a lesão é bilateral aumenta a probabilidade de lesão da uretra, que pode estar atingida em cerca de 20-38% dos casos. As zonas mais afectadas são a proximal, a dorsal e a lateral.

O primeiro caso descrito na literatura foi feito há mais de mil anos por Abul Kasem, médico árabe, que advogava uma abordagem terapêutica conservadora.

A incidência é maior no Médio Oriente e nos países do norte de África (55%) do que nos EUA e Europa (30%).⁽⁵⁾

Embora as causas de FP sejam quase as mesmas em todo o mundo, alguns autores sugerem uma associação geográfica com algumas delas. De uma forma geral o coito é responsável pela maioria dos casos, cerca de 80%.⁽³⁾ Geralmente é secundário a relações sexuais vigorosas, quando o pênis erecto embate contra o períneo ou área púbica e dobra. Este mecanismo é conhecido por “Texas trauma” ou “Bent rail syndrome”⁽¹⁵⁾. No Médio Oriente predomina o traumatismo auto-induzido, associado à prática de *taghaandan*.⁽²⁾

Diagnóstico

A história clínica e o exame físico são fundamentais e dispensam quase sempre o recurso a meios complementares de diagnóstico. A apresentação clínica típica inclui um som de estalido seguido de detumescência imediata e dor. O exame físico revela edema, descoloração da haste peniana e hematoma localizado (que produz a deformidade tipo “beringela” e o “sinal de rolamento”) – sinais patognomónicos. Se a fâscia de Buck for comprometida, o hematoma pode estender-se para o escroto, períneo e região supra-púbica (padrão “borboleta”). A incidência de lesão uretral é mais expressiva nos EUA e Europa (20%-40%) do que na Ásia e Médio Oriente (3%) provavelmente devida à causa- trauma no coito vs. traumatismo auto-induzido.⁽⁴⁾

O recurso aos exames de imagem constitui tema de debate.

O uso da *cavernosografia* é amplamente desencorajado por estar significativamente associado a falsos negativos, e por evidência de complicações como reacções adversas ao contraste e risco aumentado de fibrose.

A *ecografia* peniana, apesar de facilmente disponível, é também operadora dependente. Os resultados falsos-negativos são comuns.

A *ressonância magnética* pode ser útil na exclusão de FP em casos sem apresentação típica ou sinais físicos clássicos.

Alguns centros preconizam a realização de *uretrografia* retrógrada na presença de hematuria macroscópica, sangue no meato uretral, retenção urinária, ou na suspeita de lesão uretral.

Concordantemente com a inevitabilidade de uma abordagem cirúrgica, alguns artigos de revisão demonstram que o recurso aos exames de imagem não altera a conduta terapêutica nem a eficácia dos resultados.⁽⁴⁾

Tratamento

A terapêutica da FP evoluiu progressivamente do tratamento conservador para a terapêutica cirúrgica precoce. Os estudos mais recentes suportam a abordagem cirúrgica precoce, com melhores resultados funcionais e cosméticos e com menor incidência de complicações.⁽¹¹⁾

A incisão circunferencial sub-coronal seguida de deslucamento peniano é a via de abordagem mais frequentemente descrita na literatura. A incisão sobre o defeito da túnica e a abordagem inguino-escrotal são menos utilizadas e reservam-se a casos particulares.

A abordagem mais consensual consiste na evacuação do hematoma e encerramento primário da lesão na túnica albugínea com sutura absorvível 2-0 ou 3-0.

Na presença de lesões da uretra, estas deverão ser encerradas primariamente, guiadas por algália.

O tratamento médico complementar consiste em profilaxia antibiótica, elevação peno-escrotal, analgésicos e anti-inflamatórios (*per os* e gelo local), repouso e abstinência sexual durante 1 mês.

Complicações

O tratamento *gold standard* da FP consiste na abordagem cirúrgica imediata e encerramento do defeito na túnica albugínea. A opção por uma abordagem conservadora pode aumentar a percentagem de complicações associadas. Inversamente, outros autores advogam uma abordagem diferida.

A literatura demonstra uma percentagem de complicações de 83,3% e 25,7% para tratamento conservador e abordagem cirúrgica respectivamente. Disfunção eréctil, encurvamento peniano, fibrose com formação de placa, erecção dolorosa, fístula arterio-venosa e infeção de hematoma estão entre as complicações mais citadas na literatura.⁽³⁾

III- TRAUMATISMO PENETRANTE DO PÊNIS

O traumatismo penetrante do pênis reúne um largo espectro de possibilidades desde a lesão de tecidos moles à amputação peniana. É raro, na medida em que a posição anatómica e o estado móvel do pênis protegem-no. Está associado a situações de guerra, desporto (em Espanha os acidentes nas touradas representam cerca de 0.4 % dos casos), acidentes de viação, violência doméstica e de circuncisão em meios tradicionais.

A maioria das séries publicadas pelos centros de trauma urbano no mundo Ocidental reporta que o trauma genito-urinário (GU) resulta de traumatismos fechados em cerca de 80% dos casos.

Mas a realidade do trauma urbano não representa a única fonte relevante. Os últimos dados científicos de traumatismo GU com maior casuística correspondem aos casos abordados nos recentes teatros de operações militares no Médio Oriente. O trauma GU sempre esteve presente nas guerras do passado em cerca de 0,5-4,2%. No panorama actual de terrorismo e guerra assimétrica, têm aumentado os casos tratados de trauma GU por duas razões: pelo tipo de armas e explosivos utilizados que desencadeiam lesões mais complexas, e pela evolução das equipas de estabilização e evacuação, que fazem com que indivíduos com ferimentos potencialmente fatais, sobrevivam para serem tratados.

Actualmente estima-se que o trauma GU de guerra corresponda a 80% de lesões penetrantes.⁽⁷⁾

Em combate, 50 % das lesões de genitais externos por trauma penetrante são causadas por projecteis ou estilhaços, sendo os outros 50% causados pela explosão de bombas artesanais conhecidas por “IED” (*Improvised Explosive Devices*).⁽¹⁰⁾

Faz-se ainda referência a causas raras de traumatismo penetrante, o auto-induzido, como acontece nos casos de parafilias, encontrando-se na literatura vários casos como a introdução de agulhas nos corpos cavernosos. Neste campo a variabilidade é incontornável, a imaginação Humana que está na sua génese, ultrapassa os limites deste capítulo.⁽¹⁴⁾

1. Lesão de Tecidos Moles

A perda de tecidos moles associa-se a fenómenos infecciosos na sua maioria como no caso de Gangrena de Fournier. Outras causas mais raras são lesões de avulsão e queimaduras.

2. Feridas por Arma de Fogo

Este tipo de traumatismo representa a principal causa de trauma GU em cenário urbano, com algumas séries a reportar cerca de 93% dos casos; em 28% há lesão do pénis.⁽⁸⁾

Nestes casos a lesão do pénis raramente é isolada e cerca de 80% das vítimas apresentam outras lesões GU, abdominais, pélvicas ou das extremidades inferiores. O traumatismo associado da uretra está estimado em 15-50% casos.

3. Mordedura Animal e Humana

A morbidade do traumatismo está relacionada com a extensão da lesão e com complicações infecciosas. É mais frequente na faixa etária inferior aos 15 anos idade.

Aproximadamente 30% das feridas por mordedura animal apresentam sinais de infecção dentro de 48h; a possibilidade de raiva deve ser sempre considerada. A bactéria mais comum na mordedura por cão é a *Pasteurella multocida*, registando cerca de 50% dos casos. Entre outros agentes registam-se a *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Bacterioides* e *Fusobacterium spp.*⁽¹³⁾

A mordedura humana incluiu um espectro mais alargado de possíveis agentes envolvidos, tanto virais como bacterianos: sífilis, hepatite, VIH, herpes, actinomicose ou tuberculose.⁽⁶⁾

4. Amputação Peniana

A amputação peniana é um evento raro e está associado nos adultos a fenómenos de automutilação em até 87% dos casos, como resultado de perturbações de identidade de género ou de outras anomalias psicóticas graves.⁽¹⁵⁾ Nas crianças podem-se associar a rituais tradicionais de circuncisão não controlados. O tratamento preferencial consiste na reanastomose recorrendo a técnicas de microcirurgia; o recurso à técnica macroscópica também é possível, mas está, naturalmente, associado a maior percentagem de disfunção eréctil, perda de sensibilidade e necrose cutânea.

Diagnóstico

No trauma penetrante do pénis, para além da colheita de *história clínica* e de um *exame físico* detalhado, é importante apurar as circunstâncias do acidente, o tipo de armas envolvidas e o calibre por forma a poder estimar a extensão das lesões e a antecipar futuras complicações.

O recurso a exames de imagem segue as indicações previamente descritas para o diagnóstico da FP. Particular realce merece o uso da *TC abdominal e pélvica*, uma vez que, como já foi referido previamente, o trauma penetrante do pénis faz-se acompanhar frequentemente de outras lesões abdominais e pélvicas.

Tratamento

O trauma penetrante requer habitualmente uma exploração cirúrgica precoce, com lavagem copiosa da lesão com soro fisiológico, desbridamento de tecido desvitalizado e reconstrução.

Mesmo nos casos de lesões mais extensas, o encerramento primário deve ser tentado após a lavagem e desbridamento, porque a vascularização do pénis assim o permite. Excepção à partida deve ser feita aos casos de mordedura humana, onde a contaminação da ferida é tipicamente polimicrobiana e o encerramento primário está contra-indicado. O tratamento antibiótico deve ser de largo espectro para qualquer mordedura.

Nos casos de feridas por arma de fogo e explosivo, a contaminação e desvitalização dos tecidos está quase sempre presente e é habitualmente extensa. Este tipo de lesões costuma associar-se também a perda de tecido. Por estes factores, é frequente não se optar pelo encerramento primário, e optar pelo uso de pensos e reconstrução faseada com dispositivos de vácuo e aplicação de enxertos cutâneos.⁽⁷⁾

Nos casos de amputação peniana a prioridade consiste em localizar, limpar e preservar a extremidade amputada em condições de assepsia e preferencialmente sob isquémia fria. A reimplantação tem boas hipóteses de sucesso com tempos de isquémia fria até 16h e isquémia quente até 6h. Se a extremidade amputada não estiver disponível deve proceder-se a construção de um coto peniano, seguindo a técnica utilizada nas penectomias parciais por carcinoma do pénis. Nas situações de impossibilidade de reimplantação, pode-se recorrer a técnicas de faloplastia.

BIBLIOGRAFIA

1. Santucci RA. Urologic trauma guidelines: a 21st century update. *Nat Rev Urol*. 2010 Sep; 7(9):510-9.
2. Moslemi MK. Evaluation of epidemiology, concomitant urethral disruption and seasonal variation of penile fracture: A report of 86 cases. *Can Urol Assoc J*. 2013 Sep;7(9-10):E572-5
3. Yamaçake KG. Long-term Treatment Outcomes Between Surgical Correction and Conservative Management for Penile Fracture: Retrospective Analysis. *Korean J Urol*. 2013 Jul; 54(7): 472-6.
4. Agarwal MM, Singh SK. Fracture of the penis: a radiological or clinical diagnosis? A case series and literature review. *Can J Urol*. 2009 Apr;16(2):4568-75.
5. Ansari AA, Talib RA. Which is guilty in self-induced penile fractures: marital status, culture or geographic region? A case series and literature review. *Int J Impot Res*. 2013 Nov-Dec; 25(6): 221-3.
6. Morey AF, Rozanski TA. Genital and Lower Urinary Tract Trauma. In: Walsh PC, Campbell's Urology. 9th edition. Philadelphia: W B Saunders; 2007. P. 2649-2654
7. Waxman S, Beekley A. Penetrating trauma to the external genitalia in Operation Iraqi Freedom. *Int J Impot Res*. 2009 Mar-Apr;21(2):145-8.
8. Bjurlin MA, Kim DY. Clinical characteristics and surgical outcomes of penetrating external genital injuries. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013 Mar; 74(3): 839-44.
9. Monteiro-Pereira N. O Pénis. Da Masculinidade ao órgão masculino. Lidel 2007. P 244-246
10. DeHoff G. Penile Reconstruction. Mar 2012. Disponível em <http://wartimegenitaltrauma.wordpress.com/genital-trauma/>
11. Santucci RA. Penile fracture and trauma. Medscape 2013. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/456305-overview>
12. Calvacanti AG, Krambeck R, Araújo A. Management of urethral lesions in penile blunt trauma. *Int J Urol*. 2006 Sep;13(9):1218-20
13. Santucci RA, Hohenfellner M. Emergencies in Urology. Springer 2007. P 260-267
14. Reddy SV. Unusual penetrating injury to the male genitalia. *Int Neurourol J*. 2013 Mar;17(1):38-40.
15. Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Prost H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology, 2013.

TRAUMATISMOS ESCROTAIS

Nátalia M. Martins

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Nuno Fradinho

Interno de Formação Específica de Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética
C.H.L.C. - Hospital S. José

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C - Hospital S. José

I. INTRODUÇÃO

As lesões traumáticas dos genitais externos são relativamente raras, parcialmente devido à grande mobilidade do pénis e escroto.

Embora raras, precisam de uma abordagem adequada para prevenir complicações, tais como, comprometimento da fertilidade, dor crónica, hipogonadismo e alteração da auto-imagem⁽⁴⁾.

A maior parte das lesões do escroto (75-85%) é causada por traumatismo contuso, principalmente associado a lesões desportivas. As restantes lesões são provocadas por traumatismos penetrantes, tais como lesões por arma de fogo ou arma branca e explosões.^(1,4,6,7)

Em cenários de guerra, a incidência de lesões do aparelho genito-urinário é mais elevada (4,7%), devido a lesões explosivas, correspondendo 68 % delas a lesões de genitais externos⁽⁸⁾.

II. TRAUMATISMOS FECHADOS

A maioria dos traumatismos fechados ocorre na sequência de lesões acidentais desportivas, assaltos e acidentes de viação. São exemplos, os pontapés, golpes acidentais, acidentes com motocicletas ou bicicletas (figura 2).

McAleer relatou que as lesões testiculares constituem apenas 0.11% de todas as lesões desportivas, sendo os desportos colectivos responsáveis por cerca de 25% destas lesões. Devido à baixa incidência das lesões testiculares, o «Committee on Sports Medicine and Fitness» da Associação Americana de Pediatria não impõe restrições para a prática de desporto por crianças com testículo único, quer para desportos sem contacto físico, quer para contacto físico, exceptuando o uso de protector de genitais em algumas modalidades de alto risco^(9,10).

Os traumatismos fechados podem provocar hematoma local, equimose do escroto ou lesões do testículo, epidídimo ou cordão espermático. São habitualmente unilaterais, correspondendo as lesões bilaterais a 1.4%⁽⁷⁾. Cass e Luxemburg relataram alta percentagem de rotura de testículo (cerca de 50%) em traumatismos contusos⁽⁷⁾.

Um golpe directo, que conduz o testículo contra a púbis, pode resultar em contusão ou rotura. A contusão do testículo pode causar hemorragia dentro da túnica vaginal (hematocele)

ou dentro do parênquima testicular (hematoma intratesticular ou subcapsular). Na rotura do testículo ocorre rotura da túnica albugínea e exteriorização dos túbulos seminíferos para o interior da túnica vaginal⁽⁷⁾. Oitenta por cento dos hematoceles ocorrem na sequência de rotura testicular.⁽¹¹⁾

O hidrocele pode também ter origem traumática, assim como 5% das torções do testículo que também ocorrem na sequência de traumatismo escrotal.

A deslocação do testículo de origem traumática consiste na passagem do testículo para qualquer outra localização, excepto a escrotal. A deslocação do testículo ocorre mais frequentemente na sequência de colisão de motociclos, devido ao impacto do tanque de combustível no períneo e escroto, deslocando o testículo em sentido superior ou lateral.⁽¹²⁾ Esta deslocação ocorre mais frequentemente para o interior do canal inguinal (50 %) ou cavidade abdominal, através do orifício inguinal externo/interno. Outro tipo de deslocação ocorre através do tecido subcutâneo para a região inguinal, púbica, crural e acetabular.^(12,34) O doente apresenta-se com dor intensa e massa dolorosa, palpável, na região inguinal, retropúbica ou crural e com o hemiescroto correspondente vazio. A deslocação do testículo pode resultar em rotura, torção ou hemorragia testicular do mesmo.

Diagnóstico

As lesões escrotais apresentam-se com edema, dor, equimose, lacerações ou perda de pele. Muitas vezes, o exame objectivo é dificultado pelo edema e dor. Para além disso, a clínica da lesão contusa não reflecte a gravidade da lesão do testículo e cordão subjacentes, pelo que os exames de imagem contribuem de forma importante para a definição diagnóstica.

A ecografia escrotal é um exame, que possui alto grau de precisão no diagnóstico de rotura testicular. Foram descritas com este método 100% de sensibilidade e 93% de especificidade, utilizando apenas 2 critérios – perda de homogeneidade parenquimatosa e perda de contorno testicular⁽²⁰⁾. O estudo com Doppler é útil para avaliar a perfusão testicular (figura 3).

A cintigrafia testicular com Tc 99m foi usada para avaliação dos genitais. No entanto, não é utilizada, por rotina, por questão de tempo, que poderá atrasar o diagnóstico e a exploração cirúrgica. Neste exame, a rotura testicular apresenta-se com aumento de captação de radiofármaco, reflectindo inflamação, área de fotodeficiência correspondente a hematoma e necrose da parênquima⁽²¹⁾.

Apesar da ressonância magnética poder demonstrar a integridade testicular, este método não é usado normalmente pelo seu custo elevado, disponibilidade limitada e atraso potencial na instituição do tratamento definitivo⁽²²⁾.

Tratamento

O objectivo de tratamento de traumatismos escrotais é preservação do testículo, mantendo fertilidade, função endócrina, saúde sexual e estética.

a). Tratamento conservador

A minoria das lesões pode ser abordada de modo conservador (grau 1 e algumas de 2 de escala de AAST). Fala-se de contusão com hematoma escrotal e equimose sem lesão do testículo e cordão, que podem ser tratados com compressão, elevação, analgésicos e gelo local.⁽²³⁻²⁵⁾

b). Exploração cirúrgica

Antes de 1960 a incidência de rotura testicular no traumatismo contuso do escroto era desconhecida. A maioria dos doentes foi abordada de maneira conservadora, e frequentemente sem

hospitalização. Desde então a abordagem com exploração cirúrgica precoce passou a ser regra. Gross⁽²⁷⁾ relatou diminuição de probabilidade de salvação do testículo de 80% para 32% se a exploração cirúrgica for feita dentro de 3 dias. Lupetin et al.⁽²⁸⁾ relataram 90% taxa de salvação testicular quando a exploração cirúrgica for feita dentro de 72h e apenas 45% após esse período. A abordagem conservadora frequentemente complica-se com infecção secundária de hematocele ou tecido lesionado e de necrose do testículo. Mesmo na ausência de infecção o efeito compressivo de hematocele pode resultar em atrofia testicular.⁽⁷⁾

Todas as lesões penetrantes abaixo de dartos e associadas a aumento do volume escrotal e a maioria das lesões contusas suspeitas de lesão testicular, hematomas em expansão, deslucamentos e avulsões são indicações para exploração cirúrgica precoce.^(4,23,24)

Durante exploração cirúrgica procede-se a lavagem da ferida, drenagem de hematocele, evacuação de hematoma e revisão de outras estruturas locais.

No caso de rotura testicular procede-se à irrigação abundante do testículo lesado, desbridamento de parênquima desvitalizado, reparação da túnica albugínea com sutura absorvível 4-0, avaliação dos anexos e reconstrução das camadas dos tecidos superficiais. É deixado um pequeno dreno dentro da túnica vaginalis durante 24-36h e administrado antibiótico de largo espectro durante 7 dias.

Em caso de deficiência de túnica albugínea, recorre-se ao uso de retalho ou enxerto da túnica vaginalis parietal.

A decisão entre orquidectomia versus reconstrução cirúrgica baseia-se na viabilidade de parênquima, presença de mediastinum intacto, estado do cordão espermático, perfusão do testículo com eventual uso de Doppler. Orquidectomia é efectuada nos casos de testículo completamente destruído (grau 5 AAST). Ao contrário, nas lesões de grau 3 e 4 deve ser feita tentativa de salvação de testículo. Gomes relatou preservação de testículo mesmo quando 50% da parênquima seja destruída. Na literatura as taxas de salvação do testículo rondam os 90 a 100% no traumatismo contuso e 32-65% no traumatismo penetrante, taxas semelhantes às séries militares.⁽¹⁾

No caso das lesões bilaterais a abordagem é particularmente conservadora dentro do possível.

No caso de rotura completa do cordão espermático está recomendado realinhamento primário com sutura não-absorvível, com vaso-vasostomia efectuada em 2º tempo.⁽²³⁾

Grandes hematomas intratesticulares devem ser drenados, mesmo na ausência de rotura de túnica albugínea, devido ao risco de necrose progressiva e atrofia por compressão.

Não há evidência de aumento de produção de anticorpos antiespermáticos com a preservação do testículo comparativamente a orquidectomia⁽³⁰⁾.

A torção do testículo requer intervenção cirúrgica imediata.

Testículos deslocados por traumatismo podem ser reposicionados manualmente, embora a fixação cirúrgica da rotura da túnica vaginalis seja recomendada posteriormente. Caso a reposição manual seja impossível sugere-se exploração imediata com orquidopexia⁽²³⁾.

III. TRAUMATISMOS PENETRANTES

As lesões penetrantes resultam de ferimentos por arma de fogo, explosões e arma branca. São bilaterais em 30% dos casos.⁽⁷⁾ A maioria destas lesões é provocada por arma de fogo, sendo que cerca de 35% dos traumatismos por arma de fogo resultam em lesões dos órgãos genitais externos.⁽¹³⁾ A maioria (50-94%) das vítimas de armas de fogo sofrem habitualmente outras lesões associadas, como lesões da coxa, pênis, períneo, uretra, abdómen, vasos femorais e intestino dentro de saco herniário inguinal.^(13,14)

As lacerações e avulsões do escroto podem resultar de tracção e arrancamento por dispositivos mecânicos, como máquinas agrícolas e industriais, quando a roupa e algumas partes do corpo ficam presas nestas máquinas em movimento. Contudo, actualmente, estes acidentes tornaram-se mais raros, comparativamente com o início de século XX, devido a melhoria nas condições de segurança. A causa mais comum, hoje em dia, são os acidentes por desaceleração. As avulsões escrotais, habitualmente, propagam-se ao longo do espaço subdartos e prosseguem até o pénis, sendo relativamente avasculares. Os testículos e cordões espermáticos permanecem intactos, na maioria das vezes, por causa das múltiplas fascias que os rodeiam.

A orquidectomia traumática pode resultar de traumatismo ou auto-mutilação. As lesões de auto-castração podem resultar de psicose aguda ou acto deliberado de desmasculinização. De facto, 50 % destes indivíduos conseguem remover um ou 2 testículos⁽¹⁶⁾.

As lesões traumáticas do epidídimo incluem contusões, hematomas, roturas ou fracturas. As lesões do cordão espermático envolvem ductos deferentes e estruturas vasculares.

Mordeduras

As mordeduras são equivalentes a infecção, por definição, pois 80 % destas feridas são infectadas. A maioria das vítimas de mordeduras, incluindo casos fatais, são crianças. A bactéria *Pasteurella* é isolada em cerca de 25% das feridas por mordedura de cães e gatos, podendo estar igualmente presentes agentes anaeróbios. As mordeduras animais podem transmitir blastomicose, brucelose, doença de arranhadura de gato, erisipela, coriomeningite linfocítica, leptospiriose, melioidose, pasteurellose, raiva, tétano, tularemia e yersiniose. Em caso de febre num indivíduo imunocomprometido, a *Capnocytophaga canimorsus* é o agente causador mais provável⁽¹⁷⁾.

As mordeduras humanas também são potencialmente infectadas, sendo a *Eikenella corrodens* o agente patogénico mais comum. Para além disso, as mordeduras humanas podem transmitir actinomicose, hepatite B e C, herpes simplex, HIV, tétano, síndrome de choque tóxico e tuberculose.⁽¹⁸⁾ A maior parte das vítimas praticaram sexo oro-genital.

Queimaduras

As queimaduras da área genital e perineal ocorrem em cerca de 2.8-5% dos doentes queimados.⁽¹⁹⁾ Relativamente à etiologia das queimaduras, diferenciam-se pela fonte de energia: térmicas, químicas e eléctricas, sendo as primeiras as mais frequentes e as últimas as potencialmente mais graves por afectarem potencialmente tecidos mais profundos e órgãos internos. Doentes com queimadura eléctrica podem ter lesão significativa dos tecidos profundos mesmo quando a lesão cutânea sobrejacente for pequena. Podem demorar dias a semanas até ocorrer a demarcação de tecidos viáveis e necrosados.

A gravidade das lesões do testículo e escroto pode ser avaliada de acordo com Escalas de «American Association for the Surgery of Trauma (AAST)». As escalas foram elaboradas de acordo com risco potencial da lesão para a vida do doente⁽⁵⁾ (Tabelas 1 e 2).

Tratamento

Avulsões de escroto (perda parcial do escroto)

A reparação das lesões penetrantes do escroto deverá ser imediata, a menos que exista grande contaminação.⁽³⁾ O atraso convida a colonização bacteriana da ferida, que poderá comprometer a reconstrução subsequente. A maioria das lesões traumáticas representa perda parcial do escroto, e podem ser encerradas directamente ou com retalhos traumáticos, devido a irriga-

ção sanguínea excelente e elasticidade dos tecidos. Esfacelos com perda até 60% da área de superfície da pele do escroto podem ser encerradas directamente. Todos os corpos estranhos e pêlos devem ser removidos e a hemostase assegurada. O desbridamento deve ser feito de forma minimal no contexto de lesão aguda. Retalhos de escroto ou das áreas adjacentes devem ser mobilizados para garantir o encerramento sem tensão, em dois planos, com suturas interrompidas absorvíveis 4-0. Para encerramento primário é importante ter margens cirúrgicas limpas e viáveis, hemostase excelente, tempo decorrido desde o acidente inferior a 8 horas, e o doente estável. É aconselhável a colocação de drenagem (deverá ser removida dentro de 48-72 horas). (Figuras 4 e 5).

Se a pele restante não for suficiente para permitir um encerramento primário seguro, poder-se-á utilizar enxerto de pele parcial espessa fenestrada ou em selos, ou retalhos locorreionais (da face medial da coxa, da região inguinal, supra-púbicos).

Perda Total do Escroto

As três causas principais da perda da pele dos órgãos genitais são infecção (fascite necrotizante – não abordada neste capítulo), queimaduras e trauma. Estas lesões podem ser graves e, se não forem correctamente tratadas, podem comprometer a recuperação funcional, estética e psicológica a longo prazo dos doentes.

A reconstrução primária deverá ser prioritária, se não existirem contraindicações à sua realização, como instabilidade hemodinâmica, lesão de órgãos vitais, ou grande contaminação.

Caso a reconstrução definitiva não possa ser realizada logo após o desbridamento, os testículos podem ser inseridos e protegidos temporariamente dentro de bolsas subcutâneas na coxa. Estas bolsas são desenvolvidas através de dissecação digital suave. Também podem ser usados métodos de cobertura temporária, como aloenxertos, terapia de pressão negativa tópica ou pensos que mantenham o ambiente apropriado (húmido) à formação de tecido de granulação saudável.

No momento da reconstrução definitiva, após um desbridamento cuidadoso e da hemostase assegurada, os cordões espermáticos e testículos devem ser libertados do tecido de granulação adjacente e unidos um ao outro para evitar um neoescroto bífido.

Nos casos em que existam tecidos com boa vitalidade no leito ou tecido de granulação sem sinais de contaminação, a cobertura tegumentar pode ser feita através da aplicação de enxerto de pele parcial espessa (0,4-0,6mm) fenestrada (com punctura e com catéter). O uso de enxerto de pele expandida em rede é desaconselhado, uma vez que as cicatrizes são inestéticas. O enxerto de pele na região do escroto é de difícil aplicação, devido à existência de áreas côncavas; o penso, que deve promover a completa adesão e imobilização do enxerto ao leito também pode ser desafiante.

Os testículos funcionam como expansores naturais pelo que, durante o ano seguinte, o neoescroto expande.

O resultado cosmético é aceitável, sendo expectável a retracção do enxerto que ocorre principalmente nos primeiros 3 meses de pós-operatório.

Alguns autores defendem que a pele de enxerto não confere suficiente protecção contra o trauma, fricção e variação térmica, e estudos desenvolvidos em animais apontam para uma possível diminuição da espermatogénese após a aplicação e enxertos de pele. Apesar de não existirem estudos que corroborem o mesmo para humanos, se se confirmar será, com certeza, um factor determinante na escolha do método de cobertura tegumentar para cada doente (dependendo da idade e de comorbilidades associadas).⁽³⁵⁾

A cobertura com retalhos permite a reconstrução escrotal com tecido bem vascularizado,



Figura 5: Resultado final de reconstrução



Figura 6: Deslucamento da pele da região genital no indivíduo de 39 anos. Ocorreu por tração da fresa.



Figura 6: Resultado final de reconstrução com retalho de Singapura unilateral. No pênis usado enxerto da pele do braço.

GRADE*	DESCRIPTION OF INJURY	ICD-9	AIS-90
I	Contusion/hematoma	879/890	1
II	Subclinical laceration of tunica albuginea	922.4	1
III	Laceration of tunica albuginea with <50% parenchymal loss	878.2	2
IV	Major laceration of tunica albuginea with >50% parenchymal loss	878.3	2
V	Total testicular destruction or avulsion	878.3	2

*Advance one grade for bilateral lesions up to grade V De Moore et al (5).

Tabela 1: Testis injury scale

GRADE	DESCRIPTION OF INJURY	ICD-9	AIS-90
I	Contusion	922.4	1
II	Laceration <25% of scrotal diameter	878.2	1
III	Laceration >25% of scrotal diameter	878.3	2
IV	Avulsion <50%	878.3	2
V	Avulsion >50%	878.3	2

Tabela 1: Scrotum injury scale

BIBLIOGRAFIA

- Allen F. Morrey, Thomas A. Rozanski. Genital and lower urinary tract trauma. In: Louis Kavoussi, Andrew Novick, Alan Partin, Crig Peters, Alan Wein editors. Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2007: 2649-2662.
- George W Jabren, Wayne J.C. Hellstrom. Trauma to the external genitalia. In: Hunter Wessells, Jack McAninch editors. Urological Emergencies. Humana Press. Totowa, New Jersey, 2005: pag 71 – 93.
- Allen F. Morrey, Jack W. McAninch. Genital skin loss and scrotal reconstruction. In: Richard M. Ehrlich, Gary J. Alter editors. Reconstructive and plastic surgery of the external genitalia. Adult and pediatric. Philadelphia. W.B. Saunders company. 1999. Pag. 414-422.
- Allen F. Morey, Michael J. Metro, Kenneth J. Carney, Kennon S. Miller, Jack W. McAninch. Consensus on genitourinary trauma: external genitalia. BJU Int. Volume 94(4): pag 507-515.
- Moore, Ernest E. MD; Malangoni, Mark A. MD; Cogbill, Thomas H. MD; Peterson, Norman E. MD; Champion, Howard R. MD; Jurkovich, Gregory J. MD; Shackford, Steven R. MD. Organ Injury Scaling VII: Cervical Vascular, Peripheral Vascular, Adrenal, Penis, Testis, and Scrotum. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care: September 1996 - Volume 41 - Issue 3 - pp 523-524
- J E Bertini, J N Corriere. The etiology and management of genital injuries. The Journal of trauma (Impact Factor: 2.35). 09/1988; 28(8):1278-8
- Cass AS, Luxenberg M. Testicular injuries. Urology. 1991 Jun;37(6):528-30.
- S Waxman¹, A Beekley², A Morey³ and D Soderdahl. Penetrating trauma to the external genitalia in Operation Iraqi Freedom. International Journal of Impotence Research (2009) 21, 145-148.
- Mc Aleer IM, Kaplan GW, LoSasso BE. Renal and testis injuries in team sports. J Urol 2002; 168: 1805-1807.
- America Academy of Pediatrics, Committee on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. Pediatrics. 1994; 84: 757-760.
- Gomez RG, Castanheira AC, McAninch JW. Gunshot wounds to the male external genitalia. J Urol. 1993 Oct;150(4):1147-9.
- Alyea EP. Descoloration of the testis. Surg Gynecol Obstet 1929; 49: 600-615.
- Manoj Monga, Timothy Moreno, Wayne JG Hellstrom. Gunshot wounds to the male genitalia. J Trauma 1995; Vol 38(6): 855-858.
- Bickel A, Mataj, Hochstein LM, et al: Bowel injury as a result of penetrating scrotal trauma: Review of associated injuries. J Urol 143: 1017, 1990.
- Salvatierra O , Rigdon WO, Norris DM, Brady TW. Vietnam experience with 252 urologic war injuries. J Urol 1969; 101: 615-620.
- Aboseif S, Gomez R, McAninch JW. Genital self-mutilation. J Urol 1993; 150: 1143-6.
- Wolf JS, Jr., Turzan C, Cattolica EV, McAninch JW. Dog bites to the male genitalia: characteristics, management and comparison with human bites. J Urol. 1993;149(2):286-289.
- Wolf JS Jr, Gomez R, McAninch JW. Human bites to the penis. J Urol 1992; 147:1265.
- Michielsen D, Van Hee R, Neetens C, Lafaie C, Peeters R. Burns to the genitalia e perineum. J Urol 1998; 159: 418-419.
- Buckley Jill C, McAninch Jack W. Use of Ultrasonography for the Diagnosis of Testicular Injuries in Blunt Scrotal Trauma. J Urol 2006;175:175-8.
- McConnell JD, Peters PC, Lewis SE. Testicular rupture in blunt scrotal trauma. A review of 15 cases with recent application of testicular scanning. J Urol 1982; 128:309-311.
- Muglia V, Tucci, Elias J, Magnetic resonance imaging of scrotal diseases: when it makes difference. Urology 2002; 59: 419-23.
- Thomas H. Lynch, Luis Martinez-Pineiro, Eugen Plasc, Efraim Serafetinides, Levent Turkerie, Richard

- A. Santucci, Markus Hohenfellner, EAUGuidelines on UrologicalTrauma. *European Urology* 47 (2005) 1–15.
24. Allen F Morrey, Noel Armenakas, Michael Coburn. Urologic trauma and reconstruction. AUA postgraduate course. Chicago. 2009.
 25. Alicia M Mohr, Annette M Pham, Robert F Lavery, Ziad Sifri, Vladislav Bargman, David H Livingston. Management of trauma to the male external genitalia: the usefulness of American Association for the Surgery of Trauma organ injury scales. *The Journal of Urology* 01/2004; 170(6 Pt 1):2311-5.
 26. McCormack JL, Kretz AW, Tocantins R. Traumatic rupture of the testicle. *J.Urol.* 1966; 96:80-3.
 27. Gross M. Rupture of the testicle: The importance of early surgical treatment. *J.Urol.* 1969; Feb;101(2):196-7.
 28. Lupetin AR, King W, Rich PJ, Ledeman RB. The traumatized scrotum. *Ultrasound evaluation. Radiology.* 1983;148:203–207.
 29. Campbell MF. *Pediatric Urology.* Vol 2. MacMillan, 1937, p.188
 30. Kukadia AN, Ercole CJ, Gleich P, Hensleigh H,CPryor JL. Testicular trauma. potential impact on reproductive function. *J Urol* 1996; 156 : 1643–6.
 31. Gerald H Jordan, Steven M Schlossberg. *Surgery of The Penis and Urethra.* In: Louis Kavoussi, Andrew Novick, Alan Partin, Crig Peters, Alan Wein editors. *Campbell-Walsh Urology.* 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2007: 1023-1028.
 32. Fleisher GR. The management o bite wounds. *N Engl J Med* 1999; 340: 138-140.
 33. Cummings JM; Boullier JA. Scrotal dog bites. *J Urol* 2000; 164: 57-58.
 34. Eranga Perera, Shweta Bhatt, Vikram S Dogra. Traumatic Ectopic Dislocation of Testis. *J Clin Imaging Sci.* 2011; 1: 17.
 35. Neligan, Peter. *Plastic Surgery* 3rd ed. Elsevier Inc, 2013. Vol 4, Section II-13: Reconstruction of male genital defects.

ANORQUIA E CRIPTORQUIDIA

Catarina Gameiro

Assistente Hospitalar de Urologia

Hospital Beatriz Ângelo

Definição

A criptorquidia é a anomalia congénita mais frequente entre os recém-nascidos do sexo masculino, estando presente em 1 a 4% daqueles. Quando atempadamente diagnosticada e tratada, as complicações são significativamente minimizadas e o crescimento e desenvolvimento sexual são normais.

A criptorquidia consiste na presença de um testículo não palpável ou não descido, ou seja, ausência de um ou ambos os testículos em posição normal na bolsa escrotal. Esta posição anormal dos testículos pode dever-se a criptorquidia congénita, quando os testículos estão extra-escrotais aquando do nascimento; criptorquidia adquirida, quando os testículos foram palpados numa observação prévia do recém-nascido mas posteriormente não são palpáveis; criptorquidia secundária quando os testículos se encontram em posição extra-testicular como complicação de um procedimento cirúrgico como herniorrafia ou orquidopexia.

A anorquia refere-se à ausência de testículos nas bolsas ou em posição supra-escrotal, sendo habitualmente consequência da torsão bilateral do cordão espermático in utero, admitindo-se que pode, nalguns casos, ocorrer devido a uma alteração endocrinológica.

A agenesia testicular associa-se à persistência do ducto de Muller ipsilateral, conduzindo à ausência de testículo em qualquer fase do desenvolvimento embrionário.

Prevalência

A criptorquidia é uma das anomalias congénitas mais frequentes, ocorrendo em 1 a 4% dos nascimentos de termo e 1 a 45% dos recém-nascidos pré-termo do sexo masculino. Embora se trate de uma anomalia presente em quase 400 síndromes conhecidas, a maioria dos casos é esporádica, na razão de seis casos esporádicos para um caso sindrómico.

Etiopatogenia

A etiopatogenia da criptorquidia não é inteiramente conhecida, supondo-se que o baixo peso à nascença, baixa idade gestacional, exposição da mãe a estrogénios no primeiro trimestre da gravidez, factores genéticos e ambientais possam ser contributivos para o aparecimento desta patologia.

Os testículos não descidos podem encontrar-se em qualquer localização no trajecto de migração entre o abdómen e o escroto, mais comumente o canal inguinal (superficial), ou numa posição ectópica (peri-renal, pré-púbica, femoral, perineal ou contralateral). Na sua maioria, os testículos são palpáveis (80%) e 60-70% são unilaterais.

Tratamento

A indicação para tratar a criptorquidia prende-se com a preservação da fertilidade, diminuição do risco de torção do cordão espermático e de tumor, bem como a minimização do estigma psicossocial associado à ausência de um testículo.

A terapêutica médica (hormonal) não parece oferecer benefício comparável com a cirurgia.

Quando o testículo não é palpável, o tratamento cirúrgico inicia-se habitualmente com a laparoscopia diagnóstica que permite verificar a localização intra-abdominal do testículo ou a sua atrofia completa, quando se identificam apenas os vasos espermáticos e o canal deferente. O remanescente testicular atrofiado pode ser excisado, embora esta opção não seja consensual. A cirurgia consiste em isolar e mobilizar o testículo mal posicionado e fixá-lo na bolsa escrotal, num tempo único ou em dois tempos cirúrgicos (distantes cerca de 6 meses), podendo usar-se técnicas laparoscópicas ou abertas. O testículo contralateral é habitualmente fixado na sua posição escrotal (orquidopexia), embora alguns autores questionem a necessidade deste passo.

O tratamento cirúrgico da criptorquidia tem como objectivos otimizar a função testicular, reduzir a probabilidade de tumor do testículo e facilitar o seu diagnóstico (caso venha a haver tumor), oferecer um bom resultado estético e prevenir complicações como a hérnia inguino-escrotal ou a torsão do cordão. A cirurgia deve realizar-se aos 6 meses de idade, caso o testículo não esteja até então na sua posição escrotal normal. A probabilidade de resolução espontânea após esta idade é baixa, devendo avançar-se para o tratamento precocemente, de modo a evitar as complicações associadas à patologia.

Impacto na Sexualidade

A existência de história de criptorquidia na infância, sobretudo quando não diagnosticada ou não corrigida, pode trazer implicações na vida sexual do doente adulto, pela presença de factores relacionados com a fertilidade, o risco de tumor, e alterações da imagem corporal.

A infertilidade é porventura o aspecto mais relevante entre as alterações psicosexuais associadas à criptorquidia. Existe forte evidência que uma história de criptorquidia está associada a subfertilidade, embora a idade ao diagnóstico e tratamento, o tipo de tratamento e a gravidade da doença sejam factores cuja importância para a fertilidade não é adequadamente conhecida.

O desenvolvimento normal das linhagens germinativas está frequentemente comprometido nos testículos criptorquídicos, apresentando um número reduzido de espermatozónias, após a primeira infância, podendo o testículo contralateral estar também afectado. Em homens com uma história de criptorquidia bilateral, há um potencial de fertilidade diminuído, mas a frequência de parâmetros hormonais anormais ou alterações no espermograma em casos de criptorquidia unilateral parece ser maior do que o risco relativo de infertilidade. As contagens de espermatozóides estão reduzidas em pelo menos 25% de homens previamente tratados por criptorquidia.

A produção de testosterona é normal em homens com criptorquidia bilateral, estando preservada mesmo em testículos retidos, mas a produção de gónadas é quase inexistente nestes homens, se não tratados. Os rapazes com criptorquidia bilateral têm uma puberdade normal.

Cerca de 10% dos homens inférteis tem uma história prévia de criptorquidia e orquidopexia. Os homens com criptorquidia bilateral têm um risco seis vezes maior de serem inférteis quando comparados com os homens com criptorquidia unilateral e a população em geral. A incidência de azoospermia é de 13% em homens com criptorquidia unilateral e 98% em homens com criptorquidia bilateral.

Além da infertilidade, associado a criptorquidia existe ainda um risco de tumor do testículo. O risco relativo de transformação maligna num testículo não descido é de 2,5 a

8, e de apenas 2 a 3 em rapazes tratados antes da puberdade. Todas as alterações psicosexuais e patológicas que se conhecem e podem estar associadas ao tumor do testículo e ao seu tratamento têm, por isso, um risco maior de ocorrer em homens com criptorquidia.

As estruturas para-testiculares, nomeadamente o epidídimo e a túnica vaginal, podem também apresentar alterações que predispõem à torção do cordão espermático.

Pelo menos um estudo comparando aspectos psicosexuais e sociais entre grupos de adolescentes com anorquia sujeitos a terapêutica hormonal, e adolescentes normais, sugere que não há diferenças nos aspectos sexuais estudados, desde que seja feita a necessária substituição hormonal com testosterona.

A influência da criptorquidia na psicopatologia deve-se a questões da auto-imagem masculina; no entanto, os rapazes com criptorquidia não parecem apresentar outro tipo de alterações do desenvolvimento sexual.

Nos rapazes com anorquia, todas as implicações na fertilidade (a quase totalidade dos doentes tem azoospermia), auto-imagem (cerca de metade destes doentes tem também associado um microfalo) e risco de complicações podem igualmente, ou com maior probabilidade, estar presentes, pelo que deverão ser acompanhados por endocrinologistas e adequadamente tratados de modo a manter um desenvolvimento físico e sexual adequado.

O tratamento atempado é o factor mais importante para garantir um baixo risco de complicações e o menor impacto na vida sexual dos doentes com criptorquidia ou anorquia.

BIBLIOGRAFIA

1. Barthold JP. Abnormalities of the testis and scrotum and their surgical management. In: Wein AJ, Kavoussi L, Novick A, eds. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders Company. 2012. (132): 3560-3574.
2. Chung E, Brock G. Cryptorchidism and its impact on male fertility: a state of art review of current literature. CUAJ. 2011. Volume 5 (3): 210-214.
3. Ritzén EM. Undescended testes: a consensus on management. Eur J Endocrinol. 2008. 159: S87-S90.
4. Poomthavorn P, Stargatt R, Zacharin M. Psychosexual and psychosocial functions of anorchid young adults. J Clin Endocrinol Metab. 2009. 94 (7): 2502-5.
5. Friedman RM. The role of the testicles in male psychological development. J Am Psychoanal Assoc. 1996. 44 (1): 201-53.

MASSAS ESCROTAIS BENIGNAS

Pedro Galego

Assistente Hospitalar de Urologia

C.H.L.C. - Hospital S. José

Introdução

As massas escrotais são alterações no conteúdo do escroto. O escroto contém os dois testículos, responsáveis pela produção do esperma e da hormona sexual masculina – *testosterona*. O epidídimo é um ducto curvo que fica por trás do testículo, onde o esperma é armazenado até ser necessário.

O diagnóstico presuntivo das massas escrotais é inicialmente realizado através do exame físico e história clínica. É confirmado por exame de imagem, habitualmente através de ultrassonografia escrotal.

As massas escrotais benignas podem resultar da acumulação de líquido dentro da túnica vaginalis – *Hidrocele*, ou dentro do epidídimo – *Espermatocoele*. Podem também resultar da passagem de conteúdo abdominal, por fragilidade do anel inguinal, até ao interior da bolsa escrotal – *Hérnia Inguino-Escrotal*.

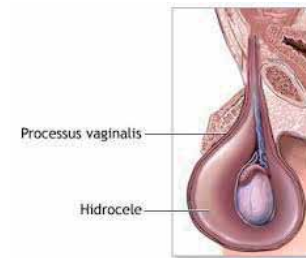


Figura 1: Hidrocele

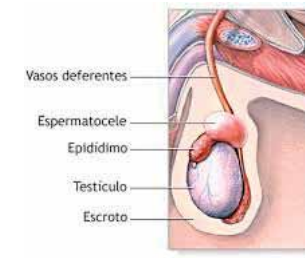


Figura 2: Espermatocoele



Figura 3: Hérnia Inguino-Escrotal

Hidrocele

Maioritariamente apresenta-se com crescimento lento e sem sintomatologia. Causa preocupação quando surge de forma abrupta e/ou acompanhado de sintomas, nomeadamente dor ou desconforto escrotal.

O diagnóstico faz-se com relativa facilidade através do exame físico pela sensação quística à palpação e pela técnica de transluminação escrotal. Em caso de dúvida, a ultrassonografia escrotal confirma o diagnóstico.

O tratamento é cirúrgico e realizado por abordagem escrotal. Consiste na aspiração do líquido e na eversão da túnica vaginalis. Em criança, se estiver associado ao não encerramento do canal peritoneo-vaginal, a abordagem é feita por incisão inguinal.

Espermatocoele

Normalmente, são assintomáticos e achados incidentalmente durante auto-exame. Maioritariamente encontram-se ao nível da cabeça epididimária, na parte superior do testículo.

O diagnóstico passa pelo exame físico com a palpação de lesão quística lisa, esféri-

ca, peri-testicular é transluminescente. Na dúvida, a ultrassonografia escrotal confere o diagnóstico.

A intervenção cirúrgica não está indicada para espermatocelos pequenos e assintomáticos. No entanto, se dor ou desconforto, ou aumento progressivo e exuberante, a excisão por abordagem escrotal é a opção terapêutica.

Hérnia Inguino-Escrotal

As hérnias não complicadas têm habitualmente a característica da redutibilidade, o que facilita a definição diagnóstica. São indolores, agravam com o esforço e reduzem com o repouso em posição de decúbito dorsal. Na ultrassonografia escrotal apresentam-se como uma imagem complexa e heterogênea.

O tratamento passa pela correção cirúrgica do ponto de fraqueza do canal inguinal, através de uma incisão inguinal. Em crianças, devem ser corrigidas precocemente.

Quando o diagnóstico da hérnia se fizer na vigência de um encarceramento, devem-se tentar manobras clínicas para a sua redução. Caso a hérnia não possa ser reduzida, ou haja suspeita de sofrimento importante de tecidos encarcerados, a cirurgia deve ser feita de imediato.

Repercurssões na Sexualidade

- O espermatocelo é uma das possíveis causas de infertilidade, nomeadamente por processo obstrutivo à passagem dos espermatozoides a nível do epidídimo.
- Muito raramente, o hidrocele pode provocar alterações a nível da espermatogénese.
- Todas podem desencadear disfunção erétil, nomeadamente quando se apresentam de forma sintomática. Mais raramente, as alterações cosméticas associadas ao aumento do volume escrotal, podem desencadear uma inibição psicogénica.
- Apesar de muito raro, todas podem apresentar atrofia testicular e azoospermia como complicação pós-operatória devido lesão vascular arterial e dos deferentes respectivamente.
- Na criança, a presença de hidrocele ou hérnia inguino-escrotal, principalmente quando associados a testículo mal descido (criptorquidismo), deve levantar suspeita de discinesia gonadal com possíveis implicações futuras na fertilidade e sexualidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Campbell - Walsh. *Urology*. 10ª Edição. 2011; Section VI, Section VII, Section XVII.
2. Nelson Rodrigues Netto Jr. *Urologia Prática*. 5ª Edição. 2008.
3. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch. *Smith's Urology*. 17ª Edição. 2008.
4. Hartmut Porst, Jacques Buvat. *Standard practice in Sexual Medicine*. 1ª Edição. 2006.
5. European Association Urology Guidelines. 2013.

VARICOCELO

Nuno Tomada

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.P. - Hospital S. João

Viviana Magno Azevedo

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.P. - Hospital S. João

DEFINIÇÃO

O varicocele corresponde à dilatação e tortuosidade das veias espermáticas internas no plexo pampiniforme do cordão espermático.

É frequentemente encontrado em adolescentes e homens saudáveis, tendo uma prevalência de cerca de 15% na população geral.

O varicocele contribui significativamente para o risco de infertilidade em alguns indivíduos, representando a causa mais frequente (cerca de 42%) de infertilidade no homem. No entanto, cerca de 85% dos homens com varicocele são férteis.

ETIOFISIOPATOGENIA

A história natural do varicocele ainda é mal compreendida. A causa para o aparecimento e, em alguns casos, progressão da gravidade do varicocele nas crianças e adolescentes não está claramente definida, mas a suscetibilidade é provavelmente determinada pela predisposição genética, forma corporal ou anormalidades venosas intrínsecas.

Fatores genéticos contribuem provavelmente para o risco de varicocele, mas não necessariamente para a gravidade. O risco de varicocele em familiares de primeiro grau é de 4 a 8 vezes o risco da população geral, sendo especialmente elevado entre irmãos.

O risco de progressão do varicocele durante a adolescência pode estar relacionado com a existência de refluxo espontâneo das veias espermáticas. O processo patológico subjacente é desconhecido, mas assume-se que pode estar relacionado com a inserção em ângulo reto da veia espermática esquerda na veia renal esquerda, o que se associa a aumento da pressão hidrostática e a incompetência valvular, e isto explica a maior prevalência de varicocele do lado esquerdo. Num sub-grupo de indivíduos com varicocele foi identificado um fenómeno de compressão da veia renal esquerda entre a aorta e artéria mesentérica superior, o que pode contribuir para a patogénese do varicocele.

Peso aumentado ou baixo índice de massa corporal (classicamente indivíduo alto e magro) estão associados a presença de varicocele. Por outro lado, o diagnóstico em indivíduos obesos pode ser dificultado pela presença de maior camada adiposa da parede escrotal.

Existem estudos que demonstram a presença de veias varicosas noutros leitos venosos para além das veias espermáticas em homens com varicocele, refletindo a possibilidade de doença venosa generalizada.

As implicações andrológicas do varicocele consistem na falência do crescimento e desenvolvimento do testículo afetado, com alterações na espermatogênese relacionadas provavelmente com lesões do DNA induzidas pelo stress oxidativo e consequente redução do potencial de fertilidade.

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

A maioria dos varicoceles em crianças e adolescentes são identificados incidentalmente, e menos frequentemente devido a queixas de desconforto ou edema escrotal. A dor escrotal é reportada em menos de 10% dos casos. Raramente, o varicocele é diagnosticado por rutura secundária a traumatismo.

O diagnóstico do varicocele é efetuado pelo exame clínico e deve ser confirmado com Doppler vascular colorido. O paciente deve ser examinado na posição ereta e em decúbito dorsal. Deve-se verificar a presença de tumefação visível e o cordão espermático deve ser palpado em repouso e durante a manobra de *Valsalva*.

O sistema de classificação utilizado para o varicocele consiste em 4 graus:

Grau 0 (subclínico) – varicocele não palpável e não visível, identificado apenas por *ecoDoppler* a cores;

Grau 1 – varicocele palpável apenas durante a manobra de *Valsalva*;

Grau 2 – varicocele palpável em repouso, mas não visível;

Grau 3 – varicocele palpável e visível em repouso. Um varicocele volumoso deverá descomprimir na posição de decúbito dorsal; na ausência de descompressão, sobretudo do lado direito, o que constitui um achado raro, é obrigatório a exclusão de lesão expansiva retroperitoneal.

O tamanho e a consistência testicular devem ser documentados no exame inicial e nas consultas de follow-up. O testículo afetado pode ter um volume inferior e uma consistência mais amolecida relativamente ao contralateral.



Figura 1: Varicocele grau 3 (fotografia: Nuno Tomada)



Figura 1: artéria testicular identificada com microscópio cirúrgico (fotografia: Nuno Tomada)

TRATAMENTO

Uma estratégia conservadora consistindo na vigilância permanece o método de escolha para a maioria dos adolescentes com varicocele. O tratamento cirúrgico deve ser seletivo, uma vez que apenas uma minoria dos jovens com varicocele são sintomáticos ou inférteis. As principais indicações para o tratamento cirúrgico de um varicocele clínico são:

- Atrofia testicular esquerda (>20%) ou bilateral em adolescentes;
- Dor escrotal homolateral (aliviada pela cirurgia na maior parte dos casos);
- Infertilidade masculina associada a espermograma alterado em jovens ≥ 18 anos de idade.

A varicocelectomia é a cirurgia mais frequentemente realizada no tratamento da infertilidade masculina. A melhoria da qualidade do sêmen é geralmente observada após a correção cirúrgica, que pode reverter as lesões do DNA.

Existem várias técnicas cirúrgicas para o tratamento do varicocele. A escolha do procedimento depende da preferência e experiência do cirurgião, assim como da taxa de complicações.

As complicações mais frequentes da cirurgia são a persistência ou recorrência do varicocele, laqueação iatrogénica da artéria testicular homolateral (o que pode condicionar atrofia testicular) e aparecimento de hidrocele.

Varicocelectomia Subinguinal/inguinal com Microscópio Cirúrgico

A incidência das complicações cirúrgicas é reduzida com o recurso a técnicas de microcirurgia, que constituem uma abordagem segura e eficaz. Existe um menor risco de lesão da artéria (condicionando melhoria da qualidade do sêmen) e dos vasos linfáticos espermáticos (associado a baixo risco de hidrocele pós-operatório). Estas técnicas apresentam a maior taxa de sucesso e menor taxa de recorrência do varicocele. São cirurgias que exigem uma maior diferenciação cirúrgica dado requererem experiência do urologista com a utilização de microscópio cirúrgico.

A incisão cirúrgica é realizada ao nível (inguinal) ou abaixo (sub-inguinal) do anel inguinal externo, o cordão espermático é isolado e todas as veias espermáticas com mais de 2.5mm de diâmetro são laqueadas.

Varicocelectomia Inguinal (Ivanissevich)

Técnica similar à descrita previamente mas realizada sem recurso ao microscópio cirúrgico, o que dificulta, ou mesmo impossibilita, a identificação e preservação da artéria testicular e vasos linfáticos.

Varicocelectomia Retroperitoneal (Palomo)

É uma técnica fácil mas com elevado risco de hidrocele pós-operatório. Existe também maior taxa de recidiva do varicocele dado ser apenas laqueada a veia espermática interna. A incisão é realizada medialmente à espinha ilíaca antero-superior e, após afastamento dos músculos da parede abdominal, procede-se à abordagem retroperitoneal das veias espermáticas internas acima do cordão espermático.

Varicocelectomia Laparoscópica

Consiste numa abordagem transperitoneal, sendo colocado um trocar umbilical para visualização e dois adicionais para manipulação dos instrumentos cirúrgicos. Está indicada apenas em caso de varicocele bilateral.

Escleroterapia / Embolização

A injeção de um agente esclerosante ou embolizante nas veias espermáticas internas para tratamento do varicocele tem uma taxa de sucesso globalmente menor relativamente aos procedimentos anteriores e ambas as técnicas requerem a exposição à radiação. Em alguns casos, o procedimento não se consegue efetuar por motivos técnicos. Existe a possibilidade de uma complicação adicional de flebite.

TÉCNICA CIRÚRGICA	RECORRÊNCIA/PERSISTÊNCIA
Escleroterapia	9-10%
Embolização	4-10%
Palomo	29%
Ivanissevich	13%
Microcirurgia (inguinal/sub-inguinal)	1-4%
Laparoscopia	3-7%

BIBLIOGRAFIA

1. Bodie, J. Sandlow, J. Microsurgical Subinguinal Varix Ligation: Techniques and Technical Pearls. In: Sandlow, J. Microsurgery for Fertility Specialists. New York: Springer, 2013; 3: 35-48.
2. Goldstein, M. Surgical management of male infertility. In: Kavoussi, L. Novick, A. Partin, A. Peters, C. Wein, A. Campbell-Walsh Urology. Tenth Edition. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2012; 22: 678-686.
3. Walsh, T. Smith, J. Male Infertility. In: McAninch, J. Lue, T. Smith & Tanagho's General Urology. Eighteenth Edition. New York: McGraw-Hill Companies, 2013; 44: 687-719.

ESCROTO AGUDO

Hugo Parda

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução

Escroto agudo é a designação atribuída a uma série de entidades clínicas observadas normalmente no contexto da urgência hospitalar, caracterizadas pela presença de sinais inflamatórios do escroto com instalação mais ou menos súbita.

É necessária uma avaliação urgente pelo urologista pela potencial necessidade de exploração cirúrgica imediata, sob o risco de evolução para necrose ou infertilidade e eventual excisão do testículo afectado (orquidectomia).

O diagnóstico diferencial é variado, sendo o mais importante (mas não o mais frequente) a torção do testículo, pela gravidade das complicações atrás descritas e pela necessidade do curto intervalo de tempo para uma intervenção eficaz. No adulto, a entidade mais frequente é a infecção – epididimite/orquite, mas podemos também encontrar: torção de apêndice do testículo / epidídimo, edema escrotal agudo idiopático, vasculite (Púrpura Henoch-Schonlein), hérnia inguinal encarcerada, hidrocele, espermatocele, varicocele, gangrena de Fournier, trauma, tumor ou litíase.

A história clínica é fundamental, nomeadamente o “timing” e a gravidade dos sintomas, mas não menos importantes são alguns achados da observação que podem ajudar no diagnóstico.

Um testículo subido ou horizontalizado, sinal de Prehn negativo (ou seja, ausência de alívio sintomático com a suspensão manual do escroto) ou reflexo cremasteriano ausente (ausência de subida do testículo após estimulação da face interna da coxa) são indicativos de uma provável torção; um epidídimo espessado e doloroso aponta para a epididimite como causa provável; o “blue dot” poderá corresponder a uma torção de apêndice testicular. Nenhum destes sinais é contudo patognomónico.

Os exames complementares têm também um valor meramente indicativo. A *Urina II* apresenta leucocitúria em >50% das orquiepididimites mas, mesmo se positiva, não exclui torção.

O *ecodoppler* colorido e, embora menos utilizada, a cintigrafia com radionuclídeos não são suficientemente fiáveis para confirmar uma suspeita de torção, ajudando apenas a confirmar suspeita de outras etiologias.

Diagnóstico Diferencial

Torção Testicular

A torção do testículo pode ser classificada como emergência pelo potencial dano irreversível ao fim de 6 horas, causado pela isquemia.

É mais frequente em recém-nascidos e adolescentes e é causado pela contracção do músculo cremáster, sendo a sua gravidade proporcional ao grau de rotação do testículo.

A história clínica típica cursa com dor muito intensa e de início súbito (muitas vezes acordando o doente durante a noite).

Torção de Apêndices Testiculares

A hidatide de Morgagni e o apêndice do epididimo são remanescentes de estruturas embriónicas e localizam-se respectivamente no pólo superior do testículo e na cabeça do epidídimo; a sua torção é mais frequente durante a adolescência, apresentando-se normalmente com dor de início insidioso e sinais inflamatórios mínimos, sendo característica a presença de pequeno ponto muito doloroso à palpação, de coloração azulada – “blue dot”, estando o testículo normalmente posicionado e indolor à palpação. O *ecodoppler* pode ser útil para excluir torção testicular. O tratamento é sintomático, com AINE’s, repouso e elevação escrotal.

Epididimite/Orquite

É a causa mais comum de escroto agudo, sendo mais frequente no adulto e rara na criança. A sua etiologia pode ser classificada em dois grandes grupos, consoante a idade do doente em causa; assim nos adolescentes e adultos jovens causa mais prevalente é a infecção a *Chlamidia* e *Neisseria gonorrea*, por transmissão sexual. Nas crianças e idosos, a infecção é normalmente a Gram-negativos, tendo como factores predisponentes a existência de malformações congénitas nos primeiros, e a disfunção miccional ou instrumentação nos segundos. Outras etiologias possíveis, embora muito raras, são a tuberculose genito-urinaria e a parotidite epidémica (“papeira”).

As queixas podem variar entre o início insidioso de dor ou edema localizado, até ao início rápido com inflamação generalizada; febre, disúria ou piúria são sintomas comuns nesta patologia. Na observação, é frequente o alívio da dor com a elevação do escroto (*sinal de Prehn positivo*); os testículos deverão apresentar-se em posição normal, podendo ser dolorosa a sua palpação, e o epidídimo encontra-se frequentemente espessado e muito doloroso à palpação; a observação poderá ser contudo limitada pela presença de edema exuberante ou hidrocele reaccional.

Nos exames complementares, é frequente a presença de leucocitúria na *Urina II*; o *ecodoppler* deverá evidenciar um aumento do fluxo sanguíneo causado pela reacção inflamatória, podendo ser visível edema do testículo ou do epidídimo e a eventual presença de hidrocele reaccional.

O tratamento consiste em antibioterapia empírica, consoante o agente provável da infecção, AINE’s, repouso e elevação escrotal.

Púrpura de Henoch Schonlein

Esta vasculite sistémica de etiologia desconhecida afecta essencialmente crianças abaixo dos 7 anos de idade e, juntamente com manifestações de púrpura não-trombocitopenica, artralgia, gastralgia, nefrite ou hematuria, pode associar-se a inflamação escrotal em cerca de 35% dos casos. É uma patologia auto-limitada, sem tratamento específico.

Edema Escrotal Agudo Idiopático

Conforme a sua designação, trata-se de um edema auto-limitado na criança, sem etiologia identificada. Sintomaticamente as queixas são ligeiras, muitas vezes sem outros sinais inflamatórios, sem febre, e pode apresentar prurido como característica distintiva das outras causas de escroto agudo.

Os meios complementares de diagnóstico não apresentam alterações, sendo considerado um diagnóstico de exclusão; é no entanto importante examinar o períneo para excluir edema por contiguidade.

Hérnia Inguinal Indirecta

Quando volumosa pode ser confundida com patologia do foro urológico. Os doentes referem

normalmente antecedentes de aumento de volume com o esforço. Quando encarcerada é considerada uma urgência cirúrgica; no caso de ser redutível, deverá ser corrigida de forma electiva.

Hidrocele

A hidrocele apresenta-se tipicamente como um aumento progressivo do volume escrotal de evolução arrastada e assintomática. A dor surge quando o volume é suficiente para causar tensão, e pode motivar o recurso ao serviço de urgência. Sem outros sinais inflamatórios associados.

Na criança, esta acumulação de fluido é devida à persistência do canal peritoneo-vaginal; no adulto deve-se a um aumento anormal de secreção serosa, de causa reactiva ou idiopática.

Espermatocele

Também designados por quisto do epidídimo, é normalmente assintomáticos, sendo a sua correcção cirúrgica reservada para os casos que manifestem dor ou aumento de volume significativo.

Varicocele

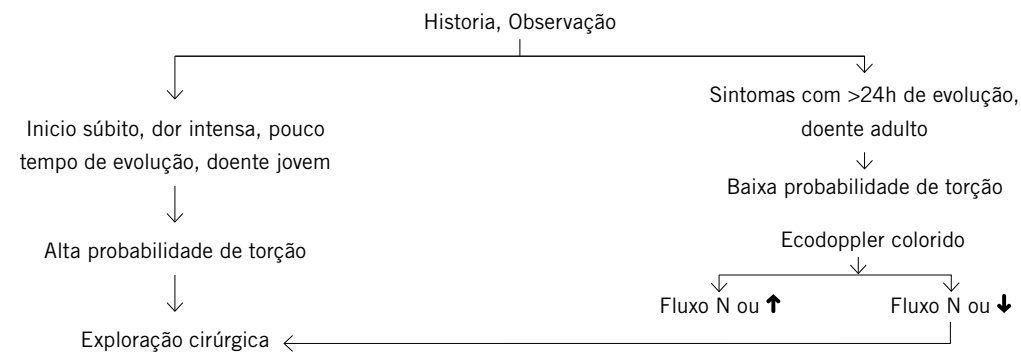
Com uma incidência estimada de 15% durante a adolescência, a varicocele é caracterizado por uma dor de evolução insidiosa, com alívio em decúbito e que raramente poderá levar o doente à urgência. Resulta da ectasia do plexo pampiniforme por refluxo venoso e apresenta-se em 90 % dos casos à esquerda (provável causa anatómica pela angulação de entrada da veia espermática na veia renal esquerda). Esta tortuosidade é muitas vezes comparada a um “saco de minhocas” durante a palpação do escroto e o diagnóstico pode ser confirmado por *ecodoppler* escrotal.

Em casos raros a varicocele pode associar-se a uma falha no desenvolvimento testicular, com diminuição do volume do testículo e eventual infertilidade.

O tratamento é cirúrgico através de laqueação venosa (abordagem inguinal/subinguinal ou retroperitoneal por via aberta /laparoscópica) mas o critério é discutível, sendo que a maioria dos autores reserva a cirurgia apenas para os casos sintomáticos ou em doentes que evidenciem uma redução de volume >20% relativamente ao testículo contralateral.

Outras etiologias como o trauma, a gangrena de Fournier, a litíase urinaria ou os tumores do testículo podem também originar um quadro clínico de escroto agudo, mas a sua descrição pormenorizada não se enquadra no âmbito deste capítulo.

O organigrama abaixo resume os dados clínicos mais importantes da observação e história clínica, sendo importante concluir que, perante a hipótese de torção, a exploração cirúrgica é sempre recomendada.



Em caso de dúvida EXPLORAR SEMPRE

Repercussão na Sexualidade

O escroto agudo é uma entidade que pode ter sérias implicações na sexualidade, associadas a vários factores tais como:

- Presença da dor que pode ser inibitória para o acto sexual
- Alteração da auto-imagem, pelo aumento de volume escrotal com efeitos cosméticos
- Alteração do auto imagem resultante da atrofia ou perda do testículo na sequência de uma torção do testículo não tratada em tempo útil
- Alterações na fertilidade, pela perda do testículo ou pela presença de anticorpos anti espermatozoides gerados após episódio de torção testicular.

VISÃO DA ENFERMAGEM NAS PATOLOGIAS PENO-ESCROTAIS - NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Artur Marona Beja

Enfermeiro Graduado

Urgência Polivalente

C.H.L.C. - Hospital S. José

Os cuidados de enfermagem considerados urgentes nas patologias peno-escrotais vão ser apresentados utilizando os focos de cuidados propostos pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)¹ divididos em duas grandes áreas, a primeira, a estratégia global de abordagem do ponto de vista dos cuidados na urgência, e na segunda, serão abordadas as especificidades nas situações de torção de testículo, epididimite, prostatites, priapismo^{2,3}.

Tem sempre que ser considerado que, em contexto de urgência, estamos perante pessoas com necessidades de cuidados sem diagnóstico formado, em situações que eventualmente podem colocar a vida em risco, ou provocar lesões irreversíveis.

Na abordagem de urgência deve observar-se a sequência universal de prioridades, proposta pelo European Resuscitation Council, conhecida pelo acrónimo ABCDE⁴:

- A. Via aérea
- B. Respiração
- C. Circulação
- D. Estado neurológico
- E. Exposição

Encontrando-se assegurado o ABCDE, passa-se então à avaliação da queixa de apresentação, no caso relacionado com patologia peno-escrotal. Para tal há que efectuar a história da doença actual baseada em sinais e sintomas que devem ser procurados independentemente da patologia em questão.

O primeiro foco de atenção dirige-se à Dor, que deve ser avaliada com escalas, permitindo que o seu controlo seja mensurável, e descrita tendo em conta os indicadores localização, qualidade, intensidade, duração e frequência⁵. A localização abdominal, suprapúbica, testicular, escrotal e/ou peniana tem de ser pesquisada. A abordagem inicial inclui ainda saber o passado da pessoa no que se refere a doenças pré existentes, medicação que esteja instituída, alergias e factores de risco que possam estar relacionados com a queixa de apresentação, por exemplo patologia peno-escrotal anterior, imobilidade prolongada, lesão da espinal medula e idades extremas (ie, crianças e velhos).

Torção de Testículo

É considerada a verdadeira emergência urológica por provocar a rotação do cordão espermático e respectivas estruturas, com consequente compromisso arterial e necrose. A cirurgia de correcção, incluindo o destorção e fixação, deve ser efectuada no prazo máximo de 6h permitindo um eficácia de 80 a 100%. Além da clínica o diagnóstico é suportado por exame

BIBLIOGRAFIA

1. Campbell - Walsh. *Urology*. 10o Edicao. 2011; Section VI, Section VII, Section XVII.
2. Nelson Rodrigues Netto Jr. *Urologia Prática*. 5oEdicao. 2008.
3. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch. *Smith's Urology*. 17oEdicao. 2008.

ecográfico com Doppler.

A dor, por norma, apresenta-se localizada no testículo com irradiação ao hipogastro e fossas ilíacas, tem uma apresentação súbita, severa, constante e sem factores de alívio, e inicia-se durante o sono ou está relacionada com trauma.

Os focos de cuidados a serem levantados dirigem-se à dor aguda actual, ao comprometimento da perfusão tecidual do testículo e à ansiedade/medo.

As intervenções devem centrar-se no estabelecimento de um acesso intravenoso para administração de fluidos e medicação analgésica e anestésica com o objectivo de redução manual ou cirúrgica.

As intervenções dirigidas ao foco ansiedade/medo têm como acção ensinar/educar respondendo à necessidade de informação de cada pessoa.

A avaliação deve verificar a normalidade da perfusão tecidual e o alívio da dor.

Epididimite

Resulta de um processo inflamatório e/ou infeccioso do epidídimo, que se encontra na parte posterior do testículo, sendo causada na maioria das vezes por infecção sexualmente transmitida por *Chlamydia trachomatis* em população jovem adulta. Em maiores de 35 anos é mais comum ser provocada pela *Escherichia coli* em consequência de doença obstrutiva urinária. Em idades pediátricas está relacionada com alterações estruturais ou de função do aparelho urinário. As complicações envolvem a formação de abscesso com possibilidade de envolvimento do testículo. O diagnóstico diferencial da torsão ou carcinoma do testículo deve ser feito através da clínica e de exame ecográfico.

A dor tem um início gradual, incómoda e persistente localizada no escroto ou hipogastro, aumentando com a actividade sexual, e tendo como alívio a elevação e suporte do escroto com aplicação de gelo.

Os focos de cuidados devem dirigir-se à dor actual, à ansiedade/medo e à falta de conhecimentos existentes.

As intervenções visam o estabelecimento de via intravenosa para administração de fluidos, analgesia, anti-inflamatórios e antibioterapia.

Fazer a elevação do escroto e aplicação de gelo a fim de melhorar a dor.

Informar sobre comportamento sexual seguro no caso de doença sexualmente transmissível.

A avaliação deve centrar-se na repercussão hemodinâmica, devido ao carácter infeccioso da patologia, e no alívio da dor.

Prostatite

Refere-se a uma inflamação e/ou infecção da próstata, podendo ter origem bacteriana aguda ou crónica, ou não bacteriana.

A prostatite bacteriana aguda ocorre com mais frequência em homens entre os 30 e 50 anos e tem como factores de risco diabetes mellitus, situações de imunossupressão, e pessoas com doença renal crónica em programa de diálise.

Em norma as queixas de apresentação são compostas por resposta ao quadro infeccioso que inclui febre, taquicardia, hipotensão e mal-estar geral, associado a queixas de urgência urinária, disúria, esvaziamento incompleto e pode estar presente corrimento uretral.

A dor tem uma localização lombar e suprapúbica ou abdominal, escrotal e/ou peniana, rectal e/ou perineal. Para diagnóstico deve ser efectuada urocultura com teste de sensibilidade de antibióticos, exames ecográficos e TAC pélvico.

Os focos de cuidados dirigem-se ao risco de infecção com evolução para sepsis, à dor e à eliminação urinária alterada.

As intervenções a implementar são: acesso intravenoso para administração de fluidos, e medicação analgésica e antibiótica; algaliação, permitindo o esvaziamento completo da bexiga, com colheita de urina asséptica.

Deve-se manter uma monitorização e avaliação do estado hemodinâmico, balanço hídrico e resposta à dor.

Priapismo

O priapismo de baixo fluxo, também denominado de veno-oclusivo ou isquémico, é uma emergência em urologia que, se não for tratada, pode levar a danos definitivos.

É uma erecção completa, persistente e dolorosa do pénis sem a presença de excitação sexual, ou que se mantém após termino da relação sexual. Esta alteração envolve apenas os corpos cavernosos não afectando a glândula e os corpos esponjosos, tem como origem a obstrução da drenagem venosa que provoca a estase de sangue não oxigenado conduzindo ao edema intersticial e fibrose. O tratamento tem como objectivo a *detumescência* imediata prevenindo a inflamação e lesão endotelial.

A etiologia está associada a leucemia, a crise aguda de células falciformes, a lesão da espinal medula, esclerose múltipla, utilização de fármacos ou substâncias psicotrópicas e/ou álcool, ou fármacos indicados para a resolução de problemas de disfunção erétil.

A abordagem terapêutica visa a resolução do factor desencadeante, a administração de terbutalina, a aspiração intracavernosa do sangue com agulha de grande calibre, injeção de epinefrina nos corpos cavernosos. Caso não exista resolução com estas medidas tem que efectuar-se procedimento cirúrgico com vista a realizar um shunt venoso.

A dor apresenta-se severa, persistente, dor peniana relacionada com o número de horas de erecção, aumentada com a retenção urinária e com a existência de relação sexual.

As principais intervenções específicas dirigem-se ao foco da dor aguda e à eliminação vesical tendo em conta que em 50% dos casos ocorre retenção urinária com distensão da bexiga e necessidade de algaliação.

As intervenções imediatas são a cateterização venosa para administração de fluidos e fármacos analgésicos e terbutalina.

Preparar para tratamento médico de drenagem dos corpos cavernosos, ou para intervenção cirúrgica de shunt venoso.

A avaliação incide sobre a monitorização da dor e a redução do congestionamento peniano e edema.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoyt, K. S., & Seffridge-Thomas, J. (Eds.). (2007). *Emergency Nursing Core Curriculum* (6th ed.). Mississou-ri, United States of America: Saunders Elsevier.
2. Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Bossaert, L., Deakin, C. D., ... Böttiger, B. (2010). *Vesão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Renimação do European Resuscitation Concl. Conselho Português de Ressuscitação*. Retrieved from <http://www.cprguidelines.eu/2010/>
3. Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (Ed.). (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Autor. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
4. Ordem dos Enfermeiros, & International Council of Nurses (Eds.). (2006). *CIPE Versão 1 - Classificação Internacional Para A Prática de Enfermagem (versão oficial em Português)*. Lisboa: Autores.
5. Sheehy, S., & Newberry, L. (Eds.). (2001). *Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática* (4a ed.). Loures: Lu-sociência - Edições Técnica e Científicas, LDA & Associação de Enfermeiros de Urgência ENA.

VISÃO DA ENFERMAGEM NAS PATOLOGIAS PENO-ESCROTAIS - NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO

Isabel Mendes

Enfermeira

Serviço de Urologia

C.H.L.C. - Hospital S. José

Várias são as patologias peno-escrotais, umas mais simples, outras mais complexas, algumas de aparecimento súbito, outras que se vão instalando ao longo do tempo, algumas com bom prognóstico, outras com prognóstico mais reservado.

Neste capítulo não se pretende abordar cada uma individualmente e pormenorizadamente mas sim, reflectir sobre o impacto que estas patologias podem ter no indivíduo e na (o) companheira(o), pois estão directamente relacionadas com a sexualidade masculina, devido ao envolvimento dos seus órgãos sexuais externos. De salientar que os resultados cosméticos e a perda de actividade sexual são razões para alguns utentes recusarem terapêutica mais eficaz, principalmente quando estão em causa cirurgias mutilantes e emocionalmente perturbadoras, pelo receio de não serem aceites pelo seu parceiro e principalmente por se sentirem diminuídos e fragilizados na sua auto-estima, uma vez que deixam de ter capacidade para a penetração.

Durante o internamento a atenção quer dos profissionais quer dos utentes dirige-se mais para a vigilância e prevenção das complicações deste tipo de patologias, nomeadamente, hemorragia, infecção, controle da dor, controle metabólico e hemodinâmico, suporte nutricional e cuidados com a ferida (cirúrgica ou não). Isto porque a sexualidade e as expressões sexuais são ainda assuntos difíceis de abordar e por vezes, quando abordados, são referidos como preocupações secundárias, mas na verdade, por questões culturais ainda é tabu falar de sexualidade e pode ser sentida ocasionalmente como inapropriada.

Os cuidados de enfermagem não podem ser meras rotinas, devem envolver o utente e a companheira em todo o processo de recuperação. Cabe ao enfermeiro um papel orientador e facilitador de uma aprendizagem de vida futura, algumas vezes com limitações, mas que deve ser plenamente assumida e vivida o mais harmoniosa e adequadamente possível, onde a informação e o esclarecimento são imperativos, e a escuta activa imprescindível, mesmo quando só existe silêncio. Os enfermeiros precisam de estar preparados psicologicamente e do ponto de vista educacional para a observação de sinais não verbais e encaminhamento de questões e preocupações raramente verbalizadas mas que podem trazer angustia e sofrimento.

Diferentes estudos⁽¹⁾ evidenciam que cerca de 70% dos homens inquiridos gostariam de ter sido antecipadamente informados acerca das alterações no seu desempenho sexual inerentes à sua patologia. Ainda num estudo canadense⁽²⁾ os autores afirmam que a disfunção eréctil constitui grande preocupação no pós-operatório para os homens e afirmam ainda que, após a alta, os homens estão ansiosos para falar sobre a função/disfunção sexual. De acordo com estes e outros resultados, é evidente que a sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo e que contribui para a sua identidade ao longo de toda a vida e para o seu equilíbrio

físico e psicológico. A sexualidade como refere a OMS é “Uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções, e por isso influencia também a nossa Saúde física e mental.”

O desenvolvimento de conhecimento e habilidades em relação à abordagem sobre a sexualidade e o estabelecimento de acções adequadas diante de problemas relacionados a esta temática constituem um importante desafio e devem ser foco da atenção dos enfermeiros para melhorar o atendimento às necessidades dos utentes.

A comunicação, a criatividade e a tolerância devem ser incentivadas no casal. Porém, a complexidade de algumas situações exige uma intervenção profissional diferenciada que responda às necessidades específicas que só através de um acompanhamento personalizado, proporcionando informação e ensinamentos adequados às necessidades individuais, se podem ultrapassar.

IX PRÓSTATA E A SEXUALIDADE

BIBLIOGRAFIA

1. Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *J Clin Nurs*. 2005;14(7):883-90.
2. Milne JL, Spiers JA, Moore KN. Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: A qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(5):765-74.
3. Fagermoen MS, Hamilton G. Patient information at discharge – a study of a combined approach. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2006 [cited 2009 apr 07];63(1-2):169-76 Available from: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(05\)00295-8/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(05)00295-8/abstract).
4. Lunney M. Diagnóstico de enfermagem, pensamento e pensamento crítico. In: Lunney M. *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 21-38.

PRÓSTATA E SEXUALIDADE

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Pedro Melo Rocha

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital de S. José

João Pina

Interno de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital de S. José

Introdução

A próstata é um órgão que faz parte do sistema urogenital masculino. Situa-se abaixo da bexiga, rodeando a uretra desde o colo vesical até ao diafragma urogenital. Tem um formato piramidal de base superior e vértice inferior. Localiza-se na pélvis, anteriormente ao recto e posteriormente ao púbis. Tem um peso aproximado de 20 g no adulto. É constituída por uma componente fibromuscular e por outra glandular. A parte glandular subdivide-se em zona periférica (posição pósterio-inferior, acessível ao toque rectal, ocupa 70% da área total e é local de maior incidência dos carcinomas prostáticos), zona central (ocupa 25%) e zona transicional (ocupa 5% e é sede habitual da HBP). Contribui com 30% do fluido seminal com uma secreção ácida. Muitas substâncias biologicamente activas com origem na próstata têm sido identificadas no ejaculado, sendo as mais importantes o ácido cítrico, poliaminas (espermina e zinco) e PSA. O ácido cítrico parece estar envolvido na manutenção do potencial fértil, aumentando a motilidade dos espermatozóides e a sua sobrevivência, bem como facilitando o seu transporte no aparelho reprodutivo masculino como no feminino. O Zinco e a espermina representam factores protectores uretrais dado que a sua secreção implica uma lavagem mecânica da uretra bem como a criação de um ambiente hostil a proliferação de agentes patogénicos. Uma das possíveis funções biológicas reconhecidas ao PSA é o papel na lise do coágulo seminal, com liquefacção do esperma, não se reconhecendo, no entanto, a verdadeira importância do mecanismo da lise/coagulação na fisiologia da reprodução.

Sendo um órgão urogenital, a próstata pode levar a sintomatologia tanto do foro urinário como sexual, quando afectada por patologias como prostatite, hipertrofia benigna e carcinoma. Muitos são os mitos a volta da tríade próstata-micção-sexo. Hoje, cada vez mais, se conclui que a sua interligação é uma realidade, com estudos científicos a provarem os vários mecanismos fisiopatológicos que têm em comum.

A próstata é afectada principalmente por três entidades nosológicas distintas mas que se associam por vezes: prostatite, HBP e cancro.

A prostatite, doença inflamatória, menos comum, mais frequente em jovens e que cursa com dor, desconforto perineal e escrotal e nas formas agudas com febre, resposta inflamatória do hospedeiro e queixas de irritabilidade vesical. A prostatite é classificada em prostatite aguda bacteriana (Tipo I), prostatite bacteriana crónica (Tipo II), prostatite crónica / sín-

drome de dor pélvica crónica (Tipo III) e prostatite inflamatória assintomática (Tipo IV). Nos tipos I e II existe isolamento de bactérias coliformes. O tipo II pode ser indistinguível do tipo III, é raro (5%) e tem infecções recorrentes na sua história. O tipo III, também conhecido por síndrome de dor prostática, define-se como persistente desconforto ou dor na região pélvica ou geniturinário com 3 meses de evolução, na falta de outros distúrbios urinários, com culturas estéreis (esperma, secreções prostáticas e urina pré e pós massagem prostática). Tem etiologia desconhecida, pode estar associado a transmissão sexual de *chlamydia Trachomatis* ou *Mycoplasma species* e segundo a OMS relaciona-se não só com a próstata mas também com o epidídimo e as vesículas seminais. Requer questionário específico para o seu diagnóstico e avaliação - *UPOINT (Urinary, Psychosocial, Organ-specific infection, Neurologic/sistemic, and Tenderness)*. O seu tratamento é multimodal (amitriptilina, antibióticos, gabapentina, relaxantes musculares etc.).

A *Hipertrofia Benigna da próstata (HBP)* é a doença prostática mais prevalente no homem, tem origem multifactorial e a sua fisiopatologia ainda não está completamente compreendida. A sua incidência é crescente e acompanha o aumento da idade. Começa geralmente aos 40 anos, ocorre histologicamente em cerca de 30-40% de homens entre 40 e 50 anos e finalmente afecta mais de 75% de homens aos 80 anos. Este aumento prostático é responsável numa boa parte dos casos pelos sintomas do aparelho urinário baixo (LUTS), tanto de esvaziamento (jacto fraco, gotejamento, hesitação em iniciar a micção, insatisfação pós-miccional, até retenção urinária aguda) como de enchimento (polaquiúria, noctúria, imperiosidade miccional e disúria). Nas situações graves pode haver complicações como hematuria, infecção, litíase e insuficiência renal.

O cancro da próstata é uma das mais comuns neoplasias que afecta o mundo ocidental. Aproximadamente 915 mil homens foram diagnosticados com cancro da próstata no mundo, em 2008, sendo esta a segunda neoplasia maligna mais frequente no sexo masculino. Nos EUA, é a 2ª maior causa de morte por cancro, estimando-se 242.740 novos casos e 28.170 mortes pela doença no ano 2012. Espera-se que a incidência aumente para cerca de 1.7 milhões de casos e cause a morte de cerca de 499.000 homens até o ano 2030, apenas pelo envelhecimento da população. A incidência teve um aumento significativo com a introdução da análise do PSA após a década de 90, levando ao diagnóstico precoce na maioria dos casos. E por isso, nos EUA observou-se uma redução de 32.5% da mortalidade e 75% do diagnóstico tardio. Observa-se uma clara relação entre a idade e o aumento da incidência. A frequência em autópsias é progressivamente maior. A incidência do cancro da próstata também apresenta uma variação regional e racial. O cancro da próstata histologicamente começa na 4ª década de vida e aumenta 10% por cada década. O pico de incidência é entre 60 e 70 anos. O risco do homem europeu contrair este cancro é de 16% (IARC,2006).

DOENÇAS PROSTÁTICAS E IMPACTO NA SEXUALIDADE

I- Hipertrofia Benigna da Próstata-LUTS

Existe grande disparidade entre a incidência de disfunção sexual em doentes com HBP e a importância dada pela comunidade médica. Num estudo observacional constatou-se que 1275 urologistas e clínicos gerais acreditam que 25% dos doentes com HBP/LUTS experimentam disfunção sexual.

Curiosamente, os urologistas valorizam essa relação menos que os clínicos gerais (19% contra 24%).

A disfunção sexual resultante da HBP e/ou do seu tratamento interfere negativamente na qualidade de vida, na auto-estima e no relacionamento conjugal. É de realçar que 65-80% dos homens com HBP/LUTS são sexualmente activos e por isso este aspecto não deve ser subestimado.

Epidemiologia

A HBP/LUTS e a disfunção sexual são duas entidades com estreitas relações com a idade e interligadas, conforme provam os inúmeros estudos científicos.

Olmsted County Study, um estudo randomizado prospectivo, seguiu durante 12 anos, milhares de homens com idades entre 40 e 79 anos e encontrou uma incidência de LUTS moderado a severo em 26% de homens entre 40 e 49 anos e 46% entre 70 e 79 anos.

Baltimore Longitudinal Study, estudo prospectivo com 1.057 homens saudáveis, seguidos durante mais de 30 anos, constatou a presença de HBP na autópsia de 26% aos 60 anos e de 79% aos 80 anos.

No estudo *MMAS (Massachusetts Male Aging Study)* a DE esteve presente em 52% de homens entre os 40 e os 70anos, com 39% aos 40 anos e 67% aos 70 anos. Ao longo da idade, a DE foi-se associando a outras comorbilidades como diabetes, HTA e doença cardíaca.

O *UrEpik Study*, avaliou em 4 países, 4.800 homens, com idades compreendidas entre 40 e 79 anos, tendo apurado uma prevalência de DE em 21.1% dos casos.

O estudo multicêntrico *MSAM7 (Multi-National Survey of Ageing male-7)* que avaliou 14.000 homens entre 50 e 80 anos, em 6 países europeus e nos EUA, verificou uma incidência de disfunção sexual claramente superior a 50%. Avaliou a relação da actividade sexual traduzida em média de coitos/mês com a severidade da LUTS associada a HBP. O número de coitos por mês varia entre 7.5/mês aos 60 anos para 3.2/mês aos 80 anos. A LUTS foi o maior factor preditivo de disfunção sexual. Está correlacionada com disfunção erétil e disfunção ejaculatória (diminuição do ejaculado e desconforto ejaculatório) em cerca de 65 a 80% dos casos. Os doentes com IPSS elevado têm menos de 50% de actividade sexual e 33% de diminuição de satisfação sexual comparado com doentes sem LUTS. Independentemente de outras comorbilidades, a LUTS é o factor de risco com maior incidência para a disfunção erétil (> 70%).

O estudo *MTOPS (Medical Therapy of Prostatic Symptoms)* constatou também associação entre a função sexual (líbido, erecção, ejaculação e satisfação sexual) e severidade da LUTS. Interessantemente a função sexual foi associada a progressão da HBP através do volume prostático e do Qmáx.

O estudo Espanhol conduzido por Martin Morales avaliou 2.476 homens entre 25 e 70 anos, tendo verificado a presença de disfunção erétil em 18.9% dos casos, variando entre 8.5% dos 20 aos 39 anos e os 48% dos 60 aos 70 anos. Concluiu que a presença de LUTS representou o maior factor de risco ajustado á idade, seguido de problemas reumatismais, circulatórios, pulmonares, diabetes, hipertensão e dislipidémia.

O *Cologne Male Survey* estudou 5000 homens com idades compreendidas entre 30 e 80 anos e verificou uma prevalência de disfunção erétil de 19.2%, variando entre 2% aos 40 anos e 53% aos 80 anos. A LUTS foi mais prevalente naqueles com disfunção erétil em comparação com aqueles sem disfunção erétil (72.% contra 37.7%).

A LUTS e a disfunção sexual são duas entidades com grande impacto na qualidade de vida.

Sells et al no ano 2000, confirma que a HBP afecta seriamente a qualidade de vida, sendo a noctúria o factor mais responsável contribuindo com 76% dos casos, seguida de medo de cancro em 71%, medo de cirurgia e deterioração da vida sexual em 66%.

Fisiopatologia

Para além dos aspectos epidemiológicos que unem a HBP/LUTS e a função eréctil, muitas são as teorias que concorrem para a explicação desta relação.

Kohler et al, em 2011, fizeram uma revisão das várias teorias explicativas e concluíram que elas contribuem realmente para a relação HBP/LUTS/DE mas outros factores como a ansiedade acerca do cancro, da cirurgia e da performance sexual têm um peso significativo.

Baseando-se nestes pressupostos é que Anderson et al, em 2011, defenderam o uso de um único medicamento para tratamento de HBP e DE, o que foi demonstrado com o lançamento do tadalafil na formulação de 5 mg diário.

Teoria sintetase do óxido nítrico/óxido nítrico (NOS/NO)

A diminuição da actividade do NOS/NO no pénis, na próstata e na bexiga leva a diminuição do relaxamento do músculo liso da cápsula prostática, do colo vesical e do endotélio dos corpos cavernosos provocando queixas de LUTS e DE. Concomitantemente existe diminuição da inervação nitrogénica parassimpática a nível da próstata hiperplásica principalmente na sua zona transicional, levando também a um defeito de relaxamento.

Teoria da hiperactividade dos receptores alfa 1 adrenérgicos

Os receptores alfa 1 e a noradrenalina são responsáveis pela contracção do músculo liso da próstata, do colo vesical, da uretra e dos corpos cavernosos. Assim o aumento da actividade (tónus) do sistema nervoso simpático pode ser responsável pela LUTS e DE. O Síndrome metabólico, definido como a associação de intolerância a glucose, resistência a insulina, obesidade, HTA e dislipidemia, tem uma incidência elevada em doentes com LUTS e DE, pelo facto de ser forte estimulador do tónus simpático.

Aumento da actividade Rho/Rho kinase

A Rho kinase regula o tónus do músculo liso em situações de tónus basal muito elevado e a contracção sem aumentar a concentração intracelular de cálcio. A sua actividade é influenciada pela concentração de óxido nítrico (NO). A endotelina-1 e a angiotensina II também são responsáveis pelo aumento da contracção do músculo liso encontrado na LUTS/HBP e DE e são dependentes da actividade da Rho kinase.

Arteriosclerose pélvica

Os factores de risco vasculares conhecidos, como a HTA, diabetes, tabaco e dislipidemia são responsáveis pela arteriosclerose dos vasos pélvicos com consequente isquemia crónica. Esta isquemia vai por seu turno aumentar a TGF- β 1 e a fibrose com alterações do relaxamento neurogénico da próstata e diminuição da concentração de óxido nítrico, para além da hiperactividade simpática e aumento da actividade da Rho kinase, contribuindo assim para a fisiopatologia da LUTS/HBP e DE.

Tratamento da LUTS/HBP e a sexualidade

Os objectivos fundamentais da terapêutica dos homens com LUTS são o alívio da sintomatologia e a melhoria da qualidade de vida. Devido a estreita relação entre HBP/LUTS e função sexual, torna-se obrigatório a manipulação cautelosa e partilhada das modalidades terapêuticas existentes para o efeito. A RTU-P mantém-se como a referência mas as drogas orais constituem a primeira linha para doentes com IPSS moderados a severos. Os alfa bloqueantes (*terazocina*, *doxazocina*, *alfuzocina*, *tansulosina* e *silodosina*) têm sido a 1ª opção. Os

inibidores da 5 alfa redutase (*finasterida* e *dutasterida*) têm sido opção nas situações de LUTS em próstatas volumosas. A associação entre estes dois grupos terapêuticos está indicada em doentes com LUTS com próstatas superiores a 40 g de peso e PSA > 1.5 ng/dl, com o objectivo de reduzir a taxa de complicações como retenção urinária aguda, progressão da doença e necessidade de cirurgia.

1. Alfa-Bloqueantes

As drogas deste grupo farmacêutico, quanto menos selectivos forem, menos impacto têm na função sexual nomeadamente nas funções eréctil e ejaculatória.

A *doxazocina* e a *terazocina* não são selectivos para nenhum dos receptores alfa1A, alfa1D e alfa1B. Têm mais efeitos vasculares (astenia, hipotensão e cefaleias). As taxas de DE e anejaculação são comparáveis ao placebo.

A *alfuzocina* tem uma taxa de DE de 1.5 % e de anejaculação de 0.6%. Estes efeitos não dependem da dose. Há estudos que advogam que o seu uso prolongado > 12 meses pode melhorar a DE e o desconforto ejaculatório. Tem sido indicado como opção nos doentes com disfunção sexual a fazer *tansulosina* ou *silodosina*.

A *tansulosina* é selectivo para alfa 1A e alfa1D. Vários estudos randomizados, duplamente cegos comparados com placebo demonstraram uma alta incidência de disfunção ejaculatória, dose-dependente- 8% com a dose de 0.4 mg e 18% com 0.8 mg. *Narayan et al*, em 2001 encontraram taxas de disfunção ejaculatória de 30% e de DE de 6% com a dose de 0.4 mg. Seftel et al, reportaram que 13 a 28% de urologistas e clínicos gerais admitem efeitos secundários sexuais com *tansulosina*. O efeito da *tansulosina* na função ejaculatória deve-se, segundo o estudo ABEJAC, a: uroselectividade para alfa1A no colo vesical e nas vesículas seminais; uroseletividade para alfa1A no SNC (atravessa a barreira hematoencefalica); capacidade de ligação aos receptores de serotonina (5-HT1A) e/ou dopamina.

A *silodosina* é altamente selectiva para alfa1A e por isso apresenta-se com mais taxa de anejaculação. Os estudos japoneses falam em 22.3% e os americanos em 28%.

2. Inibidores da 5 alfa redutase (5ARIs)

A testosterona (TT) é o principal androgénio masculino. Cerca de 5% da TT circulante é reduzida por acção da enzima 5-alfa redutase tipos I e II, formando a di-hidrotestosterona (DHT), um dos responsáveis pelo crescimento prostático. As drogas inibidoras desta enzima (*finasterida* e *dutasterida*) reduzem 70% e 98% dos níveis circulantes de DHT respectivamente, diminuem o volume prostático entre 3 meses e 2 anos e parecem diminuir a incidência de carcinoma da próstata (controverso e insustentado com evidências científicas).

Existe muita controvérsia no que diz respeito a correlação entre 5ARIs e a função eréctil. Vários estudos têm relatado efeitos indesejáveis sobre a erecção. Um estudo observacional de longa duração, com aproximadamente 14.000 doentes a fazer *finasterida*, levado ao cabo por *Wilton et al*, apurou uma taxa de DE de 2.1%, sendo mais frequentes no primeiro ano de tratamento com tendência a diminuir nos anos subsequentes. No estudo *Finasteride Study Group*, envolvendo mais de 1000 homens, os doentes que receberam *finasterida* apresentaram DE no final do primeiro ano, contra 1.1% do grupo placebo. Mas no final de três anos, 45% das queixas sexuais desapareceram e a incidência de DE ficou pelos 2.1% no grupo tratado com *finasterida*. *Marberger et al*, em 2006, avaliando a sexualidade (líbido, erecção e ejaculação) em mais de 4000 homens randomizados em grupos de *dutasterida* e placebo, não perceberam qualquer diferença na taxa de DE entre os dois grupos. O estudo *Combat* encontrou diminuição da líbido em 2.8%, DE em 6.8%, ejaculação retrógrada em 0.6% e diminuição do sêmen em 0.3%.

Numa publicação recente de 2013, *Tirost et al* analisaram vários estudos multicêntricos, randomizados, de longa duração e controlados com placebo, envolvendo 62.827 homens. Foram identificadas taxas de efeitos colaterais sobre a sexualidade, levemente superiores que os do grupo placebo (diminuição da libido de 21.5% contra 20% do placebo, DE 24% contra 22.4% e alteração da ejaculação de 18.9% contra 15.5%) e não foram evidenciadas diferenças estatísticas significativas entre os doentes tratados com finasterida e dutasterida.

3. Prostatectomia/ RTU-P

As cirurgias da HBP têm sido associadas a DE e disfunção ejaculatória. Os resultados são muito variáveis de acordo com os vários estudos. Na análise de 15 estudos internacionais a taxa média de DE encontrada foi de 10% e na análise de outros 19 estudos a taxa média de ejaculação retrógrada foi de 65%.

Veterans Affairs Cooperative Group Study on TURP demonstrou que a taxa de DE foi inferior nos doentes em vigilância. A Auditoria das prostatectomias no Reino Unido, encontrou resultados variáveis em 3.965 doentes e concluiu que 50% dos homens sexualmente activos previamente à cirurgia relataram alterações do orgasmo e insatisfação sexual no período pós-operatório.

Estudos recentes de meta-análise revelaram que a RTU-P tem mais efeitos benéficos em certos aspectos da função sexual, nomeadamente função eréctil e desconforto ejaculatório.

4. Terapêuticas minimamente invasivas

Em relação a estas terapêuticas os resultados são bastante variados e alguns estudos são pouco fiáveis e tendenciosos. Mas de uma maneira geral admite-se que tenham impacto quase nulo na função eréctil e mínimo na função ejaculatória.

Em relação ao ILC (*laser intersticial de coagulação*) fala-se de 0% de taxa de DE e 6-11% de ejaculação retrógrada. A TUNA (*Transurethral needle ablation*) pode ser responsável por < 1% de Disfunção Ejaculatória (EjD) e < 2% de DE. A TUMT (*Transurethral microwave thermotherapy*) está associada a taxas de EjD de 11% e de DE de 0%.

II. Prostatites

Só os tipos II e III estão implicados na disfunção sexual. A chave de todo este processo é o síndrome de dor pélvica crónica e o seu tratamento. Setenta e três por cento dos doentes com dor pélvica crónica apresentam algum grau de problemas sexuais, que podem ocorrer devido a vários factores: a)- físicos, como dor, fadiga e vômitos; b)-psicológicos como ansiedade, depressão, baixa de auto-estima; c)- medicamentos, como opiáceos e SSRI's. Desde 1980 que vários estudos associam a prostatite crónica a disfunção sexual. *Luts et al*, analisaram a relação entre dor pélvica e função sexual com base no NIH-CPSI *questionnaire* e na *Brief Male Sexual Function Inventory* e encontraram taxas de prevalência de DE entre 15 e 34%, de EjD entre 26 e 56% e de disfunção sexual global entre 49 e 92%.

Segundo as *Guidelines de 2010 da ISSM*, 26 a 77% de homens com prostatite crónica sofrem de ejaculação prematura. Estão descritos casos de diminuição da libido.

Pode ocorrer dor durante a ejaculação, com taxas de 45% para alguns autores, levando a evicção sexual (*Hie et al, 2007*).

Berghuis et al, em 1996, constataram o efeito negativo que a síndrome de dor pélvica tem na relação conjugal: aumento da frequência de separações, de depressão e de ideias suicidas.

Alguns estudos sugerem melhoria dos sintomas de prostatite com o aumento da frequência ejaculatória e actividade sexual.

III. Cancro da Próstata

A neoplasia da próstata afecta a sexualidade nas suas várias vertentes- função sexual (libido, erecção e orgasmo), identidade sexual (feminização, auto-imagem e infertilidade) e relacionamento sexual (perda de erotização, intimidade, rejeição, fuga, etc). Estas três áreas influenciam-se mutuamente com variadas consequências na importância da intimidade sexual, na interacção sexual e na expressão sexual. A própria condição de neoplasia e de doença crónica pode levar a modificação da expressão sexual dependendo da fase clínica. Na fase de sobrevivência depara-se com medo (de recorrência tumoral, da morte, dos tratamentos e dos respectivos efeitos), alterações do humor (ansiedade e depressão) e alterações do estado geral. Na fase paliativa e terminal geralmente a sexualidade desaparece completamente.

Na maior parte das doenças a lesão sexual deve-se predominantemente a própria doença, mas no cancro da próstata é provocado também pelas várias estratégias terapêuticas.

Os tratamentos disponíveis e aprovados para o cancro da próstata são: vigilância activa (WW), prostatectomia radical (PR), radioterapia externa (RTE), braquiterapia (BT), Crioterapia (CT), HIFU, hormonoterapia (HT) e quimioterapia (QT). A escolha do tratamento é determinado pelo estadio tumoral, idade do doente, comorbilidades e preferência do urologista e do doente. A qualidade de vida do doente, inclui a função sexual que também tem importância significativa na decisão terapêutica.

A WW tem menos impacto na sexualidade. A carga psicológica de saber o diagnóstico pode explicar algum grau de disfunção sexual.

A *Prostatectomia radical (PR)* é a intervenção mais prevalente para o cancro localizado da próstata e tem uma taxa de sobrevida aos 10 anos de 90%. Mesmo em mãos experientes, independentemente da via de acesso (*aberta, laparoscópica ou robótica*), o risco de disfunção sexual não é desprezível (cerca de 25 a 75% dos casos). Pode levar a DE, anejaculação, alterações do orgasmo, climatúria, encurtamento peniano e doença de Peyronie. Os estudos científicos têm privilegiado a disfunção eréctil em detrimento das outras disfunções sexuais.

O encurtamento peniano está descrito em vários estudos. *Fraiman et al* estudaram 100 homens submetidos a PR e encontraram redução do comprimento peniano em 9%. *Mundind et al*, em 31 doentes estudados, cerca de 6 meses pós-PR, apuraram uma diminuição do comprimento peniano em 71%, com 48% dos homens a referirem perdas superiores a 1 cm com valores entre 0.5 e 4 cm. Em 2003, Savoie demonstrou uma taxa de 68% em 63 doentes estudados. Muitos são os factores que explicam estas alterações da geometria peniana após PR: encurtamento da uretra; alterações estruturais provocadas pela lesão do nervo cavernoso (apoptose, redução da sintetase do óxido nítrico, aumento da actividade das citoquinas fibrogénicas como TGF-beta e colagenização do musculo liso cavernoso); alterações estruturais induzidas pela hipoxia dos corpos cavernosos; hipertonicidade simpática que é mais pronunciada nos primeiros 3 a 6 meses.

As alterações do orgasmo pós-PR, e em particular a sua ausência, estão associadas a significativa redução na satisfação emocional e física, levando a alterações de comportamento sexual com evicção e conflitos matrimoniais. *Barnas em 2004*, relatou uma taxa de 74% de diminuição da intensidade do orgasmo ou anorgasmia e 17% de disorgasmia (dor durante o orgasmo). *Koeman* encontrou taxas de 11% de disorgasmia e de 82% de diminuição de intensidade. A etiologia da disorgasmia não está bem conhecida mas admite-se que aconteça devido a fenómenos de espasmos da anastomose uretrovesical e distonia da musculatura do pavimento pélvico. A anorgasmia e a diminuição da intensidade do orgasmo são provavelmente eventos psicológicos.

Mais recentemente, tem-se dado atenção a incontinência urinária associada ao orgasmo-climatúria. Esta condição representa uma clara barreira à relação sexual satisfatória do casal. Na *Cleveland Clinic*, dos 200 doentes avaliados pós-PR, 26 referiram climaturia, com perdas que oscilaram entre 3 cc e 120 cc. Lee et al encontraram taxas de 45%. Em 2006, *Choi et al* no *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, estudaram este problema em 392 doentes e encontraram uma taxa de 14% e uma associação com encurtamento peniano em 44% dos doentes e com disorgasmia em 18.5%.

Em relação a incidência da *D. Peyronie*, a literatura é escassa. *Ciancio e Kim* encontraram placas palpáveis em 75% dos 100 doentes estudados (etiologia? Espongiofibrose? fibrose pós-ICI?).

A taxa de disfunção erétil (DE) é bastante variável dependendo da idade, estado erétil prévio a cirurgia e a técnica cirúrgica. Esta variação estatística deve-se a vários factores: diferença da amostra, técnica cirúrgica investigada, tempo entre cirurgia e follow-up e a qualidade dos métodos de estudo. A fisiopatologia é multifactorial. A principal causa e a mais bem estudada é a lesão do nervo cavernoso, outras causas são a insuficiência do mecanismo veno-oclusivo, a lesão arterial (artéria podenda acessória) e os factores psicogénicos. O risco é maior na presença dos seguintes factores: disfunção erétil prévia com prévia necessidade de iPDE5, presença de comorbilidades como diabetes, HTA, doença cardíaca isquémica, dislipidémia e tabagismo. Assim, a taxa global de DE pós-PR ronda os 80% com a técnica não poupadora do feixe vasculo-nervoso e na técnica poupadora a taxa varia com a idade e com a uni ou bilateralidade, admitindo-se 39% entre 39 e 54 anos e 56% entre 60 e 64 anos (*Penson et al*, 2005). De acordo com a técnica cirúrgica adoptada, podemos ter cifras de potência variáveis: 40-86% na prostatectomia radical retropúbica (*Quilan et al*, *Walsh*, e *Kundu et al*), 14- 81% na prostatectomia laparoscópica (*Guilloneau*, *Rassweiler*, *Roset e Curto*), 20-78% na prostatectomia perineal (*Ruiz-Deya e Harris*) e 43- 96% na prostatectomia robótica (*Menon, Joseph e Kaul*). A DE pós-PR com *nerve sparing* responde bem aos inibidores da fosfodiesterase-iPDE5 (sildenafil, vardenafil e tadalafil). Nas situações mais complicadas a PGE intracavernosa, o MUSE, o dispositivo de vácuo e a prótese peniana podem garantir respostas satisfatórias de 85%, 57%, 80% e 85% respectivamente. Esta complicação pode ser minimizada com manobras específicas, algumas delas investigacionais: uso criterioso da técnica *nerve-sparing*, uso do dispositivo de neuroestimulação e mapeamento nervoso intraoperatório (cavermap), ampliação do campo cirúrgico, enxerto de nervo, preservação das vesículas seminais e reabilitação sexual precoce.

Sabe-se que 50% dos doentes submetidos a PR com *nerve-sparing* bilateral decidem não iniciar qualquer tratamento no pós-operatório e 73% daqueles que iniciam tratamento acabam por descontinuá-lo.

A Radioterapia é responsável por DE por vários mecanismos: disfunção arteriogénica (63%), disfunção cavernosa (32%), disfunção neurogénica (3%) e outros (idade, comorbilidades, cirurgia prostática prévia, drogas e manipulação hormonal. *Incrocci et al*, em 2002, encontraram taxas de 7-72% com a RTE, de 0-61% com BT e de 89% com RTE+BT. Os iPDE5 são eficazes em cerca de 50% dos doentes com DE pós-RTE.

A *Hormonoterapia* é responsável por DE em cerca de 80 a 100% e de perda da libido em 70% dos casos. Outros distúrbios associados são resultado da baixa de androgénios, como alteração da auto-imagem por lipodistrofia, diminuição da massa muscular, ginecomastia e atrofia testicular.

A quimioterapia leva a perda da libido, a alterações hormonais, DE e infertilidade.

As associações terapêuticas indicadas em alguns casos aumentam o risco de perturbações sexuais.

60% dos doentes com cancro da próstata revelam alterações emocionais importantes relacionadas com disfunção sexual, o que a longo prazo levam a conflitos matrimoniais. As alterações da qualidade de vida sexual dos doentes com cancro da próstata tratados com PR, RTE e BT são relatadas pelas parceiras em 44%, 2% e 13% respectivamente.

REABILITAÇÃO SEXUAL PÓS CIRÚRGICA

Cada vez mais, a função sexual desempenha um papel importante na sociedade actual. A sua preservação é um dos principais factores a ter em conta na escolha do tratamento.

O processo de reabilitação sexual deve ser iniciado antes de qualquer tipo de tratamento, explicando o que irá ser feito e as suas complicações expectáveis ou possíveis.

Devem também ser avaliados factores clínicos relacionados com uma melhor recuperação da função sexual, nomeadamente a idade, a presença de doenças concomitantes, de medicação associada e a função sexual antes do tratamento.

A grande cirurgia pélvica urológica, nomeadamente a prostatectomia radical e a cisto-prostatectomia radical, é a principal responsável pela disfunção erétil pós terapêutica. No entanto, outras formas de tratamento, como a radioterapia pélvica, a braquiterapia prostática, a crioterapia, ou tratamento com outras fontes de energia, também causam perda da função erétil peniana.

A perda da capacidade erétil deve-se a uma sequência de fenómenos: lesão dos feixes neurovasculares, com neuropraxia, isquémia, hipoxia, hiperexpressão do factor de crescimento TGF-beta 1 cavernosa, diminuição de PGE1, apoptose cavernosa, deposição de colagénio, diminuição de fibras elásticas, fibrose, IMVO e diminuição da geometria peniana.

Dependendo do tipo de cirurgia ou das características clínicas de cada doente, pode ou não ser possível preservar os feixes neurovasculares.

A sua lesão completa leva quase invariavelmente à cessação de qualquer capacidade de obter uma erecção.

Porquê Reabilitar?

Existem evidências clínicas em animais e humanos que demonstraram que os iPDE5 previnem a lesão endotelial por desnervação ou isquémia (*Kovanecz et al*, 2008; *Schwartz et al*, 2004; *Iacono et al*, 2008). Em animais, após secção do nervo cavernoso, os iPDE mostraram os seguintes efeitos no tecido erétil: melhora da relação músculo liso-colagénio, aumento da taxa de replicação do músculo liso, diminuição do índice apoptótico, preservação da integridade endotelial, aumento dos níveis de enzimas anti-oxidantes, diminuição dos níveis de nitrotirosina, normalização da expressão de endotelina B e aumento de iNOS. A preservação dos feixes neurovasculares aumenta a probabilidade de recuperação da função erétil. No entanto nem todos os doentes em que houve preservação dos feixes conseguem obter erecções satisfatórias.

Quem Reabilitar?

Os candidatos ideais para a reabilitação são doentes com função erétil preservada antes da cirurgia e aqueles submetidos a cirurgia poupadora dos feixes neurovasculares.

Como Reabilitar?

A reabilitação peniana consiste no início imediato, após a cirurgia, de tratamento dirigido a proporcionar erecções, de forma a proteger o tecido eréctil. Pensa-se que, tal como em outros músculos, o conceito de “uso e desuso” também se aplique ao tecido eréctil. Mesmo que não ocorram erecções plenas, o tecido cavernoso pode ser preservado pela ocorrência de estados de tumescência peniana.

O principal objectivo é recuperar erecções sem necessitar de tratamento adjuvante. Existem várias estratégias terapêuticas- iPDE5, Injecção intracavernosa de drogas vasoactivas (ICI), Muse, dispositivo de vácuo e associações. No entanto, todas se baseiam na preservação do músculo liso cavernoso, através da eficiente oxigenação tecidual, de forma a prevenir a formação de fibrose.

Terapêutica Oral (i-PDE5)

Os fármacos desta classe actualmente disponíveis para o tratamento da disfunção eréctil são o *Sildenafil*, *Tadalafil* e o *Vardenafil*. Todos eles aumentam a concentração de oxigénio tecidual a nível dos corpos cavernosos, protegendo as fibras musculares e prevenindo a fibrose. Diversos autores concluíram que, apesar de poderem não responder à medicação numa fase inicial, a sua toma continuada após a cirurgia acelera a recuperação da função eréctil, bem como melhora a qualidade das erecções. *Schwartz* em 2004 concluiu que sildenafil em altas doses está associado a preservação do tecido muscular e *Padma-Nathan*, em 2008, encontrou uma mais rápida recuperação das erecções espontâneas dose-dependentes com a mesma droga. *Gallo* em 2005 e *Montorsi* em 2008, encontraram taxas de melhoria da função eréctil após 6 meses de vardenafil.

Assim, doentes motivados para a recuperação da função eréctil pós cirúrgica, devem iniciar inibidores da fosfodiesterase-5 durante os primeiros 2 meses de pós-operatório e manter o tratamento de forma regular, mesmo que o efeito não seja evidente de início.

Alprostadil (injecções intracavernosas/supositórios uretrais)

O Alprostadil é um análogo das prostaglandinas que actua como vasodilatador local. Assim, o seu efeito deve-se ao aumento do aporte sanguíneo peniano secundário à vasodilatação.

Montorsi et al, em 1997, compararam a recuperação da função eréctil após prostatectomia radical num grupo de doentes tratados com injecção intracavernosa de Alprostadil três vezes por semana, durante doze semanas, contra um grupo de controlo em que não foi administrado qualquer tratamento adjuvante. 67% dos doentes tratados recuperaram a função eréctil após 6 meses em comparação com 20% dos doentes do grupo de controlo.

Raina et al, em 2004 encontraram resultados semelhantes.

Estes mesmos autores, na *Cleveland Clinic*, em doentes que não responderam aos iPDE5, conseguiram taxas de retorno a erecção natural pós-PR com Muse de 56%.

Dispositivo de Vácuo

Inicialmente pensava-se que este sistema aumentava a produção de fibrose, uma vez que o aporte sanguíneo era predominantemente venoso, o que propiciava um ambiente de pouco oxigénio a nível dos corpos cavernosos. No entanto, foram realizados estudos para avaliar a concentração de oxigénio peniano com a utilização do dispositivo de vácuo. Concluiu-se que parte do aporte sanguíneo é venoso, mas grande parte tem origem arterial. Desde que não seja utilizado o anel constritor, ou que a sua utilização não ultrapasse 30 minutos, a concentração de oxigénio não alcança níveis prejudiciais.

Dalkin and col, em 2007, usaram precocemente, durante 10 minutos por dia, o dispositivo de vácuo e conseguiram uma redução de encurtamento peniano pós-PR de 48% para 3.5%. Um estudo multicêntrico no *Ohio State University*, *Duke University*, *the prostate Center in Austin e Cleveland Clinic*, avaliou a eficácia do dispositivo de vácuo após PR robótica, em 500 doentes e concluiu, ao fim de 9 meses de *follow-up*, que 80% dos doentes tiveram preservação da geometria peniana e rápido retorno a erecção espontânea.

Tratamento Combinado

Nandipati and col, em 2006 encontrou resultados satisfatórios com as associações entre sildenafil e ICI e Sildenafil e dispositivo de vácuo, com taxas de retorno de erecção espontânea de 71%. *Mulhall em 2005* conseguiu resultados parecidos com a associação entre sildenafil e *alprostadil*.

Conclusão

A preservação da função sexual é um factor predominante na manutenção da qualidade de vida após tratamento cirúrgico. É também um dos factores decisivos na escolha do tratamento mais adequado.

Não existe uma fórmula perfeita para a recuperação da função eréctil. Existem, sim, diversas alternativas comprovadamente eficazes em esquemas e protocolos e com resultados satisfatórios na reabilitação peniana. Por vezes torna-se necessário recorrer a combinações terapêuticas (parece ter mais adeptos), como a associação entre i-PDE5 e dispositivo de vácuo, ou a associação entre i-PDE5 e Alprostadil.

Os resultados, apesar de não serem brilhantes, são francamente melhores comparados com a ausência de tratamento. De forma global, existe um aumento da taxa de potência de 20% para 40%, uma melhoria de 30% para 70% na taxa de erecção espontânea e uma taxa de abandono que ronda os 40%. É um procedimento obrigatório mas que requer mais estudos e guidelines.

BIBLIOGRAFIA

1. Rosen R, et al. Review: Sexual Dysfunction and Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Associated with, Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). *European Urology*-2005; 47:824-837.
2. Braun MH, Sommer F, Haupt G et al. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical “aging male” symptoms? Results of the Cologne Male Survey. *European Urology*- 2003; 44:588-94.
3. Yacov Reisman. Sexual Dysfunctions Related to BPH &LUTS. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*-2013;31: 734-753.
4. Erdemir F et al. 5 alfa reductase inhibitors and erectile dysfunction: the connection. *J Sex Med*, 5: 2917-24, 2008.
5. Trost L et al. Side effects of 5-alpha reductase inhibitors: a comprehensive review. *Sex Med Rev*, 1: 24-41, 2013.
6. DaRos, CT. A sexualidade e os inibidores da 5 alfa-redutase. *InScienceComunications*. Springer Health do Brasil.
7. Nardi AC, Nardoza A, Bezerra CA, Fonseca CEC, Truzzi JC, Rios LAS, Sadi MV. *Urologia Brasil*, Editora Planmark 2013.
8. Prost H, Buvat J and the Standarts Committee of the International Society for Sexual medicine, Blackwell Publishing, 2006.
9. Culley C. Carson. Erectile Dysfunction. *Urologic Clinics of North America*.38:2.May 2011.
10. Blaivas JG, Weiss JP. Benign prostatic Hyperplasia and Lower urinary Tract Symptoms. *Urologic Clinics of North America*. 36: 4. November 2009

PRÓSTATA E A SEXUALIDADE - VISÃO DA ENFERMAGEM

Teresa Branco Pereira

Enfermeira Especialista

Serviço Urologia

C.H.L.C. - Hospital S. José

A relação entre a próstata e a sexualidade não tem sido isenta de equívocos. Há, de facto, muitas ideias erróneas que associam esta glândula a funções que ela não tem.

No entanto, a próstata tem um papel importante nos processos de erecção e ejaculação. Segundo Nuno Tomada há uma possível explicação para esta associação: “Do ponto de vista fisiológico, muita da sensação orgástica deriva da sensação de ejaculação, que é feita pelas contracções simultâneas da próstata, vesículas seminais e músculos pélvicos, que fazem com que haja emissão do ejaculado. Há assim uma associação entre o orgasmo, a ejaculação e o funcionamento correto da próstata”.

Concomitantemente, sabemos que a patologia prostática, nomeadamente a HBP e o Cancro da Próstata, assim como os seus tratamentos, podem interferir na sexualidade e consequentemente provocar perturbações na vida sexual do casal, como disfunção erétil, alterações da ejaculação e do orgasmo.

Estas perturbações podem ter consequências nefastas na vida do doente, interferindo com a sua auto-estima e contribuindo para o aparecimento de estados depressivos e algumas vezes para o abandono do plano de tratamento ou o protelar de uma cirurgia.

Deste modo a informação e educação para a saúde, devem ser orientadas tendo em conta estes aspectos, visando o apoio que o casal necessita, a resolução das situações de bloqueio e de crise para que se estabeleça de novo a homeostasia familiar.

O ensino ao doente e cônjuge, é de extrema importância “pois favorece a transmissão de conhecimentos acerca das condutas necessárias durante a doença e a convalescença (...)” (*Henriques, 1999, P.27*).

Compreender o que se passa geralmente permite que o doente retome a sua actividade sexual após a cirurgia o mais satisfatoriamente possível.

Nos casos de HBP, a informação deve contemplar os seguintes aspectos:

Se o doente faz medicação oral para a HBP deve ser esclarecido sobre os possíveis efeitos secundários desta na sexualidade.

Erecção – Se o doente não tinha problemas de erecção prévios, provavelmente vai ter problemas mínimos depois da cirurgia.

Ejaculação – Após a cirurgia embora a maior parte dos doentes continue a ter erecções, passam a ter “orgasmos secos”, ou seja passam a ter sensação de clímax sexual sem emissão de esperma para o exterior. A chamada ejaculação retrógrada. Esta situação representa um problema para a maioria dos homens, mas especialmente para os que ainda querem ter filhos.

Orgasmo – A maioria dos doentes confunde orgasmo com ejaculação porque estão habitualmente associados. Deve ficar bem claro para doente que o orgasmo não desaparece e que com o tempo vai acabar por se habituar à ejaculação retrógrada.

Retorno da actividade sexual – Pode ser retomada 1 mês após a cirurgia. Obviamente que a companheira tem um papel fundamental neste retorno. A compreensão, o carinho e o espírito de interajuda são a chave do seu sucesso.

No que respeita ao Cancro da Próstata apesar de só em estadios avançados o doente apresentar disfunção sexual, o tratamento da doença em causa, nomeadamente a hormonoterapia tem um forte influência na actividade sexual do mesmo.

A Prostatectomia Radical, a Radioterapia Externa ou a Braquiterapia, embora por mecanismos não necessariamente coincidentes podem ser responsáveis por disfunção sexual permanente. Concomitantemente, a Prostatectomia Radical e a Radioterapia Externa podem causar incontinência urinária com duração e intensidade variáveis.

No caso da Prostatectomia Radical a incontinência encontra-se directamente relacionada com o grau de lesão ocorrido no esfíncter distal durante a cirurgia e participa seriamente no compromisso da vida sexual, sendo um dos factores de evicção sexual e de atraso na retoma da vida sexual.

Quando confrontado com estas situações cabe ao Enfermeiro desmistificar a ideia de que a realização destes tratamentos não são sinónimos de fim de vida sexual e informar o doente de que existem terapêuticas eficazes para recuperar a função eréctil, nomeadamente os fármacos por via oral, via intracavernosa, aparelhos de vácuo e em último caso a implantação de uma prótese peniana.

Relativamente à incontinência urinária, o enfermeiro deve elucidar o doente de que a recuperação do controlo urinário ocorre de forma gradual podendo ir de semanas a um ano após a cirurgia.

O tratamento de primeira linha para a incontinência urinária após Prostatectomia Radical é conservador e comporta basicamente a fisioterapia que visa a reabilitação do pavimento pélvico e modificação do estilo de vida, nomeadamente a adequação da ingestão hídrica e o uso de medidas protectoras.

Nos casos mais severos há necessidade de se recorrer à colocação de esfíncter artificial.

Quer em situação benigna quer em maligna é fundamental a implementação de um programa de ajuda permanente que vise o desenvolvimento integral do doente, levando-o ao reajuste da sua situação actual e ao saber suprir as suas dificuldades.

Importa assim, compreender a realidade de cada vivência, identificar necessidades/dificuldades, fornecer informação/formação ao doente e ao cônjuge para que possam criar se necessário uma dinâmica de mudança, orientada para a satisfação sexual do casal.

X

DISFUNÇÕES

SEXUAIS FEMININAS

BIBLIOGRAFIA

1. Tomada, Nuno – Próstata e Sexualidade: uma relação carregada de mitos - http://www.ciencia20.up.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=930
2. Oliveira, António - Andrologia e Saúde Sexual: Dezembro, 2005

ANATOMIA SEXUAL FEMININA

Pedro Baltazar

Interno de Formação Específica em Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

A sexualidade feminina, quer sobre o ponto de vista anatómico quer fisiológico, é frequentemente subvalorizada. A compreensão da sexualidade feminina e das disfunções sexuais implica um conhecimento pormenorizado da anatomia genital feminina e do seu papel na resposta sexual.

O conhecimento das estruturas anatómicas que constituem os órgãos sexuais e um exame objectivo cuidado e completo são extremamente importantes no estabelecimento das correlações anatómicas e psicosexuais da sexualidade feminina, na compreensão da sua fisiologia e das disfunções sexuais femininas.

Neste capítulo pretende-se descrever de forma sucinta e de um ponto de vista clínico a anatomia dos órgãos sexuais femininos. A neuroanatomia da função sexual será apenas brevemente referida, sendo dada mais atenção à anatomia dos órgãos genitais externos, descrevendo os aspectos fundamentais das estruturas directamente envolvidas na resposta sexual fisiológica.

A genitália feminina pode ser subdividida na sua globalidade em órgãos sexuais internos e órgãos sexuais externos, ou vulva, e será essa a divisão considerada neste capítulo. Seguidamente descreveremos de forma sucinta cada uma das estruturas que a compreendem.

ANATOMIA GENITAL EXTERNA

Vulva

A vulva designa genericamente o conjunto de estruturas que compõem a genitália externa feminina (figura 1 e 2). É formada pelas formações labiais, que no seu conjunto englobam o monte púbico e os grandes e pequenos lábios, pelo espaço interlabial, no qual se inclui o vestíbulo, o meato urinário, o orifício inferior da vagina e o hímen, pelos órgãos erécteis, representados pelo clitóris e bulbos vestibulares, e pelas glândulas anexas, as glândulas parauretrais e as glândulas vestibulares ou de Bartholin. As estruturas que compõem a vulva localizam-se sob o diafragma urogenital, postero-inferiormente à sínfise púbica a nível do triângulo púbico anterior.

O estudo anatómico e histológico do clitóris, bulbos vestibulares, pequenos lábios e uretra revela-nos que todas estas estruturas são sexualmente receptivas e que contêm dois tipos histologicamente distintos de tecidos vasculares especializados. Assim, no clitóris e bulbos vestibulares encontra-se tecido eréctil trabeculado constituído por espaços vasculares grandes e dilatados com aparência esponjosa; é um tecido eréctil muito semelhante ao do corpo cavernoso e esponjoso do sexo masculino. Em contraste com o tecido eréctil do clitóris e bulbar,

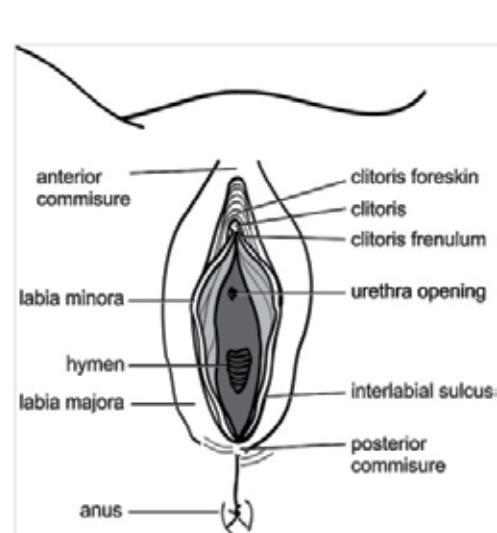


Figura 1: Diagrama das estruturas que compõem a genitália externa feminina. (Hennekam RCM, Allanson JE, Biesecker LG, Carey JC, Opitz JM, Vilain E. 2013. "Elements of morphology: Standard terminology for the external genitalia." *Am J Med Genet Part A* 161A:1238–1263).

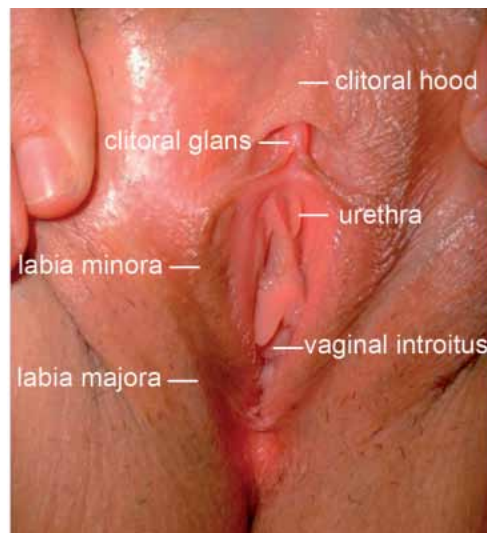


Figura 2: Imagem da genitália feminina (mulher pré-menopausica). (Van Anh T. Ginger and Claire C. Yang, "Cap. 5 - Functional Anatomy of the Female Sex Organs", in: J.P. Mulhall et al. (eds.), *Cancer and Sexual Health, Current Clinical Urology*, Springer Science + Business Media).



Figura 3, 4 e 5: Complexo clitoriano; 3) Diagrama do complexo clitoriano. O complexo clitoriano compreende o clitório, a porção distal da vagina e a uretra. O clitório é constituído pela glande, corpo e raízes e, tal como os bulbos vestibulares é uma estrutura erétil; Os bulbos vestibulares relacionam-se com a uretra distal e o seu meato e o seu limite posterior corresponde ao intróito vaginal. 4) Peça de dissecação cadavérica do tecido erétil da genitália feminina (clitório e bulbos vestibulares); 5) Anatomia sagital do complexo clitoriano. (O'Connell et al, *The Anatomy of the Distal Vagina: Towards Unity*, *J Sex Med* 2008;5:1883–1891).

os pequenos lábios e a glande do clitório são constituídos por tecido vascular não erétil mas sexualmente receptivo e tumescente em que os vasos sanguíneos se encontram dispersos dentro de uma matriz fibrosa, com apenas uma quantidade mínima de músculo liso. Este tecido vascular não erétil e sexualmente receptivo também é encontrado em redor do lúmen da uretra e em redor das paredes da vagina.

Monte Púbico

Área proeminente coberta por pêlos púbicos em forma de triângulo invertido, localizada sobre a sínfise púbica e que corresponde ao limite antero-superior da fenda urogenital. Tem como função a protecção da região genital anterior e suportar e limitar o movimento da uretra e do clitório através de uma estrutura fascial que engloba os ligamentos suspensores do clitório

Clitório

O clitório, juntamente com os bulbos vestibulares, constituem o aparato erétil da vulva.

É um órgão puramente sensorial cuja única função conhecida é gerar prazer sexual através da sua estimulação directa. A sua estrutura assemelha-se a um iceberg uma vez que, de acordo com O'Connell, apenas um quinto é visível à superfície, correspondendo internamente a um complexo triplanar de tecido erétil (figura 3, 4 e 5).

O clitório é o homólogo da glande e corpos cavernosos no homem. É um órgão externo constituído por três porções de tecido erétil a maioria subcutânea: a glande, o corpo e as duas raízes do clitório (figura 6). A sua porção superficial é constituída pela porção distal do corpo e pela glande parcialmente coberta pelo seu prepúcio. O clitório é um órgão constituído por dois corpos cavernosos com capacidade erétil, que no seu conjunto formam o corpo do clitório; as raízes do clitório resultam do prolongamento dos corpos cavernosos sob o ramo isquiopúbico sendo parcialmente cobertas pelos músculos ísquio cavernosos. Cada um dos corpos cavernosos encontra-se rodeado por uma túnica albugínea fibroelástica. O corpo e as raízes do clitório podem ter mais de 10cm de comprimento no seu conjunto, sendo o seu tamanho médio de 5-7cm. O corpo do clitório tem a forma de boomerang em corte sagital e a sua posição é suportada pelo componente mais profundo do ligamento suspensor do clitório. O corpo do clitório prolonga-se sob o monte púbico bifurcando-se e formando a zona crural do clitório a nível do bordo inferior do púbis. A glande do clitório localiza-se cerca de 1cm acima do meato uretral, é uma estrutura fibrovascular constituída por tecido cavernoso em contacto directo com a pele devido à ausência de túnica albugínea. Localiza-se na extremidade distal do corpo do clitório. Ao contrário da glande do pénis, a glande do clitório não possui tecido muscular liso, o que a diferencia do restante tecido erétil que o constitui; contudo, é uma estrutura rica em terminações nervosas e corpúsculos de Krause-Finger, sendo um importante mediador sensorial para a excitação sexual. Encontra-se coberta por epitélio pavimentoso estratificado, sem glândulas sebáceas, apócrinas ou sudoríparas. O tamanho da glande na fase flácida é de 1-3cm de comprimento com um diâmetro de 3-8mm, o seu tamanho sofre influências hormonais como na gravidez, não sendo dependente da idade, peso, altura ou da ingestão de contraceptivos orais. Histologicamente, o tecido erétil do clitório é composto por grandes espaços vasculares com epitélio essencialmente vascular (trabéculas e sinusóides) entremeados por músculo liso; esta natureza cavernosa do tecido erétil permite o seu ingurgitamento e expansão durante a excitação sexual. Durante a excitação sexual os músculos isquiocavernosos contraem-se, o que aumenta o afluxo sanguíneo para o corpo e glande do clitório, aumentando o seu grau de erecção.

Bulbos Vestibulares

Os bulbos vestibulares localizam-se postero inferiormente ao corpo do clitório entre os dois ramos da raiz do clitório, lateralmente à uretra e superficialmente à raiz do clitório, têm cerca de 3-7cm de comprimento e preenchem o espaço compreendido entre o corpo e a raiz do clitório rodeando lateralmente a uretra e a extremidade distal da vagina, assumem assim uma posição inferior e medial ao corpo do clitório, flanqueando anteriormente a uretra e a vagina e localizando-se posteriormente, imediatamente abaixo dos pequenos lábios parcialmente cobertos pelos músculos bulboesponjosos numa posição lateral à vagina. O tecido erétil que os constitui não é envolvido por uma túnica albugínea. O tamanho dos bulbos vestibulares varia entre indivíduos e pode ser dependente da idade e níveis de estrogénio e considerados como o equivalente feminino ao corpo esponjoso masculino. As características histológicas dos bulbos vestibulares são semelhantes ao do clitório, sendo contudo mais ricos em tecido fibroelástico intersticial e tecido muscular liso em redor dos seus espaços vasculares. Durante

a excitação sexual, o tecido eréctil dos bulbos vestibulares ingurgita e a ausência da túnica albugínea permite o aumento significativo do seu volume, dando origem à plataforma orgástica de Masters e Johnson. A expansão dos bulbos vestibulares e sua posição sobre a abertura do intróito vaginal pode contribuir para uma sensação de ingurgitamento genital. São os bulbos vestibulares, juntamente com os músculos bulboesponjosos que originam as contracções “vaginais” durante o orgasmo feminino e que suportam as paredes da vagina durante o coito.

Prepúcio do Clitóris

O prepúcio do clitóris é uma porção de pele que reveste parcialmente o clitóris e que se continua postero-inferiormente com os pequenos lábios. Tem a forma de um triângulo invertido e desempenha um papel importante a nível das aferências sensoriais aquando da excitação sexual.

Freio do Clitóris

Pequenas dobras de tecido elástico recoberto por mucosa que se projectam da glândula do clitóris para os pequenos lábios.

Hímen

O hímen é uma fina prega de membrana mucosa que cobre parcialmente o limite inferior da vagina. A sua aparência é muito variável podendo ter uma forma anelar, semilunar, cruciforme ou mesmo encontrar-se ausente. Ele pode rodear totalmente ou parcialmente o intróito vaginal, e corresponder a uma membrana vestigial ou oclusiva, quase na totalidade, do orifício vaginal. O hímen pode ou não romper com a actividade sexual ou ser uma estrutura particularmente fibrosa e espessa originando dispareunia introital. Após a sua ruptura mantém-se sobre a forma de pequenas carúnculas/restos himeniais que rodeiam o orifício vaginal.

Grandes Lábios

Os grandes lábios são duas proeminências cutâneas alongadas longitudinalmente, constituídas por tecidos moles e cobertas por epiderme que se estendem do monte púbico ao corpo perineal. Anteriormente têm origem comum a nível do monte púbico formando a comissura anterior, deslocam-se postero-inferiormente de forma paralela para se juntarem a nível do corpo perineal formando a comissura posterior. Os grandes lábios circundam e limitam o vestíbulo e, no espaço compreendido entre eles encontram-se os pequenos lábios, a glândula do clitóris e o intróito vaginal. O tecido subcutâneo dos grandes lábios consiste principalmente em gordura, a sua face interna é rica em glândulas sebáceas que a mantêm lubrificada. Eles também contêm estruturas fasciais dos ligamentos redondos, feixes de células musculares lisas, terminações nervosas, vasos linfáticos e sanguíneos. O seu aspecto altera-se com a excitação sexual, sofrendo um processo de vasocongestão passiva, contrariamente ao aumento activo de fluxo sanguíneo que ocorre nas outras partes da vulva. Na mulher jovem a pele que os cobre é lisa e ligeiramente hiperpigmentada; com o ciclo da vida a hiperpigmentação torna-se mais notória bem como o surgimento de pêlos púbicos.

Pequenos Lábios

Os pequenos lábios são pregas cutâneas localizadas entre o intróito e os grandes lábios. Ao contrário dos grandes lábios eles contêm pouco tecido adiposo. Têm origem a nível da base do clitóris onde formam na face anterior o seu prepúcio e na face posterior o freio, deslocam-se postero-inferiormente de forma paralela para se fundirem a nível do “fourchette vaginal” na comissura posterior do intróito. A sua pele é normalmente lisa ou ligeiramente pregueada, sem folículos pilosos, pigmentada e rica em glândulas écrinas e sebáceas. A sua morfologia é

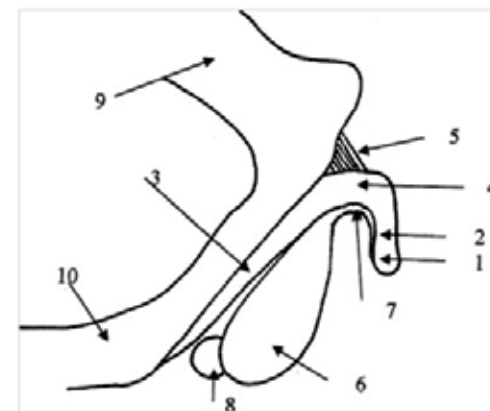


Figura 6: Clitóris e suas relações. 1 – Glande; 2 – Corpo; 3 – Raiz; 4 – ângulo entre glândula e corpo do clitóris; 5 – Ligamento suspensor do clitóris; 6 – Bulbo vestibular; 7 – “Corpo esponjoso” (tecido eréctil que envolve a porção distal da uretra e seu meato); 8 – Glândula de Bartholin; 9 – Púbis; 10 – Ramo isquiopúbico. (Puppo, V., “Anatomy and Physiology of the Clitoris, Vestibular Bulbs, and Labia Minora With a Review of the Female Orgasm and the Prevention of Female Sexual Dysfunction”, Clinical Anatomy 26:134–152 (2013), Wiley Periodicals, Inc.).

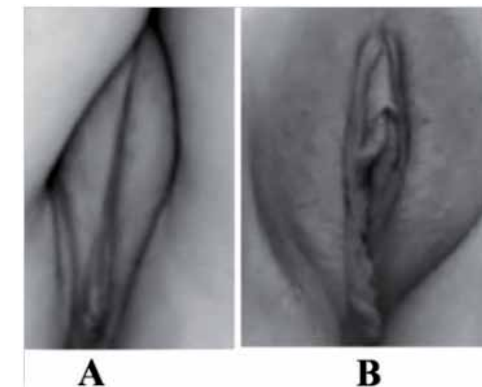


Figura 7: Clitóris e complexo labial. A – Estado flácido; B – Estado eréctil. (Puppo, V., “Anatomy and Physiology of the Clitoris, Vestibular Bulbs, and Labia Minora With a Review of the Female Orgasm and the Prevention of Female Sexual Dysfunction”, Clinical Anatomy 26:134–152 (2013), Wiley Periodicals, Inc.).

muito variável no tamanho e forma, podendo estar ausentes, ser assimétricos, hiperpigmentados ou mesmo projectar-se para além dos grandes lábios (hipertrofiados). Pode haver algum grau de atrofia com a diminuição dos níveis de estrogénios e o ciclo menstrual influencia a sua estrutura anatómica e vascular. O trauma devido ao parto e processos inflamatórios crónicos pode resultar em hipertrofia assimétrica. São constituídos por numerosas estruturas vasculares rodeadas por colagénio, não possuem músculo liso pelo que não têm uma actividade eréctil, são ricos em elastina, presumivelmente para permitir o ingurgitamento labial e alargamento durante a excitação sexual (figura 7). A sua face interna é rica em terminações nervosas e receptores sensoriais, em contraste com os grandes lábios onde estas terminações e receptores são escassos. Desempenham um papel importante na resposta sexual através da sua capacidade de ingurgitamento, o que permite duplicar ou triplicar a sua espessura.

Sulco Interlabial

Região localizada entre a face interna dos grandes lábios e a face externa dos pequenos lábios.

Vestíbulo Vulvar

Corresponde à área compreendida entre a face inferior do clitóris, as faces mediais dos pequenos lábios e a *fouchette* vaginal. No centro do vestíbulo encontra-se a face externa do hímen, que marca o limite entre o intróito vaginal e o canal vaginal.

Glândulas de Bartholin (ou Vestibulares)

Estruturas glandulares (em número de 2) situadas junto da comissura posterior do fundo vulvar, posteriormente aos bulbos vestibulares e anteriormente ao músculo transversal superficial, o seu canal excretor lança-se no sulco ninfó-himenial. Têm uma função exócrina através da secreção de um fluido que actua como lubrificante em resposta ao estímulo sexual.

Uretra

O orifício externo da uretra localiza-se na linha média anteriormente ao intróito vaginal e posteriormente ao clitóris. O meato uretral e a uretra distal estão rodeados pelo tecido eréctil dos bulbos vestibulares.

A uretra é uma estrutura tubular revestida por epitélio pavimentoso estratificado na sua porção distal. A uretra distal é rodeada por tecido muscular liso e pelo tecido eréctil dos bulbos vestibulares, esta relação clitoro-uretral encontra-se actualmente mais esclarecida devido aos recentes estudos de ressonância magnética. A região peri-uretral é constituída por tecido vascular não eréctil mas capaz de ingurgitamento durante a excitação sexual. Trata-se de um tecido cavernoso rico em vasos sanguíneos e de localização submucosa. Em redor do lúmen da uretra encontram-se numerosas glândulas para-uretrais que, de acordo com os trabalhos de Skene aumentam a sua actividade secretora em resposta aos estímulos sexuais. Algumas destas glândulas reagem positivamente a anticorpos anti-PSA, levando alguns autores a afirmar que esta é uma área homóloga à próstata masculina. No entanto, estas glândulas não têm qualquer função endócrina ou exócrina conhecida. A zona da parede anterior da vagina que se sobrepõe à região da uretra posterior, a nível do colo vesical foi identificada como correspondendo ao ponto de Gräfenberg (ou “ponto G”), uma área que em algumas mulheres, é particularmente sensível à estimulação táctil.

Corpo Perineal

Bloco de tecido conjuntivo fibromuscular em forma de pirâmide localizado entre a vagina e o canal anal. É uma zona extremamente elástica na confluência dos músculos que suportam o períneo.

Suprimento Sanguíneo da Genitália Externa

A principal fonte de suprimento vascular pélvico é a artéria ilíaca interna (figura 8). A artéria pudenda interna, ramo da artéria ilíaca interna, atravessa o canal de Alcock, dá origem à artéria dorsal do clitóris, à artéria perineal, artéria labial posterior e artéria do bolbo vestibular, bem como, na profundidade à artéria profunda/dorsal do clitóris, que está localizada centralmente no tecido eréctil dos corpos cavernosos e origina a artéria comum do clitóris que por sua vez dá origem às artérias cavernosas e à artéria dorsal do clitóris. A artéria dorsal do clitóris, juntamente com as artérias perineais (que se dividem num ramo bulbar e num ramo uretral), são as responsáveis pelo suprimento sanguíneo do tecido eréctil do clitóris e bulbos vestibulares. Uma fonte secundária de suprimento sanguíneo para a genitália externa é a artéria femoral. Um ramo da artéria femoral, a artéria pudenda externa, divide-se numa série de ramos labiais anteriores que vascularizam o prepúcio e parte dos grandes e pequenos lábios, sendo a restante área vascularizada pelas artérias labiais posteriores, e pelas artérias perineais, ramos da artéria pudenda interna.

A drenagem venosa do clitóris e dos bulbos é realizada através da veia dorsal profunda do clitóris, que drena para as pudendas internas e daí para as ilíacas internas. A drenagem venosa da pele labial é realizada através da veia pudenda externa, que drena para veia grande safena.

Inervação da Genitália Externa

As estruturas anatómicas envolvidas na resposta sexual feminina são inervadas por um conjunto de nervos somáticos e autonómicos (figura 9): 1) Os nervos pélvicos têm origem a nível de S2-S4 (parassimpáticos); 2) As cadeias simpáticas hipogástricas e lombosagradas têm origem a nível de T12-L2; 3) O nervo pudendo (somático) tem origem nos motoneurónios no núcleo de Onuf (S2-S4); 4) o nervo vago tem origem no núcleo do tracto solitário. Os estímulos sensoriais originados nestas estruturas são conduzidos por fibras aferentes do nervo pudendo,

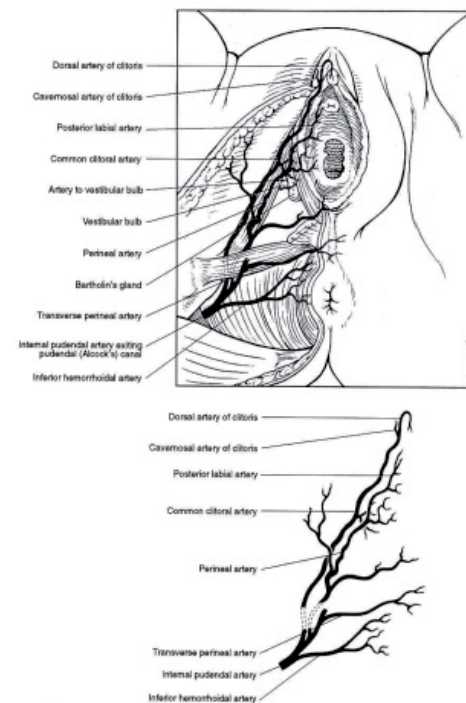


Figura 8: Vascularização arterial da genitália externa. (Prost, H., Reisman, Y. (eds.), “The ESSM Syllabus of Sexual Medicine”, European Society for Sexual Medicine, Medix Publishers, 2012)

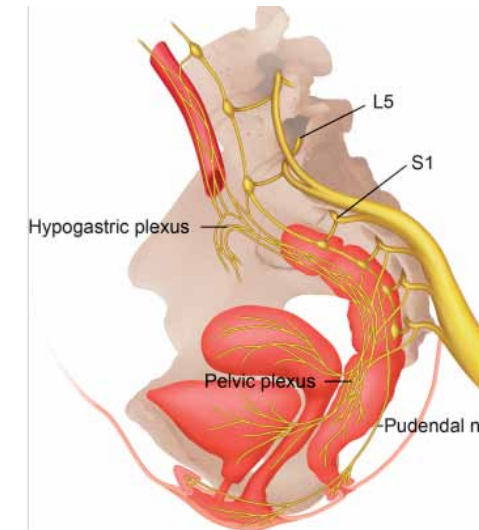


Figura 9: Inervação genital. A inervação somática dos órgãos sexuais femininos é mediada primariamente pelo nervo pudendo (S2-4). A inervação simpática deriva de T10-12 e, a inervação parassimpática deriva de S2-4. Não estão representadas as fibras autonómicas do plexo pélvico que inervam os tecidos erécteis do clitóris e bulbos vestibulares. (Van Anh T. Ginger and Claire C. Yang, “Cap. 5 - Functional Anatomy of the Female Sex Organs”, in: J.P. Mulhall et al. (eds.), Cancer and Sexual Health, Current Clinical Urology, Springer Science + Business Media)

pélvico e hipogástrico e pela cadeia simpática lombosagrada e, as fibras aferentes do nervo vago conferem informação sensorial do aparato genital para o núcleo do tracto solitário.

O nervo pudendo alcança o períneo pelo canal de Alcock e fornece a enervação motora e sensorial da genitália externa, devido ao seu componente S2-4, é a principal fonte de inervação somática originando o nervo dorsal do clitóris (DNC), o nervo perineal e o nervo rectal inferior, que fornece inervação para a pele da região perirectal, para o esfíncter anal, e parte da musculatura do pavimento pélvico. O DNC é um nervo exclusivamente sensorial que inerva o clitóris (raiz, corpo e glande). O nervo perineal fornece inervação sensorial para os grandes e pequenos lábios, intróito, uretra e pele perineal, bem como a inervação motora para o esfíncter uretral externo e para a maior parte da musculatura esquelética do pavimento pélvico. Algumas regiões dos grandes lábios são ainda inervados pelos ramos labiais anteriores do nervo ilioinguinal e os nervos cavernosos levam a inervação autonómica para o tecido eréctil do clitóris e bulbos vestibulares.

ANATOMIA GENITAL INTERNA

Vagina

A vagina é uma estrutura tubular achatada com quatro paredes que no seu conjunto formam uma cavidade virtual, que se estende desde o intróito (vestíbulo vulvar) ao cérvix uterino e

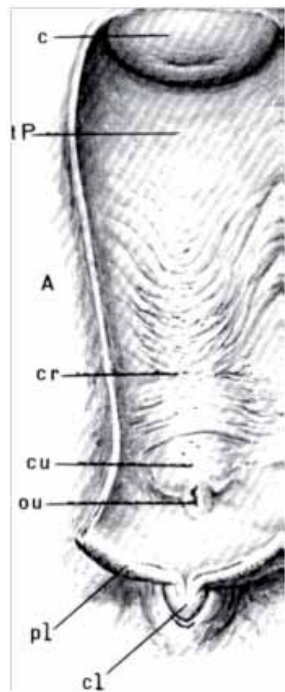


Figura 10: Parede anterior da vagina. c – Cervix; cl – clitóris; pl – pequenos lábios; ou – orifício uretral; cr – rugas transversais da parede anterior da vagina; tP – Triângulo de Pawlik. (Puppo, V., “Anatomy and Physiology of the Clitoris, Vestibular Bulbs, and Labia Minora With a Review of the Female Orgasm and the Prevention of Female Sexual Dysfunction”, *Clinical Anatomy* 26:134–152 (2013), Wiley Periodicals, Inc.)

fórnix posterior. Ao longo da superfície mucosa das paredes anterior e posterior encontra-se sulco longitudinal a partir do qual se estendem elevações transversais secundárias chamadas rugas (figura 10). A parede vaginal é constituída por três camadas: (1) epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado subjacente a uma lâmina de tecido conjuntivo, (2) uma camada muscular, composto de fibras musculares lisas dispostas circular (interna) e longitudinalmente (externa), e (3) uma camada adventícia, constituída por tecido conjuntivo denso, que se funde com as fâscias circundantes. As propriedades tróficas da vagina são fortemente mediadas pelos níveis de estrogénio, que determina a renovação e lubrificação da mucosa vaginal, a elasticidade das suas paredes e resistência ao microtrauma coital e, a resposta vascular perivaginal como partes integrantes da resposta sexual (congestão e lubrificação).

A vagina é uma estrutura fortemente vascularizada. Durante a estimulação sexual, acredita-se que o aumento marcado na produção de fluidos vaginais ocorra por transudação através da parede da vagina. O transudato fornece a lubrificação necessária para o coito vaginal não doloroso e não traumático. A mucosa vaginal não possui estruturas glandulares, é constituída por um epitélio escamoso estratificado com várias camadas de espessura. A camada basal é

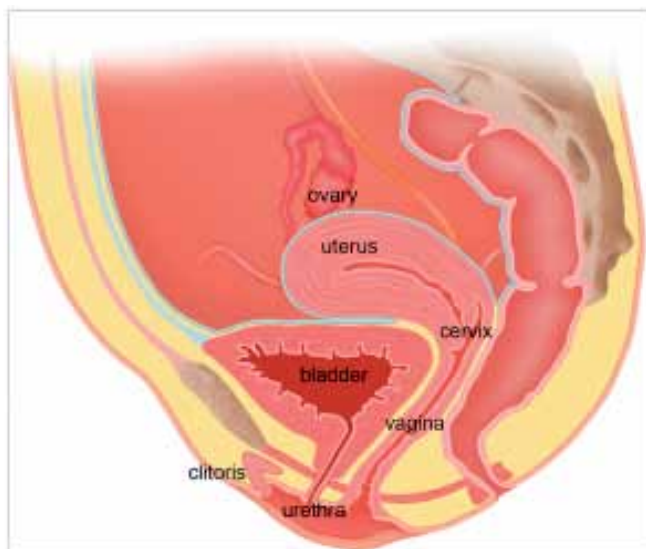


Figura 11: Órgãos genitais internos, vista sagital. (Van Anh T. Ginger and Claire C. Yang, “Cap. 5 - Functional Anatomy of the Female Sex Organs,” in: J.P. Mulhall et al. (eds.), *Cancer and Sexual Health, Current Clinical Urology*, Springer Science + Business Media)

uma camada de células cilíndricas com núcleo oval. Acima desta encontram-se várias camadas de células poliédricas ligadas entre si, achatadas e com citoplasma rico em glicogénio. As camadas mais superficiais descamam para o lúmen vaginal, onde o glicogénio intracelular é convertido em ácido láctico por bactérias da flora comensal da vagina. A acidez resultante desempenha um papel importante na protecção do sistema reprodutivo feminino contra a infecção por bactérias patogénicas.

O estrogénio estimula a produção de glicogénio e mantém a espessura de todo o epitélio vaginal. Antes da puberdade e após a menopausa, quando os níveis de estrogénio são relativamente baixos, o epitélio é fino e o pH mais alcalino (neutro antes da puberdade e 6.0 ou superior após a menopausa). A transudação vaginal reflexa à excitação sexual é também muito menor após a menopausa. O intróito vaginal é rodeado pela musculatura esquelética do pavimento pélvico, incluindo o músculo elevador do ânus (iliococcígeo, pubococcígeo, puborectal), os músculos bulboesponjoso, e os músculos perineais transversos superficiais e profundos. Esta relação da musculatura pélvica com o intróito vaginal permite a contracção da vagina em redor do pénis durante o orgasmo.

Útero

O útero é uma estrutura muscular em forma de pêra invertida, encontra-se suspenso na cavidade pélvica por um conjunto de ligamentos e apoiado inferiormente pelo pavimento pélvico (figura 11). A sua anatomia e histologia são concebidas para suportar o embrião em desenvolvimento. A sua estrutura varia em tamanho, forma e posição, como resultado das flutuações hormonais do ciclo menstrual, idade, e outras circunstâncias fisiológicas como a gravidez. A fisiologia reprodutiva associada a este órgão está para além do âmbito do presente capítulo, pelo que se encontram apenas descritas a sua anatomia e histologia de base, no contexto da função sexual que desempenha.

Corpo do Útero

O corpo do útero tem conformação de pêra invertida, ligeiramente achatado antero-posteriormente. A parede do corpo do útero é constituída por três camadas: o endométrio (uma membrana mucosa glandular), o miométrio ou camada de músculo liso, e a camada serosa.

A função do endométrio é proporcionar um ambiente adequado para a implantação e crescimento do embrião em desenvolvimento, é uma mucosa exuberante com uma grande densidade de glândulas secretoras de glicogénio e uma rica rede vascular. Quando, no decorrer de um ciclo menstrual não se verifica a implantação de nenhum embrião em desenvolvimento, a maior parte do endométrio é eliminada (dando origem ao fluxo menstrual) sendo regenerado novamente no ciclo menstrual seguinte. Esta renovação cíclica do endométrio encontra-se sob controlo hormonal, nomeadamente, na dependência dos níveis de estrogénio e de progesterona. O miométrio é constituído por feixes de fibras musculares lisas separados por cordões de tecido conjuntivo. O estrogénio é essencial para a manutenção do tamanho e da função das células do músculo liso miometrial. A serosa corresponde ao revestimento do fundo e corpo uterinos pelo peritoneu. O útero é suportado por um conjunto de estruturas que englobam as vísceras pélvicas, as reflexões peritoneais e um conjunto de estruturas ligamentares denominadas de ligamentos largos, redondos, cardeais, e útero-sagrados.

Cérvix

O colo do útero corresponde à extremidade inferior do útero, tem cerca de 2 a 3 cm de comprimento e corresponde ao limite superior da vagina, com a qual faz um ângulo de aproxima-

damente 90°. É constituído na sua maioria por tecido conjuntivo denso rico em colagénio e apenas cerca de 15% do seu conteúdo é músculo liso. No istmo uterino (a transição do corpo para o colo do útero), o lúmen uterino estreita-se dando origem ao orifício interno do colo do útero, inferiormente alarga-se ligeiramente e forma o canal cervical (ou canal endocervical). O orifício externo do canal endocervical proporciona a comunicação entre o lúmen do colo do útero e a vagina. O ectocérvix é a parte do colo do útero, que se projecta para dentro da vagina e é coberto por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado.

Apesar de ser considerado como um órgão reprodutor, existem evidências clínicas de que o útero e o colo uterino contribuem para a resposta sexual, contudo de acordo com estudos que demonstram a melhoria do funcionamento sexual após histerectomia por doença benigna, as suas contribuições relativas para o grau de satisfação sexual podem não ser significativas.

Ovários e Trompas

Os ovários correspondem às gónadas femininas sendo também considerados como glândulas endócrinas que contribuem para o meio hormonal em que a resposta sexual ocorre. Desconhece-se se os ovários têm alguma função no que diz respeito à resposta sexual e não sofrem qualquer alteração estrutural com a excitação sexual. As trompas de Falópio, tal como os ovários, não são consideradas sexualmente receptivas.

Triângulo Urogenital e Músculos do Pavimento Pélvico

O diafragma urogenital é uma estrutura muscular que limita inferiormente o pavimento pélvico. É constituído maioritariamente pelos músculos pubococcígeos e sacrococcígeos e tem como função suportar as vísceras pélvicas opondo-se à acção da gravidade e ao efeito da pressão intra-abdominal. Os músculos bulboesponjosos, na mulher, rodeiam o orifício da vagina e a face lateral dos bulbos vestibulares, anteriormente comprimem a veia dorsal profunda do clitóris permitindo a sua erecção. Os músculos isquiocavernosos cobrem parcialmente a raiz do clitóris contribuindo para a sua erecção através do seu contributo para o efeito de vasocongestão.

Suprimento Vascular da Genitália Interna

Todos os órgãos pélvicos são vascularizados por um único tronco arterial, a artéria ilíaca interna (hipogástrica). No seu trajecto descendente, lateralmente à pélvis e sob a reflexão peritoneal a artéria ilíaca interna origina uma série de ramos viscerais que incluem as artérias rectais, uterinas, e as artérias vesicais. Antes de atingir o útero, as artérias uterinas originam ramos para a vagina e cérvix uterino. Dentro do ligamento largo, a artéria uterina origina numerosos ramos para o corpo do útero até se anastomosar com a artéria ovárica na junção uterotubar. A região proximal da vagina é vascularizada pelos ramos vaginais das artérias hipogástricas e uterinas e a porção distal pelas artérias comum do clitóris e hemorroidária média.

A veia uterina é normalmente uma estrutura plexiforme, que percorre lateralmente o corpo uterino na base do ligamento largo, antes de atingir a parede lateral da pélvis, aqui, o plexo de veias uterinas forma uma série de veias tributárias que são aferentes da veia ilíaca interna, que por sua vez é aferente da veia cava inferior.

Inervação da Genitália Interna

As estruturas nervosas do útero têm origem do plexo hipogástrico inferior formado por ramos dos nervos hipogástricos (simpáticos, T10-L1) e por fibras esplâncnicas (parassimpáticas, S2-

S4), este plexo fornece ramos que se deslocam via ligamentos cardinais e uterosagrados, para o cérvix, porção superior da vagina, uretra, bulbos vestibulares e clitóris.

O útero e a vagina são inervados por aferentes autonómicos e viscerais (sensoriais), que percorrem um trajecto semelhante às artérias uterinas. Os axónios sensoriais do corpo uterino descem ao longo do paramétrio (a extensão lateral do tecido conjuntivo subseroso do útero no ligamento largo) para se juntar a outros axónios do colo do útero formando um grande plexo na região paracervical chamado plexo uterovaginal. O plexo uterovaginal origina fibras aferentes que se juntam com as fibras aferentes viscerais de outras vísceras pélvicas antes de entrar no plexo hipogástrico inferior, subindo o promontório sacral, estas estruturas nervosas pélvicas participam no plexo hipogástrico superior e entram na cadeia simpática lombar através dos nervos esplâncnicos. Dos gânglios simpáticos originam-se ramos aferentes em direcção aos ramos dorsais das raízes nervosas de T10-12. O intróito vaginal é inervado pelas fibras sensoriais do nervo pudendo. Os dois terços inferiores da vagina não são inervados somaticamente, pelo que apenas o intróito e a porção distal da vagina (1-2 cm) parecem ter sensações somáticas.

Ponto G (de Gräfenberg)

Um grande contributo para o surgimento da teoria do “Ponto G” foi a constatação que a estimulação da parede vaginal anterior resulta no aumento de até 50% da espessura (ingurgitamento) da porção distal da parede vaginal e proporciona elevados níveis de excitação sexual. Em 1950 Gräfenberg descreveu uma região na parede anterior da vagina que ao ser estimulada se tornava ingurgitada e fazia protusão para o lúmen vaginal. Whipple e Perry denominaram essa região de “Ponto G”. Classicamente o ponto G é descrito como tendo uma localização entre o terço e a metade distal da parede anterior da vagina. Estruturalmente pode ser definido como uma estrutura uniforme de tecido fibroconjuntivo altamente vascularizada e rica em terminações nervosas, com capacidade erétil e que, de acordo com alguns autores, é parte integrante e contínua do complexo clitoriano descrito por O’Connell e que engloba o clitóris, a porção distal da vagina e a uretra.

BIBLIOGRAFIA

1. Graziottin A. Giraldi A. “Anatomy and physiology of Women’s Sexual Function” in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 289-304
2. Raina, et al. “Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management” in: Edward E. Wallach, Edward E., Fertility and Sterility_ Vol. 88, No. 5, November 2007 American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.
3. Puppo, V., “Anatomy and Physiology of the Clitoris, Vestibular Bulbs, and Labia Minora With a Review of the Female Orgasm and the Prevention of Female Sexual Dysfunction”, *Clinical Anatomy* 26:134–152, 2013, Wiley Periodicals, Inc.
4. Ostrzenski A. “G-spot anatomy: A new discovery.” *J Sex Med* 2012; 9: 1355–1359.
5. Van Anh T. Ginger and Claire C. Yang, “Cap. 5 - Functional Anatomy of the Female Sex Organs”, in: J.P. Mulhall et al. (eds.), *Cancer and Sexual Health, Current Clinical Urology*, Springer Science + Business Media
6. Hennekam RCM, Allanson JE, Biesecker LG, Carey JC, Opitz JM, Vilain E. “Elements of morphology: Standard terminology for the external genitalia”. *Am J Med Genet Part A* 2013, 161A:1238–1263.
7. O’Connell et al, “The Anatomy of the Distal Vagina: Towards Unity”, *J Sex Med* 2008;5:1883–1891
8. Puppo, V., “Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women’s sexual health”, *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology* 2011, 154 3–8
9. Deliganis et al, “Female Genitalia: Dynamic MR Imaging with Use of MS-325-Initial Experiences Evaluating Female Sexual Response”, *Radiology* 2002; 225:791–799
10. O’Connell et al, “Anatomy of Female Genitalia”, in: Goldstein et al. (eds.), *Women’s Sexual Function and Dysfunction – Study, Diagnosis and Treatment*, Taylor and Francis, 2006
11. Cuzin, B., “Anatomy and Physiology of Female Sexual Organs” In: Prost, H., Reisman, Y. (eds.), *The ESSM Syllabus of Sexual Medicine*, European Society for Sexual Medicine, Medix Publishers, 2012

FISIOLOGIA SEXUAL FEMININA

Ana Meirinha

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Neuroanatomia e Neurofisiologia

Inervação dos genitais internos é primariamente assegurada pelo sistema nervoso autónomo. A porção simpática do sistema nervoso autónomo tem origem nas regiões torácicas e lombares da medula espinhal e os gânglios simpáticos estão adjacentes ao sistema nervoso central. A porção parassimpática tem origem em nervos cranianos e em três segmentos médios sacrados da medula espinhal e os seus gânglios localizam-se perto das vísceras. De forma geral, as fibras simpáticas na pélvis feminina levam a contrações musculares e vasoconstrição, enquanto as fibras parassimpáticas causam efeito oposto.

O nervo pudendo e seus ramos são a origem da maioria das fibras motoras e sensitivas para os músculos e pele da região vulvar. O nervo pudendo tem origem na segunda, terceira e quarta raízes sacradas. Quando o nervo pudendo se aproxima do diafragma urogenital, divide-se em três ramos: o hemorroidário inferior, perineal profundo e perineal superficial. A pele do ânus, clitoris e porções média e inferior da vulva são inervados pelos ramos distais do nervo pudendo. A região vulvar recebe inervação sensitiva adicional de três nervos. O ramo anterior do nervo ilioinguinal envia fibras para o monte de Vénus e porção superior dos grandes lábios. O nervo génito-femoral envia fibras para os grandes lábios e o nervo fêmuro-cutâneo posterior envia fibras para a porção ínfero-posterior da vulva.

A resposta sexual feminina é mediada primariamente por reflexos da medula espinhal sob o controlo do tronco cerebral. Os neurónios e inter-neurónios eferentes pélvicos na medula espinhal lombo-sagrada contêm o neurotransmissor serotonina. Na medula espinhal, a serotonina inibe os reflexos sexuais medulares e pode explicar a anorgasmia induzida pelos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRI).

Estudos que utilizam a ressonância magnética, demonstraram activação diferencial do cérebro em mulheres pré-menopausa, em menopausa e com disfunção de desejo sexual hipoactivo.

FACTORES ENDÓCRINOS

1. Estrogénio e Progesterona

Foram implicadas três moléculas esteróides no comportamento sexual feminino: estrogénios, progesterona e androgénios. Em mulheres pré-menopausa, com ovulação normal, os níveis de estrogénio e progesterona são mantidos até à menopausa. Nestas mulheres, a fonte primária de estradiol é o ovário, sob o controlo da hormona estimuladora de folicúlos (FSH) e inibina produzidas na hipófise, e em menor escala pelas glândulas suprarrenais e precursores androgénicos ováricos. Os níveis de estradiol e de progesterona caem abruptamente na menopausa quando a ovulação cessa.

Estudos recentes sugerem que os estrogénios e progesterona têm pouca influência directa no desejo sexual feminino. Vários estudos têm mostrado que terapêutica com estrogénios exógenos isolados não altera o desejo sexual nas mulheres. A falta de estrogénios pode afectar indirectamente a função sexual pela diminuição da congestão vascular e lubrificação vaginais e pela atrofia do epitélio vaginal. O estrogénio tem função reguladora da parede vaginal e da expressão da óxido nítrico sintetase. Assim, a menopausa leva a apoptose da parede vaginal, músculo liso e epitélio. Terapêutica com estrogénios aumenta a expressão de óxido nítrico sintetase, restaura a lubrificação vaginal e diminui a dispareunia, levando a maior satisfação sexual feminina.

De forma geral, os progestagénios não têm impacto directo na função sexual feminina. Indirectamente, a progesterona pode afetar o comportamento sexual por aumentar o humor depressivo.

2. Testosterona

As mulheres pré-menopausa produzem 0,3mg de testosterona por dia. 50% da testosterona produzida pelas mulheres origina-se nos ovários e nas suprarrenais, sendo os outros 50% produzidos a partir de precursores de testosterona, como a androstenediona e dihidroepiandrosterona, em tecidos periféricos. Apenas 2% da testosterona total se apresenta na sua forma livre, enquanto que 98% encontra-se ligada a albumina ou à globulina ligadora das hormonas sexuais (SHBG). Variações nos níveis da SHBG alteram a biodisponibilidade da testosterona livre. A administração de estrogénios exógenos (como contraceptivos orais), aumentam os níveis de SHBG, reduzindo a biodisponibilidade da testosterona livre. Os contraceptivos orais também diminuem os níveis de FSH e hormona luteinizante, suprimindo a ovulação e inibindo a produção de androgénios. A combinação destes dois mecanismos podem levar a níveis muito baixos de testosterona livre.

Os níveis de testosterona diminuem gradualmente ao longo da vida. Entre os 30 e os 60 anos, a testosterona total e livre diminui cerca de 50%. Além disso, os precursores da testosterona da suprarrenal diminuem com a idade. A diminuição dos níveis de androgénios com a idade está relacionada com a diminuição da libido, excitação, orgasmo e sensibilidade genital.

Além do envelhecimento, várias outras condições clínicas em mulheres pré-menopausa estão associadas a níveis baixos de testosterona. Os sintomas de insuficiência de androgénios incluem disforia, astenia, diminuição da libido, da receptividade sexual e prazer, instabilidade vasomotora e diminuição da lubrificação vaginal.

Estudos em mulheres em menopausa mostraram melhoria do desejo, excitação e fantasias sexuais com a administração de testosterona isolada. No entanto, a relação entre os níveis de testosterona e desejo em mulheres pré-menopausa estão menos bem definidas.

Ciclo de Resposta Sexual Feminina

Masters e Johnson foram os primeiros a estudar e descrever a função e disfunção sexual. Descreveram o ciclo de resposta sexual feminino e masculino como quatro fases lineares e sucessivas: excitação, plateau, orgasmo e resolução ou período refratário (Figura 1). Nas mulheres, a fase de excitação começa com a tumefação da mucosa vaginal, espessamento das paredes vaginais e transudação de fluído para a vagina. Há tumefação dos lábios, clítoris e vagina, aumentando o comprimento da vagina e clítoris. As mamas aumentam ligeiramente de volume por tumefação e as aréolas ficam eretas. A tensão muscular, frequência cardíaca e pressão arterial aumentam ligeiramente. Na fase de plateau os lábios ficam mais tumefactos, o clítoris retrai e o terço externo da vagina fica mais congestionado e estreito enquanto que os dois

terços internos expandem, e a tensão dos músculos do pavimento pélvico vai aumentando. O orgasmo caracteriza-se por contrações rítmicas dos músculos levantadores do ânus, vagina e útero e libertação maciça da tensão muscular. Durante a fase de resolução há diminuição gradual da tensão muscular e detumescência dos lábios, clítoris e vagina.

Em 2000, Basson apresentou um modelo mais contemporâneo, não linear da resposta sexual feminina, que integra a intimidade emocional, estímulos sexuais e satisfação com a relação (Figura 2). Este modelo reconhece que o ciclo de resposta sexual feminino é mais complexo e menos linear que o masculino. Também realça que muitas mulheres começam o ato sexual de um ponto de neutralidade sexual, com a decisão de este se tornar sexual a emanar da necessidade consciente de proximidade emocional ou como resultado da sedução do parceiro. A excitação origina-se da intimidade e sedução e muitas vezes precede o desejo. Este modelo enfatiza que as mulheres têm várias razões para encetarem a actividade sexual além do desejo sexual espontâneo. A neutralidade sexual ou a receptividade sexual, e não só o iniciar da actividade sexual, são consideradas variantes normais da função sexual feminina.

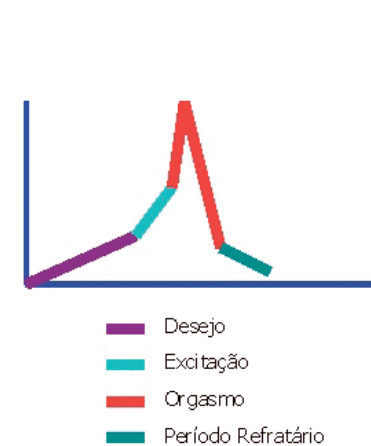


Figura 1: Ciclo de resposta sexual.

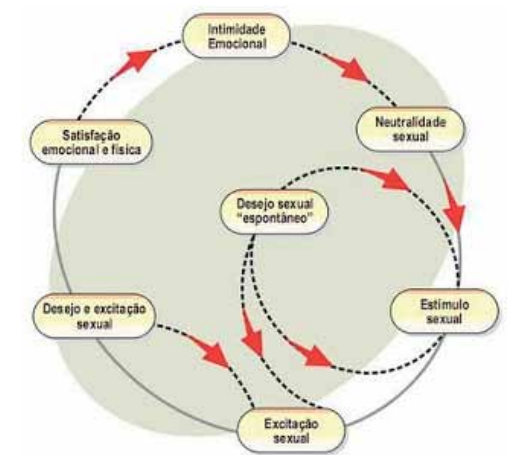


Figura 2: Ciclo de resposta sexual proposto por Basson. resposta sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. Graziottin A. Giraldi A. "Anatomy and physiology of Women's Sexual Function" in: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in Sexual Medicine, Blackwell, Oxford, UK, 2006, p. 289-304
2. Cuzin, B., "Anatomy and Physiology of Female Sexual Organs" In: Prost, H., Reisman, Y. (eds.), The ESSM Syllabus of Sexual Medicine, European Society for Sexual Medicine, Medix Publishers, 2012
3. Kirana PS, Tripoli F, Reisman Y, Prost H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. ESSM Educational Committee, 2013

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA- PREVALÊNCIA, ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MÉDICO

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Ana Meirinha

Interna de Formação Específica de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Pedro Baltazar

Interno de Formação Específica em Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Introdução

O ciclo de resposta sexual é constituído por quatro fases aplicadas tanto para homens como para mulheres: desejo (duração de minutos a horas); excitação (duração de segundos a minutos);orgasmo (duração de 3 a 15 segundos); resolução (duração de minutos a horas). Este modelo ainda é adoptado pela OMS e é originário da formulação de Masters e Johnson e modificado por Helen Kaplan. A resposta sexual envolve uma interacção complexa de fisiologia, emoções, experiências, crenças, estilo de vida e relações.

A disfunção sexual é a incapacidade para participar do relacionamento sexual com satisfação.

A sexualidade da mulher é multifactorial e multisistémica requerendo a integridade hormonal, vascular, nervosa, muscular, do tecido conjuntivo e do sistema imunitário. A actividade sexual feminina é influenciada em diferentes fases da vida por factores psicológicos, socioculturais, familiares e biológicos. Esses factores interrelacionam-se de forma pouco conhecida devido a aspectos encobertos da anatomia genital feminina e dos mitos e tabus que rodeiam o assunto. Além disso, as características do ciclo menstrual (fase estrogénica versus progesterónica) e as fases do ciclo de vida da mulher (menarca, gravidez, lactação, puerpério, climatério, menopausa e senilidade) alteram e são alteradas pela actividade sexual.

As disfunções sexuais são caracterizadas por dificuldade em uma ou mais das fases da resposta sexual/ou dor associada ao acto, resultando em prejuízo do desejo e/ou do desempenho bem como da experiencia subjectiva do prazer. Esta alteração pode manifestar-se isoladamente ou em combinação (desejo e/ou excitação e/ou orgasmo). São dependentes da idade, progressivas e prevalentes. Estão associadas a má qualidade de vida, a baixa percepção de bem-estar, a baixa auto-estima e auto-imagem, a má qualidade de relacionamento conjugal, a depressão e ansiedade. Podem resultar de problemas médicos urológicos, ginecológicos, proctológicos, metabólicos, cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos.

De forma prática podemos dividir as disfunções sexuais femininas em: desejo sexual hipoactivo, aversão sexual, alteração da excitação (lubrificação vaginal), alteração do orgasmo, dispareunia e vaginismo.

Dependendo da fase do ciclo interrompida, existem vários tipos de disfunções:

1. *Desejo sexual hipoactivo* (“Quando não apetece”): caracteriza-se pela diminuição ou ausência total de fantasias eróticas, de masturbação e de desejo de ter actividade sexual. Esta situação por norma gera um grande sofrimento e cria conflitos entre o casal. Deve ser diferenciado da aversão sexual (“quando é desagradável”) que é situação de repugnância para as actividades sexuais.
2. *Disfunção excitatória* (“quando não se sente”): dificuldade, persistente ou recorrente, de obter ou manter a excitação sexual, medida geralmente em termos de lubrificação vaginal e vasodilatação genital. Esta situação pode associar-se a diminuição do desejo sexual e a dificuldade em alcançar o orgasmo.
3. *Disfunção orgástica* (“quando é impossível culminar”): é a dificuldade ou incapacidade, recorrente ou persistente, de atingir o orgasmo após uma fase de excitação sexual adequada em termos de foco, intensidade e duração.

O orgasmo é uma resposta reflexa que afecta todo o corpo, causando um sentimento de prazer, de tranquilidade e de relaxamento. A resposta fundamental são as contracções repetidas dos músculos pélvicos (diafragma pélvico pubococcígeo e bulbocavernoso).

Existem vários tipos de orgasmo:

- *Orgasmo múltiplo* caracteriza-se pela capacidade de experimentar orgasmos repetidos durante a relação sexual
 - *Orgasmo clitoriano* caracteriza-se pela capacidade de alcançar o orgasmo mediante estimulação directa do clítoris.
 - *Orgasmo vaginal* ou *coital* caracteriza-se pela capacidade de alcançar o orgasmo durante o coito por penetração.
 - *Orgasmo extracoital* sucede por automasturbação, alomasturbação (carícias feitas pelo parceiro) ou durante o sono (orgasmo onírico).
4. *Dispareunia* (“quando causa dor”): dor vaginal, persistente ou recorrente, durante o coito. É mais frequente em adolescentes (por inexperiência, falta de informação, secura vaginal, receios, entre outros) e na menopausa (quando regra geral as mulheres deixam de ser tão lubrificadas).
 5. *Vaginismo* (“quando causa dor”): dor a entrada da vagina provocada por espasmos involuntários da musculatura do terço exterior da vagina que impede qualquer tentativa de penetração. A mulher não tem consciência das contracções musculares e não se apercebe da dor mas apercebe-se da extrema dificuldade de penetração. Na sua etiologia estão implicadas exclusivamente causas psicogénicas.

Prevalência

Estima-se que entre 40 a 45% das mulheres sofre de alguma disfunção sexual. O desejo sexual hipoactivo ocorre mais frequentemente, sobretudo nas mulheres na pré-menopausa. De uma maneira global, o desejo sexual hipoactivo acontece entre 32 a 58% dos casos, as alterações de excitação entre 13 e 24%, e as alterações do orgasmo entre 24 e 37%. Vários graus de dispareunia são relatados por 12 a 15% de mulheres sexualmente activas e por mais de 45% de mulheres no período pós-menopausa. O vaginismo pode ocorrer em cerca de 0.5-1% de mulheres férteis. 75% das mulheres abusadas sexualmente manifestam algum grau de aversão sexual.

Etiologia

Existem causas psicológicas, orgânicas e mistas. Qualquer uma das causas pode funcionar como factor predisponente, precipitante e de manutenção.

De uma forma geral, a disfunção sexual feminina pode ter causas orgânicas, psicogénicas, mistas e desconhecidas. Como causas orgânicas temos algumas doenças (diabetes, hipertensão, hipotiroidismo, D. Cushing, D. Addison, epilepsia temporal depressão, esclerose múltipla, insuficiência hepática e renal, entre outras), infecções ginecológicas, IUE e prolapsos dos órgãos pélvicos, esterilidade, gravidez e puerpério, patologias pélvicas, menopausa, aborto, alterações hormonais (aumento de prolactina e diminuição de testosterona), a ingestão excessiva de álcool, medicamentos (desinfectantes vaginais, antidepressivos, anti hipertensores, ansiolíticos, neurolépticos, protectores gástricos, corticóides, citostáticos, contraceptivos e antiandrogénios) ou drogas e certas cirurgias (ooforectomias, cirurgias vaginais e pélvicas e suprarrenalectomias). Entre as causas psicológicas, as que mais influenciam a disfunção sexual são o stress, o cansaço, a fraca auto-estima, problemas de relacionamento, culpabilização, educação rígida, experiências sexuais traumatizantes, medo de gravidez, transtornos fóbicos ou de orientação sexual, mas existem muitas outras.

Diagnóstico

O diagnóstico das disfunções femininas é essencialmente clínico, baseando-se nos elementos da anamnese. Os exames complementares são úteis para despiste das causas orgânicas como hipo /hipertiroidismo, diabetes e dislipidemia por exemplo. Os critérios de diagnóstico são a duração (> 6 meses, persistente ou recorrente), presença de sofrimento ou desconforto e as dificuldades interpessoais. Falhas ocasionais não definem a disfunção. Ela pode ser primária (quando ocorre desde a iniciação sexual) ou secundária (se surgiu após um período de actividade sexual satisfatória), generalizada (quando ocorre em qualquer circunstância) e situacional (quando ocorre em situações particulares). É importante também saber se a disfunção é psicogénica, orgânica ou mista. Na investigação das disfunções sexuais femininas deve-se ter em conta a idade, a experiência sexual, o status sexual do parceiro, doenças subjacentes, procedimentos médicos e drogas.

Para um diagnóstico mais seguro, torna-se importante ter uma abordagem holística com envolvimento multidisciplinar.

Existem questionários de diagnósticos validados em vários países com utilidade na estratégia terapêutica e na investigação.

Na avaliação da doente é importante dar atenção a alguns aspectos do exame objectivo como por exemplo o exame ginecológico com focalização nos seguintes aspectos: anatomia vulvar, presença de aderências, lesões dermatológicas, ulcerações, alterações de coloração, trofismo vaginal, tónus muscular e sinais de inflamação. Pode ter interesse a medição do pH vaginal e a colheita de secreções para análise.

Quando estamos perante o diagnóstico de desejo sexual hipoactivo o doseamento hormonal é auxiliar: testosterona total e livre, SHBG, sDHEA, estradiol, prolactina e TSH.

Nas alterações de excitação pode aplicação a pletismografia vaginal para quantificação das alterações hemodinâmicos mas a sua utilidade é questionável. O ecodoppler é usado para despiste de alterações hemodinâmicas do clítoris, vagina, vulva e uretra.

Tratamento

As disfunções sexuais já começam a ser encaradas como verdadeiros problemas e não como motivo de vergonha, o que tem contribuído para um maior afluxo na procura de ajuda

especializada. O tratamento destas disfunções varia consoante a sua causa. Assim, pode incluir terapêutica farmacológica com hormonas (testosterona e estrogénios) e/ou psicoterapia focada na terapia sexual individual ou do casal com técnicas cognitivas, comportamentais, e exercícios de relaxamento pélvico.

Aconselha-se habitualmente tratamento combinado.

Devem-se tratar primeiro as causas orgânicas das disfunções e também as eventuais disfunções sexuais dos parceiros. Aconselha-se melhoria do estilo de vida, com dieta saudável, exercício físico, perda de peso, redução do tabaco e do álcool.

Nas disfunções sexuais femininas induzidas por antidepressivos o tratamento ideal é a associação de *bupropiona* (50-100 mg/dia), trazodona (50-100mg/dia), ioimbina 10.8 mg, duas horas antes das relações sexuais) e undecanopato de testosterona (40 mg/dia, 15/15 dias. Estes medicamentos devem ser utilizados juntamente com o antidepressivo envolvido que é reduzido a metade da dose.

No desejo sexual hipoactivo, a *bupropiona* é usada na dose de 150-300 mg com bons resultados, principalmente nas situações de contra-indicação do uso de androgénios. O seu mecanismo de acção é complexo, actuando através da activação de estruturas cognitivas e emocionais do SNC, com aumento da dopamina e da SDHEA e diminuição da prolactina. Está contra-indicado nas situações de anorexia nervosa, bulimia, ansiedade, álcool, drogas ilícitas e antecedentes de convulsões. Os androgénios têm papel essencial sobre a função sexual feminina, influenciando o desejo, o humor, a energia e o bem-estar. Os níveis de testosterona podem estar diminuídos nas seguintes situações : idade, ooforectomia, insuficiência ovárica, insuficiência adrenal, doenças crónicas, hipopituitarismo e drogas (estrogénios e corticóide).

Recomenda-se *metiltestosterona* em baixas doses, 1.25-2,5 mg/dia, per os ou *undecanoato de testosterona* 40mg/dia per os, durante 15 dias ou *propionato de testosterona* a 2%, aplicação tópica de creme 4 vezes por semana na vulva. Este tratamento está indicado só nas mulheres pós-menopausicas com sintomas de insuficiência androgénica e está contra-indicado nas mulheres com cancro da mama ou do endométrio. Tem como efeitos acessórios mais frequentes o hirsutismo facial e corporal, acne, aumento de peso e voz grossa.

No climatério o uso de estrogénios melhora o desejo sexual apenas quando este estiver prejudicado por relação dolorosa decorrente da atrofia vaginal. Sabe-se também que níveis baixos de estrogénios também causam encurtamento e estreitamento do canal vaginal, perda de elasticidade destes tecidos, rarefacção dos pêlos púbicos e menor lubrificação vaginal durante a fase de excitação, levando a dor durante a penetração.

Nas mulheres pós-menopausicas com desejo sexual hipoactivo pode-se prescrever *tiblona* (2.5 mg/dia), um gonadomimético de acção múltipla (supressão de sintomas climatéricos, prevenção da atrofia genital e da osteoporose, acção positiva sobre o humor e função sexual). O benefício sobre o desejo sexual deve-se ao efeito androgénico directo e ao aumento da biodisponibilidade da testosterona endógena. Tem a vantagem de não provocar a virilização.

A trazodona e a ioimbina são alternativas menos usadas.

Nos casos de aversão sexual são conseguidos bons resultados com a associação de terapia sexual e ansiolíticos com *alprazolam* (0.5-2 mg/dia) ou *bupiriona* (20-30 mg/dia).

As alterações da excitação sexual são tratados com estrogénios e/ou androgénios. Os estrogénios tópicos mais usados são o *promestrieno* e o *estriol* que têm poucos efeitos sistémicos. As drogas vasoactivas (iPDE e *alprostadil*) continuam em investigação. Os dispositivos mecânicos de estimulação clitoriana (EROS-CTD device) podem melhorar a excitação.

O tratamento medicamentoso das alterações do orgasmo ainda não é consensual, até porque a maioria dos casos de anorgasmia feminina é atribuída ao bloqueio emocional. O uso de fármacos como o iPDE, *alprostadil*, androgénios, estrogénios, *tiblona* podem vir a ser opções. A *bupropiona* tem indicação em casos particulares. Quando a inibição do orgasmo se deve ao uso de inibidores selectivos da recaptção da serotonina, a ioimbina (16.2 mg/dia), *ciproheptadina* (8.6 mg/dia) e *amantadina* (200 mg/dia) podem ser usados como antídotos.

A dispareunia de causa psicogénica é tratada com terapia sexual e o tratamento das formas orgânicas vai depender da etiologia: cirurgia nos casos de septos vaginais e aderências pélvicas e anti-inflamatórios e antifúngicos para vulvovaginites por exemplo.

No caso do vaginismo, aconselha-se a combinação de ansiolíticos ou SSRI para alívio da tensão e medo, com fisioterapia para alívio da contractura muscular e terapia sexual para trabalhar a actividade sexual. A aplicação de *toxina botulínica* ainda é experimental mas parece ter resultados animadores.

BIBLIOGRAFIA

1. Hartmut Prost and Jacques Buvat and the Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard Practice in Sexual Medicine. ISSM.2006
2. Kirana PS, Tripoli F, Reisman Y, Prost H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology.ESSM Educational Committee,2013
3. Nardi AC, Nardoza A, Bezerra CA, Fonseca CEC, Truzzi JC, Rios,LAS, Sadi MV. Urologia Brasil, 2013.
4. Basson R et al.Sumary of the recommendations on Women's sexual disfunctions. In : Lue, T.F et al.(eds) Sexual medicine-Sexual Dysfunctions in Men and Women. Paris: Health Publications, 2004, p.975-985
5. Davis, SR. Androgens and female sexuality. J Gender Specific Med 3:36-40, 2000
6. Mariano Rosselló Barbará, manual de disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Arán ediciones,SL, 2010

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: ABORDAGEM PSICOSSEXUAL

Ana Alexandra Carvalheira

Psicóloga Clínica

ISPA - Instituto Universitário

1. INTRODUÇÃO

De uma forma geral, disfunção sexual engloba todas as formas de vivências insatisfatórias no relacionamento sexual, desde a dificuldade em sentir prazer ou satisfação até à incapacidade em satisfazer o (a) parceiro (a).

Mas nem todas as dificuldades são verdadeiras disfunções. Há alturas da vida em que o ajustamento sexual entre duas pessoas é mais difícil por factores circunstanciais ou individuais¹. Dificuldades a nível da relação sexual são situações frequentes ao longo da vida, e as disfunções, pelo contrário, são mais raras.

DISFUNÇÃO DO INTERESSE/EXCITAÇÃO

Ausência, ou redução significativa do interesse/excitação sexual, manifesto através de pelo menos 3 dos seguintes especificadores:

Ausência/redução:

- 1) do interesse na actividade sexual;
- 2) de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas;
- 3) da excitação sexual/prazer durante a actividade sexual em aproximadamente 75%-100% dos encontros sexuais;
- 4) do interesse/excitação sexual em resposta a qualquer estímulo sexual/erótico interno ou externo;
- 5) de sensações genitais ou não genitais durante a actividade sexual em aproximadamente 75%-100% dos encontros sexuais;
- 6) Nenhuma/reduzida iniciativa para a actividade sexual e tipicamente indisponível às tentativas do parceiro.

DISFUNÇÃO DO ORGASMO

Em 75%-100% das actividades sexuais:

- 1) Acentuado decréscimo ou ausência de orgasmo;
- 2) Acentuada redução da intensidade das sensações orgásticas.

DISFUNÇÃO DA DOR GÉNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO

Dificuldades persistentes ou recorrentes em um (ou mais) dos seguintes:

- 1) Penetração vaginal durante o coito;
- 2) Acentuada dor vulvo-vaginal ou pélvica durante o coito vaginal ou tentativas de penetração;
- 3) Intenso medo ou ansiedade acerca da dor vulvo-vaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado da penetração vaginal;
- 4) Acentuada tensão e estreitamento dos músculos do pavimento pélvico durante tentativas de penetração vaginal.

2. CLASSIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A classificação que aqui apresentamos é a classificação norteamericana - a DSM-5². Para que uma alteração da resposta sexual, seja considerada uma disfunção, são indispensáveis

alguns critérios: (i) a persistência dos sintomas por um mínimo de aproximadamente 6 meses; (ii) causar sofrimento pessoal⁽³⁾. Os diagnósticos de disfunção sexual devem ainda incluir indicações relativamente ao início (primária/secundária), contexto (generalizado/situacional) e severidade (suave/moderado/severo).

Disfunção do Interesse/Excitação Sexual

Características de diagnóstico

Uma “discrepância no desejo”, na qual a mulher tem menor desejo para actividade sexual que o seu parceiro, não é suficiente para diagnosticar disfunção do interesse/excitação sexual feminina. Pode haver entre as mulheres uma variabilidade na forma como o interesse e excitação sexual são demonstrados. Mudanças de curto prazo no interesse e excitação sexual são comuns e podem representar respostas adaptativas a eventos da vida da mulher, e como tal não significam disfunção sexual. A qualidade dos estímulos é igualmente importante. Assim, deve ser avaliada a possibilidade da mulher não estar a receber a estimulação sexual adequada e suficiente por parte do parceiro. O problema do desejo ou a falta de entusiasmo para o sexo, deve ser sempre analisada no contexto da relação com o parceiro. Dificuldades com a intimidade emocional, conflitos relacionais, contextos de hostilidade, ou mesmo a falta de atracção pelo parceiro, poderão ser responsáveis pela diminuição do interesse sexual. Alguns estudos mostram que o desejo sexual feminino diminui com o aumento da duração das relações⁴ e é favorecido pela existência de um novo parceiro. A disfunção do interesse/excitação está frequentemente associada a problemas com o orgasmo, dor durante a actividade sexual, actividade sexual pouco frequente, discrepâncias no desejo ao nível do casal, dificuldades relacionais, disfunções do humor, expectativas irrealistas e crenças acerca do nível apropriado de interesse sexual, assim como técnicas sexuais pobres e falta de informação sobre a sexualidade.

Disfunção do Orgasmo

Características do diagnóstico

As mulheres revelam uma grande variabilidade no tipo e intensidade de estimulação que provoca um orgasmo. Mulheres que experienciam orgasmo com estimulação clitoridiana mas não durante penetração vaginal, não preenchem os critérios para o diagnóstico clínico de disfunção do orgasmo feminino. A satisfação sexual global não está fortemente correlacionada com a experiência orgástica. Muitas mulheres que reportam altos níveis de satisfação sexual, raramente ou nunca experienciam orgasmo. As dificuldades com o orgasmo frequentemente ocorrem com problemas relacionados com o interesse sexual e a excitação.

É muito importante avaliar se a dificuldade é primária ou se ocorre apenas em determinados contextos, como seja nas interações sexuais com o parceiro, mas não na masturbação. Esta situação aponta para a possibilidade da mulher não estar a receber estimulação adequada e suficiente para atingir o orgasmo.

Antigamente, havia tendência a considerar-se a distinção entre orgasmos clitoridianos e vaginais (deve-se a Freud tal distinção) mas, esta dualidade não faz sentido. Na resposta do orgasmo, o clítoris é o actor principal e a sua estimulação também acontece no coito vaginal. Em 1974, Kaplan⁴ foi decisiva ao afirmar que o orgasmo é um fenómeno total, desencadeado por estimulação directa ou indirecta do clítoris e vivenciado na vagina através de contracções rítmicas do seu terço externo – a plataforma orgástica.

Disfunção da Dor Génito-Pélvica/Penetração

A dificuldade na penetração vaginal pode variar entre a total incapacidade em qualquer situação (ex. actividade sexual, exames ginecológicos, inserção de tampão) até à capacidade de experienciar penetração com facilidade numa situação mas não noutras. Relativamente à dor, é importante avaliar a sua localização e intensidade. Tipicamente pode ser caracterizada como superficial (vulvo-vaginal ou ocorrendo aquando da penetração) ou profunda (pélvica, sentida na penetração profunda). Algumas dores génito-pélvicas apenas ocorrem quando provocadas (coito ou estimulação mecânica), outras podem ocorrer tanto espontaneamente como provocadas. A caracterização qualitativa da dor génito-pélvica pode ser útil (queimar, cortar, disparar, latejar). O medo e a ansiedade perante a dor são reacções “normais” que poderão conduzir ao evitamento de situações íntimas/sexuais. Noutros casos, este medo intenso não aparenta estar proximoamente relacionado à experiência de dor, mas conduz ainda assim, ao evitamento de situações de penetração vaginal. A acentuada tensão ou estreitamento dos músculos do pavimento pélvico podem variar desde um espasmo de tipo reflexo do pavimento pélvico em resposta à tentativa de penetração vaginal, até à “normal/voluntária” defesa muscular em resposta à antecipada ou repetida experiência de dor, ou medo e ansiedade. No caso das reacções “normais de defesa”, a penetração poderá ser possível em circunstâncias de relaxamento. A caracterização e avaliação da disfunção do pavimento pélvico serão melhor realizadas por um ginecologista, ou um fisioterapeuta de pavimento pélvico.

A disfunção da dor génito-pélvica/penetração está frequentemente associada a outras disfunções sexuais, em particular à redução do desejo e interesse. É comum que mulheres que nunca tenham sido sucedidas na penetração vaginal, procurem tratamento apenas quando desejam engravidar. Muitas mulheres com esta disfunção irão experienciar problemas relacionais/maritais associados, assim como uma diminuição significativa do seu sentimento de feminilidade.

3. ETIOLOGIA E AVALIAÇÃO PSICO-SEXUAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A etiologia das disfunções sexuais femininas é frequentemente multifactorial, sendo que, muitas vezes, não é possível identificar uma causa específica isolada para a dificuldade sexual. Por conseguinte, a avaliação deve consistir numa abordagem biopsicossocial, que inclua a saúde física e psicológica da mulher, bem como a relação com o parceiro, e os factores sócio-culturais. Uma boa avaliação é essencial para desenhar a estratégia de intervenção mais adequada.

O diagnóstico é essencialmente clínico e a entrevista clínica é o principal instrumento de avaliação. Assim, a avaliação diagnóstica deve incluir, para além dos factores médicos, tratados noutro capítulo deste manual:

- (1) **a descrição do problema:** o início e duração, encorajar a descrição das queixas sexuais, avaliar se o problema é situacional ou generalizado, primário ou secundário;
- (2) **a história psicossocial:** primeiras experiências sexuais, comportamentos masturbatórios, e atitudes da família face ao sexo. O tipo de socialização pode revelar factores que contribuíram para o desenvolvimento de crenças sexuais maladaptativas. Uma socialização sexual repressiva pode ter um impacto negativo na visão da sexualidade e na vivência do sexo⁽⁵⁻⁸⁾. Nas culturas ocidentais herdeiras da tradição Judaico-Cristã, ainda persiste o duplo padrão de moral sexual – permissivo e exigente para os homens e repressivo para as mulheres – que pode ser responsável por mitos ou crenças sexuais disfuncionais^(5,7). A influência do duplo padrão de moral sexual pode estar na origem de muitas dificuldades sexuais. Nas mulheres, o conflito diz sobretudo respeito à legitimidade do prazer. Na

prática clínica observamos muitas mulheres com dificuldades na entrega ao prazer, e muito incapazes de perseguir o prazer sexual como algo que lhes pertence;

- (3) **os factores psicológicos** incluem aspectos emocionais e cognitivos associados à experiência sexual. Emoções negativas como a culpa, a vergonha ou a raiva podem destruir os sentimentos de prazer. Algumas mulheres referem o medo de “perder o controlo”, outras referem o medo da “entrega” na actividade sexual. Os factores cognitivos também incluem a capacidade de manter a concentração nos estímulos sexuais. As mulheres demonstram muita dificuldade em manter o foco e a atenção nos estímulos eróticos sem se distraírem da actividade sexual. Também as crenças sexuais disfuncionais devem ser avaliadas pois, afectam negativamente o funcionamento sexual das mulheres⁽⁹⁻¹¹⁾;
- (4) **factores relacionais ou interpessoais** incluem a qualidade da intimidade e da comunicação, o vínculo emocional, a estabilidade da relação, bem como a existência de possíveis conflitos ou de um contexto de hostilidade, o grau de atracção pelo parceiro, e a qualidade da estimulação genital e não genital. Um factor tantas vezes referido pelas mulheres com falta de desejo sexual é a deserotização da relação, o sexo inscrito numa rotina sem surpresa. Alguns estudos já mostraram um efeito negativo da duração da relação no desejo sexual feminino⁽¹²⁻¹⁴⁾. Um estudo recente revela três factores responsáveis pela perda do desejo feminino na conjugalidade: a institucionalização da relação, a familiaridade excessiva e a dessexualização dos papéis⁽¹⁵⁾;
- (5) **o contexto:** A sexualidade feminina é fortemente contextual, ou seja, é influenciada pelo contexto em que o sexo acontece. As variáveis de contexto incluem o ambiente físico onde a actividade sexual ocorre, os acontecimentos que antecederam a oportunidade sexual, o momento do dia, o tempo desde o último contacto sexual, a rotina sexual;
- (6) **factores de vulnerabilidade individual:** a imagem corporal e a auto-estima são aspectos centrais na sexualidade feminina, mas avaliar também história de abuso sexual ou emocional, e ainda a comorbidade psiquiátrica (ex. depressão, ansiedade), e outros stressores, por exemplo, o cansaço, acontecimentos de vida negativos (ex. problemas financeiros ou uma situação de desemprego).

Há tantas coisas que podem interferir no prazer e na função sexual feminina que comumente as dificuldades sexuais resultam da combinação de diversos elementos. Todos os factores previamente mencionados podem influenciar a função sexual feminina e actuar como **factores precipitantes, predisponentes ou de manutenção** do problema sexual. Os factores predisponentes estão relacionados com as experiências precoces que influenciam as crenças face à sexualidade. Por exemplo, uma educação conservadora/restrictiva, ou a ocorrência de abuso sexual nalgum momento do desenvolvimento psicosexual também pode constituir um factor predisponente para um problema ou disfunção sexual na vida adulta⁽¹⁶⁾. Os factores precipitantes são os que desencadeiam o problema sexual. Geralmente, um acontecimento específico como o nascimento de uma criança ou uma doença. Os factores de manutenção são aqueles que contribuem para que o problema se mantenha ou se agrave. Podem incluir conflitos na relação, ansiedade, estimulação sexual inadequada ou insuficiente, medo da intimidade ou problemas de auto-imagem.

Idealmente, o processo de avaliação deve incluir o parceiro numa sessão conjunta, visto que o comportamento sexual ocorre entre duas pessoas, cada uma com o seu *background*, inibições e motivações absolutamente únicos.

A estrutura do processo de avaliação que aqui apresentamos, mostra a diversidade de factores determinantes da saúde sexual das mulheres. Assim, uma boa avaliação é fundamental para a definição da melhor estratégia de intervenção terapêutica.

4. TERAPIA SEXUAL

Em 1970, Masters e Johnson⁽¹⁷⁾ propõem um modelo de terapia sexual que permitiu a abordagem clínica das disfunções sexuais e abriu caminho a novos modelos para a compreensão da sexualidade humana. A terapia sexual de Masters e Johnson é breve e implica o envolvimento de ambos os membros do casal. O protocolo terapêutico é estruturado num conjunto de sessões com o casal para avaliação e prescrição de técnicas comportamentais que o casal realiza na intimidade. A análise do comportamento e das vivências do casal nestes exercícios permite aos terapeutas avaliar o tipo de interacção do casal, sugerindo as modificações comportamentais necessárias com vista à satisfação sexual do casal. É pois, basicamente, uma terapia comportamental e de comunicação em que, progressivamente, se vai reduzindo a ansiedade e as inibições da actividade sexual, de forma a permitir-se uma vivência erótica satisfatória^(6, 18-20). Nos dez anos seguintes, o protocolo terapêutico de Masters e Johnson é modificado e enriquecido de forma a tornar-se mais flexível e eficiente⁽²¹⁻²²⁾.

A intervenção terapêutica nas disfunções sexuais femininas é principalmente psicológica. Actualmente a intervenção é mais holística no sentido de integrar a terapia sexual num contexto psicoterapêutico mais alargado, em que se podem trabalhar outros aspectos para além dos estritamente sexuais. Considerando o carácter multifactorial da resposta sexual feminina, não podemos simplesmente identificar o sintoma e fazer uma intervenção isolada e alheada da pessoa e dos seus contextos (psicológico, social, cultural, relacional). Por vezes há indicações para uma psicoterapia individual. Quadros de instabilidade do humor, perturbação da imagem corporal, ou história de abuso sexual podem constituir indicação para um trabalho psicoterapêutico individual, prévio à terapia sexual.

Poderá ainda ser necessário um encaminhamento para terapia de casal. Muitas técnicas terapêuticas não são específicas para determinada disfunção, outras sim. A intervenção terapêutica consiste na combinação mais adequada das técnicas para cada caso.

Na disfunção do interesse/excitação sexual, com frequência a intervenção é no sentido de explorar inibições, desmistificar e derrubar crenças disfuncionais perpetuadas ao longo da vida, resultantes de uma socialização mais repressiva que impede a vivência livre do prazer sexual⁽²³⁾. A reestruturação cognitiva permite questionar e modificar atitudes negativas⁽²⁴⁾. Por vezes é necessária a intervenção nalgumas dinâmicas da relação, nomeadamente para promover a comunicação sexual, no sentido da mulher dar a conhecer ao outro os estímulos para ela mais adequados e preferidos.

Podem ainda ser interessantes os exercícios de auto-estimulação, com o objectivo de exploração e descoberta do corpo e do prazer num contexto individual.

Na disfunção do orgasmo as técnicas auto-eróticas têm-se revelado particularmente úteis⁽²⁵⁻²⁶⁾. Com a prática da masturbação pretende-se que a mulher conheça a estimulação que necessita para aumentar a excitação sexual necessária para atingir o orgasmo. Alguns estudos mostram uma relação positiva entre a masturbação e capacidade orgástica no coito⁽²⁷⁾. Kaplan⁽²⁸⁾ sugere a “manobra da ponte” para maximizar a estimulação do clítoris durante o coito, através de uma postura que favorece o contacto directo da base do pénis com o clítoris. Os exercícios musculares, vulgarmente conhecidos como exercícios de Kegel, de fácil execução, também se têm mostrado muito úteis na melhoria da consistência orgástica feminina⁽²⁹⁻³⁹⁾. Muitas mulheres referem o medo da entrega e o medo “de perder o controlo” o que as faz bloquear exactamente no momento em que a experiência do orgasmo exige essa perda de controlo. Nestes casos, a mulher poderá beneficiar de psicoterapia individual.

Não raras vezes é absolutamente necessária uma intervenção no sentido de melhorar a

capacidade de concentração nos estímulos sexuais. Técnicas de focagem da atenção são particularmente úteis. A técnica de mindfulness tem sido usada com sucesso com o objectivo de melhorar a capacidade de focagem nos estímulos sexuais e aumentar a excitação sexual(31-37).

Uma intervenção psico-educacional com o objectivo de facilitar informação específica sobre a resposta sexual feminina, é com frequência muito útil.

A intervenção na disfunção da dor génito-pélvica/penetração é ainda um desafio terapêutico, e recomenda-se um enfoque multidisciplinar. É fundamental analisar a experiência da dor (tipo de dor, quando e como). A abordagem terapêutica inclui informação sobre os aspectos biopsicosociais da dor, reestruturação cognitiva, modificação do estilo de coping, técnicas de relaxamento, exercícios de Kegel e utilização de dilatadores, para dessensibilização progressiva com o objectivo de esbater a dor ou o reflexo espasmódico condicionado⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Apresentamos aqui um sistema de classificação das disfunções sexuais (DSM-5, 2013) que nos guia no diagnóstico dos problemas. Contudo, as disfunções sexuais femininas constituem um espectro diversificado de dificuldades que exige uma abordagem holística na avaliação e intervenção. Pensar a etiologia e a intervenção nas diversas perspectivas - biológica, psicológica, social, cultural - desafia o nosso nível de complexidade e sofisticação e revela a necessidade de sermos conhecedores de muitas disciplinas e abordagens terapêuticas⁴¹.

Assim, o tratamento das disfunções sexuais femininas implica muitas vezes a colaboração de várias ciências num trabalho multidisciplinar entre vários especialistas.

BIBLIOGRAFIA

1. Carvalheira, A. & Gomes, F. (2009). A disfunção sexual na mulher. In C. Oliveira (Coord), Manual de Ginecologia, Vol.I (p.119-134), Permanyer Portugal, Lisboa.
2. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 5th ed., DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3. Basson R, Berman J, Burnett A et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. J Urol 2000;163:888-93.
4. Kaplan H. The new sex therapy. London: Baillière Tindall, 1974.
5. Gomes FA. Influência do duplo padrão de moral sexual na génese e plasticidade das disfunções sexuais. Psiquiatria Clínica 1982;3(1):23-6.
6. Gomes FA. Disfunção sexual feminina. In: Sociedade Portuguesa de Andrologia, eds. Andrologia Clínica. Porto, 2000:717-732.
7. Gomes FA, Fonseca L, Gomes AM. Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. Acta Portuguesa de Sexologia, 1997;2(1):17-20.
8. Pacheco J. As disfunções sexuais femininas: etiologia – determinantes psico-sociais. In: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS, eds. Sexologia em Portugal Vol I, Lisboa: Texto Editora, 1987:287-304.
9. Nobre P. Disfunções sexuais. Lisboa: Climepsi, 2006.
10. Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors to Sexual Dysfunction. Journal of Sex Research, 43, 68-75.
11. Nobre, P. J.; & Pinto-Gouveia (2008). Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. Journal of Sex and Marital Therapy. 34, 325-342.
12. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. Arch Sex Behav 2002;31(3):275-87.
13. Carvalheira, A., Brotto, L. & Maroco, J. (2011). Portuguese version of Cues for Sexual Desire Scale: The influence of relationship duration. Journal of Sexual Medicine, 8 (1):123-131.
14. Carvalheira, A., Brotto, L. & Leal, I. (2010). Women's motivations for sex: Exploring the DSM-IV-TR criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. Journal of Sexual Medicine, 7 (4):1454-1463.
15. Karen, Sims. & Meane, Marta. (2010) Why did passion wane? A qualitative study of Married Women's Attributions for declines in Sexual desire. Journal of Sex & Marital Therapy 36:4, 360-380
16. Gomes FA, Coelho T. A sexualidade traída: abuso sexual infantil e pedofilia. Porto: Âmbra, 2003.
17. Masters WH, Johnson VE. The human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co, 1970.
18. Gomes FA. A terapia de casal. Psiquiatria Clínica 1987;8(3):163-168.
19. Gomes FA. Os problemas sexuais na prática clínica (IV). Psiquiatria Clínica 1981;2(2):133-142.
20. Gomes FA, Mendes MF. Terapêutica sexual (apresentação de um quadro clínico em que foi utilizado o protocolo Masters & Johnson). Bol Soc Port Ginecol 1977;2(2):115-20
21. Gomes FA. Os problemas sexuais na prática clínica (II). Psiquiatria Clínica 1980;1(4):277-82.
22. Gomes FA. Terapêutica da disfunção sexual. Bol Soc Port Ginecol 1977;2(1):68-72.
23. Fonseca L, Figueiredo M, Nobre P. As terapias sexuais: novos desenvolvimentos das abordagens psicológicas. In: Fonseca L, Soares C, Vaz JM, coord. A sexologia: perspectiva multidisciplinar I, Coimbra: Quarteto, 2003:291-358.
24. Carvalheira AA. Intervención terapêutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexual. Rev Int Androl 2007;5(1):88-91.
25. Kaplan H. The new sex therapy. London: Baillière Tindall, 1974.
26. LoPiccolo J, Lobitz WC. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. Arch Sex Behav 1972;2(2):163-171.

27. Carvalheira, A. & Leal, I. (2013). Masturbation Among Women: Associated Factors and Sexual Response in a Portuguese Community Sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(4): 347-367.
28. Kaplan H. Manual ilustrado de terapia sexual. *Sexo & Não Só*, Lisboa, 1979b.
29. Trudel G, Saint-Laurent S. A comparison between the effects of Kegel's exercise and a combination of sexual awareness relaxation and breathing on situational orgasmic dysfunction in women. *J Sex Marital Ther* 1983;9(3):204-9.
30. Roughan PA, Kunst L. Do pelvic floor exercises really improve orgasmic potential?. *J Sex Marital Ther* 1981;7(3):223-229.
31. Carvalheira, A. & Vilarinho, S. Mindfulness for sexual problems. In, *ESSM Syllabus of Sexual Medicine for psychologists*. First Edition, edited by Hartmut Porst, Yacov Reisman, Evie Kirana and Francesca Tripodi.
32. Brotto L, Heiman J. Mindfulness in sex therapy: applications for women with sexual difficulties following gynaecologic cancer. *Sex Relation Ther* 2007;22(1):3-11.
33. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology-2012*; 125(2): 320-5.
34. Brotto LA, Krychman M, Jacobson P. Eastern approaches for enhancing women's sexuality: Mindfulness, acupuncture and yoga (CME). *Journal of Sexuality & Medicine-2008*; 5(12): 2741-2748.
35. Brotto LA, Heiman JR. Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual and Relationship Therapy-2007*; 22(1): 3-11.
36. Brotto LA, Seal BN, Rellini A. Pilot Study of a Brief Cognitive Behavioral Versus Mindfulness-Based Intervention for Women With Sexual Distress and a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy-2012*; 38(1): 1-27.
37. Brotto LA, Basson R, Carlson M, Zhu C. Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): a qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy-2013*; 28(1-2): 3-19.
38. Araújo I, Gomes FA, Mendes MF. Vaginismo: abordagem terapêutica. *Gin Med Rep*,5(4):219-23.
39. Soares C, Araújo MI. As disfunções sexuais femininas: como lidar com uma disfunção sexual feminina. In: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS, eds. *Sexologia em Portugal Vol I*, Lisboa: Texto Editora, 1987: 311-30.
40. Santos G. Vaginismo e dispareunia. In: Fonseca L, Soares C, Vaz JM, coord. *A sexologia: perspectiva multidisciplinar I*, Coimbra: Quarteto, 2003:95-09.
41. Weeks G. The emergence of a new paradigm in sex therapy: integration. *Sex Relationship Therapy* 2005;20(1):89-103.

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS - VISÃO DA ENFERMAGEM

Estela Lourenço

Enfermeira

Consultas Externas

C.H.L.C. - Hospital S. José

A Caixa de Pandora

Ainda hoje a sexualidade feminina é considerada uma Caixa de Pandora e no geral ainda é um tabu, sendo a sexualidade feminina a mais controversa. Culturalmente pode-se relacionar às reminiscências do conceito cristão de ser algo vergonhoso, ou pode-se imiscuir com o sistema social de patriarcado.¹

Na verdade, tanto a sexualidade como o papel da mulher foram sofrendo alterações ao longo da história. Como tal, o caminho sobre a temática foi sendo pautado pelas diferenças históricas, pela cultura e pela sociedade.

Os movimentos feministas do Séc. XX, o surgimento da pílula nos anos 60, o conceito do “amor livre” nos anos 70 e na década de 80 o confronto com o VIH/SIDA são alguns dos exemplos culturais/sociais que transformaram este paradigma. E não podemos esquecer a metamorfose que os avanços científicos proporcionaram. Darwin, Freud, e Kinsey foram essenciais para o que hoje conhecemos sobre o tema. Masters & Johnson foram fundamentais no início da terapia sexual e Kaplan ainda hoje tem o seu vigor, pois o seu “Modelo trifásico de resposta Sexual” é fonte de referência para o DSM-IV-TR na caracterização das disfunções sexuais.²

Para desenvolver o cuidado de enfermagem na área da sexualidade é essencial que o enfermeiro domine o tema, conheça a fundo o Ciclo de Resposta Sexual Humana e consiga compreender o outro no seu contexto familiar, social, cultural, moral e ético.³

É sobretudo importante sublinhar que ao enfermeiro não compete tratar a disfunção sexual, a ênfase do cuidado de enfermagem deve ser a promoção da saúde sexual e a compreensão e encaminhamento precoce de uma possível disfunção. O modelo PLISSIT pode ser um elemento orientador na prática de enfermagem.

Identificação do problema sexual:

Inicialmente é indispensável garantir a confidencialidade e proporcionar um espaço privado ao utente. É ainda imprescindível facilitar uma relação de confiança, esclarecendo no início da consulta que se irão colocar questões que por vezes são difíceis de responder.

Posteriormente, a obtenção de dados pessoais é a pedra basilar na compreensão de alguns problemas sexuais. Questões como doenças, medicação habitual, idade da menopausa, menarca, idade da primeira relação sexual, como foi/com quem foi, nº de parceiros, quais os sentimentos em relação ao sexo e ao seu próprio auto-conceito, compreender como é a relação actual e compreender se a mulher quer que o parceiro compareça no acompanhamento, são elementos que devem constar numa colheita de dados. É ainda importante explorar quais os conhecimentos que a mulher detém sobre anatomia e fisiologia sexual.³

Proceder à observação da genitália ou encaminhar para a consulta de ginecologia pode ser importante para identificar possíveis infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e/ou outras doenças de natureza ginecológica.

É fundamental incentivar as mulheres a falar abertamente com a equipa de saúde pois a maior parte das situações não são disfunções sexuais, mas sim problemas sexuais, resultantes de um desconhecimento do ciclo de resposta sexual e da sintonia entre os parceiros sexuais.

PROBLEMA	FACTORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Desejo sexual hipoactivo	<ul style="list-style-type: none"> • Factores hormonais • Medicação • Factores sociais/emocionais [crenças, experiências negativas, medo da dor...] • Outras patologias 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar para avaliação médica • Sugerir ajustes terapêuticos • Compreender junto à mulher como estes elementos interferem no seu auto-conceito sexual e ajudá-la a resgatar o seu potencial sexual. • Fomentar o uso de literatura erótica • Incorporar o parceiro na consulta
Perturbação da excitação	<ul style="list-style-type: none"> • Factores hormonais • Medicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar o parceiro na exploração de zonas erógenas
Perturbação do orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> • Concepções erróneas do que é o orgasmo • Desconhecimento do funcionamento do corpo • Medicação • Outras patologias 	<ul style="list-style-type: none"> • Saber junto da mulher quais as reacções corporais que o orgasmo proporciona ou que julga proporcionar • Informar sobre o ciclo de resposta sexual • Incentivar à auto-erotização por forma a conhecer o seu corpo • Sugerir ajustes terapêuticos <p><i>Ex: em casos de incontinência urinária pode ocorrer perda de urina no momento do orgasmo e levar a uma restrição ao prazer. O medo de contrair uma IST pode inibir o momento do orgasmo.</i></p>
Dor	<ul style="list-style-type: none"> • No início da penetração (relacionado com ausência de lubrificação, falta de preliminares ou infecções) • Na penetração profunda • Se relacionado com a posição 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar lubrificante • Encaminhar para consulta de ginecologia • Avaliar com a mulher posições que causem mais desconforto.

BIBLIOGRAFIA

1. PACHECO, J. (1998). *O tempo e o sexo*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN:972-24-1033-4
2. NOBRE, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN:972-796-216-5
3. GARCIA, O. & Lisboa, L. (2012). Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária [on-line]. *Texto Contexto Enferm.*

X

PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS E SEXUALIDADE

PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

João Marcelino

Assistente Hospitalar de Urologia

Serviço Urologia

C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Introdução

O Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) define-se como uma saída ou herniação de um ou mais órgãos pélvicos (ex. útero, cúpula vaginal após hysterectomia, bexiga e recto) através das paredes da vagina. Ocorre quando as estruturas de suporte do pavimento pélvico (músculos, ligamentos e fâscias) ficam disfuncionais.

A prevalência estimada de qualquer tipo de POP em mulheres com filhos é de 33%. No entanto, é importante destacar que apenas 10% destes prolapsos são sintomáticos e requerem cura cirúrgica.

A Incontinência Urinária (I.U.) define-se como uma perda involuntária de urina, pelo meato uretral, com repercussão negativa na vida pessoal e social do doente. As causas dependem do tipo de I.U. A I.U. de esforço (IUE) resulta de um aumento da pressão intra-abdominal (como por exemplo a que é provocada pela tosse ou a que ocorre durante a actividade sexual), que implica um aumento brusco da pressão intravesical. Normalmente esta situação está associada a uma disfunção do pavimento pélvico ou a uma deficiência do esfíncter intrínseco (ISD) e traduz-se numa perda involuntária de urina. A I.U. por imperiosidade (IUI) é caracterizada pelo aumento da pressão intravesical que resulta da contracção do músculo da bexiga, o que causa uma sensação imperiosa e inadiável para urinar, seguido de incontinência urinária. Esta situação pode ser despoletada pelo simples contacto com a água ou durante a actividade sexual, particularmente durante o orgasmo.

A prevalência da I.U. estima-se em 5%. As mulheres múltiparas e após a menopausa são as mais afectadas.

As duas patologias estão frequentemente associadas e os factores de risco são comuns: a gravidez e os partos; o envelhecimento e a menopausa; a obesidade, a obstipação crónica, as doenças pulmonares crónicas obstrutivas (D.P.C.O.) e o trabalho relacionado com a elevação/transporte de objectos pesados; e por fim, algumas doenças hereditárias que determinam uma maior laxidão do tecido conjuntivo (ex. Síndrome de Marfan e de Ehlers-Danlos).

Impacto na Sexualidade

O P.O.P e a I.U. obviamente interferem com a vida sexual das mulheres. A prevalência da disfunção sexual feminina associada a POP é estimada entre 25% a 63%. 43% das mulheres que sofrem de problemas urinários referem que estes problemas influenciam a sua função sexual. O grau de impacto varia com o tipo de incontinência. 29% das mulheres com SUI queixam-se de disfunção sexual comparado com 71% daquelas com UUI. As formas mistas de incontinência têm um impacto superior na sexualidade.

As razões incluem não só problemas físicos mas também, e principalmente, psicológicos.

Os tratamentos utilizados melhoram muitos aspectos, devolvendo a sexualidade, mas podem ser também responsáveis por alguns distúrbios da função sexual.

1. Problemas psicológicos

- Menor auto-estima
- Sofrimento com auto-imagem, principalmente nos grandes prolapso
- Isolamento e depressão
- Desejo sexual Hipo activo
- Perturbações do orgasmo
- Diminuição da procura do parceiro
- Redução da espontaneidade e o receio do odor e das perdas de urina durante a penetração/orgasmo.

2. Problemas físicos

- Envelhecimento e menopausa
- Impossibilidade de penetração no caso do grande POP
- Dor e desconforto pela dermatite de contato provocado pela urina e pensos para IU
- Dispareunia por vezes associada as cirurgias prévias de correcção de POP e IU.
- Incontinência urinária durante o coito (CUI)

As perdas involuntárias de urina podem acontecer durante a penetração, na altura do orgasmo, ou em ambos os casos. No geral, a prevalência estimada da IU durante o coito é de 24 a 34%.

A CUI durante a penetração está mais associada a I.U.E, em especial se houver ISD. Na penetração há uma mudança da posição do colo vesical, provocando vulnerabilidade no mecanismo da continência. Este fato associado ao aumento da pressão intra-abdominal e a falência do pavimento pélvico ou ISD, determina a I.U.E.

Já a I.U. que só acontece durante o orgasmo está mais associada a I.U.I. Nas mulheres com bexiga hiperactiva, nas quais existe uma maior sensibilidade vesical, o orgasmo parece desencadear contracções não inibidas do detrusor (musculo da bexiga), com a consequente perda involuntária de urina.

3. Tratamentos cirúrgicos

O tratamento do P.O.P. sintomático, com interferência negativa na actividade sexual, é cirúrgico. O tratamento cirúrgico mais apropriado depende de vários factores, nomeadamente: a idade da doente, a localização e o grau do prolapso, a história de cirurgia prévia, as comorbilidades médicas associadas, a experiência do cirurgião e a preferência da doente. As opções habituais para a cirurgia pélvica reconstrutiva cujo objectivo é restaurar a posição natural dos órgãos pélvicos, preservando a função sexual, incluem: a *abordagem vaginal (clássica ou com prótese)* e a *abordagem abdominal* (aberta, laparoscópica ou robótica). Existe ainda a opção de encerramento do canal vaginal, designado por *colpocleisis* para mulheres muito idosas com grandes prolapso e sem vida sexual activa.

A *cirurgia protésica* do grande prolapso, quer efectuada por via vaginal quer realizada por via abdominal (habitualmente laparoscópica), pode provocar disfunções sexuais. As próteses colocadas (redes sintéticas de polipropileno) substituem as fâscias incompetentes que suportam a bexiga e o recto, e suspendem o útero ou a cúpula vaginal, com o objectivo de dar uma maior eficácia e longevidade à cirurgia. Os riscos da sua utilização são a infecção, a extrusão e a dispareunia. A diminuição destes riscos é cumprida pela experiência do cirurgião e o rigor

da técnica cirúrgica, com a colocação das próteses afastadas da superfície da mucosa vaginal, sem tensão no contato com o órgão pélvico a suportar, e a ocupar, bem aberta, todo o espaço ocupado antes pela fâscia doente.

Os Tratamentos da I.U. Dependem do seu Tipo

O tratamento da I.U.I. é, na sua grande maioria, médico e não corre qualquer risco de iatrogenia de foro sexual. Engloba a informação e o aconselhamento para a alteração de hábitos de vida e a prescrição de medicamentos, como os tradicionais anticolinérgicos e mais recentemente o *mirabegron*. Só na ausência de resposta, ou em caso de contra-indicação ou intolerância destas terapêuticas, se dá a indicação cirúrgica com a aplicação de *Toxina Botulínica tipo A* nas paredes da bexiga ou a *neuromodulação* das raízes sagradas, igualmente sem qualquer potencial iatrogénico na actividade sexual.

Contrariamente ao anterior, o tratamento da I.U.E. moderada a grave é, habitualmente, cirúrgico utilizando técnicas minimamente invasivas e muito eficazes como o *TOT/TVT-O* ou *Mini-Slings*. A cirurgia é efectuada por via vaginal e consiste na colocação de uma prótese (fita sintética de polipropileno) sub-uretral para suporte do terço médio da uretra. A morbilidade é muito baixa com riscos de infecção, extrusão e dispareunia quase desprezíveis. Também aqui é necessária uma correta técnica cirúrgica com a prótese colocada afastada da mucosa vaginal, sem tensão na uretra e a respeitar a anatomia da vagina (ângulos laterais), para evitar riscos de dispareunia.

BIBLIOGRAFIA

1. Hextall A, Cardoso L. Problems associated with sexual activity. Textbook of Female Urology and Urogynaecology. Martin Dunitz. 2001; 959-968.
2. Cosson M. et all. Safety of Transvaginal Mesh Procedure: Retrospective Study of 684 patients. J. Obstet Gynaecol Res 2008.,34(4): 49-56.
3. Cosson M. et all. Complications of Vaginal Supportive Implants for Prolapse Surgery. New Complications, New Symptomatology, Prevention and Treatment. Pelviperineology 2009, 28: 10-13.
4. Castillo P., Davila W. Sexual Function After Mesh Repairs. New Techniques in Genital Prolapse Surgery. Springer. 2011. 265-271.
5. Schimpf MO, Harvie HS, Omotosho TB, Epestein LB, Jean-Michel M, Olivera CK et al. Does vaginal size impact sexual activity and function? International urogynecology Journal.21(4):447-452.
6. Shaw C. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. European urology-2002;42(5): 432-440.

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

C.H.L.C. - Hospital S. José

Definição

A mutilação genital feminina (MGF) (também chamada “corte dos genitais femininos”, “mutilação genital feminina/corte”, “excisão genital feminina”, “circuncisão feminina”) refere-se a todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos. O termo “mutilação” estabelece uma distinção linguística clara da circuncisão masculina e enfatiza a gravidade e o dano causado pelo acto. Esta expressão ganhou força no final da década de 1970 e é aconselhada pela OMS desde 1990.

Classificação

Houve várias tentativas de hierarquização dos danos resultantes da MGF. Uma classificação formalmente reconhecida é útil para: investigação, estudos epidemiológicos, avaliação médica e questões legais. Uma tipologia comum assegura a possibilidade de comparação de dados. A colheita de dados baseada em inquéritos e a observação clínica podem ser limitadas levando a discrepâncias. A primeira tentativa de classificação remonta a 1847, por Daniell. Worsley, em 1930 classificou a MGF em: a)- incisão b)- circuncisão e c)- infibulação. Shandall que em 1967 agrupou em: a)- circuncisão propriamente dita b)- excisão c)- infibulação (“circuncisão faraónica”) e d)- introcissão. A classificação actualmente adoptada, foi proposta em 2007 pela OMS e aprovada por todos organismos das Nações Unidas, nomeadamente a UNICEF e a UNFPA, e divide a MGF em 4 categorias:

- *Tipo I:* remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio (“clitoridectomia”)
- *Tipo Ia:* Remoção apenas do prepúcio
- *Tipo Ib:* remoção do clítoris com prepúcio
- *Tipo II:* Remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (“excisão”)
- *Tipo IIa:* remoção só dos pequenos lábios
- *Tipo IIb:* remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios
- *Tipo IIc:* remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos e grandes lábios
- *Tipo III:* estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (“Infibulação”). A “reinfibulação” está incluída nesta definição e consiste numa intervenção que procura refazer uma infibulação, geralmente após o parto em que foi necessária a desinfibulação.
- *Tipo IIIa:* remoção e aposição de pequenos lábios
- *Tipo IIIb:* remoção e aposição dos grandes lábios
- *Tipo IV:* Todas as outras intervenções nefastas sobre os genitais femininos não classificadas atrás, como: punção/picar, perfuração, incisão/corte, estiramento/alongamento, escarificação e cauterização.

O *Tipo IV* tem levantado algumas questões que permanecem por responder. Ele inclui práticas diversas e heterogêneas, com explicações etiopatogénicas variadas. Certos investigadores são da opinião de que o acto de *punção/picar* deveria ser retirado da classificação, uma vez que é difícil comprovar se não existirem alterações anatómicas e porque é considerada significativamente menos nociva que as outras formas. O *estiramento/alongamento* do clítoris e/ou dos pequenos lábios é prática em certas comunidades matriarcais da África Austral e por meninas instruídas, utilizando óleos e ervas, com o pressuposto de que os lábios alongados são formas de contenção/protecção para a vagina e de intensificar o prazer sexual tanto feminino como masculino. A cauterização é definida como a destruição de tecido por queimadura com ferro quente. Acredita-se que se trata de remédio para hemorragias, úlceras, feridas e de medida de “contra-inflamação”, ou seja para causar dor ou irritação numa parte do corpo para aliviar uma inflamação ou dor noutra parte. A prática de Corte/incisão, na sua forma original, era conhecida como “*cortes gishiri*” e “*cortes angurya*”. Os primeiros são rituais tradicionais ligados ao parto, excluindo as meninas, daí serem diferentes das outras formas de MGF. Os cortes são geralmente feitos no interior da vagina em casos de partos difíceis. Os *cortes angurya* são uma forma de cirurgia tradicional ou de raspagem, para remover o hímen e outros tecidos envolventes do intróito vaginal. A introdução de substâncias nocivas na vagina é geralmente auto-administrada por mulheres adultas, com o objectivo de limpar e purificar a vagina antes ou depois das relações sexuais, para estreitar, tonificar e fortalecer a vagina, de modo a aumentar o prazer da mulher e do parceiro. Só é classificada como forma de MGF quando se associa a risco de saúde e pressão social.

Epidemiologia

A MGF é quase sempre realizada em meninas com idades inferiores a 15 anos. Mulheres adultas e casadas também são sujeitas. A idade varia de acordo com as tradições, grupo étnico e circunstâncias locais (recém-nascido, infância, adolescência, na altura do casamento ou durante a primeira gravidez).

A taxa de prevalência é variável e tem como factor determinante o enquadramento étnico. Os primeiros estudos credíveis são posteriores aos anos cinquenta. O primeiro artigo epidemiológico foi publicado em 1978 por *Hosken*. A OMS estima que, em todo o mundo, entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres tenham sido sujeitas a um dos 3 primeiros tipos de MGF. Estimativas mais recentes indicam que, em África, 91.5 milhões de meninas e mulheres com mais de 9 anos, sofrem actualmente as consequências. Calcula-se que 3 milhões de meninas estejam expostas a este risco, por ano, em África. 90% dos casos de MGF são dos tipos I, II e IV e 10% são do tipo III. Estes actos predominam nas regiões do Oeste, Este e Nordeste de África, em alguns países na Ásia e Médio Oriente e entre certas comunidades emigrantes na América do Norte e Europa. Portugal e o resto da Europa são actualmente países de risco, com a prática a instalar-se lentamente, devido aos fluxos migratórios.

Foram registados casos de MGF em 28 países africanos, sendo sete com taxas de prevalência acima de 85%, quatro entre 60 e 85%, sete entre 30 e 40% e os restantes países entre 0.6 e 28.2%. O único país dos PALOP referido neste estudo, é a Guiné-Bissau com uma taxa de prevalência estimada em 44.5%. (*Yoder e Khan, 2007*).

A MGF é feita geralmente pelas mulheres tradicionais, as “*fanatecas*”, “*village barbers*” de alto estatuto na comunidade e pelas “*traditional birth attendant*”, em ambientes impróprios e com instrumentos diversos não esterilizados (pedaços de vidro, canivetes, lâminas de barbear, tesouras ou navalhas, etc.) e sem cuidados mínimos de assepsia e anestesia.

Em certos países é praticada por profissionais de saúde em Instituições públicas ou privadas (“*MGF medicamente assistida*”) (*UNICEF, 2005*). Estudos revelam que, em alguns países, um ter-

ço ou mais das mulheres submetem as suas filhas a actos conduzidos por profissionais de saúde qualificados. A reinfibulação está documentada em alguns países como procedimento de rotina após o parto. Há relatos de que este mesmo acto é praticado ocasionalmente onde é proibido por lei, em grupos imigrados na Europa e América do Norte. A MGF medicamente assistida é defendida por certos profissionais de saúde, ONG’s e representantes governamentais, com o argumento de que pode reduzir os danos e levar ao abandono da prática, com o risco de poder legitimar e institucionalizar o acto. Diversos factores podem estar por trás desta motivação, tais como ganhos financeiros, pressão e sentido de dever para com a vontade da comunidade.

Os profissionais de saúde que procedam a MGF violam o direito das mulheres e das meninas à vida, à integridade física e psíquica e à saúde, assim como o princípio fundamental da ética médica de “*primum non nocere*” e a Declaração de Helsínquia que é de salvaguarda da saúde da população. As autoridades reguladoras da actividade médica e associações profissionais juntaram-se às Nações Unidas na condenação deste acto. A FIGO (*International Federation of Gynaecology and Obstetrics*) aprovou em 1994, uma resolução na sua Assembleia Geral que condena esta prática e recomenda o seu combate.

A MGF é uma manifestação de desigualdade de género que está profundamente enraizada em estruturas de ordem social, económica e política, representando uma forma de controlo social sobre a mulher, assim como o são as práticas do dote, do casamento de crianças e do enfaixamento do pé na China (*UNICEF, 2005*). Muitos factores e pressupostos concorrem para a sua persistência (*UNICEF, 2005; Dellenborg, 2004; Johnson, 2007; Talle, 2007; Gruenbaum, 2006; OMS e UNFPA, 2006*): convenção social acompanhada de recompensas e punições; ganhos sociais são superiores aos danos; forma de educação feminina e de preparação para a idade adulta e o casamento; rituais de passagem para a vida adulta; medo de estigmatização e rejeição pela comunidade; forma de identidade cultural e de integração na comunidade; factor de conquista do homem; competência casadoira; salvaguarda da virgindade; repressão do desejo sexual garantindo fidelidade conjugal e prevenindo comportamentos sexuais desviantes e imorais; manutenção da “pureza e a beleza”; eliminação da masculinidade com a eliminação de partes “masculinas” do corpo como o clítoris; aumento do prazer sexual masculino; crenças religiosas (recorde-se que nenhum dos textos sagrados prescreve a MGF; ela precede o cristianismo e o islamismo); influência de processos de deslocamento e migração e de cruzamento de famílias;

Implicações Médico-Legais

A MGF é uma prática nefasta que viola uma série de princípios, normas e padrões de direitos humanos- civis, culturais, económicos, políticos e sociais das meninas e mulheres, bem estabelecidos, que incluem os princípios da igualdade de género, do direito a vida, de estar livre de tortura, punição ou tratamento cruel, desumano ou degradante. É uma discriminação com base no sexo porque se fundamenta em desigualdades de género e desequilíbrios de poder entre homens e mulheres e inibe as mulheres de exercício completo e igual usufruto dos direitos humanos. É uma forma de violência sobre meninas e mulheres, com consequências físicas e psicológicas. Há uma privação do consentimento livre e informado sobre uma intervenção que tem efeito prolongado nos seus corpos e que afecta a autonomia e o autocontrolo. Interfere com alguns aspectos da Constituição, dos Códigos Penal, Civil e de Família.

Complicações Médicas

A MGF está associada a múltiplos riscos e complicações para a saúde física e psicológica. O próprio acto é traumático, uma vez que existe coacção física (p. ex., após a infibulação as

pernas são atadas durante vários dias ou semanas) . As complicações médicas imediatas são documentadas apenas quando há recurso a meios hospitalares mas a verdadeira extensão é desconhecida.

De um modo geral a morbidade aumenta com a severidade dos actos. A maior parte das complicações reportadas nos vários estudos refere-se geralmente a MGF dos tipos I, II e III, uma vez que os dados referentes ao tipo IV são limitados.

1. Complicações imediatas

- Hemorragia
- Dor intensa (surge em quase todos os casos; raramente são usadas anestésias)
- Choque hipovolémico ou séptico
- Choque psicológico (“experiência traumática”)
- Lesão de órgãos vizinhos (uretra, períneo e recto, com ocorrência de fístulas)
- Retenção urinária aguda e obstipação (por dor e edema)
- Infecções (tétano, gangrena, VIH etc.)
- Morte (pode resultar de choque hemorrágico, neurogénico ou séptico)

2. Complicações tardias

- Repetição do acto
- Aderências dos tecidos (“pseudoinfibulação”), quelóides, neurinomas, abscessos
- Dor crónica
- Infecções (herpes, SIDA e outras IST's)
- Alterações urológicas (Incontinência urinária, infecções urinárias recorrentes, fístulas vesicovaginais, aperto da uretra e cálculos vesicais)
- Complicações psicológicas (ansiedade, depressão, agressividade, ambivalência de sentimentos, sentimento de impotência, perda de auto-estima e de auto-imagem, síndrome de stress pós-traumático);
- Complicações sexuais e obstétricas

Impacto na Sexualidade

A remoção ou lesão dos genitais pode afectar seriamente a sexualidade nas suas várias vertentes. Assim podemos ter, na mulher:

- Desejo sexual hipoactivo (perda da auto-estima e auto-imagem etc.)
- Diminuição da excitação
- Anorgasmia (acontece em 80% no tipo III e 10% no tipo I- segundo *Shandall, 1967*)
- Dispareunia (por dor, cicatrizes e memórias traumáticas)
- Dismenorreia (por congestão pélvica)
- Hematocolpos
- Infecções sexualmente transmissíveis
- Infertilidade (por Doença pélvica inflamatória)
- Complicações obstétricas (aumento da incidência de cesariana, hemorragia pós-parto, recurso a episiotomia, rotura do períneo, fístulas vesicovaginais e vesicorrectais, aumento do sofrimento fetal e da mortalidade neonatal)

Efeitos sexuais no homem (parceiro)

- Sinal de virilidade e de masculinidade quando conseguem penetrar uma mulher infibulada
- Dor peniana

- Sofrimento moral com desinteresse sexual e impotência sexual situacional
- Problemas matrimoniais e adultério

Atitude Médica Perante MGF

- Oferecer uma abordagem respeitosa, sem juízo de valores, com informação clara sobre as eventuais consequências na saúde
- Aconselhar psicoterapia e aconselhamento sexual individual e de grupo
- Indicar cirurgia plástica e reconstrutiva se necessário
- Envolver parceiro, família e comunidade
- Clarificar a responsabilidade ética e legal do médico
- Tratar qualquer disfunção sexual

Conclusão

Não são conhecidos quaisquer vantagens da MGF para a saúde. Pelo contrário, é do conhecimento comum que prejudica das mais diversas formas as meninas e as mulheres, com realce para o impacto negativo na sexualidade. Constitui um exemplo claro de violação dos mais elementares direitos humanos e reflecte uma desigualdade de género profundamente enraizada e suportada por pressupostos de índole social e religioso. Apesar de alguns sucessos, a redução da taxa global da MGF tem sido lenta, à custa de trabalho preventivo árduo e de longa data levado a cabo por comunidades locais, governos e organizações nacionais e internacionais. A erradicação da mutilação genital feminina é imperativa e fundamental para a concretização de muitos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As soluções são morosas e difíceis. As acções e intervenções a tomar devem ser multisectoriais (tribunais, governo, parlamentares, profissionais de saúde, excisadoras, ONG's, igrejas, organismos internacionais, etc.) transfronteiriças, sustentadas e preferencialmente conduzidas pela comunidade, com medidas como mudança social positiva, educação enaltecadora das mulheres, diálogo público, intercultural e intergeracional, entre outras.

BIBLIOGRAFIA

1. Foldés P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*-2012; 379.
2. Abusharaf R, ed. (2007). *Female circumcision:multicultural perspectives*. Filadélfia, University of Pennsylvania Press
3. Almroth L, Almroth-Berggren V,Hassanein OM, Al Said SS, Hassan SS, Lithell UB (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science and Medicine*, 53:1455-1460.
4. Almroth L,Elmusharaf S, El Hadi N,Obeid A,El Sheikh MAA, Elfadil SM (2005b). Primary Infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*, 366:385-391.
5. Assembly of African Union (2003). Protocol to the African Charter on Human and people's Rights on the Rights of Women in Africa. Adopted by the 2nd Ordinary Session of the Union, Maputo, 11 July 2003
6. Behrendt A, Moritz S (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162:1000-1002.
7. Bergren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, Johansson E, Edberg AK (2004). A explorative study of Sudanese midwives motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery*, 20:299-311.
8. Christoffersen-Deb A (2005). Taming tradition: medicalized female genital practices in Western Kenya. *Medical Anthropology Quarterly*, 19:402-418.
9. Dellenborg L (2004). A reflection on the cultural meanings of the female circumcision: experiences from fieldwork in Casamance, southern Senegal. In: Arnfred, S, ed, *Re-thinking sexualities in Africa*. Uppsala. Nordic Africa Institute, 79-98.
10. Donor Working Group on Female Genital Mutilation/cutting (2007). *Toward a common framework for the abandonment of FGM/C*. Florence, UNICEF.
11. Gruenbaum E (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press.
12. Irin News (2007). Guinea-Bissau: Two thousand girls a year suffer genital mutilation. Available at: WWW.plusnews.org.
13. Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L (2006a) Reliability of self-reported from the female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal*, 333(7559):124.
14. Lock H (2006). *Female genital mutilation: treating the tears*. London Middlesex University Press.
15. Thabet SM, Thabet AS (2003). Defective sexuality and female circumcision: the cause and possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology research*, 29:12-19.
16. Toubia NF, Sharief EH (2003). Female genital mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82:251-261.
17. UNICEF (2005a). *Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report*. Nova Iorque, UNICEF.
18. UNFPA (2007c). *A holistic Approach to the abandonment of female genital mutilation/cutting*. Nova Iorque. UNFPA.
19. Yoder PS, Khan S (2007). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton, macro International Inc.
20. WHO (2000a). *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers*. Genebra. World Health Organization. WHO/FCH/WMH/00.5.
21. APF (2009). *Eliminação da Mutilação Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS.APF*.
22. Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Prost H (2013). *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical sexology*. EFS/ESSM.

HÍMEN IMPERFURADO

João Pedro Lopes

Interno de Formação Específica de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

Alexandra Henriques

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Ana Luísa Ribeirinho

Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Introdução

O lúmen da vagina está separado do seio urogenital pelo hímen – uma membrana de tecido conjuntivo que está ligada à parede vaginal. Em circunstâncias normais, esta membrana rompe ainda antes do nascimento devido à degeneração das células epiteliais que compõem a sua porção central. No entanto, uma fina membrana mucosa persiste adjacente ao intróito vaginal.

Existem alguns tipos de anomalias cuja causa é a degenerescência incompleta da porção central do hímen.

O hímen imperfurado é uma das patologias obstrutivas mais comuns do aparelho reprodutor feminino¹. No entanto apesar de haver diversas variantes no desenvolvimento do hímen, o bloqueio completo é raro (0,05% a 0,1% dos recém nascidos do sexo feminino).

Sintomas e Sinais

Hoje em dia já é possível o diagnóstico pré-natal de hímen imperfurado, ou pelo menos, a sua suspeita ecográfica. Nestes casos, na ecografia fetal é por vezes possível verificar a presença de uma massa retrovesical afunilada com fundo de saco na porção distal da vagina, correspondente a um *hidrocolpos*, resultante da acumulação de secreções na vagina fetal. Estas secreções são estimuladas pela produção materna de estradiol. Por vezes pode atingir dimensões capazes de provocar sintomas compressivos causando mesmo hidronefrose.

À nascença é possível verificar um abaulamento do intróito vaginal do recém-nascido, causado pelo *hidrocolpos*.

Caso o *hidrocolpos* seja reabsorvido espontaneamente na infância e seja subdiagnosticado ou não tratado, as crianças mantêm-se assintomáticas até à idade pubertária. Nesta altura, a adolescente apresenta-se com um quadro cíclico de dor pélvica associado a amenorreia primária. Estes sintomas são causados pela acumulação de sangue na vagina (*hematocolpos*) e no útero (*hematometra*). À observação pode ser visível uma coloração azulada do hímen (Figura 1), resultante desta acumulação de sangue.

Existem ainda outros sintomas que podem estar associados, como a presença de uma massa pélvica que pode resultar em retenção urinária pelo seu efeito compressivo.

Disfunção Sexual

A disfunção sexual manifesta-se desde o início da vida sexual. A actividade sexual é dolorosa,

desenvolvem um quadro de dispareunia inicial ou mesmo impossibilidade de iniciar a relação sexual. Este pode mesmo ser o primeiro sintoma da doença. Em casos extremos pode manifestar-se por um quadro de hemorragia, caso a artéria pudenda externa seja lacerada juntamente com o hímen durante a tentativa forçada de iniciar a relação sexual.

Exames Complementares de Diagnóstico

Idealmente o diagnóstico deveria ser feito no recém-nascido. O exame dos genitais deveria ser incorporado na prática clínica de modo a prevenir a morbidade associada ao hímen imperfurado.

Apesar do diagnóstico ser clínico, a ecografia tem um papel importante no diagnóstico diferencial nos casos duvidosos, para exclusão de outras anomalias congénitas mais complicadas como por exemplo o septo vaginal obstrutivo ou agenésia mulleriana (Síndrome Rokitansky).

A ecografia pode ser realizada por via abdominal ou transperineal e pode mostrar a presença de *hematocolpos*, *hematometra* ou mesmo *hematossalpinge* quando o diagnóstico é realizado após a menarca.



Figura 1: Hematometocolpos



Figura 2: Hímen imperfurado



Figura 3: Drenagem

Tratamento

O tratamento do hímen imperfurado é cirúrgico e passa pela realização de himenectomia. A decisão de intervir cirurgicamente depende dos sintomas.

Os recém-nascidos com mucocelo sintomático devem ser tratados nessa altura.

Nos casos assintomáticos as doentes devem ser tratadas após o início da puberdade uma vez que a estimulação estrogénica facilita o processo de cicatrização e regeneração da mucosa. Idealmente deve ser realizado de forma electiva antes de se tornar sintomático, e não em regime de urgência quando estas complicações surgem.

Nas adolescentes após a menarca que estão a aguardar o tratamento cirúrgico, a terapêutica médica com contraceptivos orais combinados de forma contínua é uma opção para evitar a acumulação de sangue e formação de um novo *hematometocolpos*.

A correção cirúrgica, realizada sob anestesia, tem como objectivo a excisão da membrana na sua totalidade para que se proceda a abertura do hímen sem lesão traumática e com o objectivo de manter o intróito patente. Na presença de mucocelo ou *hematocolpos*, o hímen deve ser seccionado mas não removido de imediato. Assim procede-se à aspiração e lavagem do conteúdo obstruído, restabelecendo-se a anatomia funcional antes de se iniciar a reconstrução². Importante lembrar que durante a cirurgia poderá haver o risco de lesão da artéria lateral do pudendo com risco hemorrágico.

A técnica preconizada consiste na incisão estrelada (preferencialmente às 2, 4, 8 e 10h) do hímen, sendo a restante membrana removida. O objectivo da intervenção cirúrgica é criar um orifício vaginal de tamanho normal que não volte a encerrar após a cicatrização.

Para tal, após a criação do orifício, a mucosa vaginal é suturada com um fio de reabsorção lenta, ao anel himenal. Se estiver presente um grande *hematometocolpos* (Figura 1) o cirurgião deve estar preparado para evacuar o fluxo de sangue (Figura 2) normalmente hemolisado, cor de chocolate, usando uma ou mais cânulas de aspiração.

No final da aspiração deve ser revista a incisão inicial na membrana himenal (Figura 3).

Alguns artigos recentes visam abordar algumas preocupações culturais relacionadas com a cirurgia clássica de himenectomia e a sua implicação na preservação da virgindade.

Basaran et al descreveram dois casos de hímen imperfurado tratados utilizando uma incisão vertical simples, com suturas oblíquas para evitar novo encerramento da membrana himenal.

Outra técnica, descrita como menos invasiva, é a realização de uma pequena incisão central, com a colocação de um cateter de Foley, que é então deixado durante duas semanas, acompanhado da aplicação de estrogénio tópico. No entanto, não foi descrita a perspectiva das doentes e a sua satisfação com este método. Esta técnica tem o risco de, ao ser criada uma pequena abertura com tecido himenal persistente, poder levar a estenose com formação de novo *hematocolpos* e/ou laceração no momento da primeira relação sexual, devido à rigidez dos tecidos após a cicatrização.

Este é uma abordagem controversa, no entanto, as visões culturais e decisões pessoais devem ser abordadas e consideradas na escolha do método de tratamento.

Prognóstico

O prognóstico e a evolução clínica em geral são bons, não estando descritos défices tanto em termos de função sexual como de fertilidade. Na grande maioria dos casos existe uma melhoria significativa no bem-estar global e na sexualidade após a correção cirúrgica do hímen imperfurado.

BIBLIOGRAFIA

1. Laufer M. Diagnosis and management of congenital anomalies of the vagina. www.uptodate.com acedido em 09/01/2014.
2. Dominguez C, Rock J, Horowitz I. Surgical Conditions of the Vagina and Urethra. Chapter 24 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th Edition. Rock J; Howard J. 2008 Lippincott Williams & Wilkins.
3. Posner J, Spandorfer P. Early detection of imperforate hymen prevents morbidity from delays in diagnosis. *Pediatrics*. 2005;115:1008-12.
4. Bhargava P, Dighe M. Prenatal US diagnosis of congenital imperforate hymen. *Pediatr Radiol*. 2009;39:1014-7.
5. Wheelless Jr C. (1997) Atlas de Cirurgia Pélvica. 3ª edição. Guanabara Koogan
6. Basaran M, Usal D, Aydemir C. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22:e61-4.
7. Acar A, Balci O, Karatayli R, et al. The treatment of 65 women with imperforate hymen by a central incision and application of Foley catheter. *BJOG*. 2007;114:1376-9.

URGÊNCIAS GINECOLÓGICAS

Gonçalo Rosa Rodrigues

Interno de Formação Específica de Obstetrícia-Ginecologia

C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

Rui Marques de Carvalho

Assistente Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia

C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Aborto

O aborto define-se segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como a perda de uma gravidez conhecida antes das 20 semanas de gestação, que resulta na expulsão ou extracção de um embrião ou feto com menos de 500g¹. A sua incidência é de 8 a 20%, sendo que 80% dos abortos ocorrem até às 12 semanas. O risco de ocorrer um aborto após as 15 semanas é muito baixo, estimando-se ser abaixo de 1%^{2,3}.

Os factores de risco que resultam em maior incidência de aborto dividem-se em: reprodutivos - aborto espontâneo prévio, maior número de gestações, prolongamento dos intervalos entre ovulação e implantação e do tempo de concepção; exposição a substâncias - tabaco, álcool, cocaína, anti-inflamatórios não esteróides, cafeína; e outros factores - baixo nível de ácido fólico, gravidez em mulheres nos extremos do peso para a sua altura, com índice de massa corporal abaixo de 18,5 e acima de 25kg/m², temperaturas corporais acima de 37,8°C e doença celíaca⁴.

Aproximadamente 50% dos abortos devem-se a anomalias cromossómicas. Outras causas podem advir de factores extrínsecos como as bandas amnióticas, da exposição a elementos teratogénicos como a diabetes materna mal controlada, drogas como a isotretinoína ou o mercúrio, ou a traumas como alguns procedimentos obstétricos invasivos (biópsia das vilosidades coriônicas e a amniocentese)^{5,6}.

O aborto espontâneo apresenta-se geralmente como hemorragia uterina e/ou dor pélvica. No entanto pode ser um diagnóstico feito num exame ecográfico de rotina numa mulher assintomática. Ao contrário do que se possa pensar, a hemorragia uterina não está presente na maioria destas mulheres. Num estudo prospectivo de 2010 que incluiu 4539 mulheres, estimou-se uma incidência de 12% de aborto em mulheres com hemorragia do 1º trimestre^{7,8}.

Quanto ao impacto psicológico que o aborto tem na mulher, há que ter em conta uma multiplicidade de factores como o meio social, religioso, cultural ou até legal, que varia consoante a sociedade em que se insere. Várias meta-análises realizadas por organizações profissionais como a Associação Americana de Psicologia ou o Centro Nacional de Colaboração para a Saúde Mental do Reino Unido, não encontraram evidência de aumento do risco de doença mental associada ao aborto. No entanto consideram que a resposta emocional da mulher depende do seu estado mental prévio, do suporte social, da atitude perante o término da gravidez e de uma idade precoce, e que a técnica de interrupção de gravidez, seja ela médica ou cirúrgica, não influencia o impacto psicológico.^{9,10} Desta forma parece-me clara uma abordagem mais cuidada às mulheres com patologia psiquiátrica prévia, através de referência a um profissional especializado.

Torção de Anexo

As massas anexiais (massa do ovário, da trompa de Falópio, ou do tecido conjuntivo envolvente) são um problema ginecológico comum, estimando-se em cerca de 5 a 10 por cento das mulheres.¹¹ Podem ser encontradas em todas as idades, desde a vida intrauterina até às idosas, e existe uma grande variedade de tipos de massas que podemos dividir em ováricas e extra-ováricas (tabela 1).

MASSA EXTRAOVÁRICA
Gravidez ectópica
Doença inflamatória pélvica com hidrossalpinge ou abscesso tubo-ovárico
Quisto do paraovário
Quisto de inclusão
Mioma uterino pediculado
Abscesso de divertículo
Abscesso ou tumor do apêndice vermiforme
Neoplasia da trompa de Falópio
Doença inflamatória ou maligna do intestino
Rim pélvico
MASSA OVÁRICA
Quisto fisiológico do ovário – simples ou hemorrágico
Endometrioma
Quisto teca-luteínico
Neoplasia do ovário
Metástase de carcinoma extra-ovárico

Tabela 1: Massas anexiais

A abordagem de uma massa anexial depende do tipo de massa, da urgência da apresentação, e do grau de suspeição de malignidade, sendo a exclusão desta a principal preocupação do clínico.^{12,13}

A torção do ovário refere-se à rotação completa ou parcial do ovário nos respectivos suportes ligamentares, muitas vezes resultando na insuficiência da sua perfusão sanguínea. É uma das urgências ginecológicas mais comuns e pode afectar as mulheres de todas as idades. Muitas vezes a trompa de Falópio torce juntamente com o ovário. Quando isso ocorre, designa-se por torção anexial (figura 1).



Figura 1: Imagem intra-operatória de torção anexial, com trompa e ovário incluídos.

A torção de quistos paratubários ou paraováricos também pode ocorrer, assim como a torção isolada da trompa de Falópio, apesar de ser menos comum.

O diagnóstico precoce é importante para preservar o ovário e a função das trompas e impedir a morbidade associada. No entanto, o diagnóstico pode ser difícil porque os sintomas são por vezes inespecíficos.

A apresentação típica de torção do ovário é a dor pélvica aguda, muitas vezes com náuseas e vômitos, numa mulher com uma massa anexial. A dor pode ser crónica, associada ou não a febre.

A ecografia pélvica é o exame de primeira linha em doentes com suspeita de torção do ovário.¹⁴

O diagnóstico definitivo de torção é realizado por visualização directa no momento da cirurgia.

A decisão de intervenção cirúrgica é feita com base na clínica, muitas vezes baseada na presença de dor pélvica aguda e uma massa anexial com características imagiológicas sugestivas de torção, após excluídas outras condições.

O diagnóstico diferencial da torção do ovário inclui gravidez ectópica, abscesso tubo-ovárico e apendicite, bem como outras condições associadas com dor pélvica aguda ou crónica.

Para a maioria das mulheres na pré-menopausa com torção, é recomendada destorção e conservação do ovário, em vez da sua excisão. A salpingooforectomia está indicada no caso de se verificar necrose, sendo também de considerar nas mulheres em pós-menopausa.^{15,16,17}

A recuperação da função sexual é feita de acordo com o tipo de intervenção. Caso a doente seja submetida a uma laparoscopia será mais rápida. Numa laparotomia a recuperação exige mais tempo.

Gravidez ectópica

A gravidez ectópica é o resultado de uma falha na fisiologia reprodutiva humana que permite a implantação do produto da concepção fora da cavidade endometrial, resultando na morte do embrião ou feto. Sem diagnóstico e tratamento, a gravidez ectópica pode-se tornar numa situação de risco de vida. A dor abdominal, amenorreia e hemorragia uterina são os sintomas clássicos da gravidez ectópica.¹⁸

Deve-se suspeitar de gravidez ectópica em todas as mulheres em idade reprodutiva com aqueles sintomas, especialmente nas que têm fatores de risco para uma gravidez extra-uterina (tabela 2). No entanto, mais de 50% das mulheres são assintomáticas antes da rotura e não têm um fator de risco identificável.¹⁹

GRAU DE RISCO	FACTORES DE RISCO
Gravidez ectópica	Gravidez ectópica prévia
	Cirurgia tubária prévia
	Patologia tubária
	Exposição inutero ao DES
	DIU in situ
Médio	Infertilidade
	Cervicite prévia
	História de doença inflamatória pélvica
	Múltiplos parceiros sexuais
Baixo	Fumadoras
	Cirurgia prévia abdominal ou pélvica
	Duche vaginal
	Início de actividade sexual < 18 anos

Tabela 2: Fatores de risco para uma gravidez extra-uterina incluídos.

Geralmente o diagnóstico é clínico, com base em ecografia e com o doseamento sanguíneo da hormona gonadotrófica coriônica humana (hCG). A confirmação do diagnóstico por visualização cirúrgica ou por exame histopatológico não é necessária. No entanto, na ausência de achados cirúrgicos, ultrassonográficos, ou histopatológicos definitivos, pode não ser possível distinguir um aborto de uma gravidez ectópica.

A avaliação de uma mulher com suspeita de gestação ectópica começa com um exame ecográfico transvaginal e laboratorial de hCG. Em ecografia transvaginal o diagnóstico é feito se um verdadeiro saco gestacional, uma vesícula vitelina, um embrião, ou atividade cardíaca embrionária for demonstrável fora do útero (figura 2).



Figura 2: Imagem ultrassonográfica de uma gravidez ectópica tubária, visualizando-se um embrião com 6 semanas e 6 dias de gestação.

Estaremos assim quase certamente perante uma gravidez extra-uterina quando a concentração de hCG for maior do que 1500 UI / L (limite da zona discriminatória) e o exame ecográfico transvaginal revelar uma massa anexial complexa e nenhuma gravidez intra-uterina.

A concentração de hCG no soro menor do que 1500 UI/L, com um exame ecográfico negativo implica a repetição de ambos os testes até ser feito o diagnóstico.

São tipos raros de gravidez ectópica a heterotópica, cervical, na cicatriz de histerotomia, ovárica, intersticial, e gravidez abdominal.

Se não for tratada, uma gravidez ectópica pode evoluir para um aborto tubário, por exemplo, ou rotura tubária com hemoperitoneu, ou pode ainda regredir espontaneamente (figura 3).



Figura 1: Imagem intra-cirúrgica de uma gravidez ectópica tubária, em que se visualiza o saco gestacional em rotura, com hemoperitoneu e um consequente abdómen agudo.

Quanto ao tratamento, cerca de 35% das mulheres com gravidez ectópica são elegíveis para terapêutica médica. Nestas mulheres, o tratamento com metotrexato (MTX) é tão eficaz quanto salpingostomia laparoscópica, e resulta em taxas de sucesso semelhantes para permeabilidade tubária e futura gravidez intra-uterina. Uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados de terapêutica com MTX comparativamente com a salpingostomia laparoscópica concluiu que a terapia intramuscular com MTX em dose única ou múltipla e a salpingostomia apresentaram taxas de sucesso de tratamento semelhantes, variando 82-95% para o MTX contra 80-92% para a salpingostomia^{20,21,22}.

A recuperação física e psicológica após o tratamento foi melhor nas pacientes tratadas com MTX em dose única comparativamente com as submetidas a salpingostomia laparoscópica. O tempo necessário para a concentração de hCG atingir níveis indetectáveis é menor após a cirurgia laparoscópica, reduzindo assim o período de monitorização pós-tratamento.

Traumatismos Genitais

Qualquer criança do sexo feminino, adolescente ou adulta com queixa de dor, hemorragia ou inchaço vaginal, deve ser submetida a um exame cuidadoso para procurar sinais de traumatismo ou laceração vulvar e vaginal. Também deve ser tido em conta que as pacientes com traumatismo vulvar ou vaginal, por vezes, se apresentam com dor abdominal ou lombar como queixa principal. As lesões externas podem ser identificadas com facilidade, mas necessitam de uma avaliação cuidadosa para detectar a extensão mais profunda. As lesões internas são mais difíceis de avaliar.^{23,24,25}

A possibilidade de abuso sexual ou agressão deve ser sempre considerada. As mulheres com lesões no trato genital inferior com origem não obstétrica podem por vezes omitir detalhes dos eventos ocorridos.

Os hematomas vulvares são as sequelas mais comuns do traumatismo dos órgãos genitais, e a maioria das lesões vaginais ocorrem como resultado de penetração traumática.²⁶

O traumatismo vaginal pode resultar em sérias lesões dos órgãos internos e do trato urinário inferior. As lesões uretrais devem ser avaliadas por um urologista experiente ou uroginecologista antes de qualquer intervenção.

Quanto à reparação de lacerações, antes de suturar perto do clitóris e da uretra, o médico deve avaliar se a reparação poderá ser mais traumática ou dolorosa do que a cicatrização por segunda intenção. Se a sutura for necessária para alcançar a hemostase ou reaproximação do tecido, então deve-se utilizar uma sutura ponto a ponto com um fio fino absorvível.

As lacerações vaginais profundas ou extensas podem ser reparadas em uma ou mais camadas. A laparotomia ou laparoscopia exploradoras podem ser necessárias para a avaliação completa de lacerações profundas que se estendam através do fundo-de-saco posterior vaginal até à cavidade peritoneal para descartar lesões dos órgãos internos. Em alguns casos mais extremos pode até ser necessária uma colostomia se o trato gastrointestinal estiver envolvido.^{27,28}

Em relação ao tratamento dos hematomas, se possível, deve ser preferida uma abordagem conservadora aplicando gelo, analgesia e repouso. A algaliação pode ser recomendada se as dimensões do hematoma forem suficientes para interferir com a micção.

A expansão de um hematoma vulvar ou vaginal ou um hematócrito a diminuir em análises seriadas são indicações para a intervenção cirúrgica imediata com o objectivo de impedir a instabilidade hemodinâmica e outras complicações.

BIBLIOGRAFIA

1. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:839.
2. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet* 2006; 368:601.
3. Goddijn M, Leschot NJ. Genetic aspects of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:855.
4. Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, gravidity, marital status, and education. *Am J Epidemiol* 2000; 151:98.
5. Fantel AG, Shepard TH. Morphological analysis of spontaneous abortuses. In: *Spontaneous and recurrent abortion*, Bennett MJ Edmonds DK (Ed), Blackwell Scientific Publications, Oxford 1987. p.8.
6. Klein J, Stein Z. Epidemiology of chromosomal anomalies in spontaneous abortion: prevalence, manifestation and determinants. In: *Spontaneous and recurrent abortion*, Bennett MJ, Edmonds DK (Eds), Blackwell Scientific Publications, Oxford 1987. p.29.
7. Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. *BMJ* 2013; 346:f3676.
8. Hasan R, Baird DD, Herring AH, et al. Patterns and predictors of vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy. *Ann Epidemiol* 2010; 20:524.
9. http://www.nccmh.org.uk/publications_SR_abortion_in_MH.html
10. <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>
11. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. *Gynecol Oncol* 1994; 55:S4.
12. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010.
13. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS 3rd. Gynecologic emergencies. *Surg Clin North Am* 2008; 88:265.
14. Albayram F, Hamper UM. Ovarian and adnexal torsion: spectrum of sonographic findings with pathologic correlation. *J Ultrasound Med* 2001; 20:1083.
15. Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, et al. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Hum Reprod* 2003; 18:2599.
16. Bristow RE, Nugent AC, Zahurak ML, et al. Impact of surgeon specialty on ovarian-conserving surgery in young females with an adnexal mass. *J Adolesc Health* 2006; 39:411.
17. Harkins G. Ovarian torsion treated with untwisting: second look 36 hours after untwisting. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:270.
18. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65:1093.
19. Weckstein LN. Current perspective on ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1985; 40:259.
20. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997; 67:421.
21. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
22. Murphy AA, Nager CW, Wujek JJ, et al. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial. *Fertil Steril* 1992; 57:1180.
23. Merrit DF. Genital trauma. In: *Pediatric & Adolescent Gynecology*, 6th ed, Emans SJ, Laufer MR (Eds), Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012. p.293.
24. Merritt DF. Vulvar and genital trauma in pediatric and adolescent gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16:371.
25. Jana N, Santra D, Das D, et al. Nonobstetric lower genital tract injuries in rural India. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 103:26.
26. Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics* 1987; 79:778.
27. Netto Júnior NR, Ikari O, Zuppo VP. Traumatic rupture of female urethra. *Urology* 1983; 22:601.
28. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.

URGÊNCIAS GINECOLÓGICAS: VISÃO DA ENFERMAGEM

Cláudia Milhinhos

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

Aborto

No aborto a vivência da sexualidade e a sua expressão é altamente individual e as respostas da mulher pós-aborto implicam uma árdua e holística reflexão. O mesmo também deverá ser explicitado como envolvendo um contexto biopsicosocial ético e cultural marcado, pois o aborto parece ter impacto na resposta individual. Analisar este fenómeno significa olhar de forma mais ampla para a complexidade das dimensões da realidade pessoal.

A interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher com respostas emocionais positivas e sentimentos de alívio e bem-estar constituem uma fase de crescimento e maturação individual. A possibilidade para reforço/construção da autonomia e da identidade sexual, com a consequente vivência satisfatória da sexualidade pós aborto poderá ser uma tendência.¹

No entanto, nos restantes casos de aborto quer espontâneos, quer os resultantes de interrupções de gravidez com indicação médica, ou em interrupções voluntárias por opção da mulher com respostas emocionais negativas, a tendência é para que haja por parte da mulher, uma ausência do interesse e da vontade da actividade sexual e a ausência de desejo sexual. O medo do desconhecido, a experiência da dor relacionadas com o tratamento, mas também a carga psicoemocional da tomada da decisão, se necessária são elementos dominadores de atenção. Na ocorrência do aborto é materializada para a mulher, a quebra da sua natural absorção narcisista aflorada com a notícia da gravidez. Os sentimentos de dor, de culpa, de ambivalência sobre a sua capacidade no desempenho do papel sexual surgem associadas com a perda de uma parte de si, e poderão ter repercursões na autoestima da mulher, com baixo interesse nela própria e pelos outros, com baixa percepção da qualidade de ser desejável e com dificuldades no relacionamento com as pessoas significativas.²

Nas intervenções de enfermagem deverão ser incentivados:

- Os processos de vivência de luto saudáveis e satisfatórios com reconstrução/valorização individual dada a perda.
 - O interesse em si próprio, com melhoria da autoimagem e da autoestima, pelo incentivo no investimento e valorização pessoal com incremento na satisfação individual.
 - O reforço dos processos de relacionamento com as pessoas significativas, pela proximidade, pela relação de ajuda, o cuidado, a afetividade, com reflexo na melhoria das relações interpessoais e na melhoria da percepção acerca do seu desempenho no papel sexual.
- Todas as intervenções propostas devem enquadrar as limitações temporais e individuais percebidas ou reais impostas pelo fenómeno do aborto e plano terapêutico instituído.

Torção do Quisto do Ovário

Na torção do quisto do ovário ocorrem alterações bioquímicas, fisiológicas e anatómicas decorrentes do processo inflamatório e da pressão mecânica, dado o aumento do volume sanguí-

neo pélvico e aumento do volume abdominal, induzidos pela torção e pela presença de massa palpável que ocorre em cerca de 90% das mulheres com este diagnóstico. Estas alterações levam a dor abrupta, intensa e a sintomas de náusea e vômitos em cerca de 60% a 70% dos casos.³ Assim, o mau estar geral induzido pela história natural da doença leva à formulação dos diagnósticos de limitação real na expressão da sexualidade com ausência do interesse na actividade sexual e ausência de desejo sexual, e ainda a limitação real na capacidade em exercer o seu papel sexual. O acto de penetração genital é doloroso pelo espasmo vaginal, a diminuição da lubrificação induzido pela própria dor e pela pressão intrabdominal, com total falha do acto.

As intervenções de enfermagem relativas à instituição e concretização do plano terapêutico passam pelo incentivo à tomada de decisão e pela adesão ao mesmo, com foco no conforto da mulher sendo essencial para a minimização dos sintomas e resolução do problema.

O enquadramento das limitações diagnosticadas na componente da sexualidade deve ser restrito ao período de evolução da história natural da doença e período de recuperação, o que permitirá o restabelecimento individual e o interesse por comportamentos de promoção do bem-estar e da expressão saudável da sexualidade.

Gravidez Ectópica

Com a probabilidade do diagnóstico de gravidez ectópica, a normal tendência para a diminuição do interesse e da vontade em manter a actividade sexual característica do primeiro trimestre da gravidez acentua-se condicionando mesmo, na mulher, uma ausência na capacidade de expressão do seu papel sexual. A dificuldade do diagnóstico em fases precoces da gravidez leva à indefinição acerca do decorrer da gravidez e do plano terapêutico. A mulher coloca questões relacionadas com a sua capacidade de gestar e de satisfazer a sua realização biológica de mulher. Com o aproximar do momento do diagnóstico definitivo há o real ou potencial diagnóstico de fertilidade condicionada a médio e longo prazo.

A dor da perda com a possibilidade de um plano terapêutico que pode incluir a salpingectomia poderá levar à disfunção sexual ou a um padrão de sexualidade alterado por diminuição no interesse em por si próprio e pelos outros, com alterações no relacionamento com pessoas significativas, a procura de confirmação da qualidade de ser desejável e até mesmo o desencadear de conflitos de valores.³

As intervenções de enfermagem deverão orientar-se para o incentivo:

- Na decisão/adesão ao plano terapêutico.
- Na aquisição de estratégias de vivência do luto/perda saudável.
- No reconhecimento dos benefícios da manutenção do interesse e da vontade pela actividade sexual e a sua relação com a melhoria da autoestima e da autoimagem, com o bem-estar psicosocial e emocional.
- No alcance da sua realização biológica de mulher com o ensino sobre alternativas terapêuticas de apoio à fertilidade.

Traumatismos Genitais

Os traumatismos genitais deverão ser enquadrados na temática da sua ocorrência, relacionados com questões de abuso/violência sexual, ou com questões socioculturais relativas a rituais, ao culto, ao misticismo, ao esteriótipo e/ou à moda.

O traumatismo genital aquando do abuso sexual está relacionado com a força física do agressor e a resistência física da vítima. Neste caso a violência física sobre forma de abuso sexual causa importantes danos psicoemocionais com alterações significativas no desempenho do seu papel sexual, com um padrão de sexualidade alterado ou ineficaz e disfunção sexual.

A violência sexual utilizada para o alcance da satisfação desejada pode levar a traumatismo dado o atrito na mucosa vaginal, provocado por objetos utilizados no acto de penetração genital.

Em questões socioculturais, o traumatismo genital apresenta-se sob a forma de ritual de iniciação, de purificação da mulher com a preservação pureza e castidade, sendo declarada a desigualdade de género que atenta contra os Direitos Humanos. O impacto na integridade física acontece no imediato, a médio e longo prazo e com consequências do foro obstétrico. No entanto as consequências psicoemocionais são severas e expressas sob a forma de medo/pânico das relações sexuais e em alguns casos síndrome de stress pós traumático.⁴ O traumatismo decorrente de opções relacionadas com a moda nomeadamente o uso de objectos na zona genital, (p.ex. piercings genitais) levam a consequências na integridade física no imediato e que são remediáveis, com baixas consequências a nível da sexualidade da mulher.

Perante uma contextualização tão vasta e complexa da ocorrência dos traumatismos genitais com consequências psicoemocionais tão variadas as intervenções de enfermagem devem responder:

- A estratégias para efectuar a abordagem individual do tema.
- A preocupações/problemas da mulher de ordem física e psíquica (inclusivé a vergonha, o medo, os traumas psicológicos).
- Ao planeamento de estratégias para evitar que possa haver perpetuação do fenómeno, quer a nível individual quer familiar.
- A educação sobre saúde da mulher, com o desmistificar de conceitos e desconstruir estereótipos associados a fenómenos culturais e de moda.
- À integração do apoio multidisciplinar no plano terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Noya A, Leal IP. Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica* 1998, 3 (XVI): 431-439
2. Bazotti K, Stumm E, Kirchner R. Ser cuidada por profissionais de saúde: Percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamentos. *Contexto Enfermagem* 2009; 18(1):147-54
3. Smith R. P., *Netter's Obstetrics, Gynecology and Women's Health*. New Jersey, M.D.: Medimedia, Inc. 2002:578
4. Campos AC. Mutilação genital feminina - a importância de reconhecer e de saber como agir. *Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa* 2010;4(3):152-156

Agradecimentos:

Os autores agradecem à unidade de ecografia do departamento de obstetrícia, ginecologia e medicina da reprodução do HSM pela cedência da imagem a Rui Marques de Carvalho pela disponibilização das imagens que ilustram o capítulo;

XII
IATROGENIA SEXUAL

IATROGENIA SEXUAL

Sérgio Santos

Assistente Hospitalar de Urologia

Clínica CUF Cascais

Iatrogenia – Noções Gerais

A palavra iatrogenia deriva da língua grega, sendo uma composição de 2 termos – Iatros (que provém de Médico ou Curandeiro) e de Genia (que provém de Causa ou Origem). Assim sendo, a iatrogenia refere-se aos efeitos causados pelo ato de tentar curar ou tratar.

Na realidade, sendo puristas, a iatrogenia não estará apenas relacionada com os efeitos adversos ou negativos da atitude em saúde, já que por definição pura linguística pode ser aplicada quer aos efeitos negativos como também aos positivos, sendo que ambos têm origem (genia) no ato de curar (iatros).

No entanto, na sociedade atual, a iatrogenia aplica-se habitualmente ao ato médico que induz dano ou lesão como efeito colateral ou direto, embora a sua definição a torne aplicável a qualquer atitude profissional não médica dentro da vasta área da saúde (enfermagem, psicologia, técnicos auxiliares de ação médica, terapeutas, dentistas, técnicos de diagnóstico ou nutricionistas, entre outros). Neste capítulo, o termo iatrogenia será sempre aplicado aos aspetos negativos de determinada intervenção em saúde.

As causas para a iatrogenia são inúmeras, desde o erro médico (no diagnóstico ou na terapêutica, p. ex.), passando pela negligência profissional, pela má interpretação da escrita duma prescrição médica, pelos efeitos cruzados entre diferentes medicamentos (expectáveis ou não), até aos danos colaterais condicionados por tratamentos cirúrgicos ou farmacológicos (como as hormonoterapias ou quimioterapias oncológicas, p. ex.).

A iatrogenia é algo indissociável do ato de tratar. Todos os profissionais de saúde estão constantemente a avaliar a possibilidade de causarem algum dano ao seu doente enquanto se dedicam ao processo de tratar. Qualquer médico que prescreve um fármaco, como o caso dum antibiótico, sabe que poderá estar a medicar o seu doente com um fármaco que poderá não ser o mais indicado para o agente infeccioso em causa pois pode não ter tempo para ter acesso ao diagnóstico microbiológico (que lhe permitiria escolher o antibiótico mais eficaz para aquele agente). Esta atitude, chamada de terapêutica empírica, é frequentemente aplicada, por exemplo, em situações limite de “life saving” ou em situações simples como as infeções urinárias baixas na mulher. Nestas situações, o clínico reconhece que poderá estar a contribuir para o desenvolvimento de resistências aos antibióticos por parte do agente infeccioso mas decide apostar pelo melhor para o seu doente.

Se tudo correr mal, o agente infeccioso pode ser resistente à terapêutica prescrita e o seu doente vai agravar o seu estado de doença, pode também alterar a sua flora intestinal (contribuindo para o aparecimento de quadro de diarreia, com conseqüente desidratação) e pode acabar por elevar o grau de resistência do agente infeccioso àquele antibiótico – em último grau, podemos afirmar que o profissional conduziu a iatrogenia no doente e a iatrogenia em termos de saúde pública. Quando tudo corre bem, este ato médico teve um desfecho positivo e, socialmente ninguém vai falar de iatrogenia, mas ela esteve sempre potencialmente presente.

Na decisão cirúrgica e no próprio ato cirúrgico, a iatrogenia é sempre algo incontornável. Um

cirurgião que tenta decidir qual a melhor opção cirúrgica para o seu doente, não está mais do que a pesar o equilíbrio frágil entre a sua intenção de curar versus a possibilidade de causar danos durante a persecução dos seus objetivos.

Pode afirmar-se que todo o ato ou tentativa de tratar alguém, seja com simples apoio verbal, apoiado em expressão facial ou corporal, com fármacos ou com atos invasivos, assenta num constante balançar entre o bem que se pretende fazer e o mal que se pode desencadear. Este mal é a iatrogenia e o profissional de saúde deve estar bem atento à sua omnipresença.

Por razões evidentes, relacionadas quer com o espectro de objetivos do autor deste capítulo, quer com aspetos pedagógicos, não se pretende realizar uma exaustiva explanação sobre a infundável temática da iatrogenia médico-cirúrgica. O intuito será a abordagem, de forma sucinta e clara, de alguns aspetos mais comuns e outros menos pensados da iatrogenia sexual, de forma que o leitor esteja ativamente mais atento e positivamente mais capaz de lidar com a situação.

Como o leitor irá verificar, grande parte da iatrogenia sexual foi anteriormente abordada em outros capítulos desta obra, sob a forma de diferentes entidades. Nesses capítulos, os seus autores foram explicando a fisiopatologia, a semiologia e as abordagens disponíveis para as diferentes patologias do foro da medicina sexual. Felizmente, este facto acabou por proporcionar ao autor a facilidade de poder agrupar grande parte dessas patologias no grande grupo da iatrogenia sexual, sem ter que correr o risco de ser redundante.

Sexualidade e Atitude do Profissional de Saúde

A sexualidade e tudo o que roda em torno desta têm sido alvos de má informação e intromissão por vários setores sociais. A sexualidade é explorada pelo marketing, pelos Media, pelas religiões ou pelo aparelho estatal de muitas nações como algo associado a violência, ao Poder, a demonstração sexista ou simplesmente ao lado sujo de seres humanos. A carência de educação sexual escolar, a dificuldade de abordagem por parte dos pais, o fácil acesso a fontes de informação não fidedignas como o caso da Internet e a impreparação dos vários profissionais da saúde, dentre outros fatores, têm contribuído de forma violenta para a incapacidade de olhar para a sexualidade como algo simples, bonito, associado ao ato de viver e de ser-se feliz e, acima de tudo, como parte integrante da definição de Saúde como um todo (OMS).

Felizmente, ao longo das últimas décadas, a sexualidade tem vindo a ganhar terreno face à ignorância e preconceitos sociais e profissionais. Historicamente, o advento do Sildenafil (Viagra®- Pfizer) em 1998 veio recentemente dar um sério incremento quer à investigação científica básica e médica na área da sexualidade, quer à facilitação da discussão desta temática na sociedade em geral e na comunidade médica em particular. Juntamente com os avanços científicos nesta área, surgiram várias ferramentas úteis na avaliação da disfunção erétil (DE), algumas das quais são ainda utilizadas na prática clínica (p. ex. os questionários de auto-preenchimento como o IIEF ou o SHIM).

Cada vez mais, os profissionais de saúde estão atentos à temática da sexualidade humana. De tal forma que a valência da Medicina Sexual se tem tornado numa área em franca expansão mundial, abrangendo médicos, psicólogos, fisiatras, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Da mesma forma, a comunidade científica em geral tem beneficiado com este positivo interesse na sexualidade, ao identificar fatores de risco modificáveis para a disfunção sexual, ao permitir que diferentes áreas médicas (como a cardiologia, a oncologia ou a diabetologia, entre outras) possam auxiliar o doente para lá do nicho profissional específico, contribuindo de forma conjunta e simbiótica para o bem estar da esfera sexual dos doentes.

Todavia ainda persiste alguma resistência por parte dos profissionais de saúde em abordar a

temática sexual ou em ponderar que algumas das atitudes de intervenção clínica podem condicionar, per se, o surgimento de disfunções sexuais.

Dentre as várias possíveis iatrogenias sexuais, iremos abordar: 1). As iatrogenias sexuais secundárias à não intervenção/reconhecimento por parte dos clínicos nos fatores de risco pré-existentes para disfunção sexual (relacionadas com relação médico-doente); 2). As iatrogenias sexuais secundárias a causas médicas (terapêutica farmacológica e patologia médica) e 3). As iatrogenias sexuais cirúrgicas (decorrentes de complicações do ato cirúrgico/invasivo).

Iatrogenia Sexual Relacionada com a Relação Médico-Doente

A sexualidade do ser humano é algo muito complexo e multifatorial. A essência do comportamento sexual assenta em aspetos relacionados com a fisiologia, a psicologia e com fatores sócio culturais, que incluem as experiências sexuais adquiridas ao longo do desenvolvimento individual, a religião, a educação, a etnia e contextos geográficos, entre outros. Por outro lado, é essencial não esquecer que estamos a tratar duma interação entre seres humanos, dependente de todas as reconhecidas variáveis que afetam as relações interpessoais e a auto estima individual. Assim, é fácil compreender que a rede criada por todos estes fatores tende a dificultar a avaliação simplista da sexualidade.

Dentro dos aspetos bio-fisiológicos temos que compreender a importância da interação entre os sistemas vascular, endócrino, nervoso (e psíquico) e imunitário. Mas, para além destes fatores orgânicos, existe a importância da atitude do prestador de cuidados de saúde e da relação que este consegue estabelecer com quem necessita do seu apoio.

Sempre que um profissional de saúde falha em diagnosticar ou reconhecer um aspeto específico da saúde do seu (ou sua) doente, o qual possa contribuir para precipitar, agravar ou desencadear uma disfunção sexual, este profissional está a ser um fator de iatrogenia sexual. Em termos gerais, o que dizemos é que toda a atitude em saúde sexual tem potencial sério para provocar iatrogenia. Ao evitar ou negligenciar a colheita de dados para a elaboração duma anamnese sexual (desde a infância), estaremos a colocar de parte uma série de vivências sexuais que poderão ser de extrema relevância na avaliação do problema sexual de quem nos procura para auxílio (p.ex. seria importante reconhecer uma história de abuso sexual na infância, para poder gerir uma situação de aversão ao ato sexual ou de vaginismo; reconhecer as adolescentes que se recusam a utilizar um tampão vaginal por intolerância pode auxiliar ao diagnóstico de disfunções por hiperatividade do pavimento pélvico, as quais poderão evoluir posteriormente para vulvodinia e/ou dispareunia).

Sabendo que existem uma série de fatores de risco em saúde que contribuem para o aparecimento de disfunção sexual (p. ex. para a DE), será estranho que não se intervenha nestes reconhecidos fatores de risco para compensar futuros desequilíbrios na esfera sexual. A esta atitude podemos associar a noção de iatrogenia sexual por omissão de cuidados de saúde.

A simples intervenção em fatores de risco tão simples como os estilos de vida, com redução do stress, a realização de atividade física regular, a redução de peso e evicção de tabaco, tem um enorme e reconhecido impacto positivo na abordagem da DE e em outras disfunções sexuais.

A relação médico-doente é basilar para que a correta avaliação da vida sexual seja realizada. É nesta relação que recai toda a capacidade de empatia com o doente e vice-versa, sendo que a colheita de dados da vida sexual tornar-se-á numa tarefa particularmente difícil, até impossível, caso esta relação esteja comprometida.

Qualquer decisão em saúde, que se espere poder acarretar consequências colaterais negativas (optar por determinada cirurgia, optar por um tratamento de radioterapia ou quimioterapia, ou simplesmente optar por vigiar determinada situação) terá um melhor desfecho quando assente

numa boa relação médico-doente. Simplesmente porque há confiança e respeito mútuos e porque estes aspetos possibilitaram a total e honesta explanação das possíveis complicações, para além dos objetivos pretendidos.

Quem busca auxílio na área da Medicina sexual, não pretende seguramente encontrar um profissional de saúde que não demonstre abertura para escutar as queixas, interesse em querer saber mais ou que que emita juízos de valor face aos dados expostos. Por outro lado, o desconhecimento de temas de Medicina sexual, ou a simples sensação de não estar à vontade em discutir estes assuntos por parte do profissional, conduzem frequentemente a situação de evicção/distanciamento propositado por parte deste e/ou à falsa (e perigosa) noção por parte do doente, de que o profissional não tem nada a oferecer para seu auxílio ou apresenta um caso sem solução (“beco sem saída”).

Até o comportamento físico (expressão facial, cruzamento de braços ou o evitar de olhar diretamente nos olhos do doente, p.ex.) pode condicionar percepções negativas por parte de quem busca ajuda. Se tivermos em ideia que apenas 30% dos indivíduos com DE procuram auxílio médico e que estes demoram, em média, cerca de 3-5 anos até terem coragem para enfrentar a sua situação e expô-la a um profissional de saúde, estes aspetos aparentemente menores do nosso comportamento em consulta/avaliação adquirem uma nova dimensão de importância.

Alguns dos requisitos básicos para uma boa relação médico doente em contexto de Medicina sexual são expostos no seguinte listagem.

Lista 1. Requisitos básicos na relação do profissional de saúde com o/a doente em contexto de Medicina Sexual

- Espírito aberto, atitude de escuta ativa
- Foco em maximizar auxílio ao/à doente
- Tratar a sexualidade como trataria qualquer outro assunto de saúde (sem exagerar na importância nem subvalorizando a mesma)
- Profundo conhecimento/domínio de temas da medicina sexual
- Reconhecimento dos próprios receios e/ou limitações (éticas, religiosas, etc) por parte do profissional
- Ambiente descontraído e espaço físico que respeite dignidade humana e confidencialidade dos dados
- Isenção de juízos de valor / neutralidade
- Evicção de personalizar ou elaborar comparações com a sua própria esfera sexual
- Utilização de terminologia adequada ao contexto sócio-profissional do/a doente
- Não deixar espaço para ideias/conceitos vagos que possam induzir percepção errônea – clareza e objetividade no discurso
- Colheita de história sexual o mais completa possível
- Não demonstração de pressão temporal na avaliação (os temas da sexualidade requerem tempo e disponibilidade sem cronómetros)

Iatrogenia Sexual Secundária a Causas Médicas (Terapêutica Farmacológica e Patologia Médica)

Existem múltiplas vias pelas quais a atitude de tratar um problema de saúde pode complicar, conduzindo a nova situação de patologia ou agravando patologia pré existente. Nas linhas acima, falou-se da relação médico-doente (entendendo-se o termo médico como aplicável a qualquer profissional prestador de cuidados de saúde) e da importância desta na iatrogenia sexual. Agora iremos abordar uma via particularmente comum de origem de iatrogenia sexual

– as várias patologias de cariz não cirúrgico (médicas) e a terapêutica farmacológica.

A iatrogenia secundária a terapêutica farmacológica será discutida um pouco mais adiante.

As patologias médicas têm interesse nesta área, não como iatrogenia sexual direta mas pela importância que estas apresentam na gênese das múltiplas disfunções sexuais e pelo impacto negativo que a falha no seu reconhecimento e diagnóstico acarreta. Esta falha é considerada como iatrogenia sexual.

Não pretendendo a descrição exaustiva das várias patologias médicas que podem conduzir a disfunção sexual, opta-se pelo elencar das mais relevantes na lista 2.

O intuito único é alertar o leitor para a existência destas, e doutras, possibilidades, aumentando a sua atenção expectante e a sua argúcia na avaliação em termos de Medicina sexual. Pretende-se que se evite, por omissão, fazer parte integrante das causas de iatrogenia sexual.

Lista 2. Patologias médicas que podem induzir/agravar disfunção sexual

1. Patologias endocrinológicas
 - 1.1. Diabetes Mellitus tipo I e II
 - 1.2. Hipogonadismo
 - 1.3. Hipotireoidismo
 - 1.4. Hipertireoidismo
 - 1.5. Hiperprolactinémia
 - 1.6. Síndrome de Cushing
 - 1.7. Síndrome metabólico
2. Patologias oncológicas
3. Patologias psiquiátricas
 - 3.1. Depressão (perturbações do humor)
 - 3.2. Ansiedade e fobias
 - 3.3. Esquizofrenia e síndromes psicóticas
 - 3.4. Perturbações psíquicas da alimentação
 - 3.5. Dependência de substâncias psicoativas, álcool e estupefacientes
4. Patologias cardiovasculares
 - 4.1. Enfarte agudo do miocárdio e doença cardiovascular isquémica
 - 4.2. Acidente vascular cerebral
 - 4.3. Insuficiência cardíaca
 - 4.4. Insuficiência vascular arterial
 - 4.5. Hipertensão arterial
 - 4.6. Dislipidémia
5. Patologias neurológicas
 - 5.1. Epilepsia
 - 5.2. Doença de Parkinson
 - 5.3. Doença de Alzheimer e demências
 - 5.4. Neuropatias autonómicas periféricas
 - 5.5. Esclerose múltipla
6. Patologias infecciosas
 - 6.1. Infecção por VIH
 - 6.2. Imunocompromisso
7. Patologias urológicas e ginecológicas
 - 7.1. Doença de La Peyronie
 - 7.2. Infecções genito-urinárias /vulvo-vaginites

- 7.3. IBexiga hiperativa
- 7.4. Prostatite
- 7.5. Hipertrofia benigna prostática
- 7.6. Hipoestrogenismo pós menopausico
- 7.7. Doença inflamatória pélvica (DIP)
- 7.8. Endometriose
- 7.9. Doenças do pavimento pélvico
- 8. Outras patologias médicas
 - 8.1. Doença hepática crônica
 - 8.2. Patologia respiratória crônica e apneia do sono
 - 8.3. Obesidade
 - 8.4. Anemia crônica
 - 8.5. Malnutrição
 - 8.6. Alterações da coagulação sanguínea
 - 8.7. Mieloma múltiplo
 - 8.8. Síndrome de Sjogren
 - 8.9. Doença hemorroidária

Nota: A lista de patologias médicas não inclui todas as patologias médicas possíveis. A ordenação das diferentes patologias não respeitou nenhum critério de importância relativa ou prevalência.

Após consulta crítica das patologias médicas acima listadas, há duas conclusões que podem ser imediatas: 1. Dentre as várias especialidades médicas, a que estará melhor posicionada para pensar neste nível de abrangência será a Medicina Geral e Familiar – pelo que o papel desta especialidade na área médica é central. 2. É impossível pensar-se na abordagem da iatrogenia sexual sem tomar em consideração a necessidade de múltiplos profissionais de saúde provenientes de inúmeras áreas de ação – pensar-se em Medicina sexual é pensar-se em multidisciplinaridade e complementaridade.

Para além da iatrogenia sexual por omissão diagnóstica ou falha no tratamento das condições patológicas referidas, é essencial reconhecer que mesmo quando diagnosticamos e optamos pela melhor abordagem terapêutica farmacológica conhecida, não escapamos de ser agentes potencialmente lesivos da sexualidade.

A maioria dos fármacos utilizados (a suplementação alimentar e produtos homeopáticos não serão abordados no âmbito deste capítulo) utiliza princípios ativos que têm efeitos negativos na sexualidade. Na realidade, a velha deixa popular “não morres da doença, morres da cura”, embora utilize desfechos trágicos, refere-se também aos reconhecidos efeitos secundários da farmacologia química que utilizamos no nosso dia-a-dia clínico. Os profissionais de saúde não prescritores (enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, terapeutas, etc.) embora não sejam responsabilizados por algo que não estão autorizados a realizar (prescrição médica), podem ser responsabilizados por não reconhecer a dimensão dos efeitos que tais fármacos apresentam quando tentam auxiliar alguém com disfunções sexuais. Será sempre sensato, solicitar apoio junto do médico assistente que prescreveu determinado fármaco que se julgue pertinente na iatrogenia sexual, a fim de esclarecer todos os efeitos secundários possíveis. Só assim, enquanto prestadores de cuidados de saúde, estaremos a prestar um bom serviço a quem recorre por problemas sexuais. Alguns dos medicamentos que podem causar ou agravar disfunção sexual estão referidos na lista 3.

Lista 3. Medicamentos associados à disfunção sexual

1. ANTIHIPERTENSORES
 - 1.1. Diuréticos tiazídicos; Betabloqueadores (p.ex. Propanolol ou atenolol); Bloqueadores dos canais de Cálcio
2. MEDICAÇÃO COM EFEITO HORMONAL
 - 2.1. Cetoconazol; Espironolactona; Estrogénios; Antiandrogénicos (p.ex. acetato de ciproterona); Agonistas e antagonistas GnRH; Flutamida; Inibidores da 5-Álfa Redutase; Contracetivos orais
3. ANTIDEPRESSIVOS/NEUROLÉTICOS
 - 3.1. Inibidores da recaptção de serotonina; antidepressivos tricíclicos (p.ex. Imipramina, Amitriptilina); Fenotiazidas (p.ex. clorpromazina)
4. ANTIEMÉTICOS
 - 4.1. Metoclopramida
5. ANTIARRITMICOS
 - 5.1. Amiodarona; Digoxina; Disopiramida
6. MEDICAMENTOS ALFABLOQUEADORES
 - 6.1. Alfuzosina, tansulosina, doxazosina, terazosina e silodosina.
7. SUBSTÂNCIAS DE ABUSO
 - 7.1. Cocaína; Heroína; Haxixe; Marijuana; Opiáceos (p.ex. Metadona); Álcool e tabaco.

Vários estudos e ensaios clínicos têm demonstrado que inúmeros fármacos comumente utilizados têm efeitos negativos na sexualidade. Alguns afetam o desejo sexual masculino e feminino, outros dificultam a obtenção duma ereção peniana e alteram a ejaculação. Na realidade, quando avaliamos o Resumo das Características do Medicamento (RCM), cuja versão resumida está nas bulas inclusas nas embalagens, podemos verificar os vários efeitos negativos sobre a sexualidade. Alguns destes efeitos podem ser reconhecidos e entendidos com alguma facilidade lógica, mas outros apresentam mecanismos de lesão mais complexos ou até desconhecidos.

A maioria dos doentes que apresentam patologias frequentes como o caso da Hipertensão arterial ou a Depressão, estão também medicados com medicamentos como os diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio, beta bloqueantes ou os antidepressivos tricíclicos. Qualquer um dos medicamentos atrás descritos é potencialmente lesivo para, por exemplo, a função erétil (a exceção na família dos beta bloqueantes será o Nebivolol, já que se trata de um dador de óxido nítrico). Fármacos como os inibidores da recaptção da serotonina (utilizados no tratamento da depressão) afetam a libido em ambos os sexos e causam atraso ejaculatório. Já a hipertrofia benigna prostática (HBP), cuja prevalência é elevadíssima, é também responsável por agravamento em alguns domínios da sexualidade (estudos recentes associam a existência de sintomatologia do baixo aparelho urinário causada por HBP (ing: LUTS) com a incidência de queixas de DE. Os medicamentos utilizados no tratamento dos LUTS da HBP (exceção feita ao tadalafil) estão na gênese de alguma iatrogenia sexual, como é o caso dos alfa bloqueantes alfuzosina, doxazosina, tansulosina ou silodosina (este último, por ser particularmente mais uroselectivo, apresenta maior potencial de iatrogenia sexual na ejaculação). Ainda no âmbito do tratamento médico da HBP, convém referir que a elevada eficácia terapêutica associada à utilização dos inibidores da 5-alfaredutase (finasterida e dutasterida) não está isenta de potencial iatrogénico já que esta família de fármacos atua impedindo a conversão enzimática da testosterona no seu metabolito funcionalmente ativo – a dihidrotestosterona (DHT) – com subsequente potencial compromisso da função sexual (desejo, função erétil e ejaculação).

Mesmo os estudos que mostraram a superioridade terapêutica do tratamento de combinação dutasterida e tansulosina (estudo ComBAT) face às respetivas monoterapias, alertam para um efeito negativo não negligenciável na área da ejaculação.

É evidente que a contrapartida é válida pois os tratamentos são eficazes quando respeitadas as suas indicações, todavia é muito importante que os profissionais de saúde estejam atentos aos efeitos laterais destes medicamentos e informem de forma clara e eficaz quem os vai tomar. Não só estarão a garantir uma maior adesão à terapêutica (compliance), como estarão a assegurar que os seus doentes são conhecedores dos efeitos e os aceitam como necessários perante a alternativa de não medicar e autorizar a progressão da doença.

Mas nem todos os efeitos acessórios dos medicamentos têm aspetos negativos na sexualidade. Alguns medicamentos podem, inclusive, auxiliar no tratamento de iatrogenias sexuais prévias. Exemplos destes medicamentos são as estatinas (com recentes dados a favor de melhoria da função erétil, como ativador da óxido nítrico sintetase endotelial), o bupropion (antidepressivo que parece favorecer o desejo sexual feminino), o neбиволol (dador de óxido nítrico e como tal facilitador da ereção), o irbesartan (antihipertensor com aparente efeito benéfico na recuperação da função erétil após prostatectomia radical) e alguns inibidores da recaptção da serotonina (sendo a Dapoxetina o único destes com indicação médica aprovada para tratar a ejaculação prematura, mas outros sendo utilizados empiricamente e com indicação off-label), entre outros fármacos.

Iatrogenia Sexual Cirúrgica

Um tema bastante polémico continua a ser a iatrogenia secundária à cirurgia radical pélvica (p.ex. cistectomia radical ou prostatectomia radical).

Vários fatores contribuem para o surgimento de disfunções sexuais pós operatórias, sendo que a disfunção sexual mais comumente associada à cirurgia pélvica radical é a disfunção erétil (DE). Apesar de vários estudos apresentarem números muito díspares (relacionados com a técnica, com o cirurgião, com a experiência cirúrgica ou com fatores atribuíveis ao desenho dos estudos), estima-se que cerca de 10% dos homens submetidos a cirurgia pélvica radical sofram de DE iatrogénica. A fisiopatologia da DE iatrogénica pós cirúrgica pode ser explicada por vários mecanismos, sendo provável que estes mecanismos acabem por se confundir produzindo efeitos mistos. Os mecanismos mais discutidos são A. Neurogénicos – causados por lesão direta neuronal dos nervos cavernosos (secção total, parcial ou traumatismo por tração); B. Vasogénicos – causados por lesão vascular arterial e/ou venosa. Admite-se que o compromisso das artérias pendentes acessórias implique o surgimento de hipoxia dos tecidos cavernosos, ativando cascatas de efeitos que culminam na fibrose dos tecidos e incapacidade erétil subsequente. Por outro lado, o surgimento de colagenização e fibrose dos corpos cavernosos irá condicionar o adequado fluxo sanguíneo a estas estruturas anatómicas, conduzindo a situação de tumescência peniana insuficiente para desencadear o importante mecanismo veno-oclusivo (explicado noutra capítulo), com fuga venosa; C. Psicogénicos – embora não haja muitos estudos nesta área, admite-se que haja um elevado número de doentes submetidos a cirurgia pélvica radical que sofrem de graves perturbações da auto-estima, com níveis de ansiedade elevados e até desenvolvendo quadros de depressão psíquica após a cirurgia.

Alguns destes mecanismos podem também explicar outras complicações sexuais pós cirurgia pélvica radical, como o encurvamento peniano ou a diminuição do comprimento do pénis.

Várias variáveis podem afetar o grau de gravidade da iatrogenia sexual cirúrgica. Algumas das mais importantes prendem-se com a experiência cirúrgica do cirurgião (casuística), o fato deste trabalhar em centro cirúrgico de referência e a técnica cirúrgica escolhida (idealmente o cirurgião optar pela utilização duma técnica cirúrgica em que tente evitar a lesão dos nervos

cavernosos – “nerve-sparing surgery”). O outro lado da equação tem a ver com o doente, nomeadamente com a idade (quanto mais jovem melhor o prognóstico sexual), com a atividade sexual prévia (uma vida sexual prévia com baixa frequência coital e com dificuldades eréteis está associada a pior desfecho pós cirúrgico) e com a morbilidade geral (tabagismo, diabetes ou compromisso vascular prévios são fatores com impacto negativo sexual).

A reabilitação peniana pós cirúrgica é ainda tema de grande debate e de muita incerteza. Embora seja relativamente fácil entender a importância de capacitar a rápida e eficaz oxigenação dos tecidos cavernosos ou de antagonizar os processos pró-fibróticos penianos, não existe ainda uma solução única e aplicável a todos os casos. Os muitos estudos e ensaios nesta área têm falhado em encontrar um protocolo devidamente validado e eficaz. A maioria dos profissionais médicos adotam esquemas de tratamento (como o caso do esquema do Memorial Sloan Kettering Cancer Center) que assentam na utilização dos inibidores da PDE5 (em dose máxima ou submáxima, com tomas diárias ou semanais), na utilização das drogas vasoativas pró eréteis injetáveis (*alprostadil*), associando estatinas como a rosuvastatina e/ou anti hipertensores como o irbesartan ou o neбиволol, com avaliações subjetivas e objetivas, utilizando questionários como o IIEF, com apoio multidisciplinar (p.ex. andro psicologia). Nos casos em que todas as alternativas falharam e o tempo (12-18 meses) pós cirúrgico não evidenciou qualquer tendência de melhoria da DE, restará a colocação de prótese peniana (discutida noutra capítulo).

BIBLIOGRAFIA

1. Standard practice in Sexual Medicine – Porst, Buvat – Blackwell publishing – ISSM
2. European Association of Urology Guidelines – 2014 Edition
3. Campbell-Walsh Urology, 4-Volume Set, 10th Edition
4. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine 2012 – Porst, Reisman

XII
**A SEXUALIDADE
E A IDADE**

SEXUALIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Nuno Monteiro Pereira

Diretor - iSEX Associação para o Estudo Avançado da Sexualidade Humana
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Se é indiscutível que os esteroides gonadais desempenham um papel particularmente importante na diferenciação psicosexual do indivíduo, especialmente na puberdade, quando reforçam a identidade sexual e os padrões de comportamento, a identificação de género não é apenas determinada pelas hormonas gonadais. É fundamental o processo de aprendizagem que se desenvolve durante os primeiros anos de vida. Na verdade, a identidade de género – eu sou homem ou sou mulher – está completamente estabelecida até aos 24 meses de idade. O desenvolvimento sexual é um processo mais lento, que se estende pela idade infantil e juvenil até atingir, no final da adolescência, a maturação sexual e reprodutora completa.

Período Infantil

A diferenciação psicosexual desenvolve-se logo após o nascimento, embora os psicanalistas gostem de pensar que se iniciou ainda mais cedo, na vida fetal. A infância vai ser um período riquíssimo na aprendizagem dos afectos, fundamental para a estruturação da vida relacional da criança, incluindo a sua sexualidade. Tanto a mãe como o pai vão atribuindo ao bebé um género sexual, que quase sempre corresponde ao sexo anatómico. Esta atribuição projetada sobre o bebé, em parte consciente, em parte inconsciente, vai deixar marcas fundas na construção da sua identidade de género (Coimbra, 1996).

Depois do nascimento, produz-se uma diminuição dos níveis circulantes de hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) e de esteroides de origem placentária, com um aumento da resposta à secreção pulsátil de GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*), o que origina fortes descargas episódicas de gonadotrofinas até aos seis meses de vida nos rapazes e até ao um ano nas meninas. Curiosamente, os níveis de esteroides gonadais circulantes, não placentários, também aumentam neste período.

Mas, tanto no sexo masculino como feminino, após o primeiro ano de vida dá-se a inibição do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, ou porque se intensifica o efeito inibitório do SNC ou porque aumenta a sua sensibilidade a esse efeito inibitório. Como resultado, o gerador hipotalâmico pulsátil de GnRH diminui de amplitude e frequência. Diminui também a sensibilidade das gonadotrofinas hipofisárias à ação da hormona. Os níveis circulantes de gonadotrofinas e de esteroides sexuais passam a ser muito baixos, o que vai caracterizar toda a infância. O facto da inibição do eixo persistir, mesmo na ausência de gónadas, faz pensar que o papel do mecanismo inibitório dos esteroides sexuais sobre o eixo é muito pouco importante neste período, ao contrário do que acontecia no período fetal.

Entre os 12 e os 24 meses, a criança começa a dar atenção cada vez maior ao mundo que a rodeia, criando o sentimento de haver dois sexos, e dela própria pertencer só a um deles. Ao mesmo tempo consolida a ideia de que existe uma geração de grandes, a dos pais, e uma geração de pequenos, a dela própria.

Progressivamente começa a gostar do seu corpo, a mostrá-lo, a obter prazer com ele, nomeadamente com a manipulação do pénis para práticas masturbatórias. Gostam de brincar aos pais e às mães, brincar ao escuro. Dão-se os primeiros jogos sexuais. Muitas dessas condutas são censuradas, porque não são socialmente aprovadas. É o primeiro contacto com a realidade social. Mas o desenvolvimento psicosexual não pára, não se interrompe. E a criança vai descobrindo novos sentimentos, como a ternura e o carinho. Surge o interesse pela atividade física, a curiosidade intelectual, o desenvolvimento das faculdades mentais. Torna-se assim possível a escolarização.

Período Juvenil

Entre os seis anos e a chegada da puberdade, continua a inibição do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, com baixa atividade do gerador hipotalâmico pulsátil de GnRH e com baixos níveis circulantes de gonadotrofinas e esteroides sexuais. Neste período, os mecanismos de controlo hipotálamo-hipofisário são cerca de cinco vezes superiores aos da idade adulta.

Mas neste período, tanto nos rapazes como nas meninas, inicia-se a adrenarquia, ou seja o processo de maturação da glândula suprarrenal, que é independente da produção de ACTH (*Adrenocorticotropic Hormone*) e de LH (*Luteinizing Hormone*) e que tem como consequência o aumento da produção de androgénios. Como o aumento de esteroides suprarrenais é anterior à puberdade, chegou a postular-se que estes poderiam facilitar a maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e contribuir para a chegada da mesma. Grande número de estudos clínicos indica que os dois fenómenos são independentes e que cada um deles pode ser ativado sem o outro (ap. Grumbach *et al.*, 1990). Sendo assim, os níveis normais de esteroides suprarrenais não exercem um papel fundamental na chegada da puberdade, só intervindo para estimular o crescimento dos pelos púbicos e axilares.

É na idade juvenil que se dá a maturação do SNC e dos nervos periféricos, o que permite uma maior capacidade intelectual e a realização de movimentos físicos cada vez mais coordenados. O crescimento longitudinal do corpo, a partir dos seis anos e até à pré-adolescência, torna-se relativamente constante, com um incremento de cerca de seis centímetros por ano, tanto no rapaz como na rapariga. O aumento da estatura acompanha-se de um aumento de peso de cerca de 3-3.5 kg por ano (Frisch e Révelle, 1990). O tecido linfático do timo, do baço e de outras localizações viscerais atinge, durante este período, o seu máximo desenvolvimento, excedendo mesmo o que irá existir na idade adulta.

O período juvenil é o da idade escolar. Descobre o entusiasmo, a amizade e o companheirismo. Há uma clara atenuação do interesse pelos colegas do sexo oposto. Em breve virá a tempestade da adolescência.

Puberdade e Adolescência

A puberdade é o período de desenvolvimento fisiológico durante o qual aparece a fertilidade e o corpo começa a adquirir os caracteres sexuais secundários. Definem-se, afinal, as diferenças somáticas essenciais entre o género masculino e feminino.

No processo contínuo do desenvolvimento corporal, a puberdade masculina é marcada pelo aparecimento das primeiras ejaculações noturnas (na rapariga pela menarca). A idade da chegada da puberdade é variada, geralmente mais tarde no sexo masculino do que no feminino, situando-se entre os 12-14 anos no rapaz e os 11-15 anos na rapariga. Entre os factores que contribuem para essa variabilidade conhecem-se os genéticos, nutritivos, económicos, sociais. A puberdade marca o fim da infância e o início da adolescência.

A adolescência deve ser considerada o verdadeiro período de transição entre o estado ju-

venil e a idade adulta, onde, para além de se desenvolverem os caracteres sexuais secundários e haver uma clara aquisição da capacidade de procriar, se intensifica o crescimento corporal e têm lugar profundas modificações psicológicas. O seu começo coincide com a puberdade. O seu termo varia de acordo com os critérios físicos, mentais, emocionais, culturais e sociais que definem a adultícia, mas habitualmente situa-se entre os 18 e os 20 anos.

Alguns autores defendem existir um período pré-puberal, que se inicia pelos 12 anos nos rapazes e pelos 10 anos nas raparigas. Nesse período começa a haver uma diminuição progressiva do efeito inibitório do SNC sobre o gerador hipotalâmico pulsátil de GnRH e sobre a libertação de gonadotrofinas. Daí resulta um progressivo aumento, geralmente noturno, da amplitude dos pulsos de GnRH e de gonadotrofinas, com o conseqüente aumento da libertação de esteroides sexuais pelas gónadas (Conte e Grumbach, 1994).

As modificações físicas da puberdade são o resultado da crescente e uma fortíssima ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, com aumento da produção de FSH (*Follicle-Stimulating Hormone*) e de LH e a ativação da produção dos esteroides sexuais. São estes que induzem o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a aquisição da capacidade reprodutora, com o aparecimento da espermatogénese (ou das ovulações, na rapariga). Os mecanismos que levam à estimulação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal devem-se não só à acentuada diminuição da inibição que o SNC estava a exercer sobre o gerador hipotalâmico pulsátil de GnRH, como também à diminuição da sensibilidade do eixo hipotálamo-hipófise ao efeito inibidor dos esteroides gonadais. A dupla ação desses mecanismos vai produzir um aumento da amplitude e frequência dos pulsos hipotalâmicos de GnRH. Se na pré-puberdade e no início da puberdade há uma associação clara entre o sono e a libertação pulsátil da hormona, gradualmente a sua produção estende-se a todo o dia, adquirindo os padrões pulsáteis da idade adulta, ou seja, cerca de um pulso cada 90 minutos. Também, de início, a produção hipofisária de FSH e de LH é exclusivamente noturna, mas pouco a pouco adquire os padrões pulsáteis do adulto, bastantes constantes no sexo masculino e fortemente variáveis ao longo do ciclo ovárico feminino.

A dessensibilização do hipotálamo e da hipófise ao efeito negativo dos esteroides sexuais, determina um novo equilíbrio de retrocontrolo, que perdurará durante toda a idade adulta. Nas raparigas, com a puberdade, estabelece-se um retrocontrolo positivo entre estrogénios e LH, que se dá diretamente a nível hipofisário. Para isso acontecer é necessário que a hipófise esteja exposta a elevadas concentrações de GnRH, mecanismo indispensável para que surja a menarca e comecem as ovulações. Nos rapazes esse retrocontrolo positivo entre androgénios e LH não acontece.

Para além das modificações pubertárias sobre o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, outras glândulas endócrinas igualmente aumentam a sua atividade. É o caso da tiroideia, com uma atividade aumentada de tiroxina e de TBG (*Thyroxine Binding Globulin*), e o caso das glândulas suprarrenais, que aumentam a sua produção de esteroides contribuindo para o desenvolvimento dos pelos axilares e púbicos.

Modificações Corporais da Adolescência Masculina

Como vimos, as primeiras mudanças fisiológicas pubertárias masculinas surgem entre os onze e doze anos, devidas ao aumento da produção das gonadotrofinas hipofisárias, que induzem a produção testicular de testosterona. A primeira consequência do início da produção de testosterona é o aumento do escroto e dos próprios testículos. Cerca de um ano depois, pelos treze anos, o pénis começa a aumentar de dimensões e surgem os primeiros pelos púbicos. Temporariamente há um aumento da produção de estrogénios, cujo efeito feminizante se faz notar pelo aparecimento de um certo desenvolvimento mamário, que só vai entrar em re-

gressão quando a produção de testosterona se tornar preponderante. No decorrer dos três ou quatro anos seguintes, a pilosidade púbica intensifica-se, passa a apresentar uma configuração losangonal típica, aumenta a pigmentação do escroto e do pênis, surgem os pelos axilares e a penugem que prenuncia o bigode e a barba.

Do ponto de vista sexual, as ereções espontâneas são cada vez mais frequentes, tornando-se objecto de crescente autointeresse. As primeiras ejaculações, resultado da maturação da próstata e do início da espermatogénese, aparecem durante o sono ou no decorrer de manipulações do pênis. As características sexuais secundárias intensificam-se, nomeadamente a pilosidade facial e corporal. Inicia-se a masculinização da silhueta, com o aumento da estatura, o alargamento dos ombros, o desenvolvimento muscular. A mudança da voz deve-se à modificação da laringe. Aparece a acne e o comedão, o odor do suor modifica-se.

Durante toda a adolescência há um crescimento contínuo do corpo, que só termina na idade adulta. Esse crescimento é mais acentuado nos meses primaveris. O crescimento máximo na adolescência masculina dá-se entre os 12-16 anos, com cerca de 10,5 cm/ano (Frisch e Révelle, 1990).

Modificações Corporais da Adolescência Feminina

A puberdade das meninas começa por volta dos nove ou dez anos, cerca de um ano mais cedo do que nos rapazes, também devida ao aumento da produção das gonadotrofinas hipofisárias, que induzem o início da produção ovárica de estrogénios e as consequentes modificações corporais. As mamas são os primeiros caracteres secundários a desenvolverem-se, seguidas do crescimento dos ovários, da vagina, dos lábios vaginais, do clítoris e do aparecimento da pilosidade púbica. Pelos doze anos surge a menarca, isto é, a primeira menstruação consequência do início do desenvolvimento folicular e das ovulações. Transitariamente pode haver um aumento da produção de androgénios, cujo efeito masculinizante se faz notar pelo aparecimento de acne e alguma ligeira pilosidade facial, que só entram em regressão quando a produção de estrogénios se tornar dominante. No decorrer dos dois ou três anos seguintes, a pilosidade axilar e púbica intensifica-se, passando esta última a apresentar uma configuração triangular. A estatura aumenta e há alargamento das ancas, definindo-se progressivamente a feminização da silhueta, crescimento que só termina na idade adulta. Esse crescimento é mais acentuado nos meses primaveris. O crescimento máximo na adolescência feminina dá-se entre os 11-15 anos, numa média de 9 cm/ano (Frisch e Révelle, 1990).

A composição corporal é, antes da puberdade, semelhante nos dois sexos. Depois, surgem diferenças importantes na proporção de água no organismo (cerca de 60% nos rapazes e 50% nas raparigas), na massa muscular e esquelética (1,5 vezes mais abundante no homem do que na mulher) e na percentagem de gordura no corpo, tendo as raparigas quase o dobro da gordura dos rapazes, facto que não pode ser dissociado do facto de o tecido adiposo formar estrogénios a partir de precursores esteroides e leptina, com ação sobre a LH.

Alterações Psicológicas e Comportamentais na Adolescência

Na adolescência, as importantes alterações da aparência são acompanhadas de importantes alterações psicológicas, essencialmente de adaptação às novas circunstâncias físicas, sociais e intelectuais.

Os adolescentes têm de descobrir, sofrer e assumir todas as mudanças que os atingem. As modificações dos órgãos genitais e da conformação do corpo, com mudanças de tamanho e forma, alteram o seu autoconceito de imagem corporal. De um corpo muito pouco sexuado o rapaz e a rapariga passam, em poucos anos, a um corpo reconhecidamente sexuado.

A incerteza sobre o futuro da aparência cria uma sensação de insegurança sempre que surgem algumas dessincronias como, por exemplo, avanço ou atraso em relação aos outros, excesso de peso ou de altura, genitais pequenos, etc.. Na tentativa de prever e controlar as suas transformações corporais, o adolescente observa-se permanentemente, usa espelhos. E umas vezes aceita o que vê, com um entusiasmo que roça o narcisismo, outras vezes rejeita totalmente. A focalização em certos órgãos ou partes do corpo, cujo aspecto considera pessoal e socialmente inaceitáveis, é frequente.

Sendo funcionais, muitas das mudanças psicológicas e de comportamento da adolescência estão completamente incorporados nas nossas normas culturais e institucionalizadas nas normas da nossa sociedade. A psicanalista Evelyne Kestemberg (1962) definia a resposta da adolescência a todas estas modificações como «um movimento necessário que arrasta uma reestruturação, ora feliz ora mórbida, da personalidade, mas em que em si mesma não é patológica». Na verdade, a naturalidade fisiológica das transformações é fundamental, já que a regra é uma capacidade de adaptação harmoniosa e equilibrada a todas estas mudanças.

Dentro da progressiva consciencialização do seu corpo, um factor assume, a partir de certa altura, uma importância enorme: a confirmação da capacidade erótica dos corpos, nomeadamente do próprio corpo. As mudanças dão a entender ao adolescente, masculino ou feminino, que em breve estará apto para a função sexual do adulto. Essa percepção é particularmente notada pela rapariga. A libido dos dois géneros permanece concentrada nas diferentes modificações que ocorrem no corpo, particularmente nas regiões sexuais. Existe um consequente fortalecimento dos impulsos sexuais e agressivos dos jovens.

Com os primeiros sinais da capacidade sedutora, passa a existir uma severa autoexigência em matéria de vestuário, de penteado, de postura. Um certo pudor esquivo é uma reação habitual e normal. Em particular, o órgão sexual é encarado pelos rapazes como o símbolo da sua virilidade, inscrito na convicção de que um homem é um homem pelo seu pênis. Na verdade, na sociedade ocidental e em diversas outras culturas humanas, toda a estrutura social, toda a estereotipia de educação do masculino fundamenta-se no pênis, elemento diferenciador com raízes arcaicas. Essa percepção simbólica dos órgãos genitais é muito menos evidente nas raparigas, que habitualmente focalizam a sua diferenciação corporal nas mamas, nos glúteos ou nos cabelos (Pereira, 2007).

A autoestima e o modo como cada adolescente se julga a si próprio, quase exclusivamente através da aparência, desenvolve a exigência de um ideal, que muitas vezes pode levar a uma exagerada avaliação de si próprio, tornando-se extremamente crítico para com qualquer mínima imperfeição ou anormalidade. Uma autoimagem negativa pode constituir uma variável moderadora para o desajustamento emocional, através da sua associação com a autoestima. A autoestima é um factor de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de perturbações psicológicas ou simplesmente para a perda de qualidade do ajustamento sócio-emocional dos adolescentes (Pereira, 2003).

Parece estar bem estabelecido que a autoimagem negativa é uma variável que contribui para uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações psicológicas individuais (Pascoal *et al.* 2013). No campo da sexualidade os modelos cognitivos têm tradicionalmente associado a autoimagem à qualidade das relações sexuais. Indivíduos com má imagem corporal ou indivíduos narcisistas têm maiores níveis de auto-focus durante a atividade sexual o que pode funcionar como um distrator dos estímulos eróticos (Emmons, 1987). As pessoas com autoimagem corporal negativa percebem-se como mais incapazes sócio-sexualmente e mais auto-inefazes para ser sexualmente bem-sucedidas o que pode levar à diminuição do número dos encontros sexuais. Isso pode ser dramático para um adolescente.

BIBLIOGRAFIA

1. Coimbra AM. Percursos de identidade: processos transformadores. *Rev Port Pedopsiquiatria* 1996; 11: 22-33.
2. Conte FA, Grumbach MM. Bearing of abnormalities of sex differentiation on the hypothalamic-pituitary-gonadal axis at puberty. In: Serio M, eds. *Sexual Differentiation: Basic Clinic Aspects*. New York: Raven Press; 1994.
3. Emmons RA. Narcissism: Theory and measurement. *J Personality Soc Psych* 1987; 52: 11-17.
4. Frisch RE, Revelle R. Height and weight at menarche and a hypotheses of critical body weights and adolescent events. *Science* 1990; 169: 397-399.
5. Grumbach MM, Sizonenko PC, Aubert ML. Control of the onset of puberty. New York: Williams e Wilkins; 1990.
6. Jost A. Genetic hormonal factors in sex differentiation of the brain. *Psychoendocrinology* 1983; 2: 183-193.
7. Kestemberg E. L'identité e l'identification chez les adolescents. In: *Psychiatrie de l'enfance*. Paris; 1962: 441-522.
8. Nunes JS. Alterações da identidade sexual. In: Gomes FA, Albuquerque A, Nunes JS. (eds.). *Sexologia em Portugal vol.1*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, 1987.
9. Pascoal P, Narciso I, Pereira NM. Predictors of body appearance cognitive distraction during sexual activity in men and women. *J Sex Med* 2012; 9-11, pp.2849-2860.
10. Pereira NM, Pascoal P, Lima ML. Estudo ICORHP (Imagem Corporal do Homem Português): insatisfação corporal masculina e sexualidade. *Androl Saude Sexual* 2003, 1: 55-68.
11. Pereira NM. Construção da identidade sexual In: Pereira NM. *Pénis: da masculinidade ao órgão masculino*. Ed. Lidel, Lisboa; 2007.

HIPOGONADISMO DE INÍCIO TARDIO

Pepe Cardoso

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora

INTRODUÇÃO

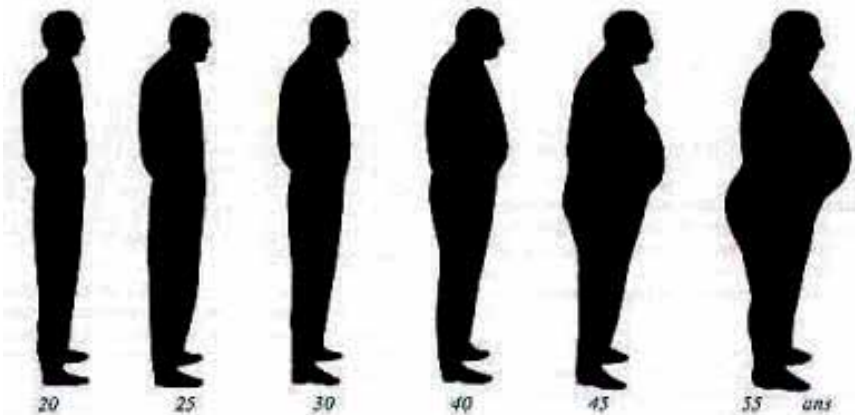
O hipogonadismo masculino é uma síndrome clínica que resulta da falência testicular em produzir níveis fisiológicos de testosterona.

O envelhecimento do homem é acompanhado de sintomas e sinais que se associam a uma deficiência androgénica, como a diminuição da massa e força muscular, aumento da gordura abdominal, principalmente visceral com resistência à insulina e perfil lipídico aterogénico, diminuição da libido, diminuição pilosa, osteoporose, diminuição da performance cognitiva, depressão, angústia, insónia, sudorese, disfunção erétil e diminuição da sensação de bem-estar geral.

A correlação entre toda a sintomatologia e os níveis de testosterona é inquestionável, contudo constitui só um dos factores responsáveis pelo envelhecimento, o qual tem origem multifatorial.

Todo este processo insidioso, heterogéneo, com sinais e sintomas persistentes que leva ao hipogonadismo e ao envelhecimento masculino tem sido denominado como andropausa, ou mais apropriadamente como *hipogonadismo* de início tardio ou *ADAM* (denominação inglesa para deficiência androgénica no envelhecimento masculino), ou *PADAM* (denominação inglesa para deficiência androgénica parcial no envelhecimento masculino).

A patogénese da diminuição de testosterona em homens com idades superiores a 40 anos envolve pelo menos 3 mecanismos: diminuição da capacidade testicular de produzir testosterona decorrente da diminuição do nº de células de Leydig quanto à sua capacidade de resposta a LH; alterações da regulação neuroendócrina em função de uma secreção pulsátil do LH mais atenuada e desordenada, com uma aparente falha no mecanismo de feedback; aumento independente da capacidade de ligação ao SHBG resultando na diminuição da testosterona disponível.



Epidemiologia

Estima-se que 1 a 2 por cada 100 homens sofre de hipogonadismo e que cerca de 20% de todos os idosos em todo o mundo sofrem desta síndrome.

Nos EUA há uma prevalência aproximada de 4-5 milhões, numa população idosa de 40 milhões e as prescrições de testosterona aumentaram 15 vezes (de 122 mil para mais de 1.8 milhões) entre 1992 e 2002.

O *Estudo MMAS* apurou uma prevalência de 6 a 12% enquanto o estudo *HIM (Hipogonadism in Males)* encontrou uma prevalência de 39% em homens com idades maiores que 45 anos e 50% acima dos 85 anos.

A *European Male Aging Study* que incluiu 3220 homens entre 40-70 anos, demonstrou uma queda anual de 0.4% dos níveis de testosterona total e de 1.3% de testosterona livre.

De todos os homens considerados hipogonádicos, apenas 5-35% receberam tratamento. Isso denota que ainda existem controversas em relação a esta situação.

Diagnóstico

O diagnóstico de hipogonadismo de início tardio deve ser fundamentado na clínica que na maioria das vezes é pouco florida, recorrendo a questionários validados, e ao laboratório com o doseamento da testosterona total, testosterona livre, LH e SHBG.

Avaliação clínica

O diagnóstico clínico é baseado nos sintomas e sinais clínicos associados ao hipogonadismo, nomeadamente diminuição da libido, disfunção erétil principalmente desaparecimento das ereções nocturnas, depressão, fadiga, irritabilidade fácil, alterações da memória e do sono, desorientação espacial diminuição da massa e força muscular, aumento do tecido adiposo, osteoporose, diminuição do volume testicular.

Dos vários questionários usados no diagnóstico do hipogonadismo tardio destacam-se o questionário de *Smith- MMAS (Massachusetts Male Aging Study)*, o *AMS (Aging Males Symptom)* a que apresenta melhor desempenho na clínica e o questionário *ADAM (Androgen Deficiency in the Aging Males)* desenvolvido pela Universidade de Saint Louis.

O questionário *ADAM* tem como base os dez sintomas mais comuns observados em homens com níveis baixos de testosterona (diminuição do desejo sexual, diminuição da força, disfunção erétil, irritação, etc.) e que foram usados para o desenvolvimento deste questionário, apresentando este uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 60%.

O questionário de *Smith*, um auto-questionário com oito questões, foi desenvolvido a partir das respostas dadas por homens com idades compreendidas entre os 40 e 70 anos e que participaram no *Massachusetts Male Aging Study (MMAS)* e apresenta uma sensibilidade de 76% e uma especificidade de 49%.

Finalmente o questionário *AMS (Aging Male's Symptom)*, um auto-questionário, que tal como os anteriores avalia sintomas, contudo é um questionário longo e pouco útil no diagnóstico de hipogonadismo tardio, sendo mais útil para comparar a qualidade de vida e saúde global antes e após uma eventual terapêutica de reposição hormonal. Apresenta 17 questões sobre 3 aspectos: sexual, físico e psicológico.

Avaliação laboratorial

A testosterona apresenta-se no organismo na sua forma circulante ligada a proteínas (SHBG e albumina) e correspondendo a cerca de 98% da testosterona corporal total e na sua forma livre, biologicamente activa (livre de proteínas) correspondendo a 2% da testosterona total.

O diagnóstico laboratorial é efectuado através do doseamento da testosterona total devendo a colheita ser efectuada durante a manhã (ritmo circadiano – colheita entre as 8h00 às 10h00) tendo valores de referência muito variados em pelo menos dois doseamentos. Existem autores que aconselham cifras de referência de > 346 ng/dl ou > 12 nmoles/l e outros de 300 ng/dl. Assim o diagnóstico faz-se quando temos valores de TT < 300 ng/dl ou < 231 ng/dl ou < 8nmol/l conforme os autores.

Na avaliação é importante o pedido de outras análises subsidiárias como: perfil lipídico, hemograma, PSA, função hepática, função tiroideia, glicémia e prolactinémia.

De acordo com o descrito conclui-se que o diagnóstico de hipogonadismo masculino tardio deve basear-se na clínica, por vezes pobre, e nos valores laboratoriais da testosterona plasmática abaixo do limite inferior definido para a população em geral.

Tratamento

A terapêutica de reposição androgénica em homens hipogonádicos está bem definida contudo no hipogonadismo masculino tardio permanece controversa.

De modo geral podemos afirmar que a reposição androgénica está indicada quando à presença de sintomas de hipogonadismo se associam valores de testosterona total abaixo de 300 ng/dl e testosterona livre abaixo de 6,5 ng/dl, definindo a *Organização Mundial de Saúde (OMS)* que o principal objectivo desta terapêutica é manter os níveis de testosterona próximos das concentrações fisiológicas ou elevados o suficiente para aliviar a sintomatologia e restaurar o bem-estar físico, psíquico e sexual, melhorando assim a qualidade de vida.

A terapêutica de reposição androgénica deve aliviar todos os sintomas relacionados com a deficiência hormonal. Está contra-indicada de forma absoluta no carcinoma da próstata não tratado com intuito curativo, no carcinoma da mama do homem e nos prolactinomas e de forma relativa na apneia do sono, na LUTS severa e nas situações de eritrocitose/poliglobulia.

Terapêuticas disponíveis

- Enantato de testosterona 250 mg, administração intramuscular (IM) cada 2 ou 3 semanas
- Propionato 30 mg + fenilpropionato 60 mg + isocaproato 60 mg + decanoato 100 mg, administração intramuscular (IM) cada 2 ou 3 semanas
- Undecanoato de testosterona 1000 mg, administração intramuscular (IM) cada 3 meses
- Dihidrotestosterona gel, administração tópica diária
- Testosterona, adesivo transdérmico, administração tópica diária

Riscos potenciais da terapêutica de reposição androgénica

- Exacerbação de doença prostática – adenocarcinoma da próstata – não diagnosticada
- Aumento do risco de doença cardiovascular (controverso)
- Hepatotoxicidade
- Apneia do sono
- Ginecomastia
- Diminuição do volume testicular
- Acne, oleosidade cutânea
- Aumento da pilosidade
- “Flushing”
- Irritação cutânea (gel ou adesivos)
- Aumento da agressividade e de propensão a crimes sexuais (controverso)

Tem havido muita discussão á volta da correlação entre a terapêutica de reposição da testosterona (TRT) e a ocorrência de carcinoma da próstata, mas actualmente existem definidos níveis de evidência e graus de recomendação para as seguintes conclusões:

- O risco de carcinoma da próstata (CaP) não se correlaciona com os níveis séricos de testosterona
- A TRT em doentes seleccionados não aumenta o risco de CaP
- Altas concentrações de testosterona não se correlacionam com pior prognóstico de CaP
- Homens com CaP com níveis de PSA indetectáveis podem ser incluídos em programas de TRT
- Testosterona baixa não é factor preditor de CaP

O doente sob terapêutica de reposição da testosterona, para além da avaliação inicial com finalidade diagnóstica, deve ser avaliado a cada três ou seis meses durante o primeiro ano de tratamento e com intervalos menores nos anos seguintes para despiste de eventuais complicações.

BIBLIOGRAFIA

1. Christ-Crain M, Mueller B, Gasser TC, Kraenzlin M, Trummler M, Huber P, et al. Is there a clinical relevance of partial androgen deficiency of the aging male? J Urol 2004; 172:624-7.
2. Kalache A. Gender-specific health care in the 21st century: a focus on developing countries. Aging Male 2002; 5:129-38.
3. Liverman CT, Blazer DG. Testosterone and aging: clinical research directions. Institute of Medicine. Washington: National Academies Press; 2004.
4. Rhoden EL, Morgentaler A. Risks of testosterone-replacement therapy and recommendations for monitoring. N Engl J Med 2004; 350:482-92
5. Szulc P, Claustrat B, Marchand F, Delmas PD. Increased risk of falls and increased bone resorption in elderly men with partial androgen deficiency: the MINOS study. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88:5240-7.
6. Vermeulen A. Androgen replacement therapy in the aging male: a critical evaluation. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86:2380-90.
7. Nieschlag E, Behre HM(eds). Andrology: male reproductive health and dysfunction. 3rd edn, Heidelberg: Springer, 2010
8. Morley JE, Charlton E, Patrick P, Kaiser FE, Cadeau P, McCready D, Perry HM. Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. Metabolism.2000; 49:1239-1242
9. Wang C et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA, and ASA recommendations. J Androl 2009; 30:1-9
10. Seftel AD. Male hypogonadism. Part I: epidemiology of hypogonadism. Int J Impot Res 2006; 18:115-20
11. Morgentaler A. Testosterone replacement therapy and prostate cancer. Urol Clin North Am 2007; 34:55z3.
12. Shabsigh R et al, Testosterone therapy in hypogonadal men and potential prostate cancer risk: a systematic review, IJIR 2009; 21:9-2.

MENOPAUSA

Alexandra Henriques

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

João Pedro Lopes

Interno de Formação Específica de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital de Santa Maria

Ana Luísa Ribeirinho

Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Introdução

Define-se menopausa como a cessação permanente dos ciclos menstruais, determinada retrospectivamente após 12 meses de amenorreia sem outra causa óbvia fisiológica ou patológica. Ocorre em média aos 51 anos e reflecte uma depleção ovárica completa, ou quase completa, com consequente hipoestrogenismo e aumento de FSH (*follicle-stimulating hormone*).

A menopausa antes dos 40 anos é considerada anormal e designa-se falência ovárica prematura e requer investigação e tratamento adequados. O período de transição da menopausa, ou peri menopausa, ocorre após os anos reprodutivos, mas antes da menopausa e é caracterizado por ciclos menstruais irregulares, alterações endócrinas e sintomatologia variada onde se destacam os sintomas vasomotores.

Quanto mais precoce for a menopausa, maior será o impacto na função sexual, relacionamento emocional e identidade sexual.

Biologia da Função Sexual

Os processos biológicos envolvidos na iniciação e resposta sexual são explicados como dependentes do estrogénio e da testosterona².

Hipoestrogenismo

A menopausa ocorre porque os ovários gradualmente deixam de responder à estimulação pelas gonadotrofinas FSH e LH (*follicle-stimulating hormone*, *luteinizing hormone*) levando a um declínio nos níveis cíclicos de estrogénio e progesterona. O hipoestrogenismo causa um espectro de sintomas dos quais se destacam os sintomas vasomotores, que tem um impacto significativo na vida da mulher, podendo por si só, causar diminuição da libido. A diminuição da produção de estrogénio está na génese da secura vaginal. A mucosa vaginal torna-se fina, pálida e perde as suas rugas. Diminui a quantidade de pelos púbicos, a gordura subcutânea e os tecidos elásticos que fazem com que os grandes e os pequenos lábios pareçam enrugados. O hipoestrogenismo prolongado torna os lábios menos sensíveis à estimulação táctil. Esta perda de sensibilidade resulta num menor inorgitamento e, consequentemente, menor resposta à estimulação sexual, levando a dispareunia.

Uma queixa comum é o desconforto durante a relação sexual e a ansiedade resultante pode

agravar a dispareunia. A atrofia pélvica, a diminuição da lubrificação vaginal, maior irritação e friabilidade da mucosa, podem resultar em dor ou desconforto vaginal durante a penetração.

Diminuição de testosterona²

Há estudos que sugerem que as alterações da libido relacionadas com as hormonas sexuais se podem atribuir mais à diminuição da testosterona do que à diminuição do estrogénio. Antes da menopausa, os ovários e as glândulas supra-renais produzem cerca de 50% da testosterona circulante, sendo os restantes 50% resultantes da conversão periférica de precursores produzidos no ovário e supra-renal. Assim com o avançar da idade o nível médio de testosterona circulante diminui gradualmente.

A testosterona parece ter um papel na manutenção da saúde sexual da mulher. Nas mulheres ooforectomizadas na pré-menopausa, a concentração de testosterona e estradiol séricos diminui aproximadamente 50% e 80%, respectivamente. Apesar da terapêutica de substituição com estrogénios, muitas mulheres em pós-menopausa cirúrgica demonstraram uma diminuição do desejo, da actividade sexual, do prazer e da sensação de bem-estar. A administração de testosterona em mulheres na pós-menopausa aumenta a actividade, o desejo sexual, o prazer e a frequência do orgasmo comparativamente à terapêutica de substituição com estrogénio isolado ou placebo.

Impacto na Sexualidade

A função sexual constitui assim um aspecto importante do bem-estar emocional e físico do ser humano ao longo da sua vida. Evitar que esta função se deteriore ou tratar as disfunções contribui para manter uma boa qualidade de vida.

De acordo com um estudo americano³, a disfunção sexual é mais frequente na mulher (43%) que no homem (31%).

Na população americana, a prevalência da disfunção sexual nas mulheres pós-menopáusicas varia entre 68-86,5%. Surge no período de transição da menopausa, altura em que ocorre uma diminuição dos níveis das hormonas sexuais.

A disfunção sexual causa um impacto negativo significativo na auto-estima, na qualidade de vida e causa perturbação emocional que leva a problemas relacionais².

A literatura acerca deste assunto é escassa, tem diferentes abordagens e resultados contraditórios. Isto pode estar relacionado com o facto de se tratar de um tema difícil de abordar quer pelo médico, quer pela doente e pela grande ênfase dada à investigação da disfunção sexual masculina.

A disfunção sexual na menopausa enquadra-se na definição segundo a 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (as disfunções sexuais são definidas como: “perturbações do desejo sexual e das alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual que causam desconforto marcado e dificuldade interpessoal”) e compreende os subtipos contemplados no relatório do *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction*⁴: perturbação do desejo sexual hipoactivo; aversão sexual; perturbação da excitação sexual; perturbação orgásmica; perturbação dolorosa sexual (engloba dispareunia e vaginismo).

Fisiopatologia/Factores Etiológicos

A principal causa da disfunção sexual na mulher idosa foi desde longa data atribuída à diminuição dos estrogénios. Hoje é entendida como um problema multicausal e multidimensional, que combina determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais.

A função sexual deteriora-se à medida que se avança da fase precoce para a fase tardia da

menopausa⁴. Há um declínio na resposta sexual, na frequência da actividade sexual e libido, em paralelo com um aumento da dispareunia e problemas no desempenho sexual do parceiro⁴.

Apesar da idade e declínio funcional poderem afectar a função sexual, quando é diagnosticada uma disfunção sexual, o médico deve excluir co-morbilidades e/ou efeitos deletérios da medicação² (Quadros 1 e 2). As doenças mais comuns relacionadas com disfunção sexual são: doença cardiovascular, diabetes, patologia do trato urinário inferior e depressão.

As perturbações da libido podem advir da dificuldade em atingir a excitação, por ser necessário mais tempo para haver lubrificação e pela antecipação do desconforto durante o coito.

Outros factores que podem ter um efeito inibitório da libido na mulher e no parceiro são: doenças da bexiga ou intestino, infecções vaginais, atrofia mamária e instabilidade vasomotora.

Com o avançar da idade, a bexiga torna-se fina, com diminuição do tónus e elasticidade. Estas alterações podem levar a incontinência urinária, disúria e cistites pós-coitais.

Avaliação da Doente

O interesse da mulher em discutir os aspectos da sua vida sexual com o seu médico é variável. Muitas vezes evita o assunto e não é fácil colher uma anamnese completa. Pode ser vantajoso utilizar um questionário de auto-preenchimento.

Deve-se excluir as várias disfunções sexuais: diminuição do desejo sexual, problemas com a excitação, incapacidade de atingir orgasmo, dor durante a relação sexual, imagem corporal negativa e diminuição da sua própria sensualidade e capacidade de atracção sexual⁴. Deve ser dada atenção às comorbilidades e respectiva medicação; excluir história de abuso sexual, dificuldades relacionais, factores psicológicos (ex. depressão).

Tratamento

Deve envolver o casal e precedido de informação ampla das verdadeiras expectativas.

A prioridade passa por corrigir os factores de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo) as causas orgânicas e as comorbilidades (Quadro 1).

Sugerir a modificação de alguns hábitos do casal de modo a evitar as rotinas e aumentar a libido (ex. marcar uma saída a dois diferente, recorrer a novos estímulos sexuais, livros, sex shops).

A mulher deve ser incentivada a melhorar a sua imagem, uma vez que a imagem que tem de si mesma afecta o seu interesse e satisfação sexual.

Antes de se iniciar terapêutica farmacológica devem ser consideradas e tratadas potenciais dificuldades relacionais e causas psicológicas. Está indicada a psicoterapia para melhorar a comunicação entre os casais e ajudar a ultrapassar obstáculos. Se existir doença psiquiátrica deverá haver acompanhamento por especialista.

Para a dispareunia resultante da atrofia vaginal a terapêutica de primeira linha é a utilização de lubrificantes não hormonais. Pretende-se que haja alívio sintomático inicial e, em associação com estimuladores vaginais, manter adequado o trofismo do epitélio vaginal. Os lubrificantes devem ser utilizados por rotina e não apenas durante o acto sexual. A mulher deve ser aconselhada a manter uma actividade sexual regular ou masturbação com diversos tipos de dilatadores vaginais, pois irá apresentar menores alterações tróficas. No entanto é desconhecido o tipo e frequência da actividade sexual necessária para prevenir a dispareunia e a estenose do intróito vaginal.

Os estrogénios tópicos vaginais em baixas doses melhoram a lubrificação, a atrofia, a irrita-

ção e diminuem a dispareunia. Actuam mantendo o pH vaginal acidificado, uma microflora adequada, o epitélio espessado e secretor evitando a secura vaginal. Parecem ser mais eficazes no tratamento da atrofia vaginal que a terapêutica sistémica.

Os preparados podem ser em creme ou comprimidos e podem ser mantidos indefinidamente.

Quando se opta por terapêutica hormonal (TH) sistémica, estrogénios e/ou progesterona deve ser explicada a existência de riscos, e a mulher entender que a sua utilização deve ser limitada. Neste momento apenas está indicada no tratamento da sintomatologia vasomotora.

Na disfunção sexual a TH parece ter efeito benéfico apenas nos primeiros anos após menopausa e quando esta se associa a dispareunia.

No entanto, quando uma mulher apresenta uma função sexual satisfatória antes da menopausa e inicia um quadro de alterações (ex. afrontamentos, suores nocturnos, perturbações do sono) a TH poderá levar a uma melhoria indirecta da qualidade sexual, por diminuir o impacto da sintomatologia na qualidade de vida.

Os moduladores selectivos dos estrogénios (*SERMs- Selective Estrogen Receptor Modulators*) com a sua acção agonista estrogénica a nível vaginal, poderão ser utilizados como alternativa, na atrofia vaginal, nos casos de dificuldade de aplicação dos estrogénios tópicos (ex. artrite grave, obesidade mórbida ou vulvodinia). As desvantagens são: a necessidade de toma diária e os efeitos secundários (afrontamentos, risco aumentado de tromboembolismo). Parecem ser eficazes na terapêutica da dispareunia quando comparados com o placebo, não existindo ainda estudos que o comparem com os estrogénios.

A administração de testosterona parece estar associada a uma melhoria na satisfação sexual, não se correlacionando essa melhoria com o nível de testosterona sistémica. A farmacocinética das preparações de testosterona na mulher é incerta e o doseamento analítico de testosterona total e livre tem fraca sensibilidade. Devem ser considerados os efeitos adversos: virilização, toxicidade hepática, perturbação do metabolismo dos lípidos, policitémia. Não existem estudos de segurança a longo prazo que avaliem o impacto no desenvolvimento de cancro da mama e eventos cardiovasculares. A administração transdérmica na dosagem de 300mcg/dia, durante seis meses, parece associada a uma melhoria da satisfação sexual sem aumento dos efeitos adversos. Em Portugal, temos disponível testosterona em gel para aplicação transdérmica na zona lombar ou nas coxas. A dose preconizada é 1,8 mg/24h ou 2,4 mg/24h, aplicados a cada 48 horas.

FACTORES DE RISCO POTENCIAIS PARA DIMINUIÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL²

· Idade
· Menopausa
· Incontinência urinária
· Disfunção do pavimento pélvico (partos, prolapso urogenital)
· Cirurgia (histerectomia, ooforectomia, bypass gástrico)
· Diabetes
· Doença Cardiovascular
· Disfunção neurológica ou vascular
· Obesidade
· Hiperlipidémia
· Hipertensão
· Osteoartrite
· Esclerose múltipla
· Insuficiência renal
· Insuficiência hepática
· Doença pulmonar
· Endometriose
· Fibromiomas
· Cancro (ex. Mama)
· Hiperprolactinémia
· Hipotiroidismo
· Abuso de substâncias (tabaco, álcool)
· Problemas psicossociais
· Depressão
· Ansiedade

Quadro 1

MEDICAMENTOS QUE PODEM CAUSAR, INTERFERIR OU AGRAVAR A FUNÇÃO SEXUAL²

· Antipsicóticos (ex. Olanzapine, risperidona)
· Antiepilépticos (lamotrigina, gabapentina, topiramato)
· Antihipertensivos: beta-bloqueantes, bloqueadores ganglionares (reserpine/metildopa), niacin, fibratos, clonidine, espironolactona
· Contraceptivos hormonais
· Antidepressivos (inibidores selectivos da recaptção da serotonina, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina oxidase, lítio, benzodiazepinas)
· Medicação neuroléptica (antagonistas dopaminérgicos)
· Diuréticos, tiazidas
· Álcool
· Uso de drogas ilícitas (marijuana, cocaine, heroína, metadona)
· Antiparquinsónicos
· Cimetidina
· Esteróides

Quadro 2

BIBLIOGRAFIA

1. Casper R. Clinical manifestations and diagnosis of menopause. www.uptodate.com acessado em 25/02/2014.
2. Addis B., Van Den Eeden K., Wassel-Fyr L., et al. Sexual Activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol.* 2006;107:755-764.
3. Bachmann G., Santen R. Treatment of vaginal atrophy. www.uptodate.com acessado em 02/01/2014.
4. Natri O., et al. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 5;6:CD009672. doi: 10.1002/14651858.CD009672.pub2.

ENVELHECIMENTO E SEXUALIDADE

Nuno Monteiro Pereira

Diretor - iSEX Associação para o Estudo Avançado da Sexualidade Humana
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Todos os estudos demográficos mostram um progressivo aumento da quantidade de idosos nos países desenvolvidos. Nos últimos cem anos, em Portugal, por exemplo, praticamente duplicou o valor da expectativa de vida dos homens e das mulheres. Esse desenvolvimento deve-se principalmente à melhoria das condições de higiene, à vacinação maciça, o aparecimento dos antibióticos, a terapêuticas mais eficazes, a uma melhor prevenção da doença aguda com a idade. Com cada vez maior número de pessoas a alcançarem uma idade avançada, os problemas de saúde dos velhos, assim como os sociais e psicológicos, assumem um papel cada vez mais importante na prática clínica e na investigação médica.

Envelhecimento Biológico

É certo que envelhecer é um processo fisiológico normal. Ficar-se velho não é uma doença. Mas, no envelhecimento, o corpo sofre uma série de modificações funcionais cuja tendência é a redução da eficácia de todos os órgãos e sistemas. Essa perda de eficácia é particularmente evidente no sistema endócrino, no sistema nervoso, no sistema locomotor e no sistema tegumentar.

A nível do sistema endócrino, no homem, com a chegada dos 60 anos diminui a produção de testosterona, dehidroepiandrosterona, prolactina, melatonina e hormona gonadotrófica. Ao invés, aumenta a hormona luteinizante, a foliculosestimulina e os estrogénios.

Dentre os sinais biológicos resultantes dessas alterações hormonais sobressaem os sinais devidos ao défice parcial androgénico. Surge enfraquecimento muscular, osteoporose, alopecia, diminuição geral da pilosidade, aparecimento de adiposidades, situações de taquicardia, irritabilidade, rubores faciais, diminuição qualitativa e quantitativa da atividade sexual. O aumento relativo de estrogénios pode provocar ginecomastia. A insónia surge pela diminuição de melatonina.

A nível do sistema nervoso, o volume cerebral diminui progressivamente, particularmente a camada granular do neocórtex, sede da capacidade intelectual, da imaginação e da fantasia. Os neurotransmissores cerebrais diminuem também de concentração e a capacidade sensorial, especialmente a visual e a auditiva, começa a deteriorar-se, com todas as consequências sobre a vida de relação. Dentre os sinais claros e visíveis do envelhecimento, relevam ainda a perda de capacidade cognitiva e a perda de memória.

A falência do sistema locomotor exprime-se pelo progressivo enfraquecimento muscular, pelo doloroso desgaste articular e pela osteoporose, com maior susceptibilidade de fracturas. Também a insuficiência vascular dos membros inferiores pode contribuir para uma crescente dificuldade na locomoção.

A nível do sistema tegumentar, o desgaste da pele e das faneras impõe o aparecimento de rugas faciais, por perda da capacidade retráctil e da extensibilidade da pele. A pele de todo o corpo torna-se mais frágil, porque a pele adelgaça na derme e diminui o tecido celular subcutâneo. Aparece o cabelo branco, a barba branca. Aparecem unhas frágeis, que se partem e deterioram facilmente.

Envelhecimento Psicogénico

As determinantes biológicas do envelhecimento, tanto nas mulheres como nos homens, são muito dependentes da autonomia psicológica. Idosos que precisam de estar constantemente acompanhados, pela sua incapacidade física, psicológica ou mental, naturalmente que sentem mais fortemente o envelhecimento. A percepção corporal é diferente de pessoa para pessoa, depende da sua energia vital, em todas as suas inúmeras manifestações (Pereira et. al. 2003).

As determinantes psicodinâmicas, como os factores cognitivos, afectivos, emocionais e psicossociais, estão também presentes e são importantes. Os factores contextuais, relacionados ou não com o cônjuge ou com a dinâmica social, são igualmente importantes. E, claro está, é importante a auto-percepção da capacidade sexual, particularmente quando esta está enfraquecida ou já não está presente, pois pode determinar sérias preocupações pela constatação dessa incapacidade (Birren & Shaie, 1999).

Envelhecimento Sociogénico

Mas, para além dos citados sinais biológicos e psicológicos do envelhecimento, há também os sinais sociais. A velhice individual pode ter, e tem quase sempre, importantes repercussões na comunidade. Um corpo envelhecido é para muitas pessoas percebido como um corpo deteriorado, estragado, socialmente inútil. O próprio Estado, que se suporia ser protecionista e generoso, falha muitas vezes. Muitos países desenvolvidos, ou que pretendem ser desenvolvidos, têm uma prática em que a idade é um atributo sem valor social. Pode falar-se numa verdadeira discriminação social. Esta perda de valor é ainda mais acentuada quando a idade está associada com outros factores de vulnerabilidade, como a pobreza, a baixa educação, a solidão, ser pensionista, ser mulher (Pereira, 2009).

A resignação dos próprios idosos, que aceitam muitas vezes sem reacção a desvalorização de que são alvo, é preocupante e tem sérias consequências para a sua própria saúde física e mental. A depressão, a falta de motivação, a perda de autoestima, o desinteresse pelo mundo que os rodeia, o isolamento, tudo são cofactores muito importantes que vão contribuir para uma menor expectativa de vida e, acima de tudo, para uma menor qualidade de vida. Especialmente no caso dos homens, já que muitas vezes as mulheres se refugiam nas suas melhores habilitações sociais e afectivas (Gomes, 1997).

Sexualidade no Envelhecimento

A sexualidade, com as suas profundas interações biopsicossociais, é uma das vertentes da vida em que mais se sente o envelhecimento.

Na mulher, o envelhecimento sexual é claramente percebido pelas modificações funcionais iniciadas na menopausa, particularmente a diminuição da lubrificação e a atrofia vaginais, quase sempre associadas a uma diminuição ou perda do desejo sexual (Catarino, 1998). Mas mais do que a diminuição da capacidade sexual, as mulheres sentem particularmente as alterações da morfologia do corpo. Entre sensações e emoções diversas desencadeadas pelo corpo que envelhece e a disfunção sexual que aparece, uma feminilidade confiante muitas vezes só é conseguida pelo refúgio em habilitações sociais e afectivas, quando existem e são exequíveis. Essas habilitações podem dirigir-se ao marido, mas quase sempre privilegiam os filhos e, principalmente, os netos. Uma certa autoexigência em matéria de cuidados corporais, de vestuário, de penteado e de postura são também frequentes nesta idade. Ou então, acontece o oposto: isolamento, negligência em tratar-se, vestir-se e cuidar-se.

No homem, o envelhecimento da sexualidade é principalmente manifestado pela consciência da diminuição da capacidade erétil e pelo receio da perda definitiva dessa capacidade. Na

verdade, a partir da meia-idade existem uma série de sinais biológicos que traduz inequivocamente uma perda da capacidade viril. É o caso do enfraquecimento muscular, da diminuição de pilosidade, da baixa da atividade sexual. O crescimento prostático também pode começar a obrigar a um jacto urinário mais fino e menos poderoso e a micções mais frequentes. Esse início de “andropausa” é também acompanhado de outros sinais que, embora muito menos evidentes e intensos do que os da menopausa, se exprimem pelo aparecimento de adiposidades, situações de taquicardia, irritabilidade, insónia e, até, rubores faciais. A complicar, alguns mitos existem profundamente enraizados na nossa sociedade: o natural termo da atividade sexual com a idade, a influencia nefasta do sexo no estado de saúde, a conotação perversa ou viciosa se a expressão sexual continuar. A sexualidade do homem idoso é algo que extravasa a própria noção de sexualidade e de idade avançada. Abarca sobretudo a dificuldade em ultrapassar a pressão social que favorece a ideia que a sexualidade é essencialmente uma coisa de juventude e que a idade é inevitavelmente acompanhada de disfunção sexual (Beliz & Pereira, 2010). Na verdade não existe um problema com a idade, o que existe são problemas que acompanham a idade. Não havendo doenças – i.e., diabetes, aterosclerose, hipertensão, depressão ou outras patologias – nem cirurgias, a sexualidade, do ponto de vista físico e mental, tem obrigação de se manter ativa e adequada.

A próstata é um motivo particular de preocupação. Desde há muito que é admitida a existência de conexões entre a próstata e a sexualidade. Para além do conhecimento de que o crescimento prostático não ocorre nos eunucos, também a ligação entre a *Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP)* e o homem idoso, em que as capacidades sexuais diminuem, tem alicerçado a convicção de que o crescimento da próstata está relacionada com a diminuição da capacidade sexual. Na verdade, o principal responsável pelo crescimento prostático é a dihidrotestosterona (DHT), uma hormona derivada da testosterona, mas diferente desta. Apesar de, com a idade, haver diminuição da produção testicular de testosterona, muitos idosos produzem e acumulam altos níveis de DHT que, não tendo significativo efeito sobre a sexualidade, vão provocar o crescimento prostático. Essencialmente os sintomas de HBP são urinários: micções frequentes, especialmente notadas durante a noite, jacto urinário fraco, hesitante ou interrompido e sensação de urgência miccional, por vezes com pequenas perdas involuntárias de urina. Mais de metade dos homens acima dos 60 anos têm HBP e cerca de 30% destes sofrem destes LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms). A alta prevalência de disfunção sexual entre doentes com HBP/LUTS comparado com homens da mesma idade e na mesma comunidade, está bem documentada (Rosen et al., 2003): 72% de prevalência de LUTS em homens com DE versus 38% naqueles sem DE. O efeito incomodativo dos sintomas obstrutivos e irritativos, e a expectativa negativa em relação à performance sexual, podem interferir nesta e na qualidade de vida dos doentes com LUTS/HBP. Ou seja, a ligação entre LUTS/HBP e função sexual está estabelecida, apesar de existir a percepção de que a HBP *de per se* não afecta a função sexual (Pereira, 1998). Na verdade, os mecanismos potencialmente responsáveis pelo aumento da disfunção sexual em homens com LUTS ainda não são bem compreendidos, mas é possível que o aumento da atividade noradrenérgica associado a obstrução infra-vesical, um importante componente do LUTS, possa interferir com o processo normal da ereção e ejaculação (Schwinn, 2001).

Por vezes os homens idosos referem alterações do orgasmo. São sobretudo queixas de diminuição do prazer sexual, entendendo-se por isso um orgasmo menos intenso. É provável que essas queixas sejam devidas uma carga emocional e psicológica, especialmente quando são acompanhadas de menor motivação erótica e de baixa do desejo sexual. Em relação a queixas ejaculatórias, é frequente que os doentes com HBP refiram diminuição da força e do volume do ejaculado, numa clara relação com mecanismos obstrutivos devidos ao crescimento da próstata para o interior da câmara de pressão da uretra prostática, a base funcional da ejaculação.

No caso dos homens, a melhoria da função sexual devido às atuais terapêuticas, farmacológicas ou não, pode renovar a percepção da masculinidade e da auto-dignidade do homem idoso. Hoje existem várias armas para combater o envelhecimento sexual masculino, nomeadamente com fármacos vasoativos penianos, com testosterona e com aconselhamento sexológico.

No caso das mulheres, as soluções terapêuticas para a disfunção sexual são limitadas, quase só dirigidas para os cremes que melhoram a lubrificação e favorecem a mucosa vaginal. Para o desejo sexual hipoativo, a terapêutica hormonal com androgénios é pouco utilizada, por alvo de receios e suspeitas pouco fundamentadas.

Em conclusão, lidar com a sexualidade do envelhecimento é lidar com o corpo e com espírito dos mais velhos, hoje com mentalidade mais aberta e livre, mais preparados para combater os mitos do passado, que não desprezam viver a vida e viver a sua sexualidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Birren JE, Shaie KW. Handbook of the psychology of aging, Nova Iorque, Springer Publishing Company 1999.
2. Beliz V, Pereira NM. Percepção da sexualidade durante o envelhecimento: as vitimas do amor maduro. ISEX Cad Sex 2010; 2, pp.57-62.
3. Catarino A. Pós-Menopausa e Sexualidade. Acta Portuguesa de Sexologia 1998;. Vol 2, no 1; pp.39-46.
4. Gomes A. Sexualidade na terceira idade. O Medico 1997; nº1413: 379-382.
5. Pereira NM. HBP e disfunção sexual. In: Lopes TM, Monteiro L (eds). Hiperplasia Benigna da Próstata. Lisboa: Serviço de Urologia do Hospital Pulido Valente 1998, pp. 83-94.
6. Pereira NM, Pascoal P, Lima ML. Estudo ICORHP (Imagem Corporal do Homem Português): insatisfação corporal masculina e sexualidade. Androl Saude Sexual 2003, 1: 55-68.
7. Pereira NM. Corpo e espírito do homem de 60 anos. In: O homem aos 60 anos: Porto: Ed. Sociedade Portuguesa de Andrologia, 2009. pp. 19-23.
8. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O'Leary MP, Puppò P, Robertson C, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunctions: the multinational survey of the aging male, 2003.
9. Schwinn DA. The role of adenergetic receptor subtypes in lower urinary tract symptoms. BJU Int. 2001;88 suppl 2:27-34.

XIV ONCOLOGIA SEXUAL E ONCOSSEXUALIDADE

TUMORES PENO-ESCROTAIS

Rui Dinis

Assistente Hospitalar de Urologia
Hospital Litoral Alentejano

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital S. José

Introdução

O diagnóstico do tumor maligno, para além do potencial comprometimento da esperança de vida do doente, dependente da história natural da própria neoplasia, altera a qualidade de vida do doente.

O impacto sobre o quotidiano do doente neoplásico não se resume apenas às sequelas funcionais e morfológicas provocadas pelos tratamentos médicos (radioterapia ou quimioterapia) ou cirúrgicos.

A necessidade de múltiplos tratamentos e consultas de acompanhamento da doente tem um efeito de desgaste emocional e de tempo no doente oncológico.

A nível cognitivo são comuns diversos sentimentos e emoções que evoluem de forma heterogénea e regular no decurso da doente muitas vezes relacionado com o sucesso ou insucesso do tratamento.

O medo da evolução neoplásica e da morte, os sentimentos de ansiedade, apreensão, dúvida e expectativas perante a doença oncológica são comuns.

As alterações do humor e do comportamento que oscilam entre a depressão, a apatia, a resignação, a recusa social, o isolamento e o desinteresse pelas actividades diárias afectam de modo transversal o doente oncológico no decurso da doença. Todos estes estados de espírito têm impacto na qualidade de vida do doente, bem como nas suas motivações pessoais e na forma de relacionamento com todos os que interagem na sua vida pessoal e íntima.

Para além das alterações de humor, muitos destes doentes oncológicos encontram-se medicados com ansiolíticos e antidepressivos no decurso da sua doença.

A fadiga, a anorexia, as náuseas e os vômitos que são consequência da própria doença ou do seu tratamento afectam igualmente a qualidade de vida do doente.

Todos estes factores interagem e potenciam-se afectando o líbido e a sexualidade do doente oncológico.

TUMOR DO PÊNIS

Introdução

O Tumor do pênis tem incidência variável consoante a zona geográfica. Raro na Europa e EUA, onde afecta 0,1 a 0,9 por 100000 homens. Na Ásia, África e América do Sul tem incidência de cerca de 19 por 100000 homens, constituindo até 10-20% do total de neoplasias malignas nestes países. Globalmente constitui apenas 1% de todas as neoplasias no homem.

Surge principalmente em indivíduos mais velhos, com idade média de apresentação aos 55 anos e pico de incidência aos 80 anos, mas pode também afectar homens mais novos.

A lesão inicial pode ser mínima mas evolui habitualmente para uma lesão nodular, dura, exofítica e ulcerada que posteriormente se torna dolorosa impedindo o doente da actividade sexual nas primeiras fases da doença. Surge como uma pequena lesão com crescimento progressivo, localmente invasiva e metastiza principalmente por via linfática, de forma escalonada. O *carcinoma espinocelular* ou de células escamosas é responsável por mais de 95% dos casos de tumor maligno do Pénis.

Os factores de risco incluem higiene desadequada, fimose, infecção pelo HPV, exposição ao tabaco e radiação ultravioleta.

O Corno cutâneo do Pénis, Leucoplasia e Líquen escleroso são lesões pré-malignas com risco variável de progressão para carcinoma

O Carcinoma In Situ progride para carcinoma Invasivo em até 10% dos casos e surge clinicamente como Eritroplasia de Queyrat, Doença de Bowen ou Papulose Bowenóide.

No exame físico deve ser caracterizada a lesão primária e avaliadas as regiões inguinais, com descrição de gânglios palpáveis.

A biópsia da lesão primária estabelece o diagnóstico de carcinoma do pénis, determina o seu tipo histológico e grau tumoral .

O estudo histopatológico de gânglios inguinais é efectuado segundo grupos de risco de metastização, os quais dependem do grau tumoral e invasão local da lesão primária.

Apesar desses factos, verifica-se um atraso significativo do diagnóstico em mais de 50% dos casos com tempo de demora média de 6 a 12 meses, desde o aparecimento da lesão até ao seu diagnóstico final. As possíveis causas desse facto poderão ser sentimentos de vergonha, medo, negligência, negação e uso prolongado de soluções e antibióticos tópicos antes da realização da biópsia diagnóstica.

O tratamento clássico, “gold standard” do carcinoma do pénis é cirúrgico consistindo na penectomia parcial com margens livres adequadas de segurança ou a penectomia total, complementadas por Linfadenectomia inguinal consoante o estágio do tumor inicial e dos factores de risco. Outras técnicas mais conservadoras podem ser efectuadas se o tamanho e localização da lesão o permitirem.

A radioterapia externa ou intersticial é alternativa terapêutica do carcinoma do pénis com intuito de preservação morfológica e funcional do órgão em doentes seleccionados.

As poucas séries publicadas, com doses variáveis de 40-60 Gy apontam para uma menor taxa de recidiva tumoral em comparação com a penectomia e uma preservação do pénis aos 5 anos em cerca de 50 a 60% dos casos.

A Linfadenectomia Inguinal permite o tratamento precoce de metástases inguinais com melhoria da sobrevida, mas tem elevada morbilidade, pelo que deve ser efectuada criteriosamente.

O prognóstico depende principalmente da presença e extensão de metástases ganglionares, sendo a sobrevivência aos 5 anos de apenas 6% no caso de metástases em outros órgãos.

Impacto na Sexualidade

a). Alterações Psicosexuais

O efeito psicológico prende-se com o facto da perda parcial ou total do órgão viril, da perturbação da auto-imagem e das demais perturbações associadas a condição de doente oncológico.

b). Efeitos da Radioterapia

A toxicidade aguda da radioterapia poderá provocar lesão descamativa da pele e uretrite asséptica que, nas primeiras 4 a 5 semanas até à cicatrização total das mucosas, poderá impedir a actividade sexual. A longo prazo as complicações mais comuns são a necrose da pele que é dose-dependente, estenose uretral, lesões hipo e hiper pigmentares, telangiectasias cutâneas facilmente sangrantes e as fissuras cutâneas que poderão tornar o acto sexual doloroso e impossível.

Todas estas lesões estão associadas a fenómenos de microisquémia e dífice de vascularização por endarterite radica, precipitadas e agudizadas pelo trauma e exposição ao frio.

As áreas ulceradas ou fragilizadas podem ser tratadas ou evitadas com uma boa higiene e com uso de hidratantes cutâneos, antibióticos e corticóides, vitamina A e E tópicos, bem como uma boa lubrificação durante o acto sexual de modo a diminuir o atrito.

As áreas de necrose e fibrose poderão responder á terapêutica hiperbárica mas após o cuidado de exclusão de recidiva local.

Relativamente ao impacto na função sexual do doente não existem estudos científicos seguros e fidedignos.

c). Efeito do Tratamento Cirúrgico

A penectomia afecta a qualidade de vida do doente, não apenas pelo efeito estético, mas também pela capacidade de obter um comprimento de pénis para realizar a penetração. O efeito psicológico prende-se com o facto da perda parcial ou total do órgão viril.

Após a penectomia parcial a sensação de orgasmo e a ejaculação podem persistir, não sendo afectada directamente a capacidade eréctil se ela já existia previamente. Na penectomia total, como verifica-se desaparecimento do tecido eréctil, não se pode falar de função eréctil, mas os estímulos eróticos podem persistir, assim como o orgasmo.

As técnicas modernas de faloplastia podem permitir a retoma da função sexual em doentes seleccionados, em moldes muito satisfatórios.

A erecção poderá ser dolorosa nos casos de penectomia parcial se a técnica cirúrgica de reconstrução peniana não contemplar pele suficiente para a expansão dos corpos cavernosos durante a erecção.

Nos casos de tumores do pénis superficiais, de baixo grau, de pequeno volume e localizados (estádios Tis, Ta, G1, G2) a opção cirúrgica poderá ser as técnicas de preservação do órgão (cirurgia de Mohs, circuncisão alargada ou tratamento com laser de Nd:YAG) de modo a obter o máximo de preservação sensorial da glândula e comprimento do pénis, tentando manter a sua funcionalidade.

Os casos publicados com as técnicas de preservação peniana estão associados ao maior risco de recidiva local, porém não a um aumento da mortalidade, bem como a uma maior taxa de retoma da actividade sexual (75%) e a uma satisfação global (78%).

As opções cirúrgicas devem ser discutidas com o doente tendo em consideração o risco de recidiva, a necessidade de follow - up apertados e longos e o desejo de manter uma vida sexual activa sem potenciais limitações.

TUMOR DO TESTÍCULO

Introdução

Os tumores do testículo têm uma incidência de cerca de 3 a 6/100000 homens nos países ocidentais. Constituem 1 a 1,5% dos tumores malignos do homem e 5% de todos

os tumores do aparelho génito-urinário. Têm o seu pico de incidência nas terceira e quarta décadas de vida.

A maioria (90 a 95%) são tumores de células germinativas. Um a 2% dos casos são bilaterais aquando do diagnóstico.

Conhecem-se factores de risco para o aparecimento deste tipo de tumor, nomeadamente criptorquidia, síndrome de Klinefelter, história familiar (familiar de 1º grau), presença de tumor contralateral e infertilidade.

São tumores com excelentes taxas de cura, muito devido ao diagnóstico precoce e ao estadiamento adequado que permitem o tratamento atempado com cirurgia e, quando indicadas, quimioterapia e radioterapia.

O auto-exame, por palpação do testículo, é uma manobra simples que pode ser determinante no diagnóstico de uma massa testicular tumoral, pelo que o reforço desta medida de rastreio pode mostrar-se benéfico em alguns casos.

A classificação dos tumores do testículo pela OMS, desde 2004, distingue entre tumores de células germinativas (seminomas e não seminomas), tumores do estroma, e tumores mistos.

O tumor do testículo manifesta-se habitualmente como uma massa ou nódulo escrotal indolor, embora possa também cursar com dor (20% dos casos). Queixas de ginecomastia, dorsalgia, lombalgia ou diminuição do volume testicular são outros sintomas possíveis.

A ecografia escrotal é o exame de primeira linha para o diagnóstico do tumor do testículo, com uma sensibilidade próxima de 100%. O diagnóstico pode ser feito por TAC ou RM mas embora se trate de exames muito sensíveis e específicos para este efeito, são muito mais dispendiosos.

Os marcadores tumorais necessários para o diagnóstico e follow-up destas patologias são a α FP (alfa-fetoproteína) e β HCG (gonadotropina coriónica), e a menos específica LDH (desidrogenase láctica). Há aumento de alguns deles em 51% dos casos.

Qualquer massa testicular suspeita deve ser explorada por via inguinal com exteriorização do testículo nas suas túnicas.

Se for identificado tumor, está indicada a orquidectomia radical com laqueação do cordão espermático ao nível do anel inguinal interno. Poderá ser feito exame histológico extemporâneo se houver dúvidas quanto à natureza do tumor.

Quando há doença disseminada ou metástases life-threatening, inicia-se QT e adia-se a orquidectomia até à estabilização do doente.

A cirurgia com preservação do testículo e ressecção tumoral começa a ser feita em casos de tumor bilateral síncrono, tumor contra-lateral metácrono ou tumor em testículo único, se houver níveis normais de testosterona no pré-operatório.

O prognóstico dos doentes depende da localização ou disseminação da doença, do valor dos marcadores tumorais, e do aspecto histológico da peça operatória.

Outras formas de tratamento podem estar indicadas dependendo do tipo tumoral e do seu estágio: radioterapia, quimioterapia com ciclos de bleomicina, etoposido e cisplatina e linfadenectomia retroperitoneal.

A maioria das recidivas e casos de disseminação tumoral a distância ocorre nos primeiros dois anos após o tratamento inicial, pelo que neste período a vigilância é mais frequente e rigorosa. Os locais de disseminação mais frequente são os gânglios retroperitoneais (se não foram ressecados ou irradiados) e o tórax, pelo que a TAC torácica ou a radiografia do tórax deverão ser repetidos a intervalos curtos.

Impacto na S exualidade

Os tumores do testículo embora raros constituem a neoplasia mais comum no jovem adulto. O pico de incidência do tumor do testículo coincide precisamente com o período de máxima actividade sexual do homem.

Embora a mortalidade do tumor do testículo tenha diminuído com a introdução dos regimes de quimioterapia à base de cisplatina, o carcinoma do testículo é responsável por cerca de 11% de mortalidade dos jovens do sexo masculino.

1. Alterações Psicossociais

Associado a condição de doença neoplásica potencialmente fatal, com risco de perda de órgão sexual com repercussões na auto-imagem, o doente com neoplasia do testículo pode desenvolver quadro de perda de libido, disfunção erétil, insatisfação sexual e mesmo desinteresse pela vida sexual. Tudo isso soma-se ao facto de poder sofrer do medo da morte, da ansiedade dos resultados dos exames e dos tratamentos, assim como dos efeitos acessórios destes (astenia, alopecia, vómitos, anemia etc.).

2. Alterações Hormonais

As alterações hormonais mais comuns verificadas em doentes com tumor do testículo são níveis séricos elevados de FSH. Alguns dados apontam que os níveis elevados de FSH são importantes co-factores para a etiologia e desenvolvimento da neoplasia testicular (46% de doentes no estadio 1 da doença apresentam níveis anómalos de FSH).

A ginecomastia, embora rara na apresentação da doença, é provocada por níveis elevados de estrógenos produzidos pelas células Leydig em resposta à β HCG produzida pelo tumor.

Os níveis de androgénios séricos podem encontrar-se discretamente abaixo dos valores normais porém são raros os sinais de hipogonadismo.

3. Fertilidade

a). Efeito directo do tumor

Durante as últimas décadas tem-se verificado uma diminuição progressiva na qualidade do esperma na população geral, coincidindo com a maior incidência de neoplasia testicular. Os doentes com o diagnóstico de tumor do testículo apresentam em cerca de 50-60% dos casos anomalias do espermograma (oligoespermia) e subfertilidade, mesmo quando comparados com doentes com neoplasias não testiculares na mesma faixa etária. Após orquidectomia por tumor do testículo parece poder haver melhoria no espermograma.

Por outro lado, a incidência de tumores do testículo é maior nos indivíduos com história de infertilidade.

b). Efeito da radioterapia

A radioterapia nos tumores do testículo pode ser usada no caso de lesões Tin em testículo único como estratégia de preservação testicular e nos Seminomas estadios II A/B, bem como opção nos estádios I.

O epitélio das células germinativas testiculares e a proliferação das espermatogónias são muito radiosensíveis.

A radiosensibilidade diminui com a maturação das gâmetas. A toxicidade na fertilidade depende não só da dose total de radiação mas também da forma da sua realização (as

doses fraccionadas demonstram maiores toxicidades que as doses únicas).

As alterações da espermatogénese variam entre a oligospermia e a azoospermia e iniciam-se a partir da dose de 0,1 Gy. Acima da dose de 2 Gy a recuperação da espermatogénese é muito difícil.

Os níveis elevados de FSH sérica encontrados são um reflexo da lesão da gametogénese.

A função endócrina testicular é mais resistente à radioactividade apesar de uma dose maior do que 3 Gy provocar um decréscimo subclínica e transitório da testosterona sérica, apenas doses maiores que 8 Gy poderão provocar lesão irreversível das células Leydig.

Uma protecção escrotal de chumbo pode ser usada durante o tratamento de radioterapia de modo a diminuir a toxicidade testicular.

c). Efeito da quimioterapia

Na espermatogénese existe uma alta taxa de síntese de ácidos nucleicos e de divisão celular.

As fases da mitose e meiose são altamente sensíveis aos citostáticos. A quimioterapia sistémica pode provocar lesões irreversíveis e reversíveis na fertilidade dependendo da dose, do tempo de administração e do tipo de fármaco. Não é possível prever com precisão o grau de lesão e reversibilidade da função reprodutiva.

O tratamento clássico do tumor do testículo com bleomicina, etoposido e cisplatina provoca alterações na espermatogénese (azo-oligospermia) que atinge o seu nadir em média aos 14 meses, porém verifica-se na maioria dos casos uma recuperação da função de maturação para níveis pré tratamento ao final de 3 a 4 anos (sendo a dose cumulativa e duração do tratamento com cisplatina directamente proporcional ao grau de toxicidade).

Apesar da toxicidade na formação das gâmetas, não parece haver uma maior incidência de malformações congénitas nos descendentes dos doentes tratados com quimioterapia.

A bleomicina e a cisplatina provocam lesões cardíacas e vasculares a longo prazo por toxicidade do endotélio vascular. O risco de doença cardiovascular, hipertensão arterial, obesidade, dislipidémia, resistência periférica à insulina e síndrome metabólicos estão aumentados nos doentes submetidos a esta quimioterapia sistémica. A longo prazo existe um potencial importante co-factor de etiologia de disfunção eréctil por aumento da incidência dos factores de risco.

As células Leydig são relativamente resistente aos efeitos da quimioterapia, embora se verifique uma insuficiência marginal na produção de testosterona, com um aumento compensatório dos níveis de LH, os sinais e sintomas de défice de testosterona são normalmente inexistentes.

d). Efeito da Linfadenectomia retroperitoneal

A ejaculação antrógrada requer a integridade anatómica e funcional das fibras do sistema nervoso simpático responsáveis pela emissão do esperma.

As fibras simpáticas têm origem a nível de T12 a L3, no retroperitoneu após o tronco simpático, dirigem-se para a linha média formando o plexo hipogástrico junto à raiz da artéria mesentérica superior.

As fibras simpáticas dirigem-se distalmente do plexo hipogástrico para formarem o plexo pélvico, na proximidade do recto, das vesículas seminais e do colo vesical.

A Linfadenectomia retroperitoneal clássica provoca perda de ejaculação anterógrada e infertilidade na maioria dos casos, devido a lesão dos nervos simpáticos e do plexo hipogástrico.

As modificações desta técnica cirúrgica nomeadamente a divisão em “templete” bilateral ou unilateral e a linfadenectomia retroperitoneal poupadora de nervos permite atingirem taxas de ejaculação antrógrada de cerca de 70 a 100%. A divisão meticulosa, com preservação das terminações nervosas, permite obter altas taxas de sucesso na manutenção da ejaculação. No caso de recidivas retroperitoneais após quimioterapia por tumor do testículo a taxa de preservação da ejaculação é menor.

A Linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica associada à técnica poupadora de nervos, permite potencialmente uma melhor divisão anatómica e uma melhor preservação da ejaculação, embora não existem dados concretos com significado estatístico que o comprovem.

Técnicas de Criopreservação

A criopreservação do esperma deve ser oferecida a doentes com tumor do testículo que são subfértiles e / ou apresentem alterações no espermograma antes da orquidectomia, nos doentes submetidos a quimioterapia, apesar de existir recuperação parcial ou total da espermatogénese ao longo do tempo e nos doentes submetidos a radioterapia com doses elevadas e com ciclos prolongados.

BIBLIOGRAFIA

1. Male Hypogonadism , F. Joackenhovel.Uni-Med 2004
2. Campell-Walsh . Urology , Tenth edition. Elsevier 2012
3. Genitourinary oncology ,Vogalzung and Scardino. Third edition 2003
4. Paula A. Et al – Carcinoma epidermóide do Pénis: considerações epidemiológicas, histopatológicas, influência viral e tratamento cirúrgico – Revistas Brasileira de Cancerologia 2005; 51 (3): 243-252
5. Pompeo A., Billis A. – Carcinoma epidermóide do pénis – International Braz J Urology, 2003, Vol. 29 (Suppl.1): 44-50
6. Solsona E. et al, European Association of Urology Guidelines 2008 – *Guidelines on Penile Cancer*, pp 1-26
7. Rey E., Toro O. – Lesiones tumorales cutáneas de los genitales masculinos – Imprenta J.J.G.G. pp 49-86
8. Calais da Silva F et al. Recomendações Terapêuticas para os Tumores Malignos do Tracto Geniturinário. 2ª edição. 2007. 172-195.
9. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology. 9th edition. 2006. Saunders. Vol 2, 1274 – 1292. Vol 3, 2649 – 2662.
10. Tanagho EA, McAninch JW. (2004). Smith's General Urology. 16th Ed. Lange. Pp 291-310.
11. P. Albers (chairman), W. Albrecht, F. Algaba, C. Bokemeyer, G. Cohn-Cedermark, K. Fizazi, A. Horwich, M.P. Laguna. EAU Guidelines on Testicular Cancer. 2010.

TUMORES GINECOLÓGICOS

Cláudia Marques

Assistente Hospitalar de Ginecologia

Consulta de Medicina Sexual

C.H.P. - Hospital de Santo António

Os avanços registados no diagnóstico e tratamento do cancro contribuem para o aumento da sobrevivência, tornando mais frequentes os efeitos nefastos dos tratamentos.⁽¹⁾

Nos últimos 30 anos, inúmeros artigos de investigação se tem dedicado à avaliação do impacto do cancro ginecológico e seu tratamento no bem-estar sexual da mulher. Estudos demonstram que as alterações à sexualidade dos casais são comuns, atingem várias faixas etárias e grupos culturais. A sexualidade humana integra, além dos aspetos somáticos, os aspetos psicológicos (identidade sexual) e emocionais (relacionamento, atitudes e comportamentos); o cancro ginecológico e seu tratamento têm repercussões em todos estes aspetos. O objetivo deste artigo é a abordagem da sexualidade após o diagnóstico de cancro ginecológico e o impacto das diversas modalidades de tratamento (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia) na sexualidade.

Estes tratamentos causam alterações a vários níveis: na função vesical (incontinência), na função intestinal (alterações do trânsito intestinal), na função hormonal (menopausa), infertilidade, além de profundas alterações emocionais e relacionais. No seu conjunto, estas mudanças repercutem-se na qualidade de vida, dificultando muitas vezes, não só a retoma da atividade laboral, mas também o convívio social e familiar e mesmo a relação do casal e sua vivência sexual. Por outro lado, a ação dos tratamentos sobre os órgãos genitais interfere diretamente com a resposta sexual genital. Assim sendo, não nos custa a crer que os efeitos físicos da cirurgia, da quimioterapia ou radioterapia associados aos efeitos psicológicos e emocionais, tenham marcadas repercussões na sexualidade.

A incidência de disfunção sexual após tratamento de cancro ginecológico é de 40 a 100%⁽²⁾. A colheita duma história clínica e sexual detalhada é importante para a determinação do risco de disfunção sexual o qual depende do órgão atingido, do tipo de tratamento instituído, da idade, estado de menopausa ou não, existência ou não de parceiro, e do estado funcional sexual prévio ao tratamento.

A vida sexual dos doentes é frequentemente negligenciada pelos profissionais de saúde apesar de, desde a década de 1970, ter sido referida como um aspeto essencial dos cuidados de saúde. A maioria das mulheres sente-se incapaz de lidar com essas alterações mas por vergonha, medo, ou ignorância não procuram ajuda e prescindem muitas vezes da sua vida sexual.

Aspetos Intrapsíquicos. Impacto na Sexualidade, Feminilidade e Imagem Corporal

O diagnóstico de cancro é sempre vivido como uma experiência negativa. O cancro ginecológico em particular, para além dos receios que a doença habitualmente determina, associa-se a uma série de alterações físicas e psicossociais que são exclusivas pelos órgãos que atinge, e se manifestam mesmo depois de ultrapassado o impacto do diagnóstico, de concluídos os tratamentos e assumida a sobrevivência.

Muitos dos efeitos laterais dos tratamentos podem desencadear uma série de reações emocio-

nais negativas que afetam a imagem corporal diminuindo a autoconfiança e a autoestima; As alterações físicas tanto podem ser visíveis externamente (alopecia, perda ou aumento de peso) como apenas em situações de maior intimidade (cicatrizes abdominais, mastectomia ou vulvectomia). Estas últimas podem revelar-se extremamente devastadoras a nível da autoimagem, ao ponto da doente não se sentir sexualmente atraente nem confortável numa situação de envolvimento amoroso, diminuir o desejo, e até levar ao adiamento da retoma das relações sexual.⁽⁷⁾

No caso do cancro da mama, sendo a mama o órgão privilegiado do ser mulher, com particular significado pessoal e social e representante da maternidade, qualquer ameaça à sua integridade é vivida com sofrimento, sentimento de inferioridade e rejeição, com impacto na imagem corporal e na vivência da corporalidade sexuada.⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Apesar de as mulheres classificarem a sexualidade como central para a sua qualidade de vida e bem-estar, falta informação sobre as potenciais alterações sexuais físicas e psicológicas, e as mulheres sentem-se insatisfeitas com a falta de atenção dada a estes problemas.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ Os profissionais devem incentivar e cooperar com a doente dando-lhe espaço para colocar dúvidas sobre a atividade sexual, não esquecendo que muitas vezes a mulher sente-se inibida para levantar esta questão. Perguntas simples ou o aconselhamento pré-operatório, podem ter um impacto positivo na função sexual e na qualidade de vida pela preparação e identificação precoce das dificuldades apresentadas. A psicoeducação, demonstrou ter um efeito positivo na função sexual, satisfação sexual e bem estar-geral⁽¹³⁾.

Aspetos Relacionais

Os casais com uma boa comunicação e um bom “repertório” sexual prévio ao diagnóstico, evitam os conflitos e reagem melhor às dificuldades pós-cancro.⁽¹⁴⁾ No entanto, mesmo nestes casos, o risco de disfunção é elevado, existindo evidências de que as mudanças por que passam podem ter impacto muito negativo e causar deterioração do relacionamento conjugal.⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾ Casais com problemas no seu relacionamento prévios à doença, têm maior risco de morbidade sexual e devem ser alvo de intervenção. Os problemas sexuais prévios são muitas vezes exacerbados pelo diagnóstico e tratamento da doença, de tal forma, que a disfunção sexual pode ameaçar a integridade dos relacionamentos e limitar uma importante fonte de apoio da mulher, num momento em que seria mais necessária.

A associação causal entre o cancro cervical, vaginal e vulvar, e a infeção pelo papilomavírus humano, ⁽¹⁶⁾ (vírus de transmissão sexual), determina que algumas mulheres vejam o cancro como uma forma de punição pela sua vida sexual, culpabilizem o parceiro,⁽¹⁷⁾ e evitem o reinício da atividade sexual. A fuga ao ato sexual pode também resultar do medo de transmissão da doença ao parceiro⁽¹⁸⁾, dos efeitos nefastos que a atividade sexual possa ter sobre a doença, de originar sangramento e/ou dor coital,⁽¹⁴⁾ pela depressão e o uso de antidepressivos⁽¹⁹⁾ e pela fadiga. Esta diminuição do interesse e o evitamento da relação sexual, podem ser interpretados como rejeição pelos parceiros. Por vezes o receio do parceiro em causar dor pode ser interpretado pela mulher fragilizada como uma rejeição. Para evitar este sentimento de rejeição é importante o diálogo entre ambos.

Cirurgia

As cirurgias do cancro ginecológico provocam efeitos na saúde sexual da mulher tanto através de mecanismos físicos como psicológicos.

A histerectomia realizada por doença benigna não apresenta efeitos negativos significativos sobre a função sexual,⁽²⁰⁾ mas a histerectomia radical tem sido associada a efeitos sexuais adversos. A disfunção sexual originada pela histerectomia radical pode ocorrer por lesão do

plexo hipogástrico superior e inferior e por alterações anatómicas da vagina.⁽²¹⁾ Estudos demonstraram que a preservação dos nervos autonómicos, com técnicas nerve-sparing, pode reduzir a incidência de complicações decorrentes da histerectomia. (22) O desenvolvimento de abordagens cirúrgicas menos radicais, que tenham em conta os efeitos adversos, poderá vir a diminuir a morbilidade sexual e reprodutiva. São necessários estudos prospetivos com medidas empíricas de avaliação da função sexual, além dos itens necessários para a identificação do impacto de diferentes tratamentos na sobrevivência.

No caso de cancro da vulva a morbilidade sexual é de 80 a 90% e é diretamente proporcional à radicalidade da cirurgia. A vulvectomia radical e a exenteração pélvica, podem originar sensação de desfiguramento vulvar,⁽²³⁾ depressão (associada às alterações negativas da autoimagem), diminuição da perceção das sensações genitais⁽²⁴⁾ e dificuldade na excitação sexual e no orgasmo⁽³⁾.

A ooforectomia realizada no tratamento do cancro do ovário induz a menopausa e infertilidade em mulheres previamente férteis e dispareunia, afetando o desejo e a satisfação sexual global⁽²⁵⁾.

Radioterapia

A radioterapia pélvica cursa com a destruição ovárica na mulher pré-menopausa com consequente menopausa precoce,⁽²⁶⁾ imagem corporal negativa,⁽²⁹⁾ encurtamento, estenose e fibrose da vagina. Estes efeitos levam a diminuição da lubrificação, da elasticidade vaginal,⁽²⁷⁾ dispareunia e hemorragia coital,⁽²⁸⁾ com consequente ansiedade, desejo sexual diminuído, diminuição da frequência sexual, e por fim a cessação total da atividade sexual.

-
- Estabelecer uma relação positiva e empática
-
- Questionar sobre a atividade sexual (evitar o assunto é o maior obstáculo à reabilitação sexual)
-
- Não partir do princípio de que a pessoa doente quer ou necessita de sexo
-
- Incluir o parceiro. Um parceiro que fornece apoio, facilita a reabilitação
-
- Transmitir ao doente atitude positiva. É sempre possível alguma forma de expressão sexual
-
- Colher uma boa história. Avaliar a resposta sexual, a presença de fadiga, dor, depressão, medicamentos
-
- Preparação básica sobre a resposta sexual, efeitos secundários da medicação e tratamentos
-
- Diagnóstico de situações possíveis de correção que deve ser sempre tentada
-
- Sugerir medidas que tornem a prática sexual mais eficaz. A sexualidade não se esgota na genitalidade. Deve equacionar-se a possibilidade de atividades sexuais alternativas quando o coito não for possível
-
- Referenciar os casais com problemas sexuais persistentes para consulta multidisciplinar especializada
-

Quadro 1: Principios gerais de reabilitação sexual (adaptado de Sarah S. Auchincloss)⁽³⁸⁾

Após a radioterapia, quanto mais tarde se reiniciar a atividade sexual mais graves serão as sequelas sexuais. Devido às múltiplas alterações físicas e psicológicas sofridas e por falta de informação, a vida sexual raramente é retomada precocemente. Os profissionais devem dar sempre assistência esclarecida e recomendações sobre o tratamento com estrogénios tópicos (quando não contraindicado), uso de lubrificantes e de dilatadores vaginais⁽³⁰⁾.

Quimioterapia

São vários os efeitos laterais da quimioterapia que podem interferir na sensação de feminilidade,⁽³¹⁾ desde a perda de cabelo, perda dos pelos púbicos, ganho ou perda de peso, que afetam a autoimagem corporal e a função sexual. A quimioterapia pode induzir menopausa precoce,

causando infertilidade, diminuição da lubrificação vaginal, dificuldade na excitação e no desejo sexual.⁽²⁶⁾

Conclusão

Os especialistas que lidam com os sobreviventes de cancro ginecológico devem prestar atenção a um assunto fundamental para a qualidade de vida: a sexualidade do casal.

A informação sobre os efeitos do cancro na sexualidade e fertilidade é o primeiro passo para diminuir o seu impacto. No entanto, são poucos os especialistas que discutem estes assuntos com as pacientes antes das decisões terapêuticas ou depois, numa fase em que o cancro se encontra controlado e a preocupação é mais focada na qualidade de vida. Os profissionais devem manter uma comunicação ativa sobre os assuntos sexuais. Questões simples ou o aconselhamento pre-operatório podem ter um impacto positivo na função sexual e na qualidade de vida pela preparação e identificação precoce das dificuldades. A psicoeducação, demonstrou ter um efeito positivo na função sexual, satisfação sexual e bem estar-geral⁽¹³⁾. Os esforços para melhorar a saúde sexual das mulheres não podem limitar-se apenas aos efeitos físicos diretos do tratamento, mas devem incluir o apoio psicológico e os aspetos relacionais do casal.⁽³²⁾ Na rotina assistencial destas doentes deve ser adotado um modelo multidimensional de saúde que integre a reabilitação sexual, eventualmente numa equipa multidisciplinar.

	BERGMAN (34)	JENSEN (35)	SANG (36)	VAZ (37)
Ano	1999	2004	2007	2011
Tamanho da amostra	332	173	860	107
Tipo de estudo	Caso-controlo		Caso-controlo	Prospectivo de cohort
Seguimento	5 anos	2 anos	-	3 anos
Resultados	25% menor lubrificação 26% preocupação com disfunção sexual	Perda de interesse e lubrificação até 2 anos após tratamento	Pior síndrome climatérico Pior imagem corporal Pior função sexual e vaginal Preocupação com disfunção sexual	Pós radioterapia Melhoria da secreta vaginal e aumento da atividade sexual (comparando com 6 meses após radioterapia)

Tabela: Análise da função sexual em mulheres tratadas de cancro cervical

BIBLIOGRAFIA

1. *Women's experience of living with cancer*. Colyer, H. 1999, Journal of advanced Nursing, pp. 23(3), 496-501.
2. *Psychosexual morbidity following gynecological malignancy*. C, Casey. 200, 202, 1996, Vol. 89.
3. *Sexual Health 1: sexuality and nurses role in sexual health*. Crouch, S. 1999, British Journal of Nursing London, pp. 8(9), 601-607.
4. *Imagem corporal e qualidade de vida em cancro de mama*. Remondes S, Jimenes F e Pais Ribeiro José. 2012, Psicologia, Saúde e doenças, pp. 13(2) 327-339.
5. *Imagem corporal da mulher com cancro da mama: impacto na qualidade de relacionamento e na satisfação sexual*. Ramos, A. S, & Patrão, I. 2005, Análise Psicológica, pp. 3; 295-304.
6. *Conceptualizing sexual health in cancer care*. Butler L, Banfield V, Svenson T, Allen K., 1998, western Journal of Nursing Research, pp. 20, 683-705.
7. *Posttreatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight*. Juraskova L, Butow P, Robertson R, Sharpe L., Mcleod C, & Hacker N. 2003, Psychooncology, pp. 11, 142-143.
8. *Resilience, reflection and residual stress in ovarian cancer survivorship a gynecologic oncology group study*. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, Calla D. 2002, Psychooncology, pp. 11(2):142-53.
9. *Psychosexual dysfunction among gynecological cancer survivors*. Lagana L, McGarvey EL, Classen C. 2001, J Clin Psych Med Setting , pp. 8:73-83.
10. *Sexuality, intimacy and gynaecological cancer*. Weijmar Schultz WCM, Van De Wiel HBM. 2003, Journal of Sex and Marital Therapy, pp. 29:121-8.
11. Xiaocheng Wu, MD, Louisiana Tumor Registry. Meg Watson, MPH, Reda Wilson, MPH, Mona Saraiya, MD, Div of Cancer Prevention and Control, Jennifer L. Cleveland, DDS, Div of Oral Health, e Xiaocheng Wu, MD. Meg Watson, MPH, Reda Wilson. Human papillomavirus-associated cancers—United States, 2004–2008.61(15):258–261. MMWR. 2012, Vol. 61(15), 258-261.
12. *Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment*. Cull A, Cowie VJ, Farquharson DIM, Livingstone JRB, Smart Ge, Elton RA. 1993, British Journal of Cancer, pp. 68:1216-20.
13. *Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery*. Corney RH, Crowther ME, Everett H, Howells A, Shepherd JH. 1993, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, pp. 100:73-8.
14. Schover L.R., Montague, D. K., Lakin M.M. Sexual problems. [autor do livro] S Hellman, & S.A. Rosenberg Devita Jr. *Cancer: Principles and practices of oncology*. 1997, pp. 2857-2872.
15. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trail. Kuppermann K, Summitt RL, Varner RE., 1997, Obstetrics and Gynecology, pp. 105,1309-1318.
16. *Nerve-sparing radical hysterectomy for cervical carcinoma*. Dursun, Polat, AliAyhan, Esra Kusu. 2009, Critical Reviews in Oncology/Hematology, pp. 70, 195-205.
17. *Vaginal blood flow after radical hysterectomy with and without nerve sparing. a preliminary report*. Pieterse QD, Ter Kuile MM, Deruiter MC. 2008, Int J Gynecol Cancer; , pp. 18(3):576-83.
18. *Psychosexual impact of gynaecological malignancy*. Few FM, Nevim J, Cruishank DJ. 2002, The Obstetrician & Gynaecological malignancy, pp. 24(4):799-807.
19. *Gynaecological cancer and sexual functioning: does treatment modality have an impact?* Jensen, PT. 2007, Sexologies, pp. 16:279-85.
20. *Psychosexual functioning after the treatment of cancer of the vulva. A longitudinal study*. Willibrord CM, Schultz W, Van De Wiel HBM, Bouma J, <Janssens J, Littlewood J. 1990, Cancer, pp. 402-7.
21. *Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer*. Bukovic D, Silovski T, Hojsaki, Sakic K, Hrgovic Z. 2008, Sexuality and Disability, pp. 26:63-73.
22. Andersen BL, Van Der Does J. Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *Int J Gynecol Cancer*. 1994 July; 4(4): 225-240. . 1994, Vol. 4(4), 225-240.

23. *Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women.* Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, Davidson S. 2007, European Journal of Cancer Care, pp. 16(4):364-72.
24. Donovan KA, Taliaferro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Wenham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates. *Gynecol Oncol.* 2007, Vol. 104(2), 428-34, pp. 104; 428-434.
25. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med.* 1999, Vol. 6;340(18), 1383-9, pp. 340(18):1383-9.
26. Johnson N, Miles TP, Cornes P. Dilating the vagina to prevent damage from radiotherapy: systematic review of the literature. *BGOG.* 2010, 117(5):522-31.
27. *Ovarian function following radiation and chemotherapy for cancer.* Lo Presti A, Ruvolo G, Gancitano RA, Cittadini E. 2004, Gynecology and Reproductive Biology, pp. 113(Suppl. 1):S33-40.
28. *A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer.* Brotto LA, Heiman JR, Goff B. 2008, Arch Sex Behav, pp. 37:317-329.
29. *Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates.* K.A., Donovan. 2007, Gynecology Oncology, pp. 104;428-434.
30. *Life after cancer: adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong.* Molassiotis A, Chan CWH, Yam BMC, Chan ESJ, Lam CSW. 2002, Psycho-Oncology, pp. 11(2);114-23.
31. *Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy.* Robinson J. W., Faris, P. D., & Scott, C. B. 1999, International Journal of Radiation Oncology and Biological Physics, pp. 44, 497-506.
32. Bergmark K, Avall Lindqvist, Dickman PW, Steineck G. Vaginal changes sexuality in women with a story of cervical cancer. *N Eng J Med.* 1999, Vol. 340, 1383-9.
33. Jensen PT, Klee MC Groenvold M. Validation of a questionnaire for self-rating of urogynal and gynecological morbidity after treatment of gynecological cancer. *Radiotherapy oncol.* 2002, Vol. 65, 29-38.
34. Vaz AF, Pinto Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Pedro AO et al. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecological cancer survivors: a cohort study. *Menopause.* 2011, Vol. 18, 662-9.
35. Auchincloss, SS. Sexual Dysfunction in Cancer patients: Issues in Evaluation and Treatment. [autor do livro] Holland J.C. *Handbook of Psychooncology.* s.l. : Oxford University Press, 1989.
36. Sang PY, Bae DS, Joo HN, Jong ML et al. Quality of life and sexual problems in disease free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer.* 2007, Vol. 110, 2716-25.
37. *Sexuality and Gynaecological cancer: a needs assessment.* Bourgeois-law G, Loyock R. 1999, The Canadian Journal of Human Sexuality, pp. 8(4):231-40.
38. *Addressing the Sexual Health Needs of Patients with Gynecologic Cancers.* Kalli Stilos, RN, MScN, Catherine Doyle RN BScN, and Patricia Daines, RN MN. 2008, Journal of Oncology Nursing, pp. 12(3);457-463.

ONCOSSEXUALIDADE

Jorge da Silva

Assistente Graduado Urologia
IPOLFG

Rodrigo Brito Ramos

Interno de Formação Específica de Urologia
IPOLFG

Cláudia Rocha Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
IPOLFG

I. INTRODUÇÃO

O impacto da doença oncológica na sexualidade começa no dia em que o doente recebe o diagnóstico de cancro. A partir desse momento inicia-se uma travessia do deserto que, para sempre, mudará a sua vida, dividindo-a num antes e num depois. Este contexto é desde o seu início - “*The first cut is the deepest*” (Cat Stevens) - propício ao desenvolvimento de disfunções sexuais sejam elas fruto da vivência da doença oncológica ou do tratamento que venha a ser realizado.

O progressivo sucesso no tratamento do cancro tem levado a comunidade médica, em especial a dedicada à oncologia, a dar progressivamente maior relevo à preservação das capacidades prévias à doença. Por um lado tem surgido um esforço cada vez maior na utilização de terapêuticas menos invasivas e menos lesivas para o doente. Por outro, é notório o investimento na reabilitação do doente e preocupação na fase pós-tratamento, tanto na recuperação das lesões secundárias à terapêutica, como das doenças, decorrentes da sobrevida de longo prazo que, após alguns anos surgem nos sobreviventes de cancro.

Entre as capacidades que se tem procurado conservar está a possibilidade de viver a sexualidade de forma tão completa quanto possível, no contexto próprio de cada doente. Contribuir para a manutenção da intimidade sexual é um pequeno, grande passo no sentido de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de cada um. Para atingir esse objectivo, é importante, mas não imperativa, a presença de três requisitos: o controlo oncológico, a conservação de aptidões físicas e a permanência de um ambiente emocional e psicológico propício ao desejo. Só assim se poderá almejar a devolver ao doente oncológico uma vivência satisfatória da sua sexualidade. Consideramos que uma população de doentes em que se atinge este objectivo, é uma população melhor tratada.

Neste contexto abordaremos as principais causas de disfunção sexual do doente oncológico revendo algumas das principais patologias no homem e na mulher, daremos exemplo de técnicas que têm sido desenvolvidas para minorar o impacto do tratamento do cancro na disfunção sexual e de uma metodologia de abordagem do doente em oncossexualidade. No final apresentaremos a estrutura de uma equipa multidisciplinar de oncossexualidade e os futuros desafios nesta área.

II. DO DIAGNÓSTICO DE CANCRO À DISFUNÇÃO SEXUAL

Antes do diagnóstico de doença oncológica é frequente a presença de ansiedade que tende a agravar-se com a confirmação da doença. A incerteza quanto ao diagnóstico é substituída pelo, não menos mordaz, receio do sofrimento provocado por futuros tratamentos e pela dúvida quanto ao prognóstico. A doença oncológica afecta não só a quantidade como principalmente a qualidade de vida. Conviver com um diagnóstico de cancro é iniciar um processo de mudança de hábitos e de qualidade de vida. Um processo de transição, de crise, uma interrupção que exige adaptação, reorganização de todas as vivências, na estrutura familiar, na natureza dos papéis e das relações. A confrontação com o diagnóstico induz numa primeira fase sentimentos de negação, tristeza, ansiedade e depressão.

Para muitas pessoas manter intimidade sexual é essencial para o processo de recuperação. A intimidade promove proximidade física e emocional nem sempre necessariamente acompanhada de relações sexuais.

Este forte impacto emocional é habitualmente acompanhado de insegurança, reserva e inibição da intimidade sexual – “*novo eu*”. De facto, notamos frequentemente nos nossos doentes um forte apoio familiar e um estreitar dos laços que unem o doente aos seus mais queridos. No entanto, no momento do diagnóstico, a vida sexual é colocada em segundo plano e são focadas energias na luta contra a doença e na recuperação após os tratamentos. Este processo é acompanhado de uma redefinição de prioridades e papéis em que sobressai a necessidade de cuidar em que o sentimento de protecção impera sobre o prazer. Este novo paradigma relacional – “*novo nós*” – acaba por ser destrutivo para o erotismo de uma relação.

É assim perceptível que na disfunção sexual do doente oncológico exista logo de início uma forte componente psicológica.

Com o início do tratamento ganha preponderância a componente orgânica da disfunção sexual com impacto variável de acordo com as características próprias de cada indivíduo.

Os doentes oncológicos principalmente os homens são ainda relutantes a pedir ajuda profissional na resolução de problemas sexuais.

Efeitos secundários como as náuseas, vômitos, astenia ansiedade, depressão, revolta e alterações da imagem corporal podem contribuir para a disrupção da actividade sexual. A sexualidade e a forma como cada pessoa se sente encontra-se, principalmente na mulher, directamente ligada à necessidade de carinho, proximidade e toque. Inseguranças relativas à sexualidade afectam a forma como a mulher se vê e se relaciona com os outros.

De uma forma geral quando descrevem qualidade de vida, a maioria dos adultos apresentam o desejo sexual e uma relação sexual satisfatória como domínio importante que desejam preservar ou readquirir após os tratamentos oncológicos.

Doentes de idade mais avançada, portadores de más condições físicas e com relações pouco satisfatórias, sofrem de maior risco de desenvolver após os tratamentos oncológicos, disfunções sexuais.

No doente com doença oncológica não pélvica, a disfunção sexual prende-se habitualmente com questões hormonais e de alterações de auto-imagem. Neste grupo de doentes a estratégia de intervenção deverá recorrer, sempre que possível a tratamentos reconstrutivos, acompanhados sempre de apoio emocional e psicológico para a aceitação da sua nova imagem. O recurso a próteses confere uma imagem corporal aceitável. É necessário apoio emocional pois a sensibilidade da área reconstruída nomeadamente em zonas extremamente sensitivas como a mama e o mamilo ficará francamente diminuída senão ausente.

No caso do homem, as patologias com maior preponderância na disfunção sexual são as que

envolvem a cavidade pélvica com risco de invasão ou iatrogenia dos órgãos sexuais ou das estruturas vasculonervosas responsáveis pelo mecanismo da erecção. Neste conjunto de patologias destaca-se o cancro da próstata, o cancro invasivo da bexiga e o cancro do recto. O cancro do pénis, apesar de mais raro assume também grande importância pelo impacto na qualidade de vida, com frequente necessidade de amputação total ou parcial do mesmo. O tumor do testículo é mais frequente em idades jovens e tem particular importância por outro motivo: o risco de infertilidade que está associado a esta patologia. A criopreservação de gâmetas prévia ao início de tratamento permite preservar o potencial de fertilidade nesta população⁽¹⁾.

Na mulher, a causa pélvica mais frequente de disfunção sexual ocorre no cancro do colo do útero, do ovário e da vulva. Estas neoplasias são particularmente lesivas pelo seu comportamento habitualmente silencioso e francamente invasivo.

Um grupo especial de intervenção é o da criança pré-púbere com hipogonadismo secundário à radioterapia ou quimioterapia para tratamento de doença linfoproliferativa ou do sistema nervoso central. Para este grupo de doentes, é fundamental uma abordagem multidisciplinar em oncossexologia constituída também pela endocrinologia. Nestes casos a criopreservação de gâmetas é desafiante dada a imaturidade das gónadas nos pré-adolescentes. Até à data não existem métodos clinicamente aprovados que permitam a preservação da fertilidade nesta população⁽²⁾.

III. O TRATAMENTO DE DOENÇA ONCOLÓGICA

Para a minimização das sequelas é importante que a escolha do tratamento seja orientada por informação anatómica detalhada e tentando a estratégia mais poupadora possível. É exemplo disso mesmo a disseção nerve sparing no carcinoma da próstata; a conservação de vagina na mulher na exenteração pélvica anterior por tumor vesical invasivo, a preservação de parte da glandula mamária, de tecido cutâneo na cirurgia mamária bem como a utilização de novos equipamentos de radioterapia com a capacidade de minimizar efeitos deletérios em estruturas adjacentes.

A sexualidade é na maioria dos doentes mais atingida pelos tratamentos a que o doente é submetido do que propriamente pela doença em si. Para o doente com cancro o tratamento pode ser uma combinação de cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT), hormonoterapia ou imunoterapia. Consideremos agora as principais consequências destes tratamentos de um ponto de vista geral e relativamente a alguns tipos de cancro.

1. Cirurgia

As consequências do tratamento cirúrgico derivam da exérese do tumor que em si mesma pode envolver estruturas importantes para a sexualidade do doente, como o pénis ou a mama ou de estruturas a ele adjacentes (exemplo dos feixes vasculonervosos no caso da prostatectomia radical) lesadas no processo de disseção ou como forma de obter margem de segurança livre de doença. Também cirurgias em zonas de grande impacto visual nomeadamente ao nível da cabeça e pescoço, cirurgias com necessidade de amputação de membros ou de construção de ostomias (de eliminação, respiração ou alimentação), tem uma forte componente inibidora das relações interpessoais e consequentemente da sexualidade e intimidade sexual.

2. Quimioterapia

Apesar da evolução dos últimos anos, a quimioterapia continua a ser responsável por múltiplos efeitos secundários que interferem com o bem-estar do indivíduo (cansaço, náuseas, vômitos, diarreia) ou com a sua imagem corporal (queda de cabelo). Vários citostáticos são também tóxi-

cos para as células germinativas, interferindo com o potencial de fertilidade do indivíduo. Nestes casos deve partir do profissional de saúde a proposta de criopreservação de gâmetas. Deve também ser tido em consideração o impacto da QT no tecido endócrino. Uma das consequências mais nefastas para a sexualidade e fertilidade dos doentes é o hipogonadismo secundário, que apesar da possibilidade da suplementação hormonal, não permite o normal desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e geração de gâmetas.

3. Radioterapia

Estudos de qualidade de vida com mulheres submetidas⁽³⁾ a radioterapia pélvica, evidenciam referências a uma significativa redução do desejo sexual e da lubrificação vaginal e uma frequência aumentada de dispareunia em comparação com grupo de controlo saudável. A Radioterapia pélvica é apresentada como responsável por alterações da anatomia e função vaginal, ovárica, vesical e ou intestinal associados a alterações do bem-estar geral, nomeadamente astenia e anorexia, necessário para o envolvimento sexual.

São as alterações de cariz vascular, neurológico e estrutural, como a fibrose, que no seu conjunto alteram o normal funcionamento de estruturas e até a anatomia do doente. Na região pélvica feminina, a fibrose vaginal, a secura, encurtamento, hemorragia são alterações presentes e limitantes da actividade sexual, no homem a fibrose dos vasos, edema, dor ejaculatória são factores que condicionam o normal mecanismo de erecção e de satisfação sexual.

À semelhança da QT, o impacto na fertilidade tanto no homem como na mulher, advém da especial sensibilidade das células germinativas à radiação. Consoante a dose de radiação estas alterações podem ser ou não reversíveis. Na mulher a preservação da fertilidade pode passar pela ooforopexia ou preservação de tecido ovárico (por vitrificação) ou colheita de oócitos.

4. Hormonoterapia

A hormonoterapia interfere com os níveis circulantes de androgénios e/ou estrogénios bem como, com o seu efeito nos tecidos. Tanto no homem como na mulher o desejo sexual está dependente de androgénios e a sua redução na circulação tem como efeito o desejo hipoactivo e a dificuldade em atingir o orgasmo. O bloqueio androgénico pode também gerar alterações da imagem corporal como ginecomastia, alterações da pilosidade e dimensões do pénis e testículos que por si só desencadeiam alterações de identidade de género e de aceitação da nova imagem corporal.

IV. ALGUMAS PATOLOGIAS DE RELEVO NO HOMEM

1. Carcinoma da Próstata

A próstata é um órgão especial no imaginário masculino. A maioria dos homens não sabe ao certo qual a sua função e o papel que desempenha no prazer sexual, mas tem uma noção nítida do efeito deletério que o tumor da próstata e seus tratamentos têm sobre a sexualidade. Talvez neste tumor como em nenhum outro, existe a percepção imediata no momento do diagnóstico de que a sua sexualidade está em risco.

Na maioria dos homens, a doença encontra-se localizada no momento do diagnóstico e é assintomática. Depois, já durante a marcha diagnóstica é importante realçar o papel da biopsia prostática no surgimento das primeiras dificuldades quer pelo desconforto associado à sua própria realização, pela ansiedade resultante da expectativa do diagnóstico e pelo constante recordar da possibilidade da doença em cada micção com hematúria ou ejaculação com hematospemia.

Estes efeitos estão presentes também nos homens cuja histologia exclui doença maligna. O tratamento do cancro da próstata difere consideravelmente consoante as características gerais do doente e do tumor, bem como preferências do próprio doente relativamente as opções que lhe são colocadas. Independentemente da escolha de método de tratamento, é importante para o médico esclarecer que as alterações sentidas pelo doente irão além da probabilidade de disfunção erétil. Especificamente no caso do carcinoma de próstata, é importante alertar o doente também para a possibilidade de alterações na capacidade de atingir o orgasmo e alterações nas características da ejaculação (diminuição de volume, ejaculação retrógrada ou anejaculação).

Quanto à disfunção erétil, mais do que diferir na probabilidade do seu surgimento, as diferentes técnicas terapêuticas diferem sobretudo quanto ao momento em que ela surge. Na opção cirúrgica esse efeito é imediato, com uma conseguida recuperação variável após semanas a meses; enquanto nas técnicas de radioterapia, radioterapia externa ou braquiterapia, esta última menos lesiva da sexualidade, o efeito pode fazer-se sentir no médio-longo prazo.

A hormonoterapia isolada ou combinada tem habitualmente efeitos no sistema nervoso central resultantes do hipogonadismo que resultam na maioria dos doentes num menor desejo sexual e maior taxa de disfunção erétil que é persistente ao longo do tratamento.

A disfunção erétil pós-tratamento de carcinoma da próstata pode ser tratada com inibidores da 5 fosfodiesterase (I5PDE), alprostadilo, e próteses penianas como primeira, segunda e terceira linha respetivamente. Apesar de frequentemente abandonados pelos doentes, os dispositivos de vácuo são uma opção a considerar sobretudo no contexto de casais estáveis.

Vários trabalhos demonstraram que o uso de I5PDE diários permitem otimizar a recuperação da erecção⁽⁵⁾, mas esse efeito é sempre dependente da experiência do cirurgião e da utilização de técnica *nerve sparing*. A eficácia dos I5PDE é baixa se não for conseguida esta técnica e, conseqüentemente, ocorre a necessidade de utilizar outras linhas terapêuticas nestes doentes⁽⁶⁾.

2. Carcinoma da Bexiga

O tratamento com intenção curativa do tumor vesical com invasão da muscular própria implica habitualmente a realização de cistectomia radical (cistoprostatectomia). Embora não totalmente consensual, o uso de quimioterapia neo-adjuvante demonstrou um benefício de sobrevivência aos 5 anos de 5%.⁽⁷⁾ No homem a cirurgia tem elevada probabilidade de lesar o pedículo vasculonervoso, e gera alterações que comprometem diretamente a mecânica da relação sexual. Têm sido desenvolvidas técnicas cirurgicamente mais poupadoras do feixe vasculonervoso e parte da próstata.

Há ainda que ter em conta os efeitos da quimioterapia e as alterações da imagem corporal decorrentes da necessidade de construir uma urostomia para derivação urinária na grande maioria dos doentes. A dependência de um cuidador, neste caso da esposa pode contribuir para a perda do cariz erótico da relação. Numa minoria de doentes, habitualmente homens, pode ser construída uma neobexiga que não impõe tantas alterações estéticas ao doente.

3. Carcinoma do Pénis

O tumor do pénis, geralmente um carcinoma pavimento-celular, é frequentemente diagnosticada na população idosa, por vezes, com diagnósticos tardios, fruto do pudor destes doentes em procurar ajuda médica. Por esta razão a disfunção sexual está frequentemente presente nestes doentes no diagnóstico. O tratamento é eminentemente cirúrgico. Na última década foram publicados vários trabalhos que demonstraram que a necessidade de margem de segurança é de apenas alguns milímetros, em oposição aos 2cm que classicamente se defendiam na literatura.

Este facto e as técnicas de glandectomia têm permitido a conservação de suficiente comprimento peniano para permitir a penetração durante as relações sexuais.

Tendo em conta que este tumor afecta profundamente a masculinidade do doente, é frequente a necessidade de reabilitar novamente estes doentes para a vivência da sua sexualidade de uma forma global, não centrada no pénis. O fortalecimento de laços de carinho e amizade é o primeiro passo para o restabelecimento da intimidade nesta desafiante população de doentes.

4. Tumor do Testículo

É o tumor sólido mais frequente entre os 25 e os 35 anos no sexo masculino e apresenta uma das mais elevadas taxas de sucesso terapêutico. As principais implicações na sexualidade específicas deste tipo de cancro prendem-se com o risco de infertilidade associado ao tratamento, visto que a mecânica da erecção não é afectada. É importante para o clínico oferecer sempre a possibilidade de realizar criopreservação de esperma nestes doentes, sempre que são necessárias terapêuticas complementares (QT ou RT). Durante a orquidectomia, deverá ser colocada uma prótese testicular com o intuito de minorar o impacto na imagem corporal destes doentes.

5. Tumor do Recto

O tratamento da neoplasia do recto impõe habitualmente uma associação de cirurgia, RT e QT. Do ponto de vista cirúrgico existe elevada probabilidade de lesão dos plexos hipogástricos que se distribuem num plano sagital para-rectal e que na sua extremidade formam os nervos cavernosos. Daí o elevado risco de disfunção erétil presente nesta cirurgia. Apesar dos avanços cirúrgicos e da realização com sucesso de anastomoses anorectais progressivamente mais baixas, existe, mesmo que de uma forma temporária, um significativo número de doentes com necessidade de permanecer com um estoma. Ser portador de uma ostomia intestinal impõe uma alteração significativa da imagem corporal ao doente, da confrontação com sentimentos de insegurança, perda de controlo de si próprio e do meio e sentimentos de fuga e de isolamento social. Neste âmbito, é essencial um correto ensino do doente, que o capacite não só a aplicar correctamente o material de ostomia, diminuindo o risco de fugas, bem como ao recurso a estratégias de ocultação do próprio dispositivo (como o uso de roupa interior adequada, mini sacos, sacos opacos) diminuindo um possível constrangimento durante a actividade sexual.

V. ALGUMAS PATOLOGIAS DE RELEVO NA MULHER

1. Tumor Colo do Útero

O tratamento do tumor do colo do útero dependendo dos seus estádios pode englobar a necessidade de cirurgia combinada com QT e RT. A necessidade de histerectomia radical, com exérese do útero e ligamentos e eventual remoção dos ovários, é uma cirurgia física e emocionalmente muito agressiva para qualquer mulher. A ligação do útero á fertilidade e consequente feminilidade fazem com que a perda do mesmo desencadeie sentimentos de “ não ser verdadeira mulher”. Também os companheiros são sugestivos de considerarem que depois da cirurgia a mulher deixa de sentir desejo ou prazer sexual, culminando assim dois factores para a interrupção da vida sexual do casal.

No entanto a cirurgia embora não inibidora do relacionamento sexual ou da capacidade de desejo e do prazer sexual, provoca alterações da sensibilidade local e encurtamento do canal vaginal que associados a secura vaginal poderão desencadear um quadro de dispareunia. In-

tervenção precoce com uso de lubrificante extra e ênfase nas caricias preliminares facilitam a estimulação sexual da mulher e relaxamento muscular vaginal.

A fertilidade é um aspecto sempre a considerar antes de qualquer tratamento e nesta situação discutido ao nível conjugal a necessidade de preservação de tecido ovárico ou oócitos e o futuro recurso a meios de procriação medicamente assistida disponíveis no país.

2. Carcinoma da Bexiga

Como abordado anteriormente, o tratamento com intenção curativa do tumor vesical com invasão da *muscular própria* implica habitualmente a realização de cistectomia radical, no caso da mulher denominada de exenteração anterior pela necessidade de associar à remoção da bexiga, a remoção do útero e seus anexos, cérvix, parede anterior da vagina e uretra.

Frequentemente o canal vaginal reconstruído não permite a penetração peniana ou é muitas vezes acompanhado de dor e traumatismo dos tecidos. As estratégias de intervenção passam pelo ensino de uso de lubrificação extra, dilatações vaginais progressivas, adopção de posições sexuais facilitadoras da penetração mas essencialmente na redescoberta da capacidade de dar e receber prazer sexual do outro sem necessidade de recurso a penetração.

3. Carcinoma da Vulva

O tratamento do cancro da vulva passa por cirurgia com a necessidade de remoção total do tumor e respectiva margem de segurança. Actualmente são raras as cirurgias de vulvectomia radical (com remoção de todos os genitais externos, incluindo clítoris, pequenos e grandes lábios e Linfadenectomia dos respectivos gânglios) e tende-se cada vez mais a optar por cirurgias mais conservadoras como remoção parcial da vulva ou de um dos grandes/ pequenos lábios. No entanto a necessidade de margem de segurança pode levar à exérese do clítoris com compromisso severo da estimulação e prazer sexual. A presença de cicatrizes e edema são muitas vezes apontadas pelas mulheres como inibidores do relacionamento sexual pela hipostesia associada e pelo receio de que os companheiros sintam repulsa ou dificuldade na estimulação sexual.

Estimulação local e recurso a lubrificação extra da entrada vaginal podem ao longo dos meses posteriores à cirurgia ajudar a recuperar a sensibilidade local e facilitar a penetração peniana. Em situações específicas poderá ser necessário apoio da cirurgia plástica para reconstrução local, no entanto o compromisso sensitivo estará sempre presente.

4. Cancro da Mama

É talvez dos cancros mais ligados à sexualidade e respectiva disfunção. Na cultura ocidental as mamas femininas fazem parte do imaginário e da construção sexual de identidade de ambos os sexos. Os homens associam-nas ao erotismo e estimulação sexual, fazem frequentemente parte dos preliminares de um relacionamento sexual. Para as mulheres são parte fundamental da identidade feminina da sensualidade e da atracção sexual. São zonas erógenas, com contributo para a satisfação sexual e orgasmo. A mastectomia ou mesmo as cirurgias mais conservadoras da mama tem um impacto profundo na imagem e resposta sexual feminina. São frequentes as mulheres que pós cirurgias referem diminuição da sensibilidade mamária ou que simplesmente não permitem ser tocadas na zona operada. Assim como os tratamentos de RT e QT associados á cirurgia produzem factores inibidores do relacionamento sexual, também a menopausa precoce causada pelas alterações hormonais condicionam o desejo sexual e a própria lubrificação vaginal, com necessidade de utilização de lubrificação extra à base de água.

As técnicas de reconstrução mamária são uma alternativa a equacionar sempre que possível na preparação pre operatoria de uma cirurgia mamária.

VI. DEPOIS DO TRATAMENTO

A preocupação com a sexualidade dos doentes é obrigação de cada médico.

Embora ainda timidamente os profissionais de saúde necessitam de incluir nas suas avaliações a abordagem da sexualidade. É fundamental na abordagem da sexualidade pós doença oncológica, reconhecer a importância da intimidade no processo de reabilitação; apresentar atitudes isentas de juízos de valor e preconceitos; considerar a comunicação conjugal como essencial na redefinição da intimidade do casal.

Por mais reservado que seja o diagnóstico inicial, o médico deverá sempre tentar recuperar toda e qualquer função que permita ao doente manter-se o mais próximo possível das suas capacidades prévias à doença. Este princípio aplica-se mesmo em situações paliativas e terminais, pois a dignidade da pessoa assim o obriga. De igual modo, é obsoleto e inaceitável pensar que um doente deve dar-se já por satisfeito por ter sobrevivido a uma situação muito desfavorável e que o estar vivo é, só por si, já motivo para satisfação suficiente, não possibilitando sequer espaço para a discussão de necessidades no passado, consideradas agora supérfluas.

É óbvia a importância da cura, mas no virar do século XXI, o desejo de ir mais além faz já parte da mente de médicos e doentes. Pelos motivos que temos vindo a enunciar ao longo deste capítulo, tem-se operado uma progressiva mudança no paradigma de como se encara o doente oncológico, passando de uma época centrada na doença, para uma outra centrada no bem-estar global do indivíduo e na qualidade da sobrevivência. O cancro é, cada vez mais, uma doença crónica e reabilitar a sexualidade do doente oncológico não se resume a reabilitar a capacidade de poder ter relações sexuais, mas a capacidade de se relacionar intimamente com o/a parceira favorecendo também a segurança e o prazer da proximidade física e emocional com o outro.

Um exemplo conhecido dessa transição verificou-se na análise do sucesso terapêutico do cancro da próstata. Desde os anos 80 do século passado que a literatura se concentrou no desenvolvimento de estratégias de diagnóstico e terapêutica precoces, sendo de realçar o desenvolvimento do PSA e a técnica de prostatectomia radical retro-púbica de Walsh. Só duas décadas mais tarde se popularizou o conceito de *trifecta* que colige os três determinantes do sucesso terapêutico nesta doença: controlo oncológico, preservação da continência e da função erétil. Hoje, este conceito é de tal forma robusto e de fácil compreensão que nenhum urologista ou doente pode discutir as opções terapêuticas do cancro da próstata sem o abordar.

VII. CONSULTA DE ONCOSSEXOLOGIA

A abordagem da sexualidade individual em contexto oncológico reveste-se de uma complexidade acrescida inerente, não só à intimidade e privacidade do tema, mas principalmente à vulnerabilidade que o doente apresenta. Um modelo de abordagem terapêutica é conhecido sob a sigla *PLISSIT* (*Jack Annon 1976*) e está estruturada em três níveis de intervenção, sempre que para tal haja permissão do doente (*Permission*). O primeiro nível pode ser realizado por todos os profissionais de saúde que se encontrem sensibilizados para a problemática da sexualidade, sendo capazes de identificar a natureza da disfunção, reconhecer o seu carácter perturbador e transmitir alguma informação (*Limited Information*) que possa ajudar estes doentes. Este nível de intervenção é fundamental para o rastreio e encaminhamento para o segundo nível, já realizado por profissionais diferenciados que podem desenvolver estratégias comportamentais, emocionais e relacionais (*Simple Suggestions*) com o intuito de fazer face ao problema. Um terceiro nível considerado de terapia intensiva (*Intensive Therapy*) é desenvolvido apenas por especialistas que individualmente

ou em conjunto associam farmacologia, terapia sexual conjugal e técnicas mais invasivas como a cirurgia.

De uma forma geral durante a realização de tratamentos oncológicos os doentes vivenciam diminuição do desejo sexual. Ansiedade, depressão, dor, náuseas, vômitos ou astenia são factores negativos para uma predisposição sexual. Preocupações com o prognóstico, eficácia dos tratamentos e afectam frequentemente a disponibilidade para a excitação e o desejo sexual.

Torna-se fundamental na reabilitação da sexualidade feminina a consciência de que são poucos os tratamentos oncológicos que alteram a capacidade da mulher sentir prazer sexual e orgasmo pelo toque e que este se torna essencial em situação em que a penetração sexual é dolorosa ou mesmo impossível. Para tal é necessário ter uma abertura na abordagem de estratégias que englobem diferentes formas de estimulação sexual, sendo sempre necessário uma fase de mudança nas formas de dar e receber prazer sexual.

Paralelamente ao reforço da comunicação conjugal e estratégias de valorização de auto-estima, existe habitualmente a necessidade de uma intervenção específica ao nível da introdução de lubrificantes vaginais, ensino de técnicas de dilatação vaginal e redefinição de hábitos sexuais com recurso a um aumento do focus na estimulação através do toque das áreas genitais e pontos erógenos femininos e adaptação de diferentes posições sexuais nas quais a mulher seja capaz de controlar a intensidade da penetração peniana.

No que toca à reabilitação da sexualidade masculina destacamos o apoio psicológico para o ajuste de expectativas, a recuperação do interesse pela sexualidade e o reaprender de uma nova forma de viver a sexualidade onde a imaginação e a criatividade do casal são uma peça fundamental. Um preconceito a combater é o de que a prática sexual não é desejável e que pode agravar a doença.

A utilização de inibidores da 5-fosfodiesterase (*Sildenafil*, *Vardenafil*, *Tadalafil*) de forma crónica ou *on-demand*, associada à prática de exercício físico, consiste na primeira linha de abordagem terapêutica. Numa segunda linha consideramos útil a utilização de alprostadilo (intra-uretral ou intra-cavernoso). Só, ou em associação, o uso de bombas de vácuo é uma opção. Nas terapêuticas cirúrgicas recorreremos à colocação de próteses penianas e em situações especiais (embora ainda numa fase inicial) técnicas de reconstrução peniana e o uso de terapêutica hormonal de substituição, poderá ser recomendado em algumas situações como complemento. Uma componente importante na consulta é apresentar ao doente as diferentes opções que estão ao seu dispor, bem como as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos. O trabalho em equipa entre médicos, enfermeiros e sexólogos de forma coordenada permite obter melhores resultados na transmissão deste conhecimento e no esclarecimento de dúvidas, contribuindo para uma melhor aceitação e adesão terapêutica.

VIII. UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE ONCOSSEXOLOGIA

Entende-se por unidade multidisciplinar de oncossexologia um conjunto de profissionais, com um projecto de trabalho e definição administrativa próprios que procuram em conjunto discutir e desenvolver estratégias terapêuticas para doentes referenciados por distúrbios sexuais adquiridos no contexto da oncologia.

A unidade em funcionamento no IPOFG de Lisboa, pioneira no país, é multidisciplinar e composta por uma equipa de médicos de várias especialidades (urologia, ginecologia, endocrinologia, psiquiatria, radioterapia e oncologia médica), por enfermeiros diferenciados em sexualidade humana e uma psicóloga e sexóloga.

Recebe doentes de toda a instituição, encaminhados por qualquer profissional de saúde que, de acordo com a necessidade de intervenção diagnosticada, procede ao encaminhamento para a equipa da especialidade que melhor resposta dará à situação.

Dadas as diferentes necessidades dos doentes, a abordagem é desenvolvida em equipas da especialidade compostas por médicos e enfermeiros. É fundamental a anamnese e avaliação inicial realizada na primeira consulta da especialidade. Na *consulta médica* são definidos diagnósticos, estadiamentos, orientações terapêuticas e são escutadas expectativas e definidos objectivos a atingir. Na *consulta de enfermagem* é fortalecida a relação empática com a equipa; são validados, demonstrados e reforçados ensinamentos e estratégias, como a terapêutica intracavernosa ou dilatações vaginais e realizada uma avaliação da satisfação do doente comparativamente com os objectivos e expectativas iniciais. Qualquer que seja a intervenção existe sempre a necessidade de estratégias paralelas de redefinição da vivência da sexualidade.

Mensalmente, decorre ainda uma *reunião multidisciplinar* em que se abordam casos mais desafiantes ou que impliquem a concertação de esforços entre várias especialidades da equipa.

No entanto, em contraste com a abertura e facilidade de acesso a esta consulta, verificamos que a adesão terapêutica é frequentemente condicionada por questões económicas. A inexistência de comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde e pelos Serviços Privados de Saúde torna limitante e muitas vezes impossível a aquisição e manutenção do regime terapêutico. À semelhança da evolução verificada na abordagem à oncossexualidade, torna-se imperioso no futuro, a actualização das comparticipações dos meios farmacológicos e dispositivos médicos necessários à reabilitação da saúde sexual. A existência de unidades de referência com profissionais dedicados à reabilitação das disfunções sexuais confere a certeza da indicação terapêutica e de uma correcta gestão de recursos.

BIBLIOGRAFIA

1. P. Albers (chair), W. Albrecht, F. Algaba, C. Bokemeyer, G. Cohn-Cedermark, K. Fizazi, A. Horwich, M.P. Laguna. Guidelines on Testicular Cancer. European Association of Urology 2013
2. [Trost LW. While sperm cryopreservation is usually an option for adolescent and adult males, fertility preservation in pre-pubertal males presents a more challenging problem. To date, no clinically proven methods are available to preserve fertility in these males. *Curr Treat Options Oncol.* 2012 Jun;13(2):146-60. doi: 10.1007/s11864-012-0191-7.]
3. Vistad I, Fossa SD, Dahl AA. A Critical review of patient-rated quality of life studies of long term survivors of cervical cancer *GYneco Oncol* 2006;102:563-72
4. Rodrigues, Ana Cláudia. Efeitos biológicos e psicossociais da irradiação da pelvis feminina. *Cadernos de sexologia* nº4 jan/junho 2011
5. Bannowsky A1, Schulze H, van der Horst C, Hautmann S, Jünemann KP. Recovery of erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: improvement with nightly low-dose sildenafil. *BJU Int.* 2008 May;101(10):1279-83. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07515.x. Epub 2008 Feb 18.
6. Ayyathurai R1, Manoharan M, Nieder AM, Kava B, Soloway MS. Factors affecting erectile function after radical retropubic prostatectomy: results from 1620 consecutive patients. *BJU Int.* 2008 Apr;101(7):833-6. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07409.x. Epub 2008 Jan 10.
7. Advanced Bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaboration.. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data advanced bladder cancer (ABC) meta-analysis collaboration. *Eur Urol.* 2005 Aug;48(2):202-5; discussion 205-6. Epub 2005 Apr 21
8. Minhas S1, Kayes O, Hegarty P, Kumar P, Freeman A, Ralph D. What surgical resection margins are required to achieve oncological control in men with primary penile cancer? *BJU Int.* 2005 Nov;96(7):1040-3

XV

**DOENÇA CRÓNICA
E A SEXUALIDADE**

DOENÇA CRÓNICA E A SEXUALIDADE

La Fuente de Carvalho

Chefe de Serviço de Urologia
C.H.P. - Hospital Santo António

Nuno Louro

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.P. - Hospital de Santo António

Fortunato Barros

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia
C.H.L.C. - Hospital de S. José

O conceito de doença crónica é flexível, sendo passível de múltiplas definições. De modo geral contempla todas as condições de doença incurável ou de duração muito prolongada. Sinteticamente, Blanchard refere que as doenças crónicas são aquelas que têm que ser geridas em vez de curadas. Uma doença crónica é aquela doença não resolvida num tempo curto, definido como três meses, e que não põem em risco a vida da pessoa num prazo curto. No entanto, elas podem ser extremamente debilitantes e algumas, como, por exemplo, certos carcinomas, causam a morte. As doenças crónicas incluem também todas as condições em que um sintoma existe, continuamente, e mesmo não pondo em risco a saúde física da pessoa, pode evoluir com episódios agudos e/ou muito perturbadores da qualidade de vida. A OMS define doença crónica (DC) como “a doença de longa duração e progressão, geralmente, lenta”. Na Europa, as doenças crónicas de maior prevalência, são a doença cardíaca, o cancro, a doença respiratória, a diabetes mellitus e a saúde mental. Algumas doenças e medicamentos exercem um impacto negativo sobre a função sexual de homens e mulheres com idade superior a 55 anos. A regularidade da actividade sexual garante o bem-estar físico e psicológico, contribui para a melhoria de problemas físicos associados ao envelhecimento.

Uma relação sexual com penetração e/ou relacionamentos íntimos, relaciona-se com menos sintomas depressivos, menor obesidade e maior capacidade cardiovascular quer em homens quer em mulheres. Um estudo que envolveu mais de 27.000 homens e mulheres, entre os 40 e 80 anos, revelou que para 80% dos homens e 60% das mulheres a actividade sexual era importante para a sua estabilidade física e emocional. Com o aumento do tempo-médio de vida da população, os profissionais de saúde devem ter o cuidado de abordar os doentes sobre a actividade sexual e conhecer o comportamento sexual do idoso com o objectivo de a mesma ser mantida. Esta problemática não é, regra geral abordada, pois menos de 30% dos homens e mulheres referem serem questionados nesta matéria pelo seu médico.

A inclusão da saúde sexual como parte da Saúde numa perspectiva integral, requer uma abordagem multidisciplinar, sendo de considerar as características do homem, da mulher e do casal, para o diagnóstico e tratamento adaptados à idade.

Os estudos que dispomos apontam para evidências suficientes do impacto de variáveis biológicas e dos aspectos psicossociais sobre a função sexual feminina e masculina.

Para um envelhecimento saudável, é fundamental manter os relacionamentos sociais, a

atividade física e sexual satisfatórias, pelo que estes temas devem ser incluídos na avaliação de pessoa idosa.

Doença Oncológica

O número de doentes com doença oncológica tem aumentado como consequência natural dos programas para detecção precoce, do avanço dos cuidados médicos e cirúrgicos. Na verdade, as perturbações da sexualidade, e da saúde psicossocial, podem ser um resultado directo das terapêuticas instituídas, esquecidas muitas vezes pelos profissionais e técnicos de saúde.

Estas perturbações no homem incluem a disfunção erétil, disfunções ejaculatórias, diminuição do desejo e motivação, infertilidade, ansiedade ou depressão. Na mulher, as perturbações da imagem corporal, dor pélvica e/ou vaginal, menopausa precoce, infertilidade, depressão e ausência de motivação. Neste sentido, nos últimos anos temos assistido à publicação crescente de documentos a informar e a sensibilizar os profissionais de saúde para integrar este aspecto no tratamento global do doente.

A etiologia destas perturbações é complexa e multifactorial, conduz a perturbações na relação do casal e, nalguns casos, mesmo a rotura. Assim, por exemplo, no carcinoma da mama da mulher, a implementação de programas de detecção precoce, e tratamentos mais eficazes, aplicados com intenção curativa, ou apenas para controle da doença, aumentaram muito o intervalo livre de doença.

No carcinoma colorectal, o terceiro mais frequente no homem e o segundo na mulher, no qual a abordagem multimodal tem aumentado a sobrevida mas com deterioração marcante da função sexual, como a disfunção erétil e ejaculatória (5–88%) nos homens e dor durante a relação (50%) na mulher. O impacto na Qualidade de Vida (QoL) analisado em vários domínios tem conduzido ao desenvolvimento de questionários de avaliação clínica no início, ao longo do tratamento, no final e no seguimento dos doentes. Estas avaliações devem ser dinâmicas ao longo do tempo, pois a sensação de bem-estar emocional e físico apresenta flutuações ao longo do tempo.

Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis pela morte de quinze milhões/ano de pessoas em todo mundo, constituindo 30% de todas as causas de morte. As taxas de mortalidade por DCV são preocupantes por si, com consequências nos custos directos com medicamentos, e custos indirectos como a perda da força de trabalho e as alterações no comportamento sexual.

Os portadores de cardiopatia apresentam um declínio em sua actividade sexual após a detecção da mesma, muitas vezes devido a limitação de informações sobre a patologia, insegurança e medo, que influenciam o desempenho sexual. Muitos doentes não retomam a actividade sexual por falta de esclarecimento e por receio de terem dor durante o acto sexual. Devem os mesmos serem informados que o esforço físico durante o acto sexual corresponde a actividades diárias como, por exemplo, andar 300 metros em plano ou subir dois lances de escadas.

A disfunção erétil em homem assintomático pode ser um marcador de doença vascular silenciosa. As pequenas artérias penianas (diâmetro 1–2 mm) sofrem obstrução por placas de atheroma mais cedo que as artérias coronárias (3–4 mm), carótidas (5–7 mm) ou iliofemorais (6–8 mm) e é por isso que a DE pode ser sintomática antes dos eventos coronários.

Actividade Sexual e Coração

Para que aconteça a relação sexual é necessária uma série de alterações cardiovasculares, neu-

rológicas e metabólicas. Cabe salientar que existe associação entre o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial sistémica com a erecção peniana. Aliás, a erecção está intimamente ligada ao sistema cardiovascular e ocorre quando o tecido erétil relaxa, permitindo aumento de fluxo sanguíneo, mecanismo controlado através da modulação do sistema nervoso autónomo.

O maior gasto energético durante a relação sexual ocorre no orgasmo, momento em que o consumo de oxigénio atinge pico mais alto. A “actividade sexual conjugal” é frequentemente comparada a um exercício que produz um gasto energético de aproximadamente 2 a 3 METs (“*metabolic equivalent of oxygen consumption*”) na fase pré-orgásmica, e 3 a 4 METs durante o orgasmo. Na maior parte das vezes as respostas cardiovasculares e metabólicas na actividade sexual parecem estar mais relacionadas com a excitação do que com o esforço físico propriamente dito. A frequência cardíaca atinge um valor médio de 114 batimentos por minuto e a pressão arterial valores médios de 163/81 mmHg durante as relações sexuais. Cabe então ressaltar que o gasto energético descrito é comparável ao de muitas actividades quotidianas, como pode ser verificado na tabela 1.

ATIVIDADE	METS
Caminhada até 3,5 km/h	2
Caminhada até 5 km/h	3
Actividade sexual pré-orgasmo	2-3
Actividade sexual durante orgasmo	3-4
Corrida 10 km	6-7
Quarto estágio protocolo de Bruce	13

Tabela 1: Consumo de oxigénio estimado para algumas actividades(expresso em METs)

Os dados disponíveis sobre os diferentes aspectos relacionados com a fisiologia sexual em mulheres são bastante escassos, mas não há razão para acreditar na existência de grandes variações entre os géneros.

As doenças cardiovasculares interferem na actividade sexual dos pacientes e na vasta maioria das vezes actuam como factores agravantes. Isso tem sido observado basicamente por duas razões principais: 1) O diagnóstico de doença cardíaca e todas as implicações psicológicas que tal “marca” acarreta, como ansiedade, medo da morte, restrição na actividade física; 2) O uso de diversos fármacos capazes de produzir efeitos adversos que prejudicam a performance sexual. Estima-se que, após um diagnóstico ou procedimento cardíaco, cerca de 25% dos pacientes retornam à vida sexual normal, 50% pacientes retoma a vida sexual com algum grau de restrição e os 25% restantes não reassumem sua vida sexual. Existem várias explicações para a actividade sexual restritiva após eventos cardiológicos, tais como: medo de morte durante o coito ou reinfarcto, dispneia, ansiedade, angina de peito, exaustão, alterações no desejo sexual, depressão, perda da libido, impotência, preocupação ou ansiedade do cônjuge, além de sensação de culpa.

Praticamente todas as classes de fármacos usados no tratamento das doenças cardiovasculares podem causar alterações na actividade sexual. Os fármacos que mais comumente causam disfunções sexuais são os anti-hipertensivos e os diuréticos. A tabela 2 mostra um apanhado geral e não-estratificado dos distúrbios sexuais e dos agentes mais comumente implicados.

Não há evidência de que os *inibidores da fosfodiesterase 5* (usados no tratamento da disfunção erétil) aumentem o risco de infarcto agudo do miocárdio. *Morales et al* provaram que o uso

de *sildenafil* não aumenta o risco de eventos cardiovasculares. O *sildenafil* também é eficaz em homens com DE e doença arterial coronária estabelecida, insuficiência cardíaca estável, hipertensão arterial e diabetes e sem evidência de morbidade.

DISFUNÇÃO SEXUAL	FÁRMACOS IMPLICADOS
Impotência	Hidroclorotiazida, Espironolactona, Metildopa, Clonidina, Reserpina, Guanetidina, Prazosin, Beta-Bloqueadores, Digoxina, Disopiramida, Propafenona, Flecainida, Amiodarona, Sotalol, Inibidores da ECA, Losartan, Valsartan, Clofibrato, Gemfibrozil
Diminuição da líbido	Hidroclorotiazida, Espironolactona, Metildopa, Clonidina, Reserpina, Guanetidina, Propranolol, Clofibrato, Gemfibrozil
Dificuldade ejaculatória	Metildopa, Reserpina, Guanetidina, Clonidina, Fenoxibenzamina, Fentolamina, Labetalol
Ginecomastia	Espironolactona, Metildopa, Clonidina, Digoxina
Hirsutismo	Espironolactona
Irregularidades Menstruais	Espironolactona
Priapismo	Prazosin, Labetalol, Hidralazina
Doença de Peyronie	Propranolol, Metoprolol
Anorgasmia	Clonidina
Lactorréia	Metildopa
Inibição da Lubrificação Vaginal	Hidroclorotiazida

Na tabela não estão especificados os percentuais relativos de apresentação de cada um dos sintomas em relação ao agente citado

Tabela 2: Tipos de alterações sexuais e fármacos implicados

Os inibidores da 5-fosfodiesterase (iPDE) não devem ser administrados em combinação com nitratos de qualquer forma, regularmente ou intermitentemente pelos riscos de grave hipotensão e síncope. Os nitratos não devem ser administrados 24 horas antes do *sildenafil* e vardenafil e 48 horas antes do tadalafil. Os iPDE estão associados a interações com alfa-bloqueantes, a agravamento da cardiomiopatia obstrutiva e a propriedades arritmogénicas.

O doentes são classificados, de acordo com “*Second Princeton Consensus Panel*” de 2005, em grupos de risco da prática de actividade sexual, conforme seu quadro clínico : a) Os pacientes de baixo risco cardiovascular são aqueles classificados de acordo com o que segue: assintomáticos; portadores de menos de três factores de risco para doença arterial coronária (DAC) (excluindo género); aqueles com hipertensão arterial (HTA) controlada, angina estável classe I-II da Sociedade Canadense de Cardiologia (SCC), aqueles submetidos a revascularização miocárdica com sucesso, pacientes com EAM passado não-complicado, portadores de doença valvular leve, insuficiência cardíaca (ICC), (disfunção do ventrículo esquerdo (VE) e/ou NYHA I). Esses doentes podem ser encorajados a recomeçar a actividade sexual ou receber tratamento para disfunção sexual. b) Pacientes de risco intermédio: portadores de três ou mais factores de risco para DAC (excluindo género), presença de angina estável Classe II-III da SCC, pacientes com EAM recente (ocorrido entre duas e seis semanas), portadores de disfunção de ventrículo esquerdo (VE) e/ou ICC NYHA II, seqüela não-cardíaca de doença aterosclerótica (acidente vascular cerebral (AVC) e/ou doença vascular periférica). Esses indivíduos devem realizar uma avaliação cardiológica criteriosa antes de recomeçar a actividade sexual. c) Pacientes de alto

risco cardiovascular: presença de angina instável ou refractária, HTA não-controlada, ICC NYHA III-IV, EAM recente (< duas semanas), arritmias de alto risco, cardiomiopatias graves, doença valvular moderada a grave. Para esses pacientes a actividade sexual pode constituir um risco significativo, devendo-se adiá-la até estabilização da condição cardíaca.

A actividade sexual deve ser encarada como qualquer outra actividade física e, portanto, a ocorrência de morte súbita durante o coito é, a exemplo da morte súbita relacionada ao exercício, um evento raro que responde por 0,6% dos casos de morte súbita e 0,9% de EAM. A maioria das mortes ocorre em homens que se envolvem em relações extraconjugais, em que as parceiras são cerca de vinte anos mais jovens que a parceira habitual e, após refeições copiosas, geralmente associadas ao consumo abundante de álcool. Esse risco é significativamente menor naqueles indivíduos que realizam actividade física de forma regular.

Em 2012 e 2013 , *American Heart Association and the European Society of cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions* publicou consensos e recomendações para a prática de actividade sexual por doentes cardíacos.

Doenças Reumáticas

Nos resultados do estudo “*sexualidade, depressão e ansiedade em doentes reumatológicos*” realizado pelo Instituto Português de Reumatologia em 2007, conclui-se que há dois grandes grupos, em que 30,4% refere que a sexualidade é “Pouco Importante” e outros 30,4% defende que a sexualidade é “Muito Importante”. Verificaram-se correlações negativas entre os níveis de ansiedade e depressão e os níveis de satisfação sexual e auto-estima.

As doenças reumáticas, e as alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática, atingem pessoas de todas as idades e com maior prevalência nas mulheres. As terapêuticas para a doença-base, com objectivo de reduzir a dor, a incapacidade funcional, melhorar a qualidade de vida, têm impacto negativo na sexualidade destas doentes (30 a 70%). As principais causas de disfunção sexual nos doentes com doenças reumáticas incluem dor, fadiga, rigidez matinal, secura das mucosas, úlceras genitais, incapacidade funcional, ansiedade, depressão, degradação da auto-imagem, diminuição da auto-estima e da líbido, alterações hormonais e tratamento medicamentoso com os seus diversos efeitos acessórios. A própria actividade inflamatória da doença e suas sequelas crónicas são responsáveis por alterações que podem afectar a função sexual, tais como artrite, anemia, vasculite e envolvimento cardíaco e pulmonar. A terapêutica per si também determina alterações no funcionamento sexual. Os *glucocorticóides* podem ser responsáveis directos pela diminuição da líbido, decorrente de alterações hormonais, além de grandes mudanças físicas como hirsutismo, distribuição anómala da gordura corporal e aumento de peso, que conduzem a alterações da imagem corporal e baixa auto-estima. Os *AINE's* e o *metotrexato* podem levar a quebra da líbido e da ejaculação. Outro ponto a ter em consideração é a alta prevalência de comorbilidades como depressão, doenças cardiovasculares, tiroideias e renais. As doenças mais implicadas e mais bem estudadas são: Artrite reumatóide, espondiloartropatias, lúpus eritematoso sistémico, esclerodermia, síndrome de Sjogren, vasculites e miopatias inflamatórias idiopáticas. Em conclusão podemos dizer que as doenças reumatológicas podem provocar disfunções sexuais masculinas e femininas tais como: DE, diminuição da líbido, défice de lubrificação vaginal, dispareunia por atrofia, secura e úlceras vaginais, disfunção orgástica e fraca satisfação. A fertilidade também pode ser afectada em certas patologias. O questionário internacional para avaliação da função sexual da mulher (IFSF) revela scores menores à medida que aumentam os sintomas e tratamentos para a doença reumática, em comparação com mulheres saudáveis da mesma faixa etária. A presença de dor, rigidez ma-

tinal, dificuldade para se mobilizar são factores que diminuem o desejo em 46% dos casos, o humor em 56% e o prazer na relação em 36%. Estas perturbações presentes na patologia reumática ou funcional devem ser um alerta para os profissionais de saúde.

A sexualidade não é valorizada na doença reumática.

Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus desempenha um papel de capital importância na esfera sexual. É uma patologia com prevalência global elevada (entre 20-25%), estando no século XXI no pódio das doenças crónicas mais comuns, sendo a diabetes tipo 2 a grande responsável por esta epidemia. Aproximadamente 75% dos homens com diabetes têm problemas de erecção que habitualmente ocorrem 5 a 10 anos mais cedo. A gravidade aumenta com a idade, a obesidade, o mau controlo da glicémia, o tabaco e com a presença de neuropatia diabética. A fisiopatologia da DE no doente diabético é multifactorial com aspectos psicogénicos e orgânicos. Dentro dos factores orgânicos salientam-se os seguintes: insuficiência arterial, disfunção endotelial (preditor de futuros eventos cardiovasculares), aumento da endotelina que é um potente vasoconstritor, aumento da resistência a insulina, hiperglicémia que interfere com a fisiologia peniana aumentando os radicais de oxigénio localmente, neuropatia autonómica e periférica, hipogonadismo, hipertensão, tabaco e alterações do metabolismo do colagénio. A diabetes também está implicada no mecanismo de ejaculação e de orgasmo. A síndrome metabólica refere-se a uma constelação de factores de risco cardiovascular que aumentam o risco de desenvolvimento de diabetes e de doença cardiovascular. Associa-se a níveis baixos de testosterona e de *Sex Hormone Binding Globulin* (SHBG). Há vários critérios de diagnóstico do síndrome metabólico, sendo os preconizados pela *American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute* e pela *International Diabetes Federation* os mais usados. Os critérios são: obesidade abdominal ou central (perímetro abdominal > 102 cm no homem e > 88 cm na mulher), triglicéridos plasmáticos (>= 150 mg/dl ou em tratamento), HDL plasmático (< 40 mg/dl no homem ou < 50 mg/dl na mulher ou em tratamento), pressão arterial (>= 130/85 mmHg ou em tratamento) e glicémia em jejum (>= 100 mg/dl ou em tratamento para hiperglicémia). O excesso de peso (IMC > 25) e a obesidade (IMC >= 30) são factores de risco envolvidos em cerca de 85% de homens com DE e estão directamente implicados na diabetes, na HTA e na dislipidemia.

A disfunção sexual no homem diabético tem sido motivo de amplo estudo nas várias vertentes, no entanto, o mesmo não acontece na mulher.

Os primeiros estudos surgiram no início da década de 80 com base no Questionário do Índice da Função Sexual Feminina, o qual avalia a excitação, satisfação, lubrificação, orgasmo e dor durante a relação. Os resultados, no entanto, não têm sido unânimes para correlacionar a disfunção sexual na mulher diabética com o tempo de evolução da doença, o controlo metabólico (HbA1c), o excesso de peso (índice de massa corporal), a cintura abdominal, as complicações neurológicas e vasculares.

As mulheres diabéticas entre 40 e 80 anos, sexualmente activas, apresentam também problemas relacionados com a satisfação sexual, tendem a apresentar dificuldades com lubrificação e orgasmo, concomitantes com outras patologias associadas, como doença cardíaca, acidente isquémico do miocárdio, glomerulopatia, neuropatia periférica.

Os estudos realizados e descritos na literatura, para avaliar a DSF são ainda poucos, mas a meta-análise dos vários estudos já realizados comparando mulheres diabéticas tipo 1, diabéticas tipo 2 e mulheres não-diabéticas, permite concluir que a disfunção sexual era mais elevada nas mulheres diabéticas e nestas no tipo 1, independente da idade, o tempo de evolução da

diabetes (se > ou < 10 anos) ou a presença de sintomas depressivos. Apenas o IMC > 30 tem impacto negativo no IFSF, o que torna interessante avaliar a presença da DSF como possível factor de risco, independente, para o diagnóstico de doença cardiovascular embora a fisiopatologia ainda não estar esclarecida.

Doenças Endocrinológicas

Os distúrbios hormonais e metabólicos têm um impacto negativo na sexualidade em todas as suas vertentes. Tendencialmente com o avançar da idade vai havendo um declínio das hormonas sexuais. Este declínio é conhecido como hipogonadismo de início tardio. Os androgénios (testosterona, dihidrotestosterona, dehidroepiandrosterona e dehidroandrosterona sulfato) são os fundamentais. Mas no ciclo de resposta sexual também entram outras hormonais e substâncias neurotransmissoras como, estrogénios, prolactina, cortisol, opioides, leptina, hormonas tiroideias, oxitocina, vasopressina, dopamina, serotonina, melatonina e hormonas hipofisárias (LH e FSH).

As alterações do eixo hipotálamo-hipofise-gonadal são responsáveis por disfunção sexual, com diminuição das hormonas testosterona, GH, FSH e LH. Hipogonadismo está presente em 5-15% dos doentes com DE de acordo com a idade e é responsável também pelo desejo sexual hipoactivo, ejaculação retardada, alterações dos caracteres sexuais externos, ginecomastia e alterações da espermatogénese, perturbação da função ovárica, para além de alterações músculo-esqueléticas, cutâneas, lipídicas, psico-cognitivas e do sono.

Com a idade, existe o quadro de hipogonadismo de início tardio que vem descrito noutro capítulo. A reposição androgénica está indicada e tem riscos.

A hiperprolactinemia leva a hipogonadismo a partir da diminuição da LH. Tem como causa adenomas da hipófise, hipotireoidismo, cirrose hepática, IRC e drogas (neurolépticos, anti-depressivos tricíclicos, estrogénios, anti-hipertensores, anti-eméticos e anti-ulcerosos).

É responsável por 1-5% de DE, diminuição da libido, ejaculação prematura (10%), ejaculação retardada. O tratamento passa por agonistas dopaminérgicos (bromocriptina).

O hiperestrogenismo a partir de aromatização da testosterona no tecido adiposo é outra causa de disfunção sexual.

A Dehidroepiandrosterona (DHEA) é sintetizada na zona reticular da suprarrenal por estímulo do ACTH. O DHEA é convertido periféricamente em hormonas sexuais esteróides. A sua deficiência verifica-se nas situações de hipopituitarismo. Também pode estar associada a diabetes, arteriosclerose, HTA, demência, doença coronária, cancro, depressão, stress crónico, obesidade, alterações do sono e imunitárias e a toma de ketoconazol. Está associado a DE segundo o estudo *MMAS (Massachusetts Male Aging Study)* e pode provocar a diminuição de libido em mulheres Pré-menopáusicas (a DHEA contribui para quase metade dos androgénios circulantes na fase pré-menopáusicas). A falta desta hormona dá sintomas de disfunção sexual mais evidentes quando a função ovárica está diminuída. A DHEA é usada no tratamento de outras doenças como Lupus eritematoso e doença de Alzheimer, devido a sua actividade de neuromodulação e endotelial.

A patologia da tiróide afecta a função sexual. Não está claro o efeito directo das hormonas tiroideias, mas sabe-se que o seu declínio pode impedir muitas funções vitais. Parece haver um envolvimento directo das hormonas tiroideias no processo de ejaculação. Tanto pode levar a ejaculação prematura como a retardada. *Bodire et al*, em 2240 homens não seleccionados com idades superiores a 50 anos com DE, encontraram hipotireoidismo em 3.9% dos casos e hipertireoidismo em 1%. Hipertireoidismo aumenta a SHBG e consequentemente diminui a testosterona livre, levando a quebra da libido. Portanto admite-se que a maioria dos doentes

com disfunção tiroideia tem alguma forma de disfunção sexual que geralmente normalizam com a reposição dos níveis hormonais. Ainda se mantém pouco clara a relação tiroide-sexualidade e por isso o doseamento das hormonas tiroideias na investigação da disfunção sexual não é aconselhado por rotina.

A hormona de crescimento (GH) também está envolvida no processo da sexualidade. A diminuição da GH é difícil de distinguir da diminuição da testosterona (têm mesma sintomatologia e ambos diminuem com a idade). Os efeitos biológicos deles são mutuamente interdependentes e sinérgicos. Assim, num rapaz com micropénis e diminuição da GH e da testosterona, o tratamento só com GH leva a normalização do tamanho do pénis. A acromegalia resultante da destruição pituitária leva a hipogonadismo em cerca de 40% dos doentes e provoca hipersecreção de prolactina (outra causa de hipogonadismo) com consequente disfunção eréctil. A avaliação da deficiência de GH é também difícil porque as várias condições implicadas (panhipopituitarismo por doença auto-imune ou tumor) também levam a diminuição da testosterona ao mesmo tempo.

A reposição hormonal com GH deve ser prolongada e mostrou efeito no relaxamento do músculo liso cavernoso independentemente do mecanismo NO/GMPc. A sua administração não é inócua, podendo provocar edemas, artralgias, ginecomastia, síndrome do túnel carpiaco, intolerância a glucose e risco neoplásico. O doseamento da GH não deve ser rotineiro na investigação da disfunção sexual.

Insuficiência Renal Crónica

Em Portugal, 1 em cada 10 pessoas sofre de insuficiência crónica (IRC). Existem 7-8% de novos casos por ano.

A Insuficiência Renal Crónica provoca alterações físicas e hormonais que têm impacto negativo na pessoa, mais concretamente na sua sexualidade.

As alterações físicas que podem afectar a sexualidade são:

- Odor corporal e mau hálito (provocado pela urémia)
- Equimoses (alterações da coagulação)
- Diminuição da energia (por perda de peso, falta de exercício e anemia)
- Edemas (por excesso de ingestão de líquidos entre sessões de HD e distensão abdominal (nos doentes em diálise peritoneal)
- Alopecia e hirsutismo (resultante de esteróides)
- Alterações cutâneas (prurido, pele seca e alteração da coloração).

Na literatura está descrita uma incidência de 40 a 90% de DE. Esta taxa melhora com o transplante. A fisiopatologia implicada é insuficiência arterial em 78% e IMVO em 90% dos casos. A etiologia da DE é multifactorial. Os factores envolvidos são: HTA, diabetes, Isquémica cardíaca, idade, tabaco, álcool, obesidade, drogas ilícitas, condicionantes psicológicos (depressão, ansiedade, auto-imagem e auto-estima), neurológicos, hematológicos (anemia), farmacológicos e endocrinológicas (alterações do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal com hipogonadismo e hiperprolactinemia). Nas mulheres o défice de lubrificação vaginal é uma realidade. Estão relatados taxas consideráveis de anorgasmia por alterações neuromusculares evidentes.

A taxa de infertilidade é elevada devido a insuficiência ovárica e testicular. A PMA é uma possibilidade. A gravidez na IRC é difícil e de alto risco devido a alterações hormonais com sérios distúrbios menstruais. Com o uso de eritropoietina para a anemia as taxas melhoram. No doente transplantado as hipóteses de fertilidade melhoram, apesar de ter risco de vida para a mãe e de perda do rim transplantado.

A contracepção recomenda-se no IRC. O DIU está contra-indicado nos transplantados pelo elevado risco de infecção provocada pela terapêutica imunossupressora.

Como qualquer actividade física, a actividade sexual deve ser realizada com alguns cuidados, e assim no insuficiente renal em hemodiálise deve-se considerar uma posição para que não exerça pressão sobre a fistula.

No doente em diálise peritoneal deve considerar a posição para não exercer muita pressão sobre o abdómen. No caso do doente transplantado deve esperar que a cicatriz esteja completamente curada.

Os medicamentos devem ser revistos quanto aos seus potenciais efeitos na função sexual, e se possível alterados.

Há várias opções para os homens que não conseguem a erecção. As mulheres geralmente apresentam menor lubrificação vaginal e dores durante o acto sexual. O uso de lubrificantes vaginais pode reduzir ou eliminar a dor.

A doença renal, à semelhança de outras doenças crónicas, pode provocar alterações físicas que implicam muitas vezes um esforço de adaptação e aceitação por parte do doente. A estabilidade psicológica, emocional e o apoio da família são fundamentais para que ocorra adaptação. A sexualidade é um componente fundamental deste equilíbrio, pois sentir-se acarinhado e desejado, transmite a sensação de “normalidade” ao doente e ajuda a ultrapassar as adversidades.

O insuficiente renal e a parceira devem ter um papel activo na melhoria da qualidade de vida, pois ficar ansioso e deprimido é normal, confrontado com o aparecimento duma doença crónica, leva a perda de energia, reduz o interesse em muitas actividades, incluindo a sexualidade. A terapêutica de Sexologia Clínica pode incluir a educação sexual para o casal, aconselhar actividades a efectuar em casa para diminuir o *stress*, a superar dificuldades para atingir o orgasmo ou dificuldades na erecção.

Doenças Neurológicas

O hipocampus e os núcleos pré-óptico e paraventricular são considerados centros-chave da regulação da função sexual. Doenças que comprometem o SNC podem levar a DE e disfunção ejaculatória. São exemplos a esclerose múltipla, a epilepsia temporal, a Doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, o AVC e os traumas medulares. As neuropatias periféricas aferentes e eferentes como a diabetes e a lesão do nervo cavernoso pós-cirurgia pélvica também provocam DE.

Sintomas do Tracto Urinário Inferior no Homem

Sintomas do tracto urinário inferior (LUTS) e a disfunção eréctil (ED) são duas patologias muito frequentes no homem idoso. Ambas apresentam alguns mecanismos fisiopatológicos comuns o que tem implicações clínicas e deve ser recomendado aos homens que apresentam LUTS uma avaliação da função eréctil e procurar outros factores implicados.

A terapêutica dos sintomas do tracto urinário deve ter em consideração a sexualidade do doente, pelo que a escolha do tratamento deve ser analisada e ter presente as suas opções. Nesta circunstância a introdução dos inibidores da PDE5 pode ser uma opção na terapêutica médica.

A deficiência de testosterona em algumas circunstâncias, como na síndrome metabólica, dislipidémia, obesidade, resistência à insulina, pode estar implicada no aparecimento de LUTS e da DE, pois dificulta o relaxamento do músculo liso da uretra prostática, do detrusor, dos corpos cavernosos e da actividade da sintetase de óxido nítrico endothelial, todos responsáveis pelo aparecimento de disfunção eréctil.

A acção da testosterona na melhoria dos sintomas urinários ainda não está bem esclarecida, embora se verifique em alguns doentes, pela que a sua administração deva ser ponderada e cuidada a fim de serem evitados efeitos deletérios.

Outras patologias frequentes na clínica, como, o alcoolismo crónico, insuficiência hepática, insuficiência respiratória ocasionam perturbações hormonais, elevação dos estrogénios e diminuição da testosterona originando diminuição da libido e dificuldade em obter a erecção; o Síndrome da dor pélvica crónica, um dos problemas do envelhecimento masculino, está associado a disfunção sexual (disfunção eréctil e/ou desejo hipoactivo são frequentes) e a cansaço fácil.

A obesidade (índice de massa corporal >25) em homens e mulheres jovens (45 a 50 anos), encontra-se associada a disfunção sexual com diminuição do desejo e dificuldades na acomodação postural durante a relação.

Os doentes mentais têm a sua sexualidade muitas vezes negada. A depressão associa-se à diminuição da libido e da habilidade em iniciar o intercurso sexual, DE, disfunção ejaculatória, dispareunia, ausência de orgasmo, perda de prazer ou aversão ao acto sexual, levando à deterioração na qualidade do relacionamento sexual.

A Avaliação da Função Sexual

Os médicos de família, enfermeiros e outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários podem desempenhar um papel chave na estratégia e abordagem dos doentes com disfunção sexual no contexto de saúde global do doente com uma doença crónica.

1. Aumentar a comunicação entre médico e doente sobre as suas dificuldades sexuais (com base no modelo dos 5 A (Ask; Advise; Assess; Assist; Arrange – Perguntar; Aconselhar; Avaliar; Auxiliar; Organizar)
2. Identificar as dificuldades sexuais presentes em diferentes doenças crónicas
3. Estratégia para recuperar uma sexualidade gratificante (diverge consoante a doença crónica em questão).
4. Promover a formação na sexualidade nos diferentes profissionais de saúde (pois a falta de preparação é referida, com muita frequência, pelos profissionais de saúde para abordar esta problemática).

A presença de doenças crónicas não constitui impeditivo do encontro sexual nas suas diferentes expressões.

Neste contexto, torna-se necessário criar um novo paradigma na detecção de sequelas e tratamento para melhorar a qualidade de vida e sexualidade quer do homem quer da mulher com uma doença crónica.

BIBLIOGRAFIA

1. Rampin O, Giuliano F. Central control of the cardiovascular and erection systems: Possible mechanisms and interactions. *Am J Cardiol* 2000; 86 (suppl): 19F-22F.
2. Bohlen JG, Held JP, Sanderson O, Patterson PR. Heart rate, rate-pressure product, and oxygen uptake during four sexual activities. *Arch Intern Med* 1984; 144: 1745-8.
3. DeBusk R, Goldstein I, Jackson G, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: Recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol* 2000; 86: 175-181.
4. Rerkpattanapipat P, Stanek MS, Kotler MN. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? *Eur Heart J* 2001; 22: 201-8.
5. Thorson AI. Sexual activity and the cardiac patient. *Am J Geriatr Cardiol* 2003; 12: 38-40.
6. DeBusk R. Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *Am J Cardiol* 2000; 86 (suppl): 51F-56F.
7. Cheitlin MD. Sexual activity and cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2003; 92 (suppl): 3M-8M.
8. Jackson G. Sexual intercourse and stable angina pectoris. *Am J Cardiol* 2000; 86 (suppl): 35F-37F.
9. Kloner R. Cardiovascular Risk and sildenafil. *Am J Cardiol* 2000; (suppl): 57F-61F.
10. Bocchi et al. Sildenafil effects on exercise, neurohormonal activation, and erectile dysfunction in congestive heart failure: a double-blind, placebo-controlled, randomized study followed by a prospective treatment for erectile dysfunction. *Circulation* 2002; 106 (9): 1097-103.
11. Brock GB. Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. *J Urol* 2002 Oct; 168 (4 Pt 1): 1332-6.
12. Kloner RA. Cardiovascular effects of tadalafil. *Am J Cardiol* 2003 Nov 6; 92 (9A): 37M-46M.
13. Kloner RA. Time course of the interaction between tadalafil and nitrates. *J Am Coll Cardiol* 2003 Nov 19; 42 (10): 1855-60.
14. Muller J. MD. Triggering of cardiac events by sexual activity: Findings from a case-crossover analysis. *Am J Cardiol* 2000; 86 (suppl): 14F-18F.
15. Cremers B, Kjellstrom B, Südkamp M, Böhn M. Hemodynamic monitoring during sexual intercourse and physical exercise in a patient with chronic heart failure and pulmonary hypertension. *Am J Med* 2002; 112: 428-30.
16. Daniel Brito de Araújo et al, Função sexual em doenças reumáticas. *Acta reumatológica Portuguesa*. 2010;3516-23.
17. Jorge Cardoso. Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Rev Port Clin Geral* 2004; 20:385-94.
18. Hartmut Prost and Jacques Buvat and the Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. *Standard Practice in Sexual Medicine*. ISSM.2006
19. Kirana PS, Tripoli F, Reisman Y, Prost H. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. ESSM Educational Committee, 2013
20. Nardi AC, Nardoza A, Bezerra CA, Fonseca CEC, Truzzi JC, Rios, LAS, Sadi MV. *Urologia Brasil*, 2013.

DOENÇA NEUROLÓGICA E SEXUALIDADE - VISÃO DA ENFERMAGEM

Vasco Josefino

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Centro de Medicina Física e Reabilitação - Alcoitão

Sendo o técnico de saúde que permanece mais tempo em contacto com o doente, o enfermeiro tem a responsabilidade de manter uma relação empática que permita prestar cuidados não só tecnicamente competentes como também holisticamente abrangentes. Isto significa que a área da expressão sexual tem necessariamente que ser considerada no processo de enfermagem.

A doença neurológica afeta de sobremaneira a sexualidade das pessoas que dela padecem. Independentemente da etiologia da doença e das estruturas do sistema nervoso afetadas, existem alterações que se vão repercutir em pelo menos uma das etapas do modelo de resposta sexual humana. Isto significa que, por exemplo, uma pessoa que tenha sofrido um AVC possa vir a ter perturbações na libido e apresentar alterações na fase do desejo, como uma mulher com Esclerose Múltipla pode ter a fase da excitação perturbada porque apresenta diminuição da lubrificação vaginal ou um homem com uma LVM não consegue ejacular por lesão dos centros medulares responsáveis pelo processo.

É natural que na fase aguda da doença a pessoa esteja mais focada nas suas hipóteses de sobrevivência. No entanto, à medida que decorre a fase de recuperação vão surgindo as preocupações com o impacto que a doença e o seu tratamento têm na sexualidade. Estas preocupações não se prendem apenas com as alterações físicas propriamente ditas, como a perda ou diminuição da força muscular; flacidez, hipotonia ou hipertonia muscular; ataxia ou alterações de sensibilidade, como também com os efeitos que estas alterações produzem a nível fisiológico, psicológico e afetivo. A doença neurológica é indissociável do conceito de deficiência pelas consequências que acarreta. De uma forma geral, essas consequências são impossíveis de ocultar dos outros, seja porque implica a utilização de uma cadeira de rodas, seja porque implica uma plegia, uma apraxia, uma afasia ou uma agnosia. Estas alterações acabam por influenciar a autoimagem e autoconceito dos doentes e, conseqüentemente, a sua motivação para o desempenho dos seus papéis sexuais. Concomitantemente, as reações depressivas e de ansiedade podem concorrer para o agravamento destes sintomas.

Para podermos intervir nesta área temos que compreender que quando uma pessoa adquire uma doença neurológica, os seus referenciais de satisfação sexual e de desempenho de papéis são os mesmos que tinha previamente à doença (ao contrário de uma lesão congénita, por exemplo), levando a uma inevitável comparação entre o antes e o depois da doença.

Os enfermeiros, enquanto elementos de uma equipa de reabilitação, podem intervir através de um aconselhamento sexual básico que inclui:

1. Conhecer os Padrões de Atividade Sexual Anterior à Doença.

Quando é realizada a colheita de dados aquando da admissão do doente é importante que seja avaliada a história e o padrão de atividade sexual anterior à doença e os níveis de satisfação

com a sexualidade. Isto permite que o doente tenha a percepção que os técnicos valorizam esta atividade de vida e demonstram abertura para que, quando se sentir preparado para isso, o doente possa pedir ajuda direcionada a essa área. Se existir um parceiro deve ser incluído no programa, pois quanto mais informação é dada aos companheiros, menor é o impacto negativo que a deficiência tem na sua relação conjugal.

2. Conhecer as Expectativas do Doente Relativamente à sua Sexualidade.

Se é importante permitirmos que os doentes expressem a sua sexualidade, é igualmente importante respeitar o facto de os doentes poderem desejar não fazê-lo. Para além disso, deve ter-se em conta a fase do ciclo de vida em que as pessoas se encontram, evitando, contudo, preconceitos ou juízos de valor.

3. Prestar Esclarecimentos Sobre os Efeitos da Doença e do seu Tratamento no Funcionamento Sexual.

Seja por intervenções estruturadas ou em contexto de conversa informal com o doente e/ou parceiro, abordar a etiologia da doença, efeitos da doença na resposta sexual, tratamento da doença, efeitos do tratamento físico e farmacológico na resposta sexual (sendo importante esclarecer os doentes que existem efeitos secundários nefastos de muitos medicamentos na resposta sexual humana) e tratamentos para as alterações da resposta sexual.

Há informações que se podem revelar preciosas para contornar os problemas práticos das pessoas: reduzir a fadiga fazendo intervalos (o sexo não tem que ser uma “corrida de 100 metros”); minimizar a dor com analgésicos; minimizar a espasticidade com medicação relaxante muscular, posições de relaxamento, controlo respiratório ou um banho quente; esvaziar previamente a bexiga e o intestino, caso não exista controlo de esfíncteres; estar alerta para os sinais e sintomas de disreflexia autónoma, no caso de pessoas com LVM acima de D6 (ter em conta que é uma situação de emergência!);

4. Encorajar o Doente e Parceiro a Pensar a Sexualidade para Além do Padrão Tradicional de Interação Genital.

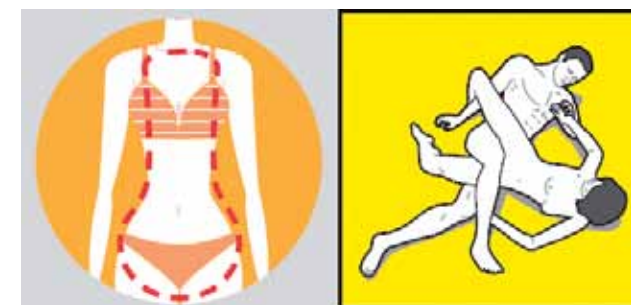
“As pressões sociais sugerindo que o coito e o orgasmo são indispensáveis para a satisfação sexual poderão contribuir para a vivência de uma sensação de fracasso” (Cardoso, 2006). A disfunção erétil e a dificuldade na lubrificação vaginal, por exemplo, são consequências comuns das doenças neurológicas que, caso não haja uma readaptação dos padrões de interação sexual tradicionais, podem levar a uma percepção de “morte” sexual. Assim, é importante transmitir a ideia de que a gratificação sexual pode ser conseguida se o casal se dispuser a experimentar novas formas de estimulação, seja através de jogos de sedução, melhoramento dos preliminares, aumento dos estímulos visuais, massagem erótica, recurso a brinquedos sexuais (vibradores podem ser extremamente úteis para alcançar níveis de excitabilidade elevados – até o orgasmo em alguns casos! – quando o controlo, resistência ou tónus muscular estão afetados), ou adoção de posições sexuais diferentes das habituais, que permitam contornar os efeitos das limitações físicas da doença, como a espasticidade ou dor, ao mesmo tempo que garantem um grau de satisfação sexual suficientemente elevado:

Com um parceiro por cima – em decúbito ventral, se necessário, pode usar-se uma almofada para bascular a bacia da mulher; se o homem tiver diminuição da força muscular abaixo da cintura mas suficiente força muscular nos membros superiores pode socorrer-se destes para criar os movimentos pélvicos. Em decúbito dorsal, se necessário, podem usar-se almofadas

para facilitar o apoio dos joelhos em flexão para evitar a espasticidade ou a mulher usar o tronco do homem para apoiar os pés.



Com os parceiros de lado – a posição de concha facilita no caso de a mulher estar aligaliada e permite um relaxamento dos membros inferiores. Na posição de tesoura é facilitado o contacto da genitália e também reduz a espasticidade.



Sentados – na cama, cadeira ou cadeira de rodas, permite um bom apoio da pessoa com limitações. Se se usar a cadeira de rodas, a remoção dos braços da mesma facilita o posicionamento.



Nesta área não há, de facto, receitas e é importante passar a ideia que cada casal terá que, com paciência recíproca, experimentar várias opções até encontrar a ou as que sejam mais satisfatórias.

A percepção de pouca espontaneidade pode ser ultrapassada com a criatividade dos parceiros ou até mesmo recorrendo à fantasia durante o processo. Se estas estratégias não forem suficien-

tes, pode recorrer-se a medicação específica ou técnicas para tratamento sintomático, como terapia de vácuo ou, no limite, recorrer a uma prótese peniana, no caso masculino.

Há ainda a possibilidade do sexo não penetrativo, que inclui beijar, acariciar, lambe ou o que quer que seja que proporcione prazer ao casal e permita aproximar e proporcionar momentos de afeto e alguma diversão aos parceiros.

5. Fomentar a Comunicação entre o Casal.

Com a confrontação com uma doença neurológica é importante que o casal consiga criar linhas de comunicação eficazes para minimizar algumas consequências da doença, mesmo que implique uma modificação do conceito de masculinidade e feminilidade do casal ou do conceito de atividade sexual que está, muitas vezes, imbuído da noção de espontaneidade e que, por consequência da doença neurológica, tem que passar a ser “programada”. Para além disso, pode haver barreiras físicas à comunicação, como uma afasia, por exemplo. É, por isso, importante que o casal adquira estratégias facilitadoras que evitem que as dificuldades na comunicação sejam, desta forma, ampliadas.

6. Transmitir uma Perspetiva Positiva.

É crucial fazer germinar no casal a noção que é sempre possível algum grau de expressão e gratificação sexual, mesmo que isso implique rever os referenciais de expectativas com a sexualidade. Esta noção ajuda a lidar com a ansiedade provocada pelo medo de um desempenho negativo.

7. Reencaminhar o Casal para um Técnico Especializado.

É importante fazer a ponte entre o período inicial de confronto com a doença e o período de readaptação que é caracterizado pela intervenção multidisciplinar de uma equipa de reabilitação, que incluirá um técnico especializado na área da sexualidade. O enfermeiro é um elemento-chave na deteção precoce de potenciais problemas e no reencaminhamento do casal para um técnico especializado em sexologia.

A sexualidade é uma área da condição humana extremamente complexa, influenciada por uma miríade de fatores das mais diversas índoles e que requer tempo, disponibilidade e dedicação dos técnicos de saúde para que seja possível equacionar uma resposta às necessidades das pessoas que, tal como os doentes neurológicos, apresentam alterações da sua resposta sexual. Como refere McCann (2000), “os doentes só vão ser completamente respeitados como pessoas quando os cuidados de enfermagem estiverem assentes numa abordagem verdadeiramente holística que incorpore a sexualidade humana como componente vital da humanidade”.

BIBLIOGRAFIA

1. McCann, E. (2000). The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *JAN*, 32, 132-138.
2. Cardoso, J. (2003). Reabilitação sexual pós-deficiência física: um modelo multidimensional. *Sexualidade & planeamento familiar*, 37, 5-10.
3. Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e Deficiência – Adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular*. Coimbra: Quarteto.
4. Abrantes, P. (2003). Sexualidade e doença. In *A Sexologia – perspectiva interdisciplinar* (Vol I, 1 Ed., p. 515-530). Coimbra: Quarteto.
5. Li, C. & Yau, M. (2006). Sexual issues and concerns: tales of Chinese women with Spinal Cord Impairments. *Sexuality and Disability*, 24 (1), 1-26.
6. Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *JAN*, 36 (3), 433-440.
7. Costa, A. & Leal, I. (2002). Deficiência mental e sexualidade: crenças e atitudes dos técnicos de reabilitação. In *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (p. 213-220). Lisboa: ISPA.
8. Potts, R. (2001). *Rehabilitation nurses' attitudes and behaviors related to sexuality of rehabilitation patients*. Tese de mestrado em Ciências da Enfermagem. Estados Unidos da América: Kirkhof School of Nursing.
9. Couteiro, M., Ferreira, M. & Sousa, L. (2006). Necessidades de Informação/ Aconselhamento Sobre Sexualidade nas Pessoas com Lesão Vertebral-Medular. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 7, 36-39.
10. Oliveira, R. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: ISPA.
11. http://www.menshealth.com/sex-position-playbook/sites/default/files/spp/sex-position-The-G-Whiz_0.jpg
12. http://4.bp.blogspot.com/-L_aVvOB7FZI/URGf1rcBT3I/AAAAAAAAEss/bOwkYrmFq0g/s1600/Sillasutra.png
13. <http://menshealth.abril.com.br/wp-content/uploads/2012/06/sexual03.jpg>

DOENÇA PSIQUIÁTRICA E SEXUALIDADE - VISÃO DA ENFERMAGEM

Luís Galhanas

Enfermeiro Director do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Hospital Júlio de Matos

O doente psiquiátrico incorpora em si toda uma carga de dificuldades em sentir e expressar a sexualidade de uma forma completa e satisfatória. Por força da doença mental a dinâmica entre a fisiologia, as emoções e os afectos encontra-se alterada e a mediação da envolvente social, cultural e relacional, factores básicos para uma vivência plena da sexualidade, está comprometida.

Estes doentes revelam uma diminuição das redes de sociabilidade e sociais ou porque se isolam em virtude das características da doença, ou porque sentem a incompreensão, o estigma e a discriminação.

A Esquizofrenia - É uma perturbação mental grave, caracterizada principalmente pela perda do sentido de realidade, sendo a pessoa incapaz de distinguir a vivência real da imaginária (psicose). Nos períodos de crise aguda, sintomatologia intensa tal como alucinações, delírios, agitação psicomotora e alterações do pensamento está mais acentuada. Nos períodos de remissão predominam a falta de motivação e apatia, o embotamento afectivo e o isolamento social.

Todo o quadro interfere negativamente no funcionamento destas pessoas, nomeadamente na esfera social, afectiva e sexual. São conhecidas as dificuldades apresentadas pelas pessoas com esquizofrenia, maioritariamente são dependentes da família, poucos são os que casam, têm companheiros ou filhos e só uma pequena percentagem refere conseguir ter uma relação afectiva com alguém.

A Depressão - É uma perturbação mental caracterizada por tristeza, apatia, visão negativa de si, do mundo e dos outros. Causa desinteresse global pela interacção social e actividade sexual.

No homem deprimido, é frequente a disfunção erétil, factor gerador de frustração e, como um círculo vicioso, resultará num agravamento do estado depressivo.

Na mulher deprimida, a inibição do desejo leva a que no acto sexual haja uma falta de prazer ou uma ou incapacidade de alcançar a plenitude do prazer.

Frequentemente as mulheres nestas circunstâncias evitam o acto sexual e desenvolvem um sentimento de culpa, por não se acharem aptas para a função sexual, “como seria de esperar de uma mulher normal”.

A Perturbação Bipolar - É uma alteração ou perturbação do humor e envolve ciclos de mania e depressão. Estes dois estados de humor podem ser considerados como os extremos opostos de um intervalo. Num dos extremos encontra-se a depressão grave, no outro a mania. Em cada fase o comportamento sexual do doente é completamente diferente, se não mesmo oposto. Na fase de mania, o doente manifesta uma energia aumentada, pensamentos rápidos, auto-estima exageradamente aumentada, intensa euforia, crença irreal das suas capacidades e poderes e necessidade de sono reduzida.

É frequente manter um comportamento sexual excessivo, muitas vezes promiscuo. Nesta fase, o doente não faz qualquer juízo crítico da sua situação.

Na fase depressiva a sintomatologia é em tudo idêntica á descrita anteriormente para a depres-

são, sendo que a apatia, o desinteresse generalizado e o cansaço extremo, são factores que irão ter repercussões no desejo e no desempenho sexual.

Psicofármacos: Antipsicóticos e Antidepressivos na Sexualidade

Os psicofármacos são aqueles que interferem primariamente em funções do Sistema Nervoso Central. Neste grupo estão incluídos, entre outros, os antipsicóticos e os antidepressivos, os quais são em primeira linha, os maiores causadores de perturbações na área da sexualidade em psiquiatria, pelos seus efeitos secundários.

Os mesmos neurotransmissores que desempenham papéis fundamentais na regulação do humor e da cognição também desempenham papéis fundamentais no interesse e na expressão da função sexual normal. Sabe-se que enquanto a dopamina melhora a função sexual, a serotonina inibe o desejo. Desta forma, os psicofármacos antipsicóticos e antidepressivos ao actuarem ao nível desses mesmos neurotransmissores interferem na esfera sexual do indivíduo.

Bloqueadores dopaminérgicos, como é o caso dos antipsicóticos que interferem com a sexualidade, por inibir a libertação de dopamina. O mesmo efeito inibitório é obtido nos antidepressivos que inibem a recaptação de serotonina, fazendo com que o aumento deste neurotransmissor iniba o desejo.

Estes efeitos secundários na esfera sexual são grandes causadores do abandono da medicação por parte de muitos doentes.

Intervenções Psicoterapêuticas

Consoante a avaliação individual de cada doente, a intervenção pode orientar-se para a promoção do retorno ao funcionamento sexual pré-mórbido, ou para a redefinição da sexualidade de acordo com as potencialidades apresentadas. As intervenções no âmbito da reabilitação sexual deverão ser realizadas visando os seguintes aspectos: Ensino e informação sexual, desmistificação de falsas crenças e promoção de comportamento sexual adequado.

Ensino e Informação Sexual

- Discutir o efeito da doença e dos medicamentos sobre a sexualidade.
- Estimular o doente a verbalizar os seus medos e a colocar questões.
- Apresentar modelos positivos de papel que tenham sido bem-sucedidos na superação de problemas similares.
- Promover a responsabilidade pelo comportamento sexual.
- Incluir o cónjuge/parceiro(a) sexual no ensino, aconselhamento ou informação.

Desmistificação de Falsas Crenças

- Ajudar na desconstrução das falsas representações sociais e preconceitos dominantes.
- Desencorajar a aceitação passiva das limitações e dificuldades sexuais, incentivando uma atitude activa de redescoberta da sexualidade a partir da nova realidade.
- Fornecer informações factuais sobre mitos/crenças e informações sexuais erróneas que o doente possa verbalizar.

Promover Comportamento Sexual Adequado

- Discutir com o doente as consequências e o impacto negativo de comportamentos e verbalizações sexuais socialmente inadmissíveis.
- Discutir com o doente modos aceitáveis de satisfazer as necessidades sexuais individuais na privacidade.
- Auxiliar a família a compreender e lidar com os comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis.

DOENÇA CRÓNICA E SEXUALIDADE: A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO NAS OSTOMIAS

Fátima Gonçalves

Enfermeira
C.H.L.C. - Hospital de S. José

Olinda Leite

Enfermeira
C.H.L.C. - Hospital de S. José

A realização de uma ostomia tem normalmente um impacto negativo na qualidade de vida do ostomizado afectando-a a vários níveis, de tal forma que pode resultar em morbidade psicológica.

De facto, as pessoas a quem se realiza uma ostomia são sujeitas a alterações profundas, nomeadamente mudanças físicas e psicológicas que interferem nas relações sociais, profissionais e sobretudo na vivência da sua sexualidade.

Esta nova realidade não é uma situação rapidamente ultrapassável, é necessária uma adaptação psicológica e fisiológica, quer para o indivíduo ostomizado quer para o seu parceiro. Esta adaptação requer tempo e força de vontade para aprender a lidar com as alterações corporais, a sua percepção e integração das mesmas ao nível da sexualidade.

Com efeito, a sexualidade é mais que o acto físico da expressão sexual, ela abrange a totalidade do ser humano, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os comportamentos sexuais são afectados pela auto-imagem, sentimentos e pelas relações com os outros. A existência de uma ostomia determina mudanças físicas que alteram a imagem corporal podendo causar alteração da função sexual.

Para além destas dificuldades, o impacto fisiológico na sexualidade quer masculina quer feminina é muito significativo, podendo assumir diversas manifestações, que podem ser devastadoras para a dimensão sexual do ostomizado.

No caso da sexualidade masculina a construção de uma ostomia pode lesar os nervos que controlam a ejaculação e a erecção causando uma alteração da função sexual. O tipo de alteração depende da dimensão da lesão nervosa e da sua localização. Na realização cistoprostatectomia radical ou de cistectomia total o risco de disfunção eréctil é muito elevado, dado que é frequente a lesão do nervo eréctil. De igual forma a remoção cirúrgica do recto com a correspondente construção de uma colostomia ou ileostomia pode provocar uma lesão dos nervos genitais com conseqüente disfunção eréctil. A disfunção sexual pode ainda manifestar-se de outras formas, como disfunção ejaculatória e orgásmica, podendo ainda ocorrer infertilidade.

No caso da sexualidade feminina a disfunção fisiológica mais comum nas mulheres sujeitas a uma ostomia é a dispareunia, com origem na constrição vaginal e falta de lubrificação. Esta disfunção pode ser causada por aderências ao redor da vagina, resultantes do tecido cicatricial proveniente das cirurgias pélvicas e pela diminuição da produção de estrogénios, decorrente

da idade ou pela excisão cirúrgica dos ovários, originando vaginite crónica. No caso das ostomias resultantes da remoção do recto, o ângulo da cavidade vaginal pode mudar interferindo com a penetração durante o acto sexual, o orgasmo pode ser mais difícil de alcançar e o útero pode mudar de posição, levando à infertilidade.

Para além da alteração da imagem corporal e do impacto fisiológico na sexualidade do ostomizado, existem outros factores que podem ser determinantes na sua qualidade de vida e na vivência da sua sexualidade. A correcta localização da ostomia é determinante para minorar o aparecimento de complicações tardias, nomeadamente alterações da pele parastomal, que podem dificultar a aderência do dispositivo colector, favorecendo o extravasamento do efluente, o que provoca no ostomizado um sentimento de insegurança e angústia, para além do mau estar provocado pela queimadura que os efluentes provocam na pele.

O apoio eficaz à pessoa candidata ou sujeita a uma ostomia deve ser realizado por uma equipa de saúde multidisciplinar e, entre os técnicos desta equipa, o enfermeiro deve adquirir conhecimentos e desenvolver competências na área da estomaterapia.

A intervenção do enfermeiro deve iniciar-se na fase do pré operatório e consiste numa parceria com o utente, onde deve ser abordado o tipo de cirurgia e as possíveis alterações físicas e fisiológicas, permitindo que este verbalize os seus sentimentos e emoções e dando-lhe tempo para assimilar, aceitar e preparar a sua adaptação. É ainda da responsabilidade do enfermeiro estomaterapeuta realizar com o utente a marcação do estoma, sempre que possível, isto é, sempre que existe programação cirúrgica, dada a extrema importância da localização de um estoma para a autonomia e qualidade de vida do ostomizado. Nesta fase deve ser abordada a dimensão sexual no sentido de detectar possíveis problemas e apaziguar preocupações manifestadas.

A intervenção do enfermeiro deve continuar no período pós-operatório imediato e tardio. No pós-operatório imediato o paciente está focado na sua sobrevivência e só após a satisfação das suas necessidades básicas deverão ser abordadas as necessidades sexuais. Para desempenhar eficazmente esta competência, o enfermeiro deve estar confiante no seu próprio conhecimento da sexualidade, consciente das suas limitações e ter presente que os problemas sexuais são privados e pessoais e como tal, devem ser abordados com todo o cuidado e sensibilidade. É importante que o enfermeiro utilize estratégias específicas, como ouvir atentamente, elaborar questões abertas, utilizar o silêncio sempre que necessário e resumir as conclusões da conversa a fim de facilitar a partilha de informações.

Ultrapassado o primeiro impacto causado pela ostomia, o paciente vai-se confrontando com a necessidade de retorno às suas actividades de vida e entre elas a actividade sexual. Nesta fase são muitos os medos e preocupações que surgem em relação à intimidade física com o parceiro tais como: receio de magoar o estoma durante o acto sexual; embaraço pela presença do saco colector, que nos pacientes de raça negra é muito visível dada a cor dos dispositivos existentes no mercado; Inibição e dificuldade em despir-se; medo da percepção de cheiro desagradável e no caso das colostomias e ileostomias, o ruído provocado pela emissão de gases e ainda a preocupação de poder existir extravasamento dos efluentes por descolamento do dispositivo. O enfermeiro deve partilhar com o paciente ostomizado pequenos truques para contornar estes inconvenientes, tais como, realizar a mudança do dispositivo antes do momento de intimidade, utilizar uma peça de roupa atraente que possa ocultar o dispositivo se isso proporcionar maior conforto e no caso das ostomias que o permitem, recorrer à técnica de irrigação, que proporciona controlo no funcionamento intestinal.

Os sentimentos descritos são comuns a todos os ostomizados e determinam nos pacientes com parceiro e ou relação conjugal construída ou sem parceiro, sensação de possível rejeição

e medo de ser abandonado ou de ficar sozinho sem desencadear desejo em nenhum parceiro. O papel do enfermeiro estomaterapeuta é de grande importância para ajudar a superar todos estes medos e preocupações. É necessário transmitir que é fundamental envolver o parceiro em todo este processo, pois este pode ser o maior apoio emocional do paciente. Com efeito, para facilitar a aceitação da imagem corporal e integrar todos os sentimentos e emoções relativos à conjugalidade e sua expressão sexual, a aceitação, comunicação e o apoio fornecido pelo cônjuge são determinantes.

É do consenso geral que problemas na dimensão sexual podem perturbar o equilíbrio conjugal, o mesmo acontece quando existe um problema sexual relacionado com a ostomia e é evidente que um casal com capacidade de diálogo e comunicação, pode conseguir superar e adaptar-se, pelo contrário, um casal menos flexível e com algum conflito pré existente, pode terminar a sua relação. Existem algumas estratégias que podem ajudar a lidar com a nova realidade do ostomizado, nomeadamente na sexualidade. O ostomizado e o seu parceiro devem ser estimulados a partilhar de forma clara e sem receios os seus sentimentos e emoções, devem ser treinados para melhorar a sua capacidade de negociação e tomadas de decisão e ainda desafiados a procurar novas formas de vivenciar a sua sexualidade.

O enfermeiro deve ter consciência da capacidade e diversidade de reacção do ostomizado e seu parceiro. É importante que o paciente sinta que se aceitar a sua ostomia mais facilmente o seu parceiro a aceitará. No entanto, sabemos que o tempo de aceitação de uma ostomia difere de pessoa para pessoa e de casal para casal e que muitos pacientes e ou casais têm dificuldade em aceitá-la. Nestes casos cabe ao enfermeiro saber diagnosticar a dimensão desta dificuldade e referenciar o paciente e ou o casal para outro técnico de saúde que possa ajudar a superar as dificuldades.

É importante ter consciência que o enfermeiro não trata a disfunção sexual, mas deve detectá-la e encaminhar o paciente. Cabe ao enfermeiro ouvir, informar, esclarecer, ajudar, partilhar e confortar e é da sua responsabilidade promover a reabilitação sexual do paciente e restaurar a sua saúde sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. EVAN, David T. – Falar de sexo: a necessidade de descartar os mitos e superar os medos. *Nursing*. ISSN 0871-6196. N° 154. Ano 13 (Abril. 2001), p. 34-40.
2. SERRANO, Cláudia Marisa; PIRES, Pedro Miguel D. Ferreira – Enfermeiro e o Doente Ostomizado. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. N° 203 Ano 16, (Outubro. 2005). p. 35-41.
3. VINHAS, Maria Sofia Alves – Complicações das ostomias urinárias e digestivas. Mestrado Integrado em Medicina. Área: Cirurgia Geral (Abril. 2010)

XVI
**INFECÇÕES
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

VIH/SIDA - VISÃO MÉDICA

Isabel Germano

Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna
Serviço Medicina 1.4.
C.H.L.C. - Hospital S. José

Luísa Azevedo

Interna de Formação Específica em Medicina Interna
Serviço de Medicina 1.4.
C.H.L.C. - Hospital S. José

Introdução

Estima-se que aproximadamente 40 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) em todo o mundo. No espaço da Europa Ocidental, Portugal continua a apresentar das mais elevadas incidências (com cerca de 43000 notificações entre 1983 e 2013), apesar de se observar uma tendência favorável de descida no número de novos casos.

O VIH é transmitido através de relações sexuais não protegidas, contacto com sangue ou fluidos contaminados com sangue e de mãe para filho (gravidez, parto ou amamentação).

A evolução natural da doença compreende uma fase de infecção aguda, com sintomas inespecíficos, muitas vezes semelhantes a um quadro gripal; um período de latência, assintomático, mais ou menos prolongado (8-10 anos), em que, contudo, se evidenciam replicação vírica e deterioração do sistema imunológico progressivas; um estadio avançado, designado de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), em que os doentes estão, pela sua depressão imunitária, sujeitos às chamadas doenças oportunistas, infecciosas (tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmose cerebral,...) ou neoplásicas (sarcoma de Kaposi, linfoma,...); e, finalmente, o óbito.

Até meados da década de 1990, assistimos quase impotentes a esta história natural devastadora. O desenvolvimento da terapêutica antiretroviral combinada (TARc) de elevada eficácia (ou HAART: do inglês *Highly Active Antiretroviral Therapy*) e o acesso universal à mesma em diversos países foram marcos notáveis, permitindo importante aumento da sobrevivência e transformando uma patologia outrora fatal em doença crónica.

O início da TARc deve ser fundamentado em manifestações clínicas, número de linfócitos T CD4+, valor da carga vírica plasmática, presença de comorbilidades e nível de preparação do doente. Assim, está recomendado na infecção crónica sintomática e nos doentes assintomáticos com contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/ μ l, podendo ainda ser recomendado ou considerado noutras situações específicas. O esquema inicial deve ser composto por 3 fármacos: 2 nucleósidos/nucleótido inibidores da transcriptase reversa (NITR), associados a um não nucleósido inibidor da transcriptase reversa (NNITR), um inibidor da protease (IP), potenciado por ritonavir (IP/r), ou um inibidor de transferência de cadeia da integrase (ITI). A escolha deve ser individualizada, de forma a obter a máxima potência, tolerabilidade e adesão, minimizando toxicidades a longo prazo e potenciais interações medicamentosas [1].

Neste novo cenário, a abordagem do doente com infecção VIH tem que ser necessariamente

mente integradora e, como em qualquer outra doença crónica, a saúde sexual, considerada pela OMS como condição necessária para o bem-estar físico, psíquico e sócio-cultural, é um aspecto que não pode ser negligenciado.

A sexualidade merece atenção particular nesta população específica não só pelos distúrbios da função sexual, frequentes, como pela prática comum de sexo não protegido.

Uma revisão recente de disfunção sexual em pessoas infectadas com VIH avaliou os resultados de estudos clínicos publicados entre 1999 e 2007 [2]. As diferenças substanciais de desenho, amostra e metodologia dos estudos resultaram em taxas de prevalência muito variáveis, mas significativas: disfunção erétil – 46% (9-74%), distúrbios ejaculatórios – 39% (36-42%), diminuição da libido – 44% (24-73%), distúrbios orgásmicos – 27% (7-49%).

A disfunção sexual tem um importante impacto na qualidade de vida e muitas vezes conduz a atitudes negativas. Na população infectada pelo VIH, tem sido descrita parca adesão à terapêutica antiretroviral [3] e a estratégias de sexo seguro [4, 5], com aumento do risco de transmissão de estirpes virais resistentes em consequência da elevada concentração de RNA no sêmen e nas secreções cervico-vaginais.

Assim, a identificação e o tratamento da disfunção sexual, em paralelo com o aconselhamento para redução de risco, são medidas fundamentais no acompanhamento do doente com infecção VIH, não só do ponto de vista individual, mas também numa perspectiva de saúde pública.

Disfunção Sexual e Infecção VIH – Etiologia

No contexto da infecção VIH vários factores podem contribuir para a disfunção sexual: aspectos psicológicos e emocionais, alterações endócrinas, neuropatia periférica e autonómica, comorbilidades, como distúrbios metabólicos e doença cardiovascular, e efeitos colaterais da terapêutica antiretroviral ou de outras medicações concomitantes.

Os distúrbios sexuais são frequentes durante períodos de stress. Para além dos problemas comuns à população em geral (familiares, profissionais, económicos...), os indivíduos infectados pelo VIH vivenciam situações com contexto emocional peculiar: impacto psico-social do diagnóstico; estigma e discriminação; conflitos de orientação sexual; efeitos secundários da medicação, com especial relevo para a lipodistrofia e seu potencial efeito na auto-imagem corporal;...

A disfunção do eixo gonadotrófico é frequentemente observada na infecção VIH – mais prevalente na era pré-HAART, mantém-se, contudo, o distúrbio endócrino mais comum nestes doentes. A patogénese é multifactorial e está relacionada com a duração da infecção, os efeitos citopáticos directos do vírus, o uso de substâncias gonadotóxicas, as infecções oportunistas, as neoplasias, a desnutrição, entre outros factores. Em homens, a redução dos níveis de testosterona está associada à perda de massa e de força muscular, à redução da densidade mineral óssea, à lipodistrofia, à depressão, à astenia, à fadiga e à disfunção sexual.

A neuropatia periférica é uma ocorrência bem documentada na infecção VIH, quer por toxicidade viral directa, quer secundária à terapêutica antiretroviral, sobretudo com os NITRs mais antigos (d4T/estavudina, ddi/didanosina), podendo estar na génese da disfunção sexual.

Com o aumento da sobrevivência, a presença de comorbilidades nos indivíduos infectados pelo VIH tornou-se frequente e algumas delas, tais como doença hepática, diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipertensão arterial, doença vascular e alcoolismo, estão associadas com disfunção sexual.

A associação entre disfunção sexual e antiretrovirais, particularmente IPs, tem sido reportada em vários estudos [2], não sendo claros os mecanismos fisiopatológicos envolvidos (neu-

ropatia periférica induzida pelo indinavir, efeito do ritonavir no metabolismo das hormonas sexuais,...). Noutros estudos, porém, essa associação não foi estabelecida [6]. Admite-se que diferenças nas dimensões das amostras e nos métodos estatísticos usados e inadequado controlo das variáveis confundentes contribuam para os resultados controversos, sendo necessários estudos adicionais, preferencialmente prospectivos, para uma melhor definição do papel da terapêutica antiretroviral na disfunção sexual.

Além disso, os doentes com infecção VIH usam frequentemente outros fármacos que estão associados com resposta sexual diminuída. Medicamentos como cetoconazole, fluconazole, ganciclovir, megestrol e metadona podem reduzir os níveis de testosterona. Também betabloqueantes, diuréticos, estatinas, benzodiazepinas, antidepressivos, antipsicóticos e opióides, por mecanismos fisiopatológicos vários, podem induzir disfunção sexual.

Disfunção Sexual e Infecção VIH - Diagnóstico

Na investigação clínica do problema, o primeiro ponto a considerar é assegurar uma apropriada relação médico-doente, sendo importante que os profissionais mantenham uma atitude disponível e livre de julgamentos. Só assim será possível abordar aspectos que podem influenciar o processo de maturação sexual (como repressão da sexualidade, violência sexual na infância ou na adolescência, orientação sexual), e que poderão estar subjacentes a disfunção de causa psicogénica.

No sentido de pesquisa de causa orgânica, a história clínica deverá apurar a condição imunológica do doente, a existência de comorbilidades e os hábitos medicamentosos. No caso de imunodepressão avançada e eventual doença definidora de SIDA, a condição física geral poderá estar deteriorada, bem como a resposta sexual. Deverá ser investigada a existência de hipogonadismo – a suspeita poderá surgir perante manifestações clínicas, incluindo disfunção sexual, perda de peso e de massa muscular, fadiga, depressão e anemia, e alterações no exame objectivo, como ginecomastia e atrofia testicular, a confirmar por doseamentos hormonais. Outro tipo de avaliação poderá ser indicado pelo contexto clínico, nomeadamente exames para despiste de patologia arterial ou neuropatia.

Disfunção Sexual e Infecção VIH - Tratamento

O tratamento das disfunções sexuais nos doentes com infecção VIH/SIDA envolve medidas farmacológicas, técnicas cirúrgicas e psicoterapia, requerendo, pois, uma abordagem multidisciplinar.

Tratamento farmacológico

- Inibidores da 5-fosfodiesterase (iPDE-5)

Os iPDE-5 (sildenafil – Viagra®, vardenafil – Levitra®, tadalafil – Cialis®) são largamente utilizados no tratamento da disfunção sexual masculina. Nos doentes com infecção VIH há que ter presente a existência de possíveis interações com os antiretrovirais, em particular com os IPs. Os iPDE-5 são metabolizados primariamente pela via do citocromo CYP3A4; por sua vez, os IPs são inibidores deste citocromo, retardando a metabolização dos iPDE-5 e aumentando seus níveis plasmáticos, com risco de hipotensão ou exacerbação de outros efeitos adversos. Também com o cetoconazol, um antifúngico de uso frequente na infecção VIH, existe potencial para interações por mecanismo idêntico. Neste contexto, está, pois, recomendada redução das doses dos iPDE-5, devendo, além disso, dar-se preferência aos compostos com semi-vida mais curta, como o sildenafil. Este aspecto é particularmente relevante face ao reconhecido uso abusivo e recreacional dos iPDE5 na população VIH, em especial na comunidade gay. Igualmente é comum nas práticas dos homossexuais a utilização

de “poppers” (nitritos orgânicos voláteis), contraindicada em associação aos iPDE-5, por potencialização dos efeitos vasodilatadores, que pode resultar em hipotensão severa e redução da perfusão coronária com risco de enfarte.

- Testosterona

Se os doentes preenchem os critérios diagnósticos para hipogonadismo, existe a possibilidade de terapêutica de reposição de testosterona, disponível sob formulações para administração intramuscular, transdérmica ou oral – a última evita o metabolismo de primeira-passagem, resultando em concentrações séricas mais sustentadas.

Ainda que com um papel bem menos significativo desde a introdução dos iPDE-5, as possíveis alternativas para o tratamento da disfunção erétil são comuns às utilizadas na população em geral, nomeadamente injeção intracavernosa ou aplicação intra-uretral de prostaglandinas vasoactivas, cirurgia de revascularização e implantação de próteses.

Finalmente, o apoio psicoterapêutico tem um papel fundamental na presença de problemas psico-sociais, conflitos de relações ou alterações depressivas, frequentes nos doentes com infecção VIH.

Disfunção Sexual na Mulher com Infecção VIH

Dada a menor representatividade em estudos clínicos no âmbito da infecção VIH, naturalmente que no género feminino, e à semelhança de outras áreas, são escassos os dados sobre disfunção sexual.

A informação disponível aponta a diminuição da libido, a disfunção orgásmica e a dispareunia como distúrbios frequentes. Os factores causais mais comuns parecem ser os aspectos psicossociais relacionados com a própria infecção e a imagem corporal negativa associada com o uso de fármacos que causam lipodistrofia.

Procriação na Infecção VIH

Um aspecto particular a que se tem dado cada vez mais atenção na infecção VIH é o da saúde reprodutiva/gravidez. Na verdade, com o actual perfil de doença crónica e com estratégias de prevenção a garantirem uma taxa de transmissão vertical inferior a 2%, a constituição de família é um desejo comum e um direito incontestável.

Os casais serodiscordantes que desejam procriar devem ter uma consulta pré-concepcional, estando recomendado o início de terapêutica antiretroviral no parceiro infectado. Com carga viral indetectável o risco de transmissão do VIH ao parceiro não infectado é baixo, o que torna legítima a discussão sobre a opção do método natural de concepção, confinado ao período fértil. No entanto, é importante informar que esse risco não é totalmente eliminado, devendo ser assumido pelo casal. Mais recentemente, tem-se vindo a considerar profilaxia pré-exposição periconcepcional com administração de antiretroviral ao parceiro não infectado.

No caso de mulher seropositiva e homem seronegativo, deverá ser aconselhada, para maior segurança, a autoinseminação.

No caso de mulher seronegativa e homem seropositivo, a abordagem ideal continua a ser o recurso a técnicas de procriação medicamente assistida após tratamento de “descontaminação” do esperma.

Conclusão

A sexualidade é, ainda, tema “tabu”, dificilmente abordado por doentes e por clínicos.

A melhoria da esperança de vida na infecção VIH requer, contudo, que o bem-estar geral

e, neste contexto, a saúde sexual, sejam considerados com renovado interesse.

O diagnóstico e o tratamento da disfunção sexual devem basear-se numa abordagem multidisciplinar, envolvendo especialistas nas áreas da infecção VIH e da medicina sexual. A promoção de sexo seguro deverá, nesta população, ser alvo de atenção particular.

A recuperação de uma saúde sexual satisfatória, a par da redução de práticas sexuais de risco, melhorará a qualidade de vida destes doentes e ajudará a controlar a epidemia.

BIBLIOGRAFIA

1. Guerreiro C, Aldir I, Oliveira J, Vera J, Mansinho K, Marques L, Mendão L, Doroana M, Camacho R, Sarmento e Castro R, Branco T; Conselho Científico Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2. 2012
2. Collazos J. Sexual dysfunction in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS Rev.* 2007 Oct-Dec;9(4):237-45
3. Trotta MP, Ammassari A, Murri R, Marconi P, Zaccarelli M, Cozzi-Lepri A, Acinapura R, Abrescia N, De Longis P, Tozzi V, Scalzini A, Vullo V, Boumis E, Nasta P, Monforte Ad, Antinori A; AdICoNA and AdeSpall Study Group. Self-reported sexual dysfunction is frequent among HIV-infected persons and is associated with suboptimal adherence to antiretrovirals. *AIDS Patient Care STDS.* 2008 Apr;22(4):291-9
4. Wilson TE, Barrón Y, Cohen M, Richardson J, Greenblatt R, Sacks HS, Young M; Women's Interagency HIV Study. Adherence to antiretroviral therapy and its association with sexual behavior in a national sample of women with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis.* 2002 Feb 15;34(4):529-34
5. Trotta MP, Ammassari A, Murri R, Monforte Ad, Antinori A. Sexual dysfunction in HIV infection. *Lancet.* 2007 Mar 17;369(9565):905-6
6. Wang Q, Young J, Bernasconi E, Cavassini M, Vernazza P, Hirschel B, Weber R, Furrer H, Stoekle M, Bucher HC, Fux C; Swiss HIV Cohort Study. The prevalence of erectile dysfunction and its association with antiretroviral therapy in HIV-infected men: the Swiss HIV Cohort Study. *Antivir Ther.* 2013;18(3):337-44

VIH/SIDA - ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Rute Moura Pires

Psicóloga Clínica

Unidade de Psicologia Clínica

C.H.L.C. - Hospital S. José

Trinta anos decorridos desde os primórdios da infecção por VIH/SIDA no início dos anos 80, a evolução no conhecimento, abordagem e tratamento desta patologia tem sido profunda. A infecção por VIH é hoje, assumidamente, uma doença crónica, controlável, que se reveste de especificidades e cuja abordagem compreensiva e terapêutica deverá ser multidisciplinar, enraizada num modelo biopsicossocial de saúde e doença (Engel, 1977), contemplando não somente os aspectos estritamente médicos, mas também os aspectos psicossociais.

Na abordagem clínica da infecção por VIH/SIDA, os objectivos centrais são: reduzir/modificar comportamentos de risco, por forma a reduzir a probabilidade de transmissão da infecção por VIH, melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbilidade e mortalidade das pessoas infectadas com o VIH. Para a sua mais adequada e eficaz concretização, é necessário integrar cuidados de saúde mental, providos por psicólogo clínico e psiquiatra, no seio de equipas multidisciplinares.

Este modelo de actuação clínica tem sido preconizado por múltiplas sociedades científicas (BPS, MedFASH, 2011) e aplicado consistentemente em algumas consultas de especialidade (e.g., *Consulta de Medicina/Imunodeficiência do CHLC, EPE – H. São José*). A integração sistemática de acompanhamento psicológico nos restantes cuidados de saúde à pessoa com infecção por VIH representa um claro benefício assistencial para o utente – por um lado, o acesso aos cuidados de saúde mental é imediato ou francamente mais rápido, o que permite prevenir, identificar e intervir precocemente em problemas psicológicos, com conseqüente impacto ao nível da adesão e em última instância redução de complicações e admissões hospitalares e dos custos às mesmas associados. Por outro lado, a comunicação entre os diferentes membros da equipa e entre esta e a pessoa infectada pelo VIH é mais eficaz e a pessoa percebe que as suas necessidades (em diferentes domínios) são identificadas e atendidas. Estes factores contribuem para uma maior satisfação do utente com o atendimento clínico, retenção nos cuidados de saúde e adesão às consultas.

A prevalência de problemas psicológicos e psiquiátricos é mais elevada em pessoas com infecção por VIH do que na população geral (WHO, 2008). Por um lado, uma percentagem significativa (entre 30 e 54%) de pessoas que adquire a infecção por VIH, sofre de doenças mentais prévias (Treisman & Angelino, 2007); por outro lado, a seroprevalência em pessoas com doença mental crónica é mais elevada do que na população geral (entre 4 e 23%) (Cournos & McKinnon, 1997).

O confronto psicológico com o diagnóstico pode despoletar reacções emocionais mais ou menos adaptativas. O próprio vírus e alguns fármacos anti-retrovíricos e/ou utilizados no tratamento de infecções associadas, podem causar ou exacerbar problemas psicológicos pré-existentes. É necessário distinguir os sintomas mentais da doença somática (e.g., perturbação neurocognitiva associada ao VIH) (Gallego, Gordillo, & Catalán, 2000), os associados a efeitos farmacológicos e os relacionados com as reacções emocionais e experienciais. Os diagnósticos

diferenciais podem ser problemáticos, quer na celeridade da sua identificação, quer na sua subvalorização, sendo os sintomas psicopatológicos, não raras vezes, considerados reacções “naturais” ao diagnóstico da infecção por VIH (*Nabais & Gonçalves, 2011*).

As perturbações de ajustamento ou de adaptação, ocorrem entre 5 a 20% das pessoas com infecção por VIH (*Gallego et al., 2000*) e a perturbação depressiva é a mais frequente.

Por um lado, a presença de alterações psicopatológicas aumenta a vulnerabilidade face à infecção por VIH, condicionando comportamentos de risco para a aquisição e transmissão da infecção por VIH por via sexual (*Treisman & Angelino, 2004, 2007*); por outro lado, podem interferir com a retenção nos cuidados de saúde e capacidade de adesão às consultas e tratamentos, contribuindo, neste sentido, para o agravamento do prognóstico da doença.

Assim, é premente que a avaliação/diagnóstico e tratamento das perturbações psicológicas/psiquiátricas, incluindo os comportamentos aditivos (álcool e/ou drogas) seja parte integrante do plano de cuidados das pessoas que vivem com infecção por VIH (*Blanch, 2013*). Sabe-se que o consumo de álcool está associado ao esquecimento de doses em regimes terapêuticos e o caso da infecção por VIH não é excepção. O psicólogo clínico deve incidir sobre os aspectos motivacionais associados aos consumos, com vista a promover a adesão a um plano de tratamento especializado.

Apesar do aumento da sobrevida e cronicidade da infecção por VIH, para muitas pessoas que vivem com esta doença são ainda frequentes, preocupações associadas a medo de discriminação e estigma. Tais factores estão implicados em decisões associadas à revelação do diagnóstico, à adesão às consultas e ao tratamento e à actividade sexual e questões de parentalidade. Dificuldades na tomada de decisão nestes domínios, traduzem-se frequentemente em problemas psicossociais e de saúde mental, mormente, depressão, ansiedade, isolamento social, percepção de fraco apoio social e recusa/evitamento de recurso a cuidados de saúde (*Bavo et al., 2010*).

A redução/remissão dos sintomas psicopatológicos traduz-se numa melhoria da funcionalidade e da adesão às consultas e à terapêutica anti-retrovírica (com consequente recuperação imunológica e supressão da carga viral para níveis indetectáveis) e modificação de comportamentos de risco, por forma a reduzir a probabilidade de transmissão da infecção por VIH.

No âmbito da prevenção da transmissão da infecção por VIH, ter-se-á de contemplar outros factores para além da veiculação de informação sobre a doença, pois o conhecimento sobre a infecção por VIH é insuficiente para a mudança de comportamentos de risco. No nosso país a percentagem de emigrantes oriundos de países de africanos de língua oficial portuguesa atendidos em consultas de Infecçologia/Imunodeficiência é elevada e imprevisivelmente estão implicados aspectos sócio-culturais, nomeadamente quando se intervém ao nível da negociação da utilização correcta e consistente de preservativo. Para além do uso de preservativo, a terapêutica anti-retrovírica é hoje considerada um componente poderoso de prevenção. Nos países industrializados, estes fármacos são prescritos por rotina, na prevenção da transmissão da grávida para o recém-nascido, na profilaxia pré e pós-exposição de acordo com a estratificação do risco de infecção e, como estratégia de tratamento precoce, em casais serodiscordantes, esta última, com o objectivo de diminuir o risco de transmissão de VIH ao parceiro(a) não infectado(a) (*Mansinho, 2013*).

A sexualidade é uma temática incontornável no âmbito da infecção por VIH e uma dimensão relevante na prevenção da mesma. A via sexual é a forma mais frequente de transmissão da infecção por VIH, pelo que a sexualidade e, mais especificamente os comportamentos sexuais (das pessoas infectadas pelo VIH e das não infectadas) é central. Num estudo recente, Du e

colaboradores (2013) advogaram que comportamentos sexuais não seguros (e.g. utilização inconsistente de preservativo, relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas ou troca de sexo por dinheiro) e a não revelação do estatuto serológico ao(s) parceiro(s) sexuais, aumentam o risco de transmissão da infecção por VIH.

A intervenção psicológica tem, pois de contemplar questões associadas aos comportamentos e práticas sexuais e à revelação do estatuto serológico aos parceiros sexuais, tendo o terapeuta que ser sensível e atender às particularidades de populações específicas nomeadamente LGBT.

Na sequência de diagnóstico de seropositividade para VIH, podem ocorrer mudanças ao nível da vivência da sexualidade e da intimidade. A estas associam-se diferentes reacções psicológicas, nomeadamente, perda ou diminuição significativa de libido/desejo sexual, desinteresse pela actividade sexual, culpa relativa ao comportamento sexual passado, repressão ou constrição sexual, isolamento social, medo de contágio/aumento de preocupações fóbicas, preocupação com o estatuto serológico do parceiro, medo da intimidade, homofobia internalizada, entre outras (*McKusick, 1988*).

As dificuldades sexuais em pessoas que vivem com infecção por VIH são multifactoriais. Podem estar associadas a perturbação depressiva, a ansiedade relativa à cronicidade da infecção, alterações da imagem corporal (por exemplo, associadas ao impacto psicológico da lipodistrofia) e redução da atractividade percebida pelo próprio, infecções oportunistas e problemas ao nível do sistema nervoso causados pelo VIH. As dificuldades sexuais são sub-reportadas, mas se questionarmos directamente os nossos pacientes sobre a vivência da sexualidade pós diagnóstico de infecção por VIH, muitos reconhecem uma diminuição do interesse sexual. Não raras vezes, as dificuldades sexuais são identificadas e comunicadas pelo(a) parceiro(a), pelo que o seu envolvimento no processo assistencial é fundamental. Estas podem estar associadas a dificuldades conjugais e nestes casos, a abordagem psicoterapêutica deve implicar questões relacionadas com a intimidade, funcionamento sexual e problemas ao nível da comunicação no casal.

A vivência da infecção por VIH reveste-se de marcada complexidade emocional e relacional. Os domínios da sexualidade e intimidade têm ser consistentemente contemplados na prestação dos cuidados de saúde às pessoas que vivem com esta doença, a par de outros factores psicológicos e psicossociais.

BIBLIOGRAFIA

1. Blanch, J. (2013). *Psychiatric problems in the HIV-infected patient, including alcohol addiction*. Comunicação apresentada no International Exchange Experience Program in HIV 2013, 12 de Abril de 2013, Barcelona.
2. British Psychological Society (BPS), British HIV Association (BHIVA), & Medical Foundation for AIDS & Sexual Health (MedFASH) (2011). Standards for psychological support for adults living with HIV. http://www.bhiva.org/documents/Publications/Standards_for_psychological_support_for_adults_living_with_HIV.pdf (extraído em 26 de Janeiro de 2014).
3. Bravo, P., Edwards, A., Rollnick, S., & Elwyn, G. (2010). Tough decisions faced by people living with HIV: A literature review of psychosocial problems. *AIDS Review*, 12(2): 76-88.
4. Cournos, F. & McKinnon, K. (1997). HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 17:259-69.
5. Du, P., Crook, T., Whitener, C., Albright, P., Greenawalt, D., & Zurlo, J. (2013). HIV transmission risk behaviors among people living with HIV/AIDS: The need to integrate HIV prevention interventions and public health strategies into HIV care. *Journal of Public Health and Managing Practice*, Dec, 10.
6. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136.
7. Gallego, L., Gordillo, V. & Catalán, J. (2000). Psychiatric and psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Reviews*, 2:48-59.
8. Mansinho, K. (2013). Cobertura universal dos cuidados de saúde. *SIDA, Ed. Especial 30 anos VIH/SIDA em Portugal*, Nov/Dez 2013, 32-33.
9. McKusick, L. (1988). The impact of AIDS on practioner and client: Notes for the therapeutic relationship. *American Psychologist*, 43(11):935-40.
10. Nabais, I. & Gonçalves, G. (2011). Aconselhamento/intervenção psicológica. *Manual sobre SIDA*. Francisco Antunes (Ed.) 4ª ed., 481-496.
11. Treisman, G., J. & Angelino, A. F. (2007). Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection. *Clinical Infectious Diseases*, 45:S313-7.
12. Treisman, G., J. & Angelino, A. F. (2004). *The psychiatry of AIDS: A guide to diagnosis and treatment*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
13. World Health Organization (2008). *HIV/AIDS and mental health*. EB124/6. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-en.pdf (Extraído em 26 de Janeiro de 20014)

VIH/SIDA - ABORDAGEM DA ENFERMAGEM

Estela Lourenço

Enfermeira

Consultas Externas

C.H.L.C. - Hospital S. José

Após a revolução sexual, os anos 80 trouxeram uma nova descoberta científica que veio transformar a sexualidade: um novo vírus que se transmite por via sexual, e para o qual não há cura, trouxe histerismo em massa e a culpabilidade de uma “sexualidade livre”. Ainda hoje este conceito é remanescente, marcando culturalmente a sexualidade.¹

Porém, num outro extremo, a associação do VIH a “grupos de risco” desresponsabilizou a sociedade no geral, muitas vezes optando por comportamentos que inicialmente se julgava não serem de risco. Com o surgimento da medicação antiretroviral, o conceito de cronicidade expandiu-se, introduzindo a ideia de ser uma doença como outras.¹

Na realidade todas estas transformações da visão sobre o VIH se traduzem num desafio para os enfermeiros, exigindo uma reestruturação constante das intervenções.

Existem dois pontos importantes quando se aborda a sexualidade e o VIH-SIDA, por um lado a prevenção da transmissão do vírus e, por outro lado, a tónica da vivência da sexualidade saudável das pessoas portadoras de VIH.

Abordagem do Enfermeiro na Prevenção:

A educação para a saúde é sem dúvida a melhor forma de diminuir a morbidade e mortalidade que o VIH acarreta. No entanto, a ideia inicial de “grupos de risco” trouxe uma batalha difícil de travar. Este conceito emite uma ideia de falsa segurança a quem não se “encaixa” nesses grupos, para além de aumentar o potencial de estigmatização das pessoas infectadas pelo VIH2. Apesar da prevenção primária ser a primeira forma de travar a epidemia, ela implica algo maior, a motivação do próprio/comunidade para mudar. Foi identificado que a mudança de comportamentos associados ao VIH/SIDA implica uma avaliação prévia do grupo alvo, a delimitação de um plano bem estruturado dirigido ao grupo e consequente avaliação dos resultados3. É ainda reforçado que na prevenção desta situação clínica é fundamental incluir uma fonte de motivação e de competências comportamentais. Isto é, não implica somente informar e promover a aquisição de conhecimentos, como também estimular as escolhas de cada um na sua saúde, uma vez que do saber-saber ao saber-fazer vai um largo passo.

O “Modelos de Intervenção de Enfermagem” da Coordenação Nacional para o VIH/SIDA apresenta um leque de estratégias que visam a promoção da adopção de comportamentos saudáveis e clarifica que os enfermeiros de comunidade são uma peça fundamental na prevenção do VIH/SIDA. Porém, é basilar que estes profissionais não só dominem o tema, como consigam destruir barreiras que existam sobre a sexualidade e para além disso que consigam ter uma capacidade de não julgamento face às opções sexuais dos utentes. Esta tríade é o início de uma caminhada que irá potenciar a mudança de comportamentos na comunidade.

Todavia, as intervenções de prevenção deverão ser também alargadas às pessoas que

com[vivem] com o vírus. Foram identificados comportamentos sexuais de risco, em pessoas portadoras do vírus, nomeadamente relacionados com o facto de terem um parceiro seropositivo, com a crença de que o preservativo diminui o prazer e com níveis elevados de impulsividade, entre outros factores.² Isto demonstra que é essencial que tanto no contexto comunitário, como no contexto hospitalar é importante trabalhar na prevenção, apostando na capacidade de opção por uma sexualidade saudável e satisfatória.

Abordagem do Enfermeiro na Vivência da Sexualidade da Pessoa Portadora de VIH

A sexualidade da pessoa com VIH ainda tem sido pouco explorada, a ênfase tem sido direcionada sobretudo à prevenção primária. No entanto, a sexualidade tem um papel fundamental na qualidade de vida e o que antes do diagnóstico poderia ser motivo de prazer passa a ter uma ligação directa com a doença (podendo estar relacionada não só com a causa, mas também com a possibilidade de transmissão a outros).

Alguns estudos referem que após o confronto com o diagnóstico a maior parte dos portadores do vírus reduzem a actividade sexual e percebem uma diminuição do prazer decorrente da sexualidade¹.

Foi identificado por alguns autores que a sexualidade pode ser afectada por factores como:

- Receio da actividade sexual, associada ao risco de transmissão ao parceiro
- Medo de ser rejeitado e/ou como revelar ao parceiro o diagnóstico (intrincado com o estigma da doença)
- Sentimento de culpa associado à sua sexualidade (relacionado ao modo como foi transmitido o vírus)
- Receio de uma gravidez e das implicações do VIH numa gravidez/cuidados à criança (ex: morrer mais cedo e não conseguir cuidar da criança)
- Auto-imagem negativa
- Depressão associada à infecção
- Alterações físicas decorrentes do VIH (por exemplo: fadiga, diminuição do peso, dores musculares/manchas cutâneas)
- Implicações da terapêutica antiretroviral no desejo sexual¹

É importante para o enfermeiro conhecer quais os factores que afectam o utente para poder orientar adequadamente na recuperação de uma sexualidade saudável. Para tal é essencial incluir questões específicas durante a consulta de enfermagem sobre saúde sexual, incluindo sobre a função sexual.

De seguida serão apresentadas alguns planos de intervenção do enfermeiro tendo em conta o potencial problema. As intervenções são baseadas na prática e possibilitam iniciar uma abordagem que vise o equilíbrio da vivência da sexualidade.

A sexualidade não deverá ser esquecida. Ela faz parte do Homem. Existem medos e receios, muitas vezes associados ao desconhecido. Aos enfermeiros compete saber mais, escutar o utente e fazer perguntas sobre o tema, só assim podemos abrir portas. Importa ainda que a sexualidade e o VIH sejam temas integrantes da formação base de enfermeiros.

PROBLEMA	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
Receio da actividade sexual associada ao risco de transmissão ao parceiro	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a ansiedade decorrente do diagnóstico, prestando real atenção ao que o utente manifesta • Compreender o sentimento de culpa associado ao diagnóstico permitindo ao utente ventilar sentimentos • Incentivar o utente a uma sexualidade segura (demonstrando como usar o preservativo e informar sobre a eficácia do mesmo) • Sugerir a possibilidade da auto-erotização/auto-estimulação
Medo de ser rejeitado e/ou como revelar ao parceiro o diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o utente a revelar o diagnóstico ao parceiro • Fornecer estratégias sobre como revelar o diagnóstico (abordar o tema em momentos em que surja a temática espontânea do VIH: durante um filme, num jornal... Possibilitar que a consulta de enfermagem seja um momento para revelar o diagnóstico, garantindo um acompanhamento de contenção e que permita o esclarecimento imediato de dúvidas) • Permitir espaço para que o parceiro possa colocar as suas dúvidas e manifestar os seus receios
Sentimento de culpa associado à sua sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir encaminhamento para psicologia, de modo a trabalhar a aceitação da sua sexualidade • Escutar o utente, facilitando um encontro com as suas próprias emoções
Receio de transmissão ao parceiro serodiscordante	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o uso regular da terapêutica antiretroviral (TARV) como elemento fundamental na redução do risco • Incentivar o uso de preservativo • Informar sobre a importância dos testes de rastreio regulares ao parceiro • Aconselhamento de planeamento familiar
Receio de uma gravidez/transmissão do vírus ao bebé	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar uma prática sexual consciente, utilizando o preservativo • Informar que poderá utilizar outros métodos contraceptivos adicionais (pílula, implante hormonal, Diafragma IntraUterino...) • Esclarecer que em caso de gravidez havendo um controlo adequado, com introdução precoce de TARV, administração de terapêutica oral ao bebé durante o 1º mês de vida e suspensão da amamentação, poderá minimizar o risco de transmissão materno-fetal • Desmistificar conceitos sobre a doença e sobre esperança de vida após o diagnóstico da infecção • Informar que poderá engravidar com orientações específicas (homem poderá recorrer à lavagem de esperma e seguida de Fertilização in Vitro e a mulher recorrer à introdução de esperma do parceiro através de uma seringa) • Explicar que em caso de gravidez poderá optar pela Interrupção Voluntária da Gravidez até às 10 semanas de gestação
Auto-imagem negativa	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender como a auto-imagem interfere na relação com o outro • Permitir ao utente explorar os seus sentimentos relativamente à sua auto-imagem • Empoderar o utente na aceitação da sua auto-imagem
Depressão associada à infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar sinais precoces de depressão e encaminhar para a equipa de psicologia/psiquiatria, no sentido de requerer psicoterapia e incentivar se necessário a ingestão da terapêutica psiquiátrica
Alterações físicas decorrentes do VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar em conjunto com o utente alterações físicas decorrentes do VIH e encontrar estratégias para minimizá-los. (ex: se relacionado com as dores musculares, encontrar posições mais passivas e que diminuam o desconforto. Se relacionado com a fadiga, sugerir manter actividade sexual em momentos do dia em que sintam mais repouso. Se relacionado com a lipotrofia, trabalhar conjuntamente com o utente a aceitação da sua nova auto-imagem).
Implicações da terapêutica antiretroviral no desejo sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com o utente se o início de terapêutica teve influência no desejo sexual e negociar com a equipa médica a possibilidade de alterar TARV, nomeadamente se o utente fizer inibidores de protease • Sugerir material de conteúdo erótico (livros/filmes) que possa suscitar o desejo sexual

BIBLIOGRAFIA

1. LOURENÇO, E. (2010). *Sexualidade da mulher portadora de VIH*. Lisboa: Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.
2. ANTUNES, F. (2004). *Manual sobre SIDA*. Permanyer Portugal.
3. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH/SIDA (2007). *Enfermagem: Modelos de Intervenção*. Acedido em: 18-01-2014 em: <http://www.sida.pt/>

OUTRAS INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - VISÃO MÉDICA

Vasco Serrão

Assistente Hospitalar de Dermatologia-Venereologia
C.H.L.C - Hospital de Santo António dos Capuchos

Joana Cabete

Interna de Formação Específica de Dermatologia-Venereologia
C.H.L.C - Hospital de Santo António dos Capuchos.

Sara Campos

Interna de Formação Específica de Dermatologia-Venereologia
C.H.L.C - Hospital de Santo António dos Capuchos

Introdução

As infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) são muito frequentes e podem ter no doente consequências médicas e pessoais significativas.

Embora numerosos agentes infecciosos possam ser transmitidos de forma sexual, neste capítulo serão abordados as principais ISTs (Quadro 1), sendo a infeção pelo Vírus da Imundeficiência Humana (VIH) abordada separadamente.

INFEÇÕES	DOENÇA
Bacterianas	Gonorreia
	Uretrite/Cervicite Não-gonocócica
	Linfogranuloma Venéreo
	Sífilis
	Cancróide ou Úlcera Mole
Virais	Donovanose ou Granuloma Inguinal
	Condilomas
	Herpes Genital
Fúngicas ou Parasitárias	Molusco Contagioso
	Candidíase Genital
	Tricomoniase
	Pediculose
	Escabiose

Quadro 1: Principais Infeções Sexualmente Transmissíveis

- Alguns aspetos práticos devem ser sempre levados em conta na abordagem das ISTs:
- Assegurar a confidencialidade dos dados, mostrar abertura em relação aos temas e evitar atitudes moralistas.
 - Tentar sempre obter um diagnóstico usando os exames laboratoriais disponíveis, mas

sempre que possível instituir tratamento imediato, orientado pela impressão clínica.

- Realçar a necessidade de evitar contatos sexuais até ao tratamento completo e a notificação/tratamento de parceiros de forma a evitar reinfeções e quebrar o ciclo de transmissão.
- Efetuar sempre a exclusão de outras ISTs.

1. INFEÇÕES BACTERIANAS

Gonorreia

Etiologia e Epidemiologia

A gonorreia é causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, sendo na Europa a segunda causa de IST bacteriana. Observa-se um predomínio masculino (3:1), relacionado com a maior percentagem de casos sintomáticos e com a elevada incidência em Homens que têm Sexo com Homens (HSH).

Clínica

O período de incubação é de 2-8 dias, raramente até 14 dias.

No sexo masculino a uretrite gonocócica é sintomática em cerca de 90%, causando um quadro de corrimento purulento, amarelo ou amarelo-esverdeado, com disúria e inflamação do meato uretral (Fig. 1). A complicação mais frequente é a epidídimo-orquite, sendo rara a infeção gonocócica disseminada.

Na mulher a infeção é sintomática em apenas 50%, manifestando-se por uma endocervicite purulenta, disúria e dispareunia. O risco de complicações é muito superior (10-40%), em especial os quadros de doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade.

As infeções extra-genitais são frequentemente assintomáticas, podendo ocorrer quadros de proctite sintomática e de faringite.

Diagnóstico

1 – Testes de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAATs): Elevada sensibilidade (>96%) independentemente dos sintomas, sendo o teste de eleição para rastreio de infeção assintomática e para os casos extragenitais. No homem deverá ser usada a urina ou o exsudado uretral e na mulher o exsudado endocervical.

2 – Exame directo com Microscopia: Permite um diagnóstico imediato, sendo efetuado com microscopia ótica de esfregaço do exsudado com coloração Gram ou azul-de-metileno, observando-se diplococos dentro de polimorfonucleados. Elevada sensibilidade na uretrite sintomática (>95%), mas baixa nos assintomáticos, infeções endocervicais ou rectais, não devendo ser usado para infeções faríngeas pela baixa especificidade.

3 – Cultura: Dado o aumento das resistências bacterianas, deverá ser sempre efetuada nos casos sintomáticos ou confirmados por outros métodos, de forma a obter-se um TSA (Teste de Sensibilidade a Antibióticos). Embora tenha boa sensibilidade para casos sintomáticos, é inferior às outras técnicas. Pode usar-se em colheitas de exsudado de qualquer localização.

Terapêutica

Sugere-se efetuar um teste NAAT para confirmar a cura 2 semanas após o tratamento, independentemente da melhoria dos sintomas. Os parceiros sexuais nos 60 dias antes do início dos sintomas deverão ser avaliados e tratados.

	1ª LINHA	ALTERNATIVA *
Infeção uretral, endocervical ou rectal	Ceftriaxone 500mg IM + Azitromicina 2g PO Toma única	Cefixime 400mg PO + Azitromicina 2g Toma única
Infeção faríngea	Ceftriaxone 500mg IM + Azitromicina 2g PO Toma única	Ciprofloxacina 500mg ou Ofloxacina 400mg PO ou Azitromicina 2g PO Toma única **

* Os esquemas alternativos deverão ser apenas utilizados em situações de alergia confirmada.

** Necessária confirmação com TSA da sensibilidade ao fármaco usado.

Quadro 2: Terapêutica das Infeções por *N. gonorrhoeae*

INFEÇÕES POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

As infeções por *C. trachomatis* dividem-se em 2 grupos clinicamente distintos, de acordo com serotipos de *Chlamydia* envolvidos. Serão discutidos separadamente os quadros urogenitais clássicos (uretrite e cervicite não-gonocócica) e o Linfoceluloma Venéreo.

1. Infeções A *C. Trachomatis* dos Serotipos D-K

Etiologia e Epidemiologia

A etiologia da maioria das infeções genitais deve-se à *C. trachomatis* dos serotipos D-K. É a IST bacteriana mais prevalente, sendo preferencialmente afetada a população heterossexual jovem, dado o elevado número de infeções assintomáticas na mulher.

Clínica

O período de incubação é de 1-3 semanas.

No homem apenas 50% das uretrites são sintomáticas, caracterizando-se por disúria ligeira a moderada e corrimento escasso, seroso ou seropurulento. As complicações possíveis são a epididimite e a Síndrome de Reiter.

No sexo feminino 90% das infeções são assintomáticas, atuando assim como reservatórios da doença. Quando sintomáticas, caracterizam-se por cervicite com eritema e corrimento mucopurulento, podendo ocorrer também disúria ligeira, dispareunia e hemorragia pós-coital. As complicações por extensão da infeção são frequentes (salpingite, endometrite e doença inflamatória pélvica), com risco aumentado de gravidez ectópica e infertilidade.

As localizações extragenitais são frequentemente assintomáticas, podendo ocorrer uma faringite inespecífica ou proctite de intensidade variável.

Diagnóstico

1 - Testes de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAAT): Atualmente são o gold-standard de diagnóstico, dada a clara superioridade de sensibilidade face às restantes técnicas. No homem deverá ser usada a urina (1ª porção do jacto), com sensibilidade de 85-95%. Na mulher a colheita deverá ser no exsudado vaginal.

Em infeções faríngeas e rectais os NAATs são de primeira linha, mas estes testes não distinguem os serotipos.

2 - Cultura celular: Tecnicamente complexo e dispendioso, sendo de pouca utilidade prática. Pouco sensível (<80%), mas muito específica (100%)

3 - Métodos Imunoenzimáticos (EIA): Menor sensibilidade e especificidade que os NAAT

Terapêutica

Os parceiros sexuais nos 60 dias antes do início dos sintomas deverão ser avaliados e tratados. Os testes de cura não são recomendados, podendo os testes NAAT permanecer positivos 4-6 semanas após a terapêutica eficaz, dado não discriminarem as bactérias vivas e as mortas.

	1ª LINHA	ALTERNATIVA
Infeção uretral ou endocervical	Azitromicina 1g PO toma única ou Doxiciclina 100mg bid PO 7 dias	Eritromicina 500mg qid PO 7 dias ou Levofloxacina 500mg/d PO 7 dias ou Ofloxacina 300mg bid PO 7 dias
Infeção extragenital	Doxiciclina 100mg bid PO 7 dias	

Quadro 3: Terapêutica das Infeções por *Chlamydia trachomatis*

2. Linfgranuloma Venéreo

Etiologia e Epidemiologia

Os serotipos de *C. trachomatis* L1-L3 são os responsáveis por esta infeção, que até recentemente estava confinada a áreas endémicas (Índia, África e Sudoeste Asiático). A partir de 2003 surgiram surtos de LGV na Europa e EUA, quase sempre associados a HSH com infeção VIH. Atualmente observa-se com maior frequência na população HSH, mantendo-se a infeção muito rara em heterossexuais.

Clínica

O período de incubação é de 3-30 dias e classicamente apresenta 3 estádios evolutivos:

1º Estádio - Acidente primário: pápula ou pústula inespecífica, pequena (5-8mm) e indolor, que pode ulcerar. É espontaneamente resolutive em cerca de uma semana.

2º Estádio - Síndrome Linfadenopático: 2-6 semanas após o acidente primário, podendo surgir dois quadros clínicos distintos associados a sintomas sistémicos de intensidade variável:

- Síndrome Genital Aguda, quando a inoculação é no pénis, caracterizado por uma massa adenopática inguinal e/ou femoral dolorosa e aderente aos planos profundos, que tende a fistulizar e drenar (bubões). A resolução é lenta e deixa frequentemente cicatrizes.

- Síndrome Anorectal Aguda, quando existe contágio anorectal ou vaginal, com drenagem para os gânglios ilíacos profundos e perirectais. Caracteriza-se por proctite hemorrágica aguda com sintomas sistémicos marcados, frequentemente com dor abdominal intensa.

3º Estádio - Complicações Tardias: A linfangite proliferativa na área genital ou rectal condiciona obstrução linfática associada a ulcerações, abscessos e fistulização (Fig. 2).

Diagnóstico

O diagnóstico definitivo é efetuado pela deteção da *C. trachomatis* serovars L1-L3 em material do acidente primário, exsudado anorectal ou aspirado adenopático.

1 - Testes Inespecíficos: Detetam a infeção por *C. trachomatis*, mas não distinguem os serotipos específicos do LGV.

- Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAAT) é muito sensível, necessitando de confirmação com genotipagem dos casos positivos. Apenas é considerado diagnóstico se positivo em colheita de aspirado adenopático. Pode ser usado no rastreio assintomático de HSH com sexo anal recetivo.

- Testes Serológicos (Ac. Anti-*C. trachomatis*) são sensíveis para infeções invasivas, mas não são específicos e não diferenciam episódios ativos de infeções prévias. Na ausência de técnicas

moleculares podem ser usados como diagnóstico presuntivo se clínica compatível e títulos altos (em especial > 1:256).

2 - Testes Específicos :

- Genotipagem da *C. trachomatis* (DNA específico dos serovars L1-L3) para os casos positivos, sendo uma técnica PCR que habitualmente só está disponível em laboratórios de referência.

Tratamento

Pode ser necessária abordagem cirúrgica adjuvante (aspiração de adenopatias com flutuação através de pele não lesionada ou excisão de lesões fibróticas ou fístulas residuais).

Os doentes devem ser reavaliados para assegurar a resolução clínica e avaliação clínica de potenciais sequelas. Os contactos sexuais nos 3 meses prévios devem ser testados e/ou tratados.

1ª LINHA	ALTERNATIVA
Doxiciclina 100mg bid PO 21 dias	Eritromicina 500mg qid PO 21 dias

Quadro 4: Tratamento do Linfgranuloma Venéreo

Sífilis

Etiologia e Epidemiologia

A sífilis é uma infeção sistémica causada pelo *Treponema pallidum*. Após a introdução da penicilina observou-se uma redução marcada da sua incidência, ocorrendo esporadicamente surtos epidémicos restritos. Atualmente observa-se um crescimento significativo de casos, em especial na população infetada pelo VIH e em HSH, mas não exclusivamente.

Clínica

O período de incubação é de 10-90 dias (3 semanas em média).

A doença tem uma evolução complexa, com períodos de atividade alternando com fases assintomáticas. É considerada contagiosa apenas nos 2 primeiros anos de evolução (Sífilis Recente).

Na Sífilis Primária surge uma úlcera indolor, dura e de base limpa, associada a adenopatia unilateral não supurativa (Fig. 3). As variações a este quadro clínico típico são frequentes e a resolução é espontânea em 1-6 semanas.

A Sífilis Secundária corresponde à fase de disseminação sistémica, ocorrendo em média 3-6 semanas após o aparecimento da úlcera primária. Além de sintomas sistémicos variáveis, observa-se tipicamente uma erupção disseminada que atinge a área palmoplantar, constituída por múltiplas lesões maculares ou papulares descamativas cor de presunto, não pruriginosas (Fig. 4). Podem ocorrer erosões na mucosa oral ou ano-genital, pápulas vegetantes exsudativas na área anogenital (*Condylomata lata*) ou alopecia em clareiras. Resolve espontaneamente em 2-12 semanas.

A Sífilis Terciária ocorre em cerca de 1/3 dos doentes, após uma fase de latência variável (em média 2-7 anos). Na pele surgem nódulos ou placas de crescimento lento e destrutivo, de consistência mole por acumulação de material necrótico (gomos). O envolvimento tardio cardiovascular e a neurosífilis são as restantes manifestações maior.

Diagnóstico

O diagnóstico habitualmente é efetuado por testes serológicos, podendo também ser pesquisado diretamente o *T. pallidum*.

1 - Testes Serológicos

1.1 – Testes Não-Treponémicos

São usados para rastreio e monitorização da atividade da doença, dado os títulos acompanharem a evolução e resposta ao tratamento. Devem ser confirmados com testes treponémicos dado surgirem com frequência falsos-positivos, em especial com a gravidez, doenças autoimunes e infeções sistémicas.

Atualmente o RPR é o teste mais usado, embora o VDRL esteja ainda disponível. O resultado deve ser sempre acompanhado do título de diluição, sendo a infeção ativa associada a títulos ≥1:32. A cura serológica corresponde a uma redução de pelo menos 4 vezes o título (correspondendo a 2 diluições). Títulos <1:8 podem manter-se mesmo após tratamento eficaz. A redução do título é mais lenta nas infeção tardias e nos doentes VIH+.

1.2 – Testes Treponémicos

O TPHA é o mais usado, existindo outros disponíveis como o TTPA, EIA e o FTA-ABS. São testes específicos e confirmatórios, mas sem interesse para monitorização da evolução dado se manterem positivos mesmo após tratamento eficaz.

- Os Ac. Anti-treponema IgM são os primeiros a positivar (2ª semana de infeção), sendo muito sensíveis a detetar a infeção primária, desaparecendo com o tratamento ou com a cronicidade da infeção.

2 – Identificação do *T. Pallidum*

2.1 – Microscopia de campo escuro: observação microscópica de material de úlcera ano-genital ou aspirado adenopático. Não se deve fazer na cavidade oral dada a baixa especificidade.

2.2- Técnicas moleculares (PCR, Testes de Anticorpos Monoclonais Fluorescentes), com maior sensibilidade e especificidade.

Tratamento

A penicilina deverá ser sempre o medicamento usado, exceto se alergia confirmada. Na gravidez e doentes VIH+ não deverão ser usadas as alternativas, optando-se pela dessensibilização no caso de alergia.

Nas horas após o início do tratamento pode ocorrer a reação de Jarisch-Herxheimer, um quadro transitório de febre e mal-estar geral.

Todos os doentes deverão ser reavaliados clínica e laboratorialmente, de forma a confirmar o tratamento eficaz. Se infeção primária ou secundária deverão ser reavaliados aos 6 e 12 meses (se VIH+ aos 3, 6, 9, 12 e 24 meses); se infeção latente ou tardia aos 6, 12 e 24 meses (se VIH+ fazer também aos 18 meses). Deverá ser sempre excluída a neurosífilis em caso de sintomas neurológicos, auditivos ou oftalmológicos ou na ausência de “cura serológica”.

Os parceiros sexuais de doentes com sífilis deverão ser notificados, de acordo com a fase da doença.

	1ª LINHA	ALTERNATIVA
Infeção 1ª, 2ª ou Latente Recente	Penicilina Benzatínica 2,4 milhões UI IM Toma Única *	Doxiciclina 100mg bid PO 14 dias
Infeção Latente Tardia, Tempo Indeterminado ou Terciária	Penicilina Benzatínica 2,4 milhões UI IM por semana 3 semanas	Doxiciclina 100mg bid PO 21-28 dias
Neurosífilis ou Envolvimento Ocular/Auditivo	Penicilina G Cristalina Aquosa 3-4 milhões UI EV 4/4h 10-14 dias	

*Na gravidez: duas injeções com uma semana de intervalo.

Quadro 5: Tratamento da Sífilis

Cancróide Ou Úlcera Mole

Etiologia e Epidemiologia

O agente responsável é o *Haemophilus ducreyi*. Esta infeção ocorre preferencialmente em países endémicos (África e Sudoeste Asiático), sendo na Europa uma causa rara de úlcera genital, surgindo preferencialmente em homens heterossexuais que recorrem à prostituição.

Clínica

O período de incubação é 3-7 dias.

Caracteriza-se por úlceras com cerca de 0,5-2cm, dolorosas e moles à palpação. O bordo é bem delimitado, com fundo de tecido de granulação e exsudado necrótico amarelado (“úlceras sujas”, Fig. 5). Podem ser únicas em 50% dos casos, mas frequentemente ocorre autoinoculação a partir da lesão primária para a pele/mucosa em contacto direto. Pode haver adenopatia inguinal dolorosa, com flutuação e drenagem espontânea de pus (bubões).

Na ausência de tratamento a doença tem tendência para cronicidade, mas não se observam infeções sistémicas.

Diagnóstico

Dadas as dificuldades na confirmação laboratorial, na maioria dos casos o diagnóstico assenta em critérios clínicos associados à exclusão de outras causas de úlcera genital.

- Cultura: Colheita do fundo de úlcera, com cultura em meio específico imediata ou transporte refrigerado a 4°C. A sensibilidade da cultura é inferior a 75%.

- Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAAT): A sensibilidade é francamente superior dado não necessitar de bactérias viáveis, mas habitualmente está disponível apenas em laboratórios de referência.

Terapêutica

A cicatrização deverá ser confirmada e ocorrer em 7-14 dias. Os contactos nos 10 dias anteriores deverão ser avaliados e tratados independentemente dos sintomas.

1ª LINHA	ALTERNATIVA
Ceftriaxone 250mg IM ou Azitromicina 1g PO Toma única	Ciprofloxacina 500mg bid PO 3 dias ou Eritromicina 500mg qid PO 7 dias

Quadro 6: Terapêutica do Cancróide

Donovanose ou Granuloma Inguinal

Etiologia e Epidemiologia

O agente responsável é a *Klebsiella granulomatis*. Esta infeção rara ocorre preferencialmente em áreas endémicas (África do Sul, Índia, América do Sul e Central), sendo muito rara na Europa e EUA.

Clínica

O período de incubação é em média de 2-3 semanas, mas pode ir até 3 meses.

Surgem inicialmente pápulas ou nódulos, únicos ou múltiplos, que ulceram e aumentam progressivamente de tamanho. As úlceras são caracteristicamente indolores, com base de tecido de granulação eritematoso e hemorrágico, tendendo a envolver as áreas em contacto. O envolvimento adenopático inguinal surge apenas se sobreinfeção bacteriana.

Diagnóstico

O diagnóstico é feito por microscopia direta de esfregaço da úlcera (ou em exame histológico), preferencialmente do bordo ativo. É efetuada marcação habitualmente com Giemsa, sendo diagnóstica a presença de corpos de Donovan (inclusões intracitoplasmáticas de bactérias dentro de macrófagos).

Os restantes métodos diagnósticos (Cultura e PCR) não estão disponíveis por rotina e os testes serológicos não são fiáveis.

Tratamento

O tratamento deverá ser efetuado até à cicatrização completa das lesões e no mínimo 3 semanas.

Deverão ser avaliados os contactos sexuais dos últimos 6 meses. Os doentes deverão ser reavaliados regularmente, dada existirem casos de recorrência tardia (8-16 meses).

1ª LINHA	ALTERNATIVA
Azitromicina 1g/semana ou 500mg/dia PO	Doxiciclina 100mg bid PO ou Cotrimoxazol 800/160mg bid PO ou Ciprofloxacina 750mg bid PO ou Eritromicina 500mg qid PO ou Gentamicina 1mg/kg 8/8h EV

Quadro 7: Tratamento da Donovanose

2. INFEÇÕES VIRAIS

Condilomas Anogenitais

Etiologia e Epidemiologia

Os condilomas anogenitais são causados pelo vírus do papiloma humano (HPV). Em mais de 90% das lesões são isolados os tipos HPV 6 e 11 (de baixo risco), podendo ocorrer ocasionalmente coinfeção com os tipos 16 e 18 (alto risco).

Representa uma das ISTs mais comuns, estimando-se que mais de 50% dos indivíduos sexualmente ativos sejam infetados com o HPV pelo menos uma vez ao longo da vida. A infeção é frequentemente assintomática, sendo a prevalência superior no adulto jovem e semelhante em ambos os sexos. O início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais são fatores de risco bem identificados.

Clínica

O período de incubação é em média 2-3 meses, mas pode variar entre um mês e vários anos.

Os condilomas são habitualmente encontrados em áreas traumatizadas durante o ato sexual, mas podem disseminar-se a outras áreas por autoinoculação (contato direto ou através das mãos) e pelo uso de métodos depilatórios.

As lesões típicas são pápulas exofíticas múltiplas, assintomáticas, cor de pele, eritematosas ou pigmentadas (Fig. 6). A superfície é lisa ou verrucosa, de dimensão variável, podendo confluir em placas de grande dimensão, especialmente em doentes imunodeprimidos.

A principal complicação é a malignização das áreas infetadas, associada a infeções prolongadas com HPV de alto risco. O risco é superior no colo do útero e região anorectal, sendo menos frequente na área vulvar ou pénis. Os doentes imunodeprimidos têm um elevado risco, devendo ser acompanhados e rastreados regularmente.

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, devendo incluir a observação da área anogenital externa e na mulher a avaliação vaginal e do colo uterino. Na presença de lesões perianais deve proceder-se à proctoscopia. A aplicação de ácido acético a 3% facilita a visualização, em especial na colposcopia.

Se necessária confirmação diagnóstica, poderá fazer-se exame citológico ou histológico, demonstrando alterações características. Para rastreio de doença pré-maligna/maligna, deve ser efetuada citologia cervical na mulher e citologia nos doentes VIH+ com condilomas na região anal. Métodos de tipagem do HPV por PCR permitem confirmar o diagnóstico e identificar os tipos específicos.

Terapêutica

O tratamento consiste na destruição mecânica ou química das lesões, podendo ser usados tópicos (resina de podofilino 10-25%, ácido tricloroacético a 80%), métodos destrutivos (crioterapia, laser CO2, curetagem, eletrocirurgia) ou excisão.

O imiquimod 5% creme é um indutor da imunidade local, com boa eficácia e comodidade, dado ser aplicado pelo próprio doente em casa 3 vezes por semana à noite. Pode dar reações irritativas no local de aplicação.

Os parceiros sexuais dos últimos 6 meses devem ser avaliados.

Vacinação

A vacina tetravalente contra infeções por HPV 6, 11, 16 e 18 permite a prevenção primária dos condilomas anogenitais e de lesões pré-malignas e malignas associadas aos tipos 16 e 18. Idealmente deve ser dada antes do início da vida sexual (11-13 anos). Em Portugal está incluída no Programa Nacional de Vacinação (PNV) desde 2008, sendo administrada aos 13 anos a raparigas. Porém, dada a eficácia demonstrada em mulheres dos 9-46 anos e em homens dos 9-46 anos, pode ser prescrita em outras idades e em homens (em especial HSH e imunodeprimidos).

Herpes Genital

Etiologia e Epidemiologia

O herpes genital é uma infeção da região anogenital causada habitualmente pelo vírus herpes simplex tipo 2 (HSV-2). Observa-se uma tendência para o aumento de infeções pelo HSV-1, em provável relação com o sexo oral. A transmissão viral é maior na presença de lesões ou no pródromo, mas pode também ocorrer em fase assintomática.

O herpes genital é uma das infeções sexualmente transmissíveis mais comuns, aumentando progressivamente com a idade e número de parceiros. Dados dos EUA revelam prevalências de anticorpos para o HSV-2 entre 17-45%.

Clínica

O herpes genital é uma doença crónica recorrente, sendo frequente a infeção assintomática.

Na infeção primária, após um curto período de incubação de 3 a 7 dias, surge dor, edema e eritema no local de inoculação viral. Rapidamente surgem agregados de vesículas em base eritematosa (Fig. 7). Estas vesículas progridem para úlceras dolorosas múltiplas, evoluindo com crosta e resolução completa em 2 a 6 semanas. A linfadenopatia regional dolorosa é comum, podendo ocorrer também disúria e corrimento vaginal ou uretral. A apresentação clínica é tipicamente exuberante, podendo associar-se sintomas sistémicos.

As recorrências são caracteristicamente de menor gravidade e duração, podendo passar despercebidas. Podem ser precedidas de um pródromo local de dor e ardor, seguindo-se o aparecimento de um número limitado de vesículas com resolução em cerca de 7 a 10 dias. O número de recorrências é variável, porém superior na infecção pelo HSV-2.

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, pela observação das lesões típicas ou pela história de lesões recorrentes autorresolutivas na mesma localização.

Se for necessária confirmação laboratorial, podem usar-se:

- **Técnicas de detecção viral** (amplificação de ácidos nucleicos), usadas na presença de infecção sintomática com elevada especificidade e sensibilidade. As amostras são colhidas por zaragatoa na base de uma lesão, usando depois um meio de transporte de vírus. Este método laboratorial veio substituir a cultura viral, menos sensível e morosa.

- **Testes serológicos** com elevada especificidade, porém sensibilidade variável na infecção primária, dado que os anticorpos IgG para o HSV-1 ou HSV-2 são apenas detetáveis 2-3 semanas após o início dos sintomas. Os anticorpos do tipo IgM são de difícil interpretação, pelo que a sua utilização não é recomendada.

O teste serológico pode ser útil no diagnóstico diferencial das dermatoses genitais ou na determinação da concordância serológica dos parceiros sexuais para efeitos de aconselhamento.

Terapêutica

A terapêutica viral deve ser iniciada nas primeiras 24-48 horas, estando os antivirais tópicos contraindicados. Todos os doentes com infecção primária devem ser tratados pela morbidade associada. Nos casos recorrentes, a decisão de tratar depende da intensidade dos sintomas, da vontade do doente e do número de episódios. O uso de terapêutica de supressão viral está indicado em casos de recorrências muito frequentes (≥ 6 episódios/ano) e com impacto significativo.

	INFEÇÃO PRIMÁRIA	RECORRÊNCIA	SUPRESSÃO
Aciclovir	400mg 3xdia ou 200mg 5xdia, 7-10 dias	400mg 3xdia, 5 dias 800mg 2xdia, 5 dias 800mg 3xdia, 2 dias	400mg 2xdia
Valaciclovir	1g 2xdia, 7-10 dias	1g /dia, 5 dias ou 500mg 2xdia, 3 dias	Nº de episódios/ano: <10: 500mg/dia ≥ 10 : 1g/dia

Quadro 8: Terapêutica do Herpes Genital

Molusco Contagioso

Etiologia e Epidemiologia

É uma infecção causada pelo vírus do molusco contagioso (MCV), sendo muito comum na criança. É apenas considerada uma IST quando existem lesões genitais no adulto, por contacto direto durante o ato sexual.

Clínica

A lesão típica de molusco contagioso é uma pápula firme, umbilicada, rosada ou branca perolada, geralmente com menos de 1-4 mm de diâmetro. As lesões são frequentemente múltiplas e dispersas na região genital (Fig. 8). A tricotomia favorece a disseminação local.

A infecção é benigna e autolimitada se não tratada (geralmente inferior a 12 meses). As apresentações exuberantes ou disseminadas no adulto são sugestivas de imunossupressão.

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, fazendo diagnóstico diferencial com os condilomas genitais.

Terapêutica

Embora seja uma infecção autolimitada, mantém-se o risco de disseminação das lesões e de transmissão a terceiros, pelo que se deve usar terapêutica ativa.

O tratamento consiste habitualmente na remoção mecânica das lesões, efetuada por expressão (pinça) ou curetagem, podendo usar-se anestesia tópica prévia. Raramente podem ser utilizadas a crioterapia ou Laser de CO₂.

Em alternativa podem ser usados tópicos queratolíticos (solução de hidróxido de potássio, ácido tricloroacético, resina de podofilino) ou o imiquimod 5% creme, que funciona ao induzir inflamação secundária à ativação imunológica.

3. INFECÇÕES FÚNGICAS / INFESTAÇÕES

Candidíase Genital

Etiologia e Epidemiologia

A candidíase é causada por leveduras do género *Candida spp.*, sendo a *C. albicans* e *C. glabrata* responsáveis por 70-80% dos casos.

É um agente comensal na vagina de 20-25% de mulheres assintomáticas, pelo que no sexo feminino habitualmente não representa uma IST. Cerca de 75% das mulheres terão pelo menos um episódio sintomático ao longo da vida. No homem é mais frequente a transmissão por via sexual a partir de uma parceira colonizada. Existem fatores de risco gerais (diabetes, imunossupressão, obesidade, doenças crónicas e antibioterapia) e locais (humidade, fricção e maceração) que aumentam o risco de candidíase.

Clínica

Na mulher, as vulvovaginites candidiásicas caracterizam-se clinicamente por prurido, eritema e edema da mucosa genital, associado a corrimento espesso esbranquiçado.

Na candidíase genital masculina surgem na glande e sulco balano-prepucial pequenas erosões eritematosas com uma colarete de descamação esbranquiçada, associadas a prurido e edema (Fig. 9).

Frequentemente ocorre extensão às virilhas e área interglútea.

Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser confirmado por exame microscópico direto a fresco ou cultura.

Tratamento

No tratamento da candidíase é fundamental que para além da terapêutica sejam corrigidos os fatores de risco associados. Os imidazóis tópicos (clotrimazol, tioconazol, econazol, sertaconazol, etc.) e a ciclopirox olamina apresentam eficácia semelhante.

Quando existe infeção no homem deverá ser efetuada avaliação e tratamento da parceira sexual.

	TÓPICOS	SISTÉMICOS
Balanopostite	Imidazóis Tópicos ou Ciclopirox olamina creme 2xdia, 7-14 dias	Fluconazol 150mg PO toma única
Vulvovaginite	Imidazóis tópicos em creme, óvulos ou comprimidos vaginais Posologia variável, 1-7 dias	Fluconazol 150mg toma única ou Itraconazol 200mg bid 1 dia ou 200mg/dia 3 dias
Vulvovaginite recorrente (> 3/ano)	Imidazóis em óvulo, 1-2 vezes por semana, 6 meses	Fluconazol 150mg/semana ou Itraconazol 200mg bid, 1 vez por mês, 6 meses

Quadro 9: Tratamento da Candidíase Genital

Infeção por *Trichomonas Vaginalis*

Etiologia e Epidemiologia

A tricomoníase é causada pela *Trichomonas vaginalis*, um protozoário cuja transmissão ocorre por meio das secreções genitais. É uma infeção muito frequente, cuja prevalência aumenta com a idade, sendo difícil de estimar no homem dado ser frequentemente assintomática. Este protozoário é responsável por cerca de 20% das uretrites não gonocócicas.

Clínica

O período de incubação é de 4-28 dias. Na mulher manifesta-se como uma vaginite, com corrimento de características variáveis, mas habitualmente amarelado e com cheiro ativo, acompanhando-se de ardor e prurido. As paredes da vagina e colo do útero encontram-se hiperemiadas e edemaciadas, sendo clássica a referência ao cérvix com aspeto de morango. As complicações são raras, no entanto a infeção por *T. vaginalis* pode causar doença inflamatória pélvica, com risco de infertilidade.

No homem, a tricomoníase é geralmente assintomática ou subclínica, podendo manifestar-se com corrimento escasso e ligeira disúria. Raramente pode provocar uma uretrite purulenta franca ou complicar-se de prostatite e/ou epididimite.

Diagnóstico

- **Exame microscópico a fresco:** técnica útil mas com baixa sensibilidade (40-70%), sendo facilmente visível o protozoário pela sua mobilidade.

- **Cultura:** muito sensível (95%), devendo ser efetuada mesmo se o exame direto for negativo, sendo a técnica de eleição para os homens.

- **Testes de amplificação de ácidos nucleicos:** muito sensíveis e específicos, mas não estão disponíveis em todos os laboratórios.

Terapêutica

É recomendada a avaliação e tratamento dos parceiros sexuais dos últimos 2 meses.

1ª LINHA	ALTERNATIVA
Metronidazol 2g PO toma única	Metronidazol 250mg PO, 8/8 horas 7 dias ou Tinidazol 2g PO toma única

Quadro 10: Terapêutica da Infeção por *Trichomonas Vaginalis*

ESCABIOSE

Etiologia e Epidemiologia

A escabiose ou sarna é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. O contágio é exclusivamente inter-humano e estabelece-se na maior parte dos casos por contacto íntimo ou raramente a partir de fômites infestados, não sendo a transmissão exclusivamente sexual.

Clínica

O período de incubação varia entre 2-6 semanas. Surgem múltiplas pápulas eritematosas milimétricas e escoriadas, com prurido intenso de agravamento noturno. Preferencialmente atinge as pregas interdigitais e bordo das mãos, axilas, cotovelos, aréolas mamárias, região periumbilical e órgãos genitais externos, mas pode disseminar-se a todo o corpo. A face e couro cabeludo não são afetados, exceto em crianças com menos de 5 anos e imunodeprimidos. Em áreas de pele mais fina podem observar-se “galerias”, correspondendo ao percurso do ácaro na epiderme. Ocasionalmente surgem lesões nodulares inflamatórias (nódulos escabióticos), em especial nos genitais masculinos.

A sarna crostosa ou norueguesa é uma forma extremamente contagiosa que se caracteriza pela presença de inúmeros ácaros, com áreas intensamente descamativas e hiperqueratóticas. Está associada a estados de imunossupressão, bem como a situações de higiene precária.

Diagnóstico

O diagnóstico é habitualmente clínico nos casos típicos. É possível a observação do ácaro, ovos ou excrementos do parasita ao microscópio, em raspado superficial da epiderme ou em biopsia cutânea.

Tratamento

Os tópicos devem ser aplicados em toda a superfície cutânea do pescoço para baixo, exceto em crianças com menos de 5 anos onde também se deve tratar a face e couro cabeludo. O eczema irritativo representa o principal efeito secundário do benzoato de benzilo.

A permetrina creme 5% é melhor tolerada, mas em Portugal só está disponível em manipulado.

Nas situações de resistência ao tratamento tópico, epidemias localizadas e na forma crostosa está indicado tratamento sistémico com ivermectina. Esta não é comercializada em Portugal, estando apenas disponível sob a forma de manipulado.

Todo o agregado familiar e contactantes íntimos devem ser tratados, mesmo se assintomáticos. As peças de vestuário e de uso doméstico devem ser lavadas a temperatura superior a 55°C ou colocadas em saco plástico durante 3 dias, dado que o ácaro fora da superfície cutânea não sobrevive além deste tempo.

O prurido e as lesões cutâneas podem permanecer durante 2 a 4 semanas após término do tratamento.

1ª LINHA	ALTERNATIVA
Benzoato de Benzilo 3 dias ou Permetrina creme 5% (manipulado) *	Ivermectina 200-250 µg/Kg PO (manipulado) *

* Necessário repetir tratamento ao final de uma semana.

Quadro 11: Tratamento da Escabiose

PEDICULOSE PÚBLICA

Etiologia e Epidemiologia

A pediculose púbica é causada por *Phthirus pubis*, um artrópode que parasita exclusivamente humanos. Fora do hospedeiro o piolho adulto sobrevive 36 horas e as lêndeas 10 dias. Mais frequente em jovens sexualmente ativos.

Clínica

A transmissão da pediculose púbica ocorre predominantemente por via sexual ou outro contacto próximo. A manifestação cardinal é o prurido genital e peri-genital. No local da picada pode haver eritema, lesões de coceira, pápulas e pequena mancha azulada (mácula cerúlea). Nas formas mais intensas pode haver sobreinfecção bacteriana e linfadenopatia. Localiza-se predominantemente a nível genital, mas pode espalhar-se a qualquer outra área pilosa.

Diagnóstico

O diagnóstico da parasitose é fácil, dado os parasitas e lêndeas serem numerosos e facilmente reconhecíveis em observação direta.

Tratamento

O tratamento com permetrina a 1% (creme, loção ou champô) deve ser aplicado em todos os locais com pêlo, preferencialmente associado à depilação das áreas afetadas. O tratamento deve ser repetido ao final de uma semana e as lêndeas eliminadas mecanicamente. A permetrina a 5% é mais eficaz, mas em Portugal existe apenas em manipulado.

Os parceiros sexuais devem ser tratados e as peças de vestuário e de uso doméstico desparasitadas com lavagem a temperatura superior a 50°C.



Figura 1: Gonorreia: corrimento purulento e inflamação do meato uretral.



Figura 2: Linfogranuloma venéreo: fistulização adenopática e edema genital



Figura 3: Sífilis primária: Úlcera de base limpa e regular



Figura 4: Sífilis secundária: Lesões papulares múltiplas, cor de presunto



Figura 5: Cancróide ou Úlcera mole: múltiplas úlceras de fundo exsudativo



Figura 6: Condilomas do pênis: Lesões exofíticas típicas



Figura 7: Herpes Genital primário: Inflamação intensa e vesiculação exuberante



Figura 8: Moluscos contagiosos: múltiplas pápulas rosadas



Figura 9: Balanite Candidiásica: lesões eritematosas maceradas facilmente destacáveis

BIBLIOGRAFIA

1. Kaliaperumal K. Recent advances in management of genital ulcer disease and anogenital warts. *Dermatol Ther.* 2008 May-Jun;21(3):196-204.
2. Achkar JM, Fries BC. Candida infections of the genitourinary tract. *Clin Microbiol Rev.* 2010 Apr;23(2):253-73.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12.
4. Lewis DA, Lukehart SA. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* and *Treponema pallidum*: evolution, therapeutic challenges and the need to strengthen global surveillance. *Sex Transm Infect.* 2011 Dec;87 Suppl 2:ii39-43.
5. Scheinfeld N. Update on the treatment of genital warts. *Dermatol Online J.* 2013 Jun 15;19(6):18559.
6. Markle W, Conti T, Kad M. Sexually transmitted diseases. *Prim Care.* 2013 Sep;40(3):557-87.
7. Muzny CA, Schwebke JR. The clinical spectrum of *Trichomonas vaginalis* infection and challenges to management. *Sex Transm Infect.* 2013 Sep;89(6):423-5.
8. Ison CA, Deal C, Unemo M. Current and future treatment options for gonorrhoea. *Sex Transm Infect.* 2013 Dec;89 Suppl 4:iv52-6.
9. Malik H, Khan FH, Ahsan H. Human papillomavirus: current status and issues of vaccination. *Arch Virol.* 2014 Feb;159(2):199-205.

OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - VISÃO DA ENFERMAGEM

Camila Pereira
Enfermeira

A enfermagem é a ciência e a arte de “cuidar”.

Os enfermeiros são pessoas que interagem com outras pessoas, ao longo da vida, em todas as circunstâncias – as boas, as muito boas, as más e as muito más.

O envolvimento dos enfermeiros no desempenho da sua profissão implica a autoavaliação das suas capacidades e limitações no sentido de tentar melhorar como pessoa, para ajudar os outros a serem pessoas melhores.

“Não viveu quem não cativou ou foi cativado. Tornamo-nos responsáveis por aquilo que cativamos” (*Saint Exupery, Le Petit Prince*).

O cativar (aprivoiser) tem o sentido de “criar laços” indispensáveis na educação para a saúde e na promoção das capacidades individuais.

A formação dos enfermeiros deveria centrar-se nas pessoas e no seu desenvolvimento.

O bom desempenho dos enfermeiros exige capacidades técnicas e científicas e qualidades pessoais e humanas adequadas.

Se a sua atividade se desenvolve em áreas como a sexualidade, os enfermeiros terão de saber agir eficazmente, apesar das dificuldades.

O atendimento individual (face to face) é muito importante em todas as áreas de atuação.

O aconselhamento pré/post consulta médica permite um diálogo participado e confidencial, a transmissão de informação sobre o risco de aquisição/transmissão de IST, e o acesso a adequados serviços de prevenção, médicos, de tratamento e apoio psicológico e social.

A prevenção na área da sexualidade assenta em duas grandes linhas:

- Desenvolvimento humano – empowerment
- Vivência saudável, segura e feliz da sexualidade.

São aspetos a considerar:

- Acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva
- Implementação de contact-tracing – notificação e tratamento dos parceiros sexuais
- Divulgação da noção de risco
- Divulgação do uso de preservativo masculino e feminino, e lubrificantes
- Promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

As atividades diárias dos enfermeiros são as que lhes são próprias e necessárias ao cumprimento dos objetivos da equipa em que estão integrados.

A atuação na área da prevenção é muito complexa e exigente, mas muito motivadora. Os laços estabelecidos têm de ser importantes e fiáveis para as pessoas.

É uma sucessão de erros e sucessos em que o Dar e Receber nem sempre pende para o nosso lado, mas é sempre nosso o privilégio de nos ser permitido “entrar na vida de outra pessoa”.

“Não se consegue compreender uma pessoa sem gostar um bocadinho dela. Também não contém gostar muito...” (O professor José Gameiro, na sua crónica semanal publicada no jornal

Expresso, dia 11/01/2014).

Os enfermeiros devem encontrar o equilíbrio de tentar compreender e não julgar, aceitando as opções que as pessoas foram capazes de tomar.

Com base na experiência profissional obtida na Consulta DST do Centro de Saúde da Lapa e nos seus Projetos de Intervenção na Comunidade dirigidos às pessoas que se prostituem, destaco a importância do papel dos enfermeiros na área da prevenção, nomeadamente o Aconselhamento, e as atividades que desempenham numa Equipa Multidisciplinar:

- Aconselhamento pré/pós consulta médica.
- Colaboração na colheita de exsudados, identificação e conservação dos produtos biológicos, desde a sua colheita até ao envio ao laboratório, de acordo com os protocolos estabelecidos.
- Administração/disponibilização das terapêuticas prescritas na consulta médica.
- Colheitas de sangue para diagnóstico de IST.
- Execução de testes rápidos para IST.
- Participação em estudos, ensaios clínicos e trabalhos de investigação científica.
- Participação em ações de formação nas instituições e na comunidade.
- Cumprimentos dos protocolos de colaboração com outras instituições.
- Aprovisionamento, gestão e controlo de medicamentos e material clínico.
- Receção e acondicionamento dos meios de transporte e isolamento de agentes de IST de acordo com as especificações técnicas.
- Registo diário das atividades de enfermagem.
- Elaboração de estatística diária e mensal.

As IST têm sempre um grande impacto na vida das pessoas, independentemente do seu agente causador.

Não se conhece a verdadeira incidência das IST em Portugal. Os estudos e trabalhos publicados pela consulta de DST do Centro de Saúde da Lapa indicam alguma sintonia com a Europa, por exemplo, na tendência da subida do herpes genital e das infeções bacterianas como a gonorreia, a sífilis e infeções por *Chlamídia trachomatis* (infertilidade, gravidez ectópica e outros). As infeções provocadas por vírus podem evoluir para situações graves – VIH/SIDA, HPV (vírus do papiloma humano) – certos tipos de cancro.

As pessoas que procuram uma consulta dirigida à população sexualmente ativa têm necessidades e problemas diferentes acompanhados de sentimentos de desconfiança, ansiedade, vergonha, medo, etc, e necessitam de um ambiente de não discriminação e confidencialidade onde possam expor, à sua maneira, as suas dúvidas e problemas e obter informação segura, credível e compreensível.

Não há uma forma única de abordar os problemas e as necessidades destas pessoas. Para além do diagnóstico médico que é importante no aconselhamento, temos de saber gerir todos os sentimentos que estas situações desencadeiam.

São aspetos importantes a considerar:

- O motivo de vinda à consulta – iniciativa própria, referência por profissional de saúde, por parceiro sexual (contact-tracing); contacto com IST; rastreio de IST, etc.
- Sintomático/não sintomático
- História pessoal – idade, sexo, antecedentes de IST, drogas, gravidez, imigrantes, homo/bissexuais, trabalhadores do sexo

As características e as circunstâncias de cada pessoa exigem abordagens diferentes de acordo com as suas necessidades particulares.

O aconselhamento deve incluir ensino sobre a transmissão/disseminação de IST; noção de risco; desenvolvimento humano (empowerment); cidadania, e outras estratégias de prevenção.

XVIII

DERMATOLOGIA GENITAL NÃO INFECCIOSA

DERMATOLOGIA GENITAL NÃO-INFECCIOSA

Maria dos Anjos Cabeças

Assistente Hospitalar Graduada de Dermatologia

Hospital CUF Infante Santo

Existe uma grande variedade de dermatoses que afectam os genitais externos, quer de natureza infecciosa, inflamatória, neoplásica ou ainda de origem desconhecida. Algumas destas dermatoses são específicas da região genital outras são manifestações de doenças dermatológicas gerais ou de doenças sistémicas. Factores locais como calor, humidade, substâncias irritativas, fricção e fluidos corporais contribuem para o aparecimento ou agravamento das lesões cutâneo-mucosas. A história clínica, o exame objectivo de todo o tegumento cutâneo e nalguns casos a confirmação com exame histológico e avaliação laboratorial são fundamentais para efectuar um diagnóstico correcto e instituir o tratamento mais adequado. (Quadro)

1. INFLAMATÓRIA

- Liquen escleroso
- Liquen plano
- Balanite plamocitária de Zoon/ vulvite
- Eczema
- Psoríase

2. NEOPLÁSICA

Lesões pré- malignas e malignas

- Eritroplasia de Queyrat
- Carcinoma espinocelular
- Basalioma
- Melanoma
- Doença de Paget extramamária

Lesões benignas

- Quistos epidérmicos
- Angioqueratomas
- Pápulas peroladas penianas

3. DOENÇAS BOLHOSAS/EROSIVAS

Doenças bolhosas adquiridas:

- Eritema exsudativo multiforme
- Eritema fixo medicamentoso

Doenças bolhosas autoimunes adquiridas

- Pênfigo vulgar
- Penfigóide bolhoso
- Penfigóide cicatricial

Doenças bolhosas hereditárias

- Doença Hailey-Hailey
- Epidermólise bolhosa

4. DOENÇAS SISTÉMICAS

- Doença de Crohn
- Síndrome de Behçet
- Acrodermatite enteropática

Quadro: Etiologia das dermatoses não infecciosas da região genital (Fonte: Maria dos Anjos Cabeças)

Liquen Escleroso

O liquen escleroso é uma doença inflamatória crónica que afecta predominantemente a região anogenital mas em 15%-20% dos casos existe envolvimento de outras áreas corporais. É mais frequente na mulher do que no homem; atinge qualquer idade mas os picos de incidência são durante a infância e na pós-menopausa. Os homens na 4ª e 5ª décadas de idade, não circuncidados, são os mais afectados¹.

A etiologia do liquen escleroso é desconhecida e provavelmente multifactorial nomeadamente pela associação com doenças auto-imunes (vitiligo, morfeia, tiroidite), fatores genéticos (casos familiares, presença de HLA DQ7), agentes infecciosos (infecção por *Borrelia burgdorferi*, vírus da hepatite C e papilomavirus humano) e hormonas sexuais (baixos níveis de estrogénios, testosterona, dehidrotestosterona e androstenediona)^{1,2}.

As queixas em ambos os sexos são de prurido, dor e também dispareunia na mulher.

A dermatose manifesta-se na região vulvar e perianal por pequenas manchas de cor branca que coalescem em placas de pele fina, atrofica e com áreas focais de hiperqueratose, erosões e fissuras. Mais tardiamente a pele e mucosas ficam brilhantes, endurecidas, ulceram com facilidade e por vezes aparece púrpura, telangiectasias e bolhas hemorrágicas. Como complicações podem surgir o apagamento do clítoris, a fusão entre os pequenos e grandes lábios e o estreitamento do intróito vaginal. (Fig. 1)

No homem o liquen escleroso afecta a glande e o prepúcio sendo designada por balanite xerótica; o envolvimento perianal é incomum. (Fig. 2) Há dificuldade em retrainr o prepúcio, a erecção é dolorosa, as balanites são frequentes e o progressivo aperto do meato urinário pode levar a uma significativa retenção urinária³. O incómodo é marcado e a actividade sexual fica limitada quer pela dificuldade de erecção, quer pela impossibilidade de penetração vaginal. Em ambos os sexos existe o risco de transformação maligna em carcinoma espinocelular daí que seja recomendada uma vigilância periódica semestral ou anual⁴.

O tratamento de primeira linha é com corticóides de potência muito alta (proprionato de clobetasol 0,05%) e os inibidores da calcineurina tópicos (tacrolimus 0,1% e pimecrolimus 1%), são tratamento de segunda linha. No homem está indicada a circuncisão.

Liquen Plano

O liquen plano (LP) é uma doença inflamatória crónica e idiopática da pele e mucosas. O LP genital é mais frequente na mulher que no homem. Aparece na 5ª, 6ª décadas da vida sendo que 50% das mulheres com LP cutâneo apresentam envolvimento genital. O LP pode resultar de uma resposta imune mediada por células T contra os queratinócitos que expressam na sua superfície antígenos exógenos ou endógenos modificados. A doença pode ser desencadeada por vírus (hepatite C) vacinas (hepatite C e influenza), drogas e auto antígenos. Na toxi-dermia liquenóide os fármacos mais frequentemente implicados são os inibidores do enzima conversora da angiotensina, tiazidas, anti-maláricos e sais de ouro^{1,5}.

O LP genital apresenta quatro variantes clínicas:

- LP clássico – as lesões são semelhantes às observadas na doença cutânea, constituídas por pápulas poligonais de cor violácea e lesões com aspecto reticulado localizadas no monte púbico, pequenos e grandes lábios. No homem as lesões são na glande e têm frequentemente o aspecto anular (Fig. 3). O prurido está habitualmente presente mas por vezes as lesões são assintomáticas¹.
- LP erosivo – é a forma clínica mais comum e com predomínio nas mulheres. Podem surgir erosões extensas circundadas por um bordo reticulado esbranquiçado localizadas no vestíbulo, intróito vaginal, vagina e mucosa oral (síndrome vulvo-vaginal gengival).



Figura 1: Líquen escleroso da vulva



Figura 2: Líquen escleroso do pênis e carcinoma espinocelular



Figura 3: Líquen plano



Figura 4: Balanite de Zoon



Figura 5: Eczema agudo



Fig.6: Eczema crónico (líquen simplex crónico)



Fig.7: Psoríase da região vulvar



Figura 8: Psoríase do pênis



Figura 9: Eritroplasia de Queyrat

A dor e a dispareunia são queixas habituais. É frequente a cura com cicatriz, podendo em alguns doentes ocorrer obliteração do canal vaginal e retenção urinária^{1,6}.

- LP hipertrófico – observam-se placas hiperqueratósicas, esbranquiçadas.
- LP planopilar – caracterizado por pápulas foliculares e queratósicas limitado a áreas pilosas como o monte púbico e grandes lábios e também no couro cabeludo, tronco e extremidades.
- No tratamento utilizam-se corticóides de potência muito alta ou alta e no LP hipertrófico pode ser necessário corticóides intralesionais. A combinação de corticóides moderados/antifúngicos/antibióticos tópicos podem ser tão eficazes como corticóides potentes, na terapêutica de manutenção. Nos casos mais graves é necessário recorrer a corticoterapia sistémica. É recomendada a vigilância periódica destes doentes porque existe o risco do aparecimento de carcinoma espinocelular principalmente no LP erosivo. A abordagem cirúrgica está indicada na estenose do introito vaginal e/ou meato urinário¹.

Balanite Plasmocitária de Zoon/ Vulvite

É uma doença inflamatória crónica, benigna, idiopática, de predomínio no homem sendo questionada a sua existência como entidade separada na mulher. Surge em qualquer idade mas é mais comum na 3ª década, em homens não circuncidados. Clinicamente apresenta-se como placa isolada eritemato alaranjada, erosionada, superfície brilhante por vezes com pontos hemorrágicos, localizada na glande e prepúcio e lesões análogas na vulva (Fig. 4). As lesões podem ser assintomáticas ou acompanhar-se de prurido, disúria, dispareunia e dor.

O diagnóstico é sobretudo histológico caracterizado pelo infiltrado constituído predominantemente por plasmócitos^{1,3}.

O tratamento de eleição no homem é a circuncisão. Na mulher a resposta à aplicação de corticóides potentes é variável.

Eczema

O eczema é a dermatose inflamatória mais frequente da região genital. Divide-se em:

- eczema endógeno (eczema seborreico e atópico)
- eczema exógeno (eczema de contacto irritativo ou alérgico)

Ambos podem coexistir no mesmo doente e na prática muitas vezes é difícil distingui-los.

A maior parte dos doentes apresenta predisposição endógena. No eczema de contacto 80% são irritativos e 20% são alérgicos. As causas mais frequentes de eczema de contacto alérgico são o latex, fragâncias e os medicamentos³. O eczema de contacto irritativo observa-se frequentemente na área da fralda em crianças e nos idosos como consequência de incontinência urinária/fecal, doenças inflamatórias do intestino, desinfetantes e medicamentos caseiros⁶.

Nas características clínicas do eczema destacam-se na fase aguda: o prurido, a erupção eritemato vesiculosa e o edema (Fig.5); na fase crónica: o eritema, descamação e liquenificação. As áreas mais afectadas são os grandes lábios e o monte púbico na mulher, as pregas inguinais e escroto no homem e a região perianal em ambos os sexos. A liquenificação observa-se mais frequentemente no escroto no homem e nos grandes lábios na mulher (Fig. 6).

O eczema seborreico é também observado pelo aparecimento de escamas oleosas no couro cabeludo, sulcos naso genianos e sobrancelhas assim como eritema de outras pregas (axilas, inframamárias e interglútea). O eczema atópico é obvio pela história clínica e pela observação de eczema noutras áreas corporais.

No tratamento utilizam-se frequentemente os corticóides. Por vezes pode ser necessária associações com antifúngicos ou antibióticos tópicos. Os inibidores da calcineurina tópicos são uma alternativa aos corticóides. Está indicada a aplicação de emolientes sem fragâncias e a evicção de irritantes ou alérgenos conhecidos. Factores de agravamento como lavagens frequentes, calor, humidade, infecções e ansiedade devem ser identificados e tratados.

Psoríase

Na psoríase a região genital encontra-se envolvida entre 30% a 40% dos casos e só ocasionalmente as lesões genitais são isoladas.

As lesões de psoríase são placas eritemato descamativas, bem delimitadas mas na vulva e no pénis podem estar modificadas (Figs. 7 e 8). Frequentemente não são descamativas mas sim eritematosas com superfície brilhante e bem circunscritas; localizam-se nos grandes lábios e monte púbico, na mulher e na glande e face interna do prepúcio, no homem. O prurido está presente e surgem fissuras dolorosas na área perianal e sulco interglúteo em ambos os sexos⁷. O diagnóstico diferencial faz-se com a dermatite seborreica, por vezes indistinguível, a tinea cruris, balanite de Zoon e doença de Reiter.

O tratamento da psoríase anogenital é geralmente pouco satisfatório. Os análogos da vitamina D e os alcatrões minerais são irritativos sendo os corticóides tópicos de potência moderada os mais utilizados. O tacrolimus e o pimecrolimus foram utilizados com efeitos variáveis. Alguns doentes só melhoram quando é utilizada terapêutica sistémica (metotrexato, ciclosporina, acitretina, anti-TNF) no contexto de doença generalizada¹.

LESÕES PRÉ- MALIGNAS E MALIGNAS

Eritroplasia de Queyrat

A Eritroplasia de Queyrat foi descrita por Queyrat em 1911 como entidade distinta Sulzberger e Satenstein em 1933 reconheceram a eritroplasia de Queyrat como uma forma de carcinoma *in situ* do pénis⁸.

Surge habitualmente no homem não circuncidado, na idade média da vida.

A causa é desconhecida mas factores como má higiene, calor, fricção, trauma, infecção pelo vírus do papiloma humano podem contribuir para o seu aparecimento³.

As lesões localizam-se na glande e nas superfícies mucosas adjacentes e caracterizam-se por manchas ou placas isoladas ou múltiplas, eritematosas, bem delimitadas; a textura pode ser lisa, aveludada, descamativa ou verrucosa (Fig. 9). As queixas mais frequentes são o prurido, dor, hemorragia e dificuldade em retrair o prepúcio. A doença progride lentamente e o intervalo entre o início e o diagnóstico pode ser de anos. A evolução para carcinoma espinocelular invasivo ocorre em 10%-33% dos casos⁹.

O tratamento pode ser cirúrgico: excisão de pequenas lesões, circuncisão para lesões confinadas ao prepúcio ou laserterapia de dióxido de carbono. Como alternativa à cirurgia pode ser efectuado tratamento com creme de 5-FU ou creme de imiquimod 5%.

Carcinoma Espinocelular

O carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia resultante da transformação maligna de células epiteliais (queratinócitos) que pode aparecer em qualquer área da pele ou mucosas. Os principais factores que induzem ao aparecimento do CEC centram-se no condicionamento genético das células, associado a estímulos exógenos ou endógenos de natureza física



Figura 10: Carcinoma espinocelular



Figura 11: Carcinoma espinocelular sobre líquen escleroso



Figura 12: Melanoma



Figura 13: Doença de Paget extra mamária



Figura 14: Quistos do escroto



Figura 15: Angioqueratomas do escroto

(radiações ionizantes e não ionizantes, queimaduras, ulcerações crônicas) os quais actuam isoladamente ou em conjunto⁴. São várias as doenças que se predispõem ao aparecimento do CEC tais como o líquen escleroso, líquen plano, o vírus do papiloma humano e balanopostite crônica em homens não circuncidados¹.

O carcinoma espinocelular (CEC) aparece predominantemente em doentes idosos. Nas mulheres representa 5% dos tumores malignos dos genitais. O CEC inativo tem permanecido estável nas últimas duas décadas mas a incidência de neoplasia “*in situ*” (neoplasia intrapitelial vulvar) mais que duplicou. No homem circuncidado o CEC é raro.

No homem as lesões apresentam-se como úlceras ou placas localizadas, em cerca de metade dos casos, na glande sendo a segunda localização mais comum o prepúcio (Fig. 10). Na mulher as lesões surgem em qualquer área da vulva como úlceras, fissuras, nódulos e placas (Fig.11).

O tratamento do CEC depende da localização, dimensões do tumor e da presença de metástases. Pode ser exérese cirúrgica quando a neoplasia está em estadio I ; nos restantes estadios a decisão terapêutica depende de consenso alargado entre urologia, ginecologia, radioterapia e quimioterapia⁴.

Carcinoma Basocelular

O carcinoma basocelular (basalioma) é uma neoplasia epitelial primária da pele, não se observando nas palmas, plantas e mucosas. O basalioma deriva do infundíbulo piloso, razão que explica a ausência nos locais onde não existem pêlos. É a neoplasia maligna mais frequente na pele. Surge habitualmente em idosos com prevalência no sexo masculino e em áreas expostas como face e pescoço. Os basaliomas em áreas não expostas como região genital, são raros e excepcionalmente metastizam.

Melanoma

Melanoma maligno é uma neoplasia de elevada malignidade, pelo poder metastático precoce, por via linfática e sanguínea. É originado através dos melanócitos, células que têm o seu desenvolvimento embrionário na crista neural e migram para a pele, globo ocular, leptomeninges, ouvido , tubo digestivo e mucosas oral e genital. O melanoma anogenital é raro e de pior prognóstico que os da pele. É o segundo tumor primário da vulva mais comum e representa 0,3% de todos os melanomas na mulher. Aparece na 7ª década da vida no entanto pode aparecer em qualquer idade^{1,4}.

No homem o melanoma localiza-se habitualmente na glande e na mulher nos grandes lábios e clitóris. As lesões apresentam-se como manchas assimétricas com bordos irregulares e pigmentação variável e no homem frequentemente com nódulos crostosos. Um quarto dos melanomas são amelanóticos (Fig. 12).

A única atitude que oferece probabilidade curativa é a exérese cirúrgica precoce e com margem de segurança adequada.

Doença de Paget Extramamária

A doença de Paget extramamária é um adenocarcinoma intraepitelial, raro, das glândulas apócrinas. Surge habitualmente na vulva na mulher e no escroto e região perianal no homem¹. São consideradas duas formas:

- forma primária-é a mais comum e corresponde a um carcinoma “*in situ*” intraepitelial, com origem ou em queratinócitos epidérmicos indiferenciados ou em células intraepidérmicas de ductos apócrinos, não se encontrando associada a neoplasia subjacente.
- forma secundária- ocorre em número reduzido de casos e pode associar-se a carcinomas das estruturas anatómicas vizinhas (uretra, bexiga, próstata, ovário, cervix uterino, endométrio e colo-rectal).

A doença inicia-se por lesões eritemato descamativas , pruriginosas e persistentes que com a cronicidade adquirem um aspecto eczematoso liquenificado; o eritema e a espessura das lesões acentua-se com aparecimento de erosões (Fig.13).

O tratamento é cirúrgico. Em caso de impossibilidade cirúrgica está indicada a radioterapia.

A pesquisa e tratamento de possível neoplasia visceral são imperativos⁴.

Lesões Benignas

Existem numerosas lesões benignas localizadas na região genital (siringoma, calcinose idiopática do escroto, lentiginose, nevos melanocíticos, queratose seborreica, fibroma, linfangioma, neurofibroma, hidradenoma papilífero) mas mencionam-se as mais frequentes¹⁰:

- **quistos epidérmicos**- encontram-se preferencialmente nos grandes lábios e escroto e podem ser múltiplos. Têm cor amarelada, tamanho variável e podem inflamar (Fig. 14).
- **angioqueratomas**- são lesões vasculares adquiridas que se devem à dilatação de vasos sanguíneos a que se associa reacção epidérmica de tipo hiperqueratósico. Na região genital são designados por angiokeratomas de Fordyce. São característicos dos idosos com localização electiva na vulva e no escroto sob a forma de pápulas com 3-5mm de diâmetro, de cor vermelho-arroxeadas, moles e depressíveis (Fig. 15).
- **pápulas peroladas penianas**- são pequenas pápulas da cor da pele, filiformes. Surgem em 8%-10% dos homens e distribuem-se circunferencialmente na coroa da glande e sulco balano prepucial (Fig. 16). São alterações benignas que podem confundir-se com condilomas.

DOENÇAS BOLHOSAS/EROSIVAS

Eritema Exsudativo Multiforme

O eritema exsudativo multiforme(EEM) constitui um síndrome de etiologia variada em que se destacam como agentes causais mais frequentes infecções (infecção pelo vírus do herpes é a causa dominante) e medicamentos (sulfonamidas, hidantina, anti-inflamatórios). O quadro clínico inicia-se com odinofagia, febre, artralgias e erupção cutânea constituída por pápulas (manchas –iris ou em alvo), vesículas e bolhas, de distribuição simétrica (mãos, pés, cotovelos, joelhos, membros) (figs 17,18). O compromisso das mucosas é frequente podendo o EEM manifestar-se só nas mucosas oral e/ou genital⁴.

Eritema Fixo Medicamentoso

Forma característica de reacção medicamentosa., relativamente comum, sem repercussão geral. Consiste no aparecimento inicial de mancha eritemato arroxeadada, arredondada, que pode evoluir para bolha , em localização variada, cutânea ou mucosa. As lesões são habitualmente únicas mas por vezes podem ser múltiplas e recidivam no mesmo local após a ingestão de determinado medicamento¹. O eritema fixo distingue-se do EEM pelo menor número de lesões e uma maior dimensão (Fig.19). Os medicamentos mais implicados nesta dermatose são as sulfonamidas, tetraciclina, carbamazepina, barbitúricos, anti-inflamatórios não esteróides e griseoflúvina.

Pênfigo Vulgar

Doença bolhosa auto imune que surge entre os 40-50 anos de idade igualmente em ambos os sexos.

As lesões envolvem preferencialmente as mucosas mas toda a superfície cutânea pode ser atingida com aparecimento de bolhas flácidas, que rompem facilmente e erosões com fundo vivo hemorrágico, dolorosas(Figs. 20,21). O envolvimento genital pode decorrer com erosões mais profundas que curam com cicatrização¹.

Para o diagnóstico é preciso biópsia cutânea e imunofluorescência directa e indirecta.

Penfigóide Bolhoso

É a dermatose bolhosa auto- imune mais frequente que afecta predominantemente os idosos embora possa surgir em qualquer idade. A presença de prurido ou de lesões urticariformes podem preceder o aparecimento de bolhas; estas são tensas de conteúdo seroso ou hemorrágico, assentes em pele sã ou eritematosa que após a ruptura deixam erosões. Surgem em qualquer área do tegumento cutâneo mas em maior número no abdómen, áreas de flexão e genitais. O envolvimento das mucosas ocorre em 50% dos doentes¹.

Penfigóide Cicatricial

Dermatose bolhosa autoimune cicatricial que pode afectar não só a área genital como a mucosa oral e ocular No homem além das lesões localizadas no pénis pode ocorrer disúria, fimose e alterações do jacto urinário por estenose uretral. Na mulher a cicatrização pode originar uma acentuada perda de arquitectura com fusão dos lábios, estreitamento do in-tróito e estenose uretral¹¹.



Figura 16: Pápulas peroladas do pénis



Figura 17: Eritema exsudativo multiforme(EEM)



Figura 18: Aspecto na pele, lesões em alvo



Figura 19: Eritema fixo



Figura 20: Pênfigo vulgar



Figura 21: Pênfigo vulgar-bolhas e erosões na pele



Figura 22a: Doença de Hailey- Hailey



Figura 22b: Doença de Hailey- Hailey- lesão ampliada



Figura 23: Doença de Crohn



Figura 24: Síndrome de Behçet



Figura 25: Acrodermatite enteropática

Doença de Hailey-Hailey

Doença hereditária rara, transmitida de forma autossômica dominante, caracterizada por perda de coesão entre as células da epiderme. A prevalência desta patologia é semelhante em ambos os sexos sendo comum o início entre os 30 e os 40 anos de idade. As lesões surgem em forma de manchas eritematosas, vesículas, fissuras e exsudação com localização preferencial em áreas intertriginosas como as axilas, virilhas, pescoço, regiões inframamárias, períneo e prega interglútea, acompanhadas de ardor e prurido⁴ (fig. 22).

Epidermólise Bolhosa

A epidermólise bolhosa é uma genodermatose que se caracteriza por fragilidade cutânea, traduzida pela formação de vesículas e bolhas em consequência de traumatismos mínimos ou fricção. São classificadas em três grupos: epidermólise bolhosa simples, junctional e distrófica, em função do plano de clivagem ultraestrutural onde se constituem as bolhas. Estas dermatoses estão presentes desde o nascimento e as formas de epidermólise bolhosa junctional e distrófica têm envolvimento cutâneo-mucoso grave com persistência de bolhas e erosões com traumatismos mínimos que condicionam o aparecimento de cicatrizes distróficas e retráteis.

Tratamento para as doenças bolhosas

O tratamento consiste na utilização de agentes tópicos (corticóides potentes) se a doença é localizada ou a associação de anti-inflamatórios ou imunossuppressores sistêmicos se a doença é mais grave e extensa. As infecções secundárias, incluindo a candidíase, são um problema presente na região genital.

DOENÇAS SISTÉMICAS

Doença de Crohn

É uma doença inflamatória do tracto gastrointestinal. Deve-se suspeitar de doença de Crohn em doentes com abscessos, fístulas e ulcerações recorrentes na região perineal. As lesões podem preceder a doença intestinal¹ (Fig. 23).

O envolvimento da área genital resulta de uma de três formas:

- Contínua- por extensão directa da doença intestinal.
- Doença metastática- em que não existe conexão directa entre a área genital afectada e o intestino; constitui cerca de metade dos casos.
- Úlcera aftosa não específica- em que as úlceras vulvares são lineares, com aspecto em golpe de sabre e localizam-se às pregas genitais.

O diagnóstico é realizado com base na biópsia cutânea e na identificação de doença intestinal⁶.

Síndrome de Behçet

Doença inflamatória multissistémica de causa desconhecida. É mais frequente no homem e tem início na 3ª década da vida. O diagnóstico efectua-se pela presença de aftas orais recorrentes (que tenham surgido pelo menos três vezes ao longo de 12 meses) associadas a pelo menos duas das seguintes alterações clínicas: ulcerações genitais recorrentes, lesões cutâneas do tipo eritema nodoso/foliculite, uveíte, artrite, alterações neurológicas, alterações gastrointestinais e patergia.

As aftas orais são dolorosas, profundas, múltiplas de cicatrização difícil. As aftas genitais no homem localizam-se habitualmente no escroto e na mulher nos grandes lábios⁴(Fig.24).

Acrodermatite Enteropática

É uma doença que pode ser determinada geneticamente ou ser adquirida e deve-se ao défice de zinco.

A forma adquirida resulta da deficiência de zinco devido à prematuridade, redução de ingestão, alcoolismo, síndromes de má absorção intestinal, alimentação parentérica com by-pass jejuno ileal, colite ulcerosa e no stress metabólico pós-cirúrgico. As características clínicas são um rash periorifical erosionado (oral e genital) que se pode estender a outras áreas corporais, diarreia e alopecia^{1,4}.

BIBLIOGRAFIA

1. Cooper SM, Wojnarowska F : Anogenital (non- venereal) disease. In Bologna JL, Rapini RP, editors. Dermatology. New York: Mosby Elsevier; 2008.p.1059-73
2. Tavares E, Parente J, Gonçalves JC, Teixeira J, Martins C, Aranha J. Liqueen escleroso da vulva- revisão de 208 casos. Trab Soc Port Derm Ven. 2012; 70(1):81-89
3. MAJ Joseph, Richard A, Laws, George C. Keough, Joseph L. Wilde, John P. Foley, Dirk M. Elston. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol. 1997; 37 (1): 1-24
4. Rodrigo F. Guerra, Gomes M. Marques, Silva A. Mayer, Filipe L. Paulo: Esclerodermias e síndromes esclerodermiformes. Carcinoma espinocelular. Doença de Paget mamária e extramamária. Melanoma maligno. Eritema exsudativo multiforme. Doença de Hailey-Hailey. Doença de Behçet Acrodermatite enteropática. Dermatologia: Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.
5. Tavares E, Martins C, Teixeira J. Dermatoses vulvares inflamatórias. Trab Soc Port Derm Ven. 2011; 69(4):561-571.
6. Medeiros S, Rodrigues A. Ulcerações genitais. Trab Soc Pot Derm Vem. 2008; 66(4): 591-612.
7. Wisdom A, Hawkins A David :Psoriasis. Sexually Transmitted Diseases 2ªedition. Mosby-Wolfe;1997;p. 213-15.
8. Goelt DK. Review of erythroplasia of Queyrat and its treatment. Urology. 1976; 8(4): 311-5
9. Micali G, Innocenzi D, Nasca MR, Musumeci ML, Ferrau F, Greco M. Squamous cell carcinoma of the penis. J Am Acad Dermatol. 1996 35(3p+1): 432-51.
10. Johnson RA: Diseases and disorders of the anogenitalia of males. In Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA., Katz SL; Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5ª ed, New York, Mc Graw-Hill, 1999, p. 1348-76.
11. Fleming T E, Korman NJ. Cicatricial pemphigoid. J Am Acad Dermatology. 2000; 43 (4):571-91

XVIII
**OUTRAS
PERTURBAÇÕES
RELACIONADAS
COM A SEXUALIDADE**

SEXUALIDADES DIFERENTES. PARAFILIAS. HOMOSSEXUALIDADE

Ana Delgado

Psicóloga Pós-Graduada em Terapias Comportamentais e Cognitivas

Associação Dianova Portugal

Clínica S. Vicente

O título deste texto implica reflectir e distinguir uma vivência atípica e patológica da sexualidade (Parafilias) de uma vivência normal, saudável e expressão de um comportamento sexual adaptativo integrando uma orientação sexual minoritária (Homossexualidade). Numa sociedade portuguesa cada vez menos “homofóbica”, o tema da homossexualidade é emergente, após ter sido legalizado o casamento de casais homossexuais e estando, actualmente, em discussão a possibilidade de co-adoção por estes casais.

A caracterização das perturbações na esfera sexual é permeável a factores sociais, religiosos e culturais, fazendo com que o seu significado e importância mudem de acordo com a época e o espaço geográfico. O que é considerado desviante numa cultura pode ser mais aceitável noutra, o que definimos hoje como perturbação, pode não ter sido visto assim no passado ou deixar de o ser no futuro. A pedofilia e a homossexualidade são exemplos por excelência desta complexidade. A primeira foi culturalmente permitida na Antiguidade Grega (Greenberg, 1988), a segunda apenas em 1990 foi retirada da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) visto que na revisão anterior figurava entre os desvios e disfunções sexuais agrupada ao que hoje se designa por Parafilias. Actualmente, a homossexualidade é referida no código F66 (CID-10), com a ressalva de que “a orientação sexual por si só não é para ser considerada perturbação”.

As Parafilias segundo a 5ª Edição do Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders (DSM 5) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013, já são consideradas um grau não patológico, designando-se o grau patológico como “Perturbação Parafilica”. Esta classificação parece salientar a importância do grau de intensidade/severidade dos sintomas apresentados traduzidos em mal-estar clinicamente significativo para o próprio ou para outros. Neste sentido, as Parafilias são definidas como práticas sexuais atípicas e as Perturbações Parafilicas incluem a presença de sofrimento, de alterações significativas no funcionamento e de práticas sexuais que envolvem indivíduos sem o seu consentimento. Os critérios específicos não sofreram alterações significativas apenas foram acrescentados itens relacionados com a evolução da doença (em remissão ou em ambiente controlado). Este novo enquadramento parece dar espaço para práticas não convencionais entre adultos que actuam consensualmente, sem que a actividade privada e pública interaja negativamente, encontrando-se satisfeitos e com integração normativa na sociedade, com bom funcionamento na esfera pessoal, interpessoal e socioprofissional.

No entanto e para simplificar a estrutura desta reflexão, irei fazer recurso aos critérios e respectivos códigos da CID-10, por ser o instrumento adoptado no Sistema Nacional de Saúde.

As Parafilias definem-se como um padrão de comportamento sexual em que a fonte predominante de prazer não se encontra no acto sexual, mas sim noutra actividade, fantasia ou objecto. Caracteriza-se pela presença de desejos, impulsos, fantasias sexuais ou outros comportamentos

sexuais incomuns, intensos e repetidos, durante um período de pelo menos 6 meses, envolvendo objectos não humanos, sofrimento ou humilhação no próprio ou no parceiro, crianças ou outras pessoas sem o seu consentimento (Dias Cordeiro, 2002). O diagnóstico implica ainda que o indivíduo aja sob a pressão destes impulsos, ou seja, fortemente perturbado por eles, interferindo também na sua vida social, profissional e em outras áreas de funcionamento consideradas importantes. As Parafilias tendem a ser mais comuns nos homens do que nas mulheres, podem diminuir ou aumentar ao longo do tempo (com frequência intensificam-se em momentos de stress e ansiedade), as primeiras manifestações ocorrem com frequência durante o período da adolescência (Kafka, 2007) e é sempre determinante realizar diagnóstico diferencial.

Os tipos de Parafilias e as de maior prevalência, segundo a CID 10 são:

F65.0 – Fetichismo define-se como a forma preferencial ou única de atingir excitação e satisfação sexual usando objectos inanimados (“fetiches”), dos mais comuns destacam-se roupa interior feminina, sapatos ou botas de cabedal. A actividade sexual pode limitar-se à masturbação enquanto o objecto fetiche é manipulado ou pode implicar a solicitação ao parceiro de que use o objecto durante a relação sexual.

F65.1 – Fetichismo Travestido caracteriza-se pela presença num homem heterossexual de impulsos e fantasias sexualmente excitantes, comportamentos repetidos e intensos, associadas ao acto de travestir, usando peças isoladas de vestuário do sexo oposto ou indumentária integral com recurso a acessórios e maquilhagem. É importante fazer diagnóstico diferencial face a Perturbação de Identidade de Género. Nos casos de fetichismo travestido, os homens não sentem disforia com o papel ou identidade de género, assumem um comportamento masculino nas suas relações sociais, mostrando preferência heterossexual embora possa ocorrer, ocasionalmente, actos homossexuais.

F65.2 – Exibicionismo envolve a exposição dos genitais a um estranho e fora do contexto de uma relação sexual. Por vezes, o sujeito masturba-se enquanto se expõe ou fantasia expor-se. Habitualmente, não existe qualquer intenção ou tentativa de envolvimento sexual com o estranho.

F65.3 – Voyeurismo é a existência recorrente de fantasias sexuais e de comportamentos que implicam observar pessoas nuas ou em actividades íntimas e sexuais. Geralmente, dirige-se a estranhos que não se apercebem que estão a ser observados e é acompanhada de masturbação.

F65.4 – Pedofilia define-se pela preferência sexual por crianças pré-púberes (13 anos ou menos) e cobre um amplo espectro de actividades heterossexuais ou homossexuais.

F65.5 – Sadomasoquismo é a preferência pela obtenção da excitação ou prazer sexual pela produção de sofrimento real, físico ou psicológico. Designa-se masoquismo quando o indivíduo prefere obter prazer do próprio sofrimento e sadismo quando inflige sofrimento no outro. Pode envolver todas as formas de agressão física, espancamentos, queimaduras, cortes, etc. ou agressão psicológica como subjugação, humilhação e outras formas de desconforto em geral.

F65.8 – Frotteurismo consiste em excitar-se sexualmente com o acto de esfregar ou pressionar alguma parte do corpo contra uma pessoa, sem o seu consentimento, geralmente em locais de proximidade corporal forçada, como transportes públicos.

F65.9 – Outras Parafilias: os exemplos incluem, mas não se limitam a escatologia por telefone ou computador (contactos obscenos), necrofilia (cadáveres), zoofilia (animais), coprofilia (fezes), urofilia (urina).

Após definir e caracterizar as Parafilias, é pertinente fazer algumas considerações sobre a intervenção terapêutica com estes pacientes que resistem a procurar profissionais de saúde e muitas vezes, quando o fazem já se encontram em ruptura com parceiros sexuais, familiares e a sociedade por violação da legislação em vigor.

O processo terapêutico tem de ser sempre iniciado com o estabelecimento da relação terapêutica, num contexto seguro e empático. A sua evolução é mais favorável quando existe uma história de coito além dos actos parafilicos, egodistonia e motivação para a mudança e nos casos em que o paciente procura ajuda por sua iniciativa e não por coacção ou obrigações penais (Dias Cordeiro, 2002). Por oposição, uma idade precoce de início da perturbação, uma frequência elevada de actos parafilicos, a inexistência de sentimentos de culpa ou vergonha associados às actividades desenvolvidas pode condicionar negativamente o processo terapêutico.

Como em muitas outras áreas da saúde mental, as intervenções multidisciplinares são desejáveis e em geral mais eficazes e promotoras de mudanças significativas. Em paralelo, com a psicoterapia individual e/ou grupal, o recurso a psicofármacos revela-se importante para promover maior controlo de comportamentos e de outros sintomas associados, numa abordagem integrada e compreensiva (Kafka, 2007). A intervenção psicoterapêutica, pode ter como objectivos iniciais a exploração de história de vida e antecedentes, redução de sintomas de ansiedade, depressão e promoção de adequação social. O investimento em treinos de assertividade e competências sociais pode ser significativo, dado que estes indivíduos são muitas vezes portadores de grande défice de aptidões sociais, o que dificulta o investimento em relações saudáveis. Técnicas cognitivo-comportamentais (por exemplo, técnicas aversivas e de dessensibilização sistemática) podem ser úteis no controlo de comportamentos sexuais compulsivos (Kafka, 2007).

Retomando a segunda parte do título deste texto “Homossexualidade”, é importante começar por referir que os temas que clientes ou casais homossexuais podem trazer à terapia sexual ou conjugal não parecem ser assim tão diferentes de clientes ou casais heterossexuais, ressalva feita às questões relacionadas com a aceitação da sua orientação sexual, muitas vezes, não por si, mas pela família, amigos, entidades patronais, etc.. Muitos destes indivíduos começaram a experienciar diferenças na sua orientação sexual durante o período da adolescência e em muitos destes casos à turbulência normativa de crescer, acrescem sentimentos de vergonha, culpa, segredo e rejeição que poderão condicionar o desenvolvimento harmonioso da personalidade e ter consequências nefastas na auto-estima e autoconfiança.

A intervenção terapêutica com indivíduos que têm uma orientação sexual minoritária, como é o caso da homossexualidade, requer que o terapeuta se sinta livre de preconceitos e julgamentos, mantendo-se disponível para encarar muitas possibilidades de variações eróticas. Alguns dos pacientes que procuram ajuda ainda precisam de ter o seu estilo de vida e preferência sexual validados por uma “figura de autoridade” (Nichols & Shernoff, 2007). Esta validação pode ser determinante na intervenção terapêutica com clientes que se sentem ainda socialmente marginalizados. Por exemplo, uma atitude geral do terapeuta de aceitação face à diversidade e o recurso a uma linguagem neutra quando se explora num primeiro momento da terapia, questões relacionadas com a sexualidade, não condicionando o vocabulário com a “assunção heterossexual”, pode ser sentido como significativo e validante. A adopção deste tipo de linguagem é de particular interesse para os terapeutas, mas também para os profissionais de saúde em geral.

A título de exemplo de queixas diferenciadas, alguns autores (Nichols & Shernoff, 2007) referem que entre casais homossexuais, as queixas de vaginismo e dispareunia são queixas raras porque muitas das mulheres que experienciam estas dificuldades tendem a evitar sexo com penetração, o que não constitui um entrave para estes casais. Por outro lado, a ejaculação retardada em casais homossexuais também nem sempre se constitui como problema ou queixa porque muitos homens aceitam a masturbação como forma de finalizar um encontro sexual.

Existem características nestes casais que podem ser interessantes e desafiadoras no desenvolvimento do processo terapêutico. É raro encontrar membros de casais homossexuais totalmente dependentes economicamente um do outro, o que poderá significar que a qualidade do seu

relacionamento íntimo/sexual poderá ser mais central e prioritário do que em alguns casamentos heterossexuais tradicionais. Nos casais homossexuais, denota-se ausência de papéis e estereótipos associados ao gênero, mesmo em casais em que os membros parecem estereotipados na aparência física, muitas vezes o comportamento não corresponde ao papel definido pelo estereótipo. Esta ausência de fronteiras rígidas associadas ao papel de gênero implica menos expectativas (ex. o homem deve tomar a iniciativa, a mulher deve ser mais submissa), não sendo necessário ao terapeuta trabalhar no sentido de minimizar as consequências negativas destes papéis sexuais estereotipados. Parecem ter um repertório sexual mais variado porque a penetração nem sempre é o foco maior da actividade sexual, nem para homens, nem para mulheres. Muitos homossexuais sentem o orgasmo verdadeiramente da sua responsabilidade, não existindo a falsa crença romântica, de ser o parceiro que conduz ao orgasmo (Nichols & Shernoff, 2007).

Se a terapia representa sempre um desafio para o terapeuta, a intervenção nesta área requer dos profissionais uma paleta mais colorida e acutilante de saberes e conquistas, não só ao nível do Fazer (técnicas e conhecimentos), mas também do Ser (empático, confiável e desprovido de preconceitos), na medida em que a expressão de uma resposta sexual normal, saudável e adaptativa parece ser cada vez mais permeável ao tempo e às vontades! A realidade dos terapeutas implica aceitar que nada é permanente excepto a mudança!

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. *DSM – 5 Development*. Consultado em 6 de Janeiro de 2014 através <http://www.dsm5.org>
2. American Psychiatric Association. *DSM – 5 Development*. Consultado em 6 de Janeiro de 2014 através <http://www.psych.org>
3. Dias Cordeiro, J.C. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ª ed.). Lisboa: Serviço de Educação e Bolsas da Fundação Calouste Gulbenkian.
4. Greenberg, D.F. (1988). *The construction of homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
5. Nichols, M. & Shernoff, M. (2007) *Therapy with Sexual Minorities Queering Practice*. In Leiblum, S.R. (4ªEd.) *Principles and Practice of Sex Therapy* (cap.13). London: The Guilford Press New York.
6. Kafka, M.P. (2007) *Parphilia-Related Disorders The Evolution and Treatment of Nonparaphilic Hipersexuality*. In Leiblum, S.R. (4ªEd.) *Principles and Practice of Sex Therapy* (cap.15). London: The Guilford Press New York.

VIOLAÇÃO SEXUAL

Zélia Vaz

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar

ARSLVT - USF AlphaMouro

I. INTRODUÇÃO

A violência sexual é considerada uma grave violação dos direitos humanos, atinge todos os países, raças, classes sociais e sexo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um terço das mulheres a nível mundial serão vítimas de violência sexual, representando um problema epidémico de saúde global.

Não existe uma definição universal para os crimes de violência sexual consensualmente aceite devido às diferenças socioculturais, nem teorias que expliquem todo o tipo de violência sexual.

Há vários estudos mas é difícil dizer a sua incidência e prevalência. Nos homens, geralmente homossexuais, as estatísticas apresentam maior dificuldade de conhecer a realidade do que no caso das mulheres, embora mesmo nestas os números sejam subestimados.

Um estudo feito pela OMS em parceria com a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e do Conselho Sul-Africano de Pesquisa Médica, revelou que cerca de 35% das mulheres a nível mundial foram vítimas de violência física e/ou sexual pelo seu parceiro (violência conjugal) ou de violência extraconjugal nalgum momento da sua vida. O estudo revela que a violência conjugal é a mais frequente e afeta cerca de 30% das mulheres chegando a 35% em algumas regiões enquanto a extraconjugal é de 7%. Este estudo é o primeiro que apresenta estimativas a nível mundial da prevalência destas duas formas de violência. Os agressores são maioritariamente homens adultos de idade média, sendo em 50 a 70% conhecidos da vítima.

O resultado do inquérito, violência contra a mulher, realizado em todos os 28 Estados Membros na União Europeia (UE) pela Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA), refere que uma em cada 3 mulheres (33%) sofreram violência sexual e/ou física desde os 15 anos de idade sendo de 24% em Portugal; 11% das mulheres sofreu uma forma de violência sexual desde os 15 anos pelo seu parceiro ou outra pessoa.

A legislação de acordo com o Código Penal Português (CPP) 2007 contempla diversos tipos de violência sexual:

- contra a liberdade sexual > 16 anos: coação sexual (art.º 163), violação (art.º 164), abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (art.º 165), abuso sexual de pessoa internada (art.º 166), fraude sexual (art.º 167), procriação artificial não consentida (art.º 168), tráfico de pessoas (art.º169), lenocínio (art.º170) e atos exibicionistas (art.º171).
- contra a autodeterminação sexual: abuso sexual de crianças < 14 anos (art.º172), abuso sexual de menores dependentes dos 14 aos 18 anos (art.º173), atos sexuais com adolescentes (art.º174), atos homossexuais com adolescentes (art.º175), lenocínio e tráfico de menores (art.º176).

Violação Sexual (art.º164)

1 – Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tomado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constringer outra pessoa a sofrer ou

a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.

2 – Quem, abusando de autoridade resultante de uma relação de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, constranger outra pessoa, por meio de ordem ou ameaça não compreendida no número anterior, a sofrer ou a praticar cópula, coito anal ou coito oral, consigo ou com outrem, é punido com pena de prisão até 3 anos.

A violação pode distinguir-se de diferentes tipos: a praticada por conhecidos (namorados /“date rape”, maridos, pais, amigos, vizinhos...) ou desconhecidos.

Em relação à realidade da UE segundo dados do inquérito da FRA uma em cada 20 mulheres (5%) foi vítima de violação desde os 15 anos de idade.

Em relação à realidade nacional da violação os estudos são escassos, desconhecendo-se a realidade. O número de denúncias nas forças policiais nos últimos anos encontra-se no quadro seguinte:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Denúncias de violação	363	341	306	317	375	424	374	192

Fonte: Ministério da Administração Interna/ relatórios de segurança interna

No relatório anual de segurança interna do total dos inquéritos por crimes sexuais abertos em 2012, mantêm-se por ordem de incidência, o abuso sexual de crianças 46%, a violação 20% e a pornografia de menores 14%. Nos inquéritos por violação investigados pela PJ, prevalecem as relações de conhecimento 34%, seguindo-se as familiares 25% e a situação do “sem relação” 24%. Sabemos que estes números não refletem a dimensão do problema; analisando os números da criminalidade nacional nestes relatórios tem pouca expressão. A maioria das vítimas não denuncia por constrangimento, medo do agressor, da família e conhecidos, receio pelo que tem que passar para provar o ocorrido, medo de ser desacreditada e a desconfiança no sistema judicial, devido ao questionamento que as faz sentirem-se julgadas (vitimação secundária) e ao sistema de apoio pouco eficaz. Em muitos casos não se verificam provas devido à procura tardia para efetuar o exame pericial.

Em relação ao local de agressão, a maioria dos estudos refere ser na casa da vítima em cerca de 30% das situações, na casa do agressor em cerca de 20%, na casa de amigos em cerca de 4%, locais públicos em 2% e desconhecido em cerca de 20 a 30%.

Os fatores de risco de violação sexual são: mulheres e homens com um baixo grau de instrução, a exposição a maus tratos/abuso na infância, o consumo abusivo de álcool, as alterações da personalidade antissocial, os homens com múltiplas parceiras, as sociedades onde os homens têm direitos discriminatórios em matéria sexual, e devido ainda às penas judiciais serem pouco dissuasoras.

Ainda persistem alguns mitos sociais e culturais que proporcionam a violação contra as mulheres:

- a atividade sexual representa um indicador de masculinidade
- as relações sexuais são um direito do homem no casamento
- as jovens têm a responsabilidade de satisfazer os desejos sexuais dos homens
- é causada pelo abuso de álcool e drogas
- faz parte da natureza do homem devido à sua superioridade masculina
- o desejo de serem violadas
- é praticada por indivíduos mentalmente perturbados
- são propriedade do marido e como tal têm o dever de satisfazê-lo sempre que ele desejar.

Em relação aos agressores:

- alterações psicológicas por crescimento em família disfuncional e violenta.
- fatores stressantes como a pobreza.
- geralmente têm mais força física e mais poder económico e social.

A prevenção desta forma de violência encontra-se numa fase inicial havendo ainda muito para se fazer, passando por várias estratégias globais, segundo as orientações da OMS. Iniciando-se pela mesma definição de violação nas diversas culturas e sociedades; conhecer as prevalências, causas e os fatores de risco atualizados em cada região para se poder estabelecer as estratégias adequadas; monitorizar ao longo do tempo as alterações da prevalência e as suas características; a prevenção primária dirigida aos jovens; aumentar a educação para as mulheres; alterar as leis que discriminam as mulheres; prevenir todas as formas de violência e maus-tratos na infância; diminuir globalmente o consumo de álcool.

II. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLAÇÃO

A violação provoca nas suas vítimas uma multiplicidade de efeitos individuais, físicos, psíquicos e emocionais assim como interfere no seio familiar, laboral e social. Os danos podem durar toda a vida e repercutir-se em varias gerações, com graves consequências:

- danos físicos – traumatismos físicos/por vezes morte, infeções sexualmente transmitidas (IST), gravidez indesejada, complicações da gravidez e ginecológicas,
- danos psicológicos/emocionais – síndrome do trauma da violação (STV), perturbação de stress pós-traumático (PSPT), depressões, perturbações de ansiedade, patologia do sono.

As vítimas apresentam maior propensão para comportamentos de risco para a saúde: abuso de álcool e drogas, sexo não seguro, perpetuação da violação por insegurança e maior vulnerabilidade levando por vezes ao suicídio.

A vítima necessita de uma abordagem multidisciplinar, adaptando-se melhor quando tem um apoio precoce e adequado dos familiares, funcionários da saúde, policiais e judiciais. A prisão do agressor é um instrumento terapêutico importante assim como a terapia de grupo.

III. CONTACTO COM A VÍTIMA DE VIOLAÇÃO SEXUAL

Os serviços que podem acompanhar a vítima são os serviços de saúde, os serviços médico-legais, as entidades policiais, o Ministério Público e os serviços de apoio a vítima. Estes profissionais devem:

- tranquilizar e transmitir confiança sem fazer juízo.
- recolher informações: idade da vítima e do suspeito; contexto da ocorrência; tipo de agressão; tempo decorrido; possibilidade da destruição dos vestígios; desejo em apresentar queixa se suspeita não configura crime público.
- estabelecer a urgência em termos médico-legal, para colheita e preservação dos vestígios biológicos até 72 horas; nos casos em que não seja possível, ponderar o benefício para a vítima em adiar o exame.
- fornecer informação sobre a preservação de vestígios biológicos: não comer, beber ou fumar; não lavar a boca nem os dentes; não tomar banho nem lavar os órgãos genitais; não mudar de roupa e se o tiver feito preservar a que usou no dia da ocorrência, se pos-

sível seca e em sacos de papel; não lavar as mãos nem cortar ou limpar as unhas; não se pentear; não urinar nem evacuar, caso tenha que o fazer, conservar numa embalagem adequada; não mudar nada no local da violação.

IV. EXAME PERICIAL

Caso seja admissível a colheita de vestígios e a ocorrência tiver lugar numa área onde exista um serviço médico-legal, a vítima deve ser para aí encaminhada e contactar-se o perito médico. Caso contrário deve ser referenciada para o serviço de urgência (SU) do hospital da área, devendo o médico do SU realizar o exame e recolha de vestígios com apoio telefónico da medicina legal.

A vítima pode ser enviada ao serviço médico-legal através das entidades judiciais ou judiciárias, dos hospitais ou de associações de apoio à vítima. A vítima ou os representantes podem solicitar a realização da perícia médica porque os serviços médico-legais podem receber a queixa ou denúncia.

O exame é importante, tendo em vista a obtenção da prova médico-legal, embora num elevado número de casos seja negativo devido à participação/denúncia tardia, à destruição dos vestígios pelas vítimas ou abusadores, ou pelo facto de grande parte das práticas sexuais não deixarem vestígios (a cicatrização das lesões anogenitais é rápida e muitas vezes total; a penetração não causa necessariamente lesões e por vezes não é completa; a ejaculação pode acontecer fora ou no preservativo).

1. Colheita de Informação

A entrevista é a técnica mais usada, na maioria das vezes com a intervenção de psicólogos.

O objetivo é caracterizar o ocorrido, pesquisar fatores de vulnerabilidade da vítima (relação com o abusador, capacidade de se proteger, inserção social, saúde mental), verificar a possibilidade de outras possíveis vítimas e valorizar o risco de recidiva.

Compreende três fases:

- introdução- apresentação dos profissionais, explicação do objetivo da entrevista, assegurando a confidencialidade.
- exploração- alternância entre questões abertas e fechadas, de opção ou hipotéticas, sem insistir nas perguntas, estar atento à linguagem verbal e não verbal e aos sinais de alerta anotando todas as observações.
- conclusão- explicar e preparar a vítima para os passos seguintes.

2. Exame Físico Médico-Legal e Colheita de Vestígios

O objetivo é demonstrar vestígios de uma violação sexual e a interpretação pericial das lesões. De modo a tranquilizar e transmitir confiança, o médico deve explicar o modo e o motivo de realização do exame. Este deve ser completo e breve, com foto documentação dos achados relevantes, após consentimento informado. A vítima deve despir-se em cima de um papel de filtro branco/papel de captação, para que os vestígios na roupa sejam preservados. Roupas com manchas ou rasgos devem ser preservadas em saco de papel, os itens molhados devem ser separados assim como possíveis absorventes usados pela vítima. O exame começa pela cabeça com a inspeção dos cabelos, com corte de madeixas empastadas e colheita de cabelos secos, através de penteado. Observa-se toda a pele fazendo zaragatoas húmidas se suspeita de saliva ou esperma e secas subungueais ou corte de unhas. Também se efetuam

zaragatoas secas nas cavidades oral, anal, vaginal, e húmidas nas regiões circundantes sem esquecer a inspeção do pelo púbico. Exame da região anal: procurando a existência de dilatação, hematomas, fissuras, escoriações ou lacerações. No caso de sodomia pode observar-se diminuição da gordura e adelgaçamento perianal. Com a flexibilidade do esfíncter anal, o cuidado e a lubrificação pode não apresentar lesões mesmo no caso de penetração. Exame da região genital feminina: o edema dos pequenos lábios, com cor vermelho arroxeadado ou com erosões, a presença de cicatrizes, lacerações, escoriações, ou significativa distensão da forma do hímen podem levantar suspeição de possível penetração.

3. Exames Laboratoriais

Os estudos incluem: pesquisa microscópica de espermatozóides, pesquisa de esperma, tipagem de STRs autonómicos e do cromossoma Y. A sua presença pode confirmar o crime e permite através de estudo de ADN identificar o agressor.

Nos casos em que existe evidência de violação deve ser seguido pelo Médico de Família para diagnóstico de possível gravidez ou IST (VIH, Hepatite B, Sífilis, Gonorreia, Clamídia e Tricomoníase). Se necessário profilaxia para IST e contraceção de emergência.

V. PAPEL DA PSICOLOGIA FORENSE

Importante para a obtenção da prova pericial, sendo de extrema importância e decisão para o sistema judicial pois auxilia a investigação e a avaliação e compreensão dos factos. Abrange a avaliação do estado mental, do funcionamento global e cognitivo, do impacto causado pela violação e as suas estratégias de coping assim como o dano causado.

Podem ter que testemunhar sobre comportamentos específicos das vítimas de violação, as reações comuns e o diagnóstico do PSPT e da STV.

VI. COMENTÁRIO FINAL

O exame médico forense em caso de suspeita de violação colabora na investigação criminal através da pesquisa e interpretação dos vestígios. O êxito desta tarefa é garantido com um trabalho multidisciplinar e interinstitucional. Os profissionais envolvidos devem atuar de forma articulada, tendo como objetivo o apoio e proteção da vítima conhecendo as técnicas de abordagem adequadas; são passos fundamentais para minimizar graves consequências psicossociais e por vezes físicas.

O Médico de Família, tem um importante papel na referenciação atempada e adequada, com cuidados para a preservação de eventuais vestígios biológicos, sendo importante conhecer os fatores de risco, os sinais e sintomas para uma deteção precoce, prevenindo assim uma possível futura ocorrência.

BIBLIOGRAFIA

1. Magalhães T. Introdução à medicina legal, faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2003/2004
2. Secretaria geral do Sistema de Segurança Interna. Relatório Anual de Segurança Interna; 2005/2012. Disponível na Wide World Web <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-administracao-interna/documentos-oficiais/20130327-rasi-2012.aspx>
3. Policia Judiciaria. Criminalidade Sexual – Boas Práticas na Denúncia e Encaminhamento de Vítimas de Crimes Sexuais; 2014. Disponível na Wide World Web http://www.sjpesqueira.pt/uploads/writer_file/document/1090/Boas_pr_ticas....pdf
4. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher; Organização Mundial de Saúde 2012. Disponível na Wide Word Web http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf
5. Plana Juan Antonio Cobo. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual; Masson, S.A. 1998
6. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. European Union Agency for Fundamental Rights 2014. Disponível na Wide Word Web <http://www.fra.europa.eu>

DIFERENCIAÇÃO SEXUAL E PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL

Nuno Louro

Assistente Hospitalar de Urologia
C.H.P. - Hospital de Santo António

Introdução

O termo Perturbações do Desenvolvimento Sexual (conhecido pela sua sigla em inglês DSD – *Disorders of Sexual Development*) foi proposto em 2005 e refere-se às situações nas quais o desenvolvimento sexual cromossómico, gonadal ou anatómico é atípico. Esta alteração da nomenclatura, visa a eliminação de termos como intersexo, pseudo-hermafroditismo e hermafroditismo, assim como de qualquer rótulo diagnóstico baseado no género, pois existe a percepção de que estas designações acarretam um certo peso pejorativo e eventualmente a ideia de um terceiro género.

Em cerca de um em cada 300 nascimentos existem alterações genitais à nascença. As anomalias complexas que podem tornar difícil a atribuição imediata do género são mais raras, 1 em cada 5000 nascimentos, mas podem ter implicações importantes, não só médicas mas também de ordem psicossocial e social.

Fisiologia do Desenvolvimento Sexual

Às 6-7 semanas, os fetos de ambos os sexos possuem dois tipos de ductos internos: os ductos de Müller (paramesonéfricos) e os ductos de Wolff (mesonéfricos). Na presença de determinados factores genéticos (dos quais o SRY – região do cromossoma Y determinante do sexo – é a mais conhecida) a gónada bipotencial evolui para testículo. As células de Sertoli segregam a hormona anti-Mülleriana a qual irá inibir o desenvolvimento das trompas, útero, colo e terço superior da vagina. As células de Leydig iniciam a produção de testosterona iniciando-se a virilização dos genitais externos. Se os testículos não se desenvolverem, o ducto mesonéfrico degenera, assistindo-se à proliferação do ducto paramesonéfrico e das estruturas femininas.

Classificação

A proposta actual, apesar de ainda não ser a ideal, baseia-se no perfil cromossómico e compreende três grupos: DSD 46,XX; DSD 46,XY e DSD ligada aos cromossomas sexuais.

DSD - Cromossoma Sexual

Este tipo de perturbação está associada a uma alteração numérica do cromossoma sexual, levando a um desenvolvimento gonadal anómalo. Neste grupo as perturbações mais frequentes são o Síndrome de Klinefelter e variantes (47,XXY), o Síndrome de Turner e variantes (45,X), a Disgenesia Gonadal Mista (45,X/46,XY) e a DSD Ovotesticular. Neste grupo de doentes as manifestações clínicas são muito variáveis, desde a virilização parcial com genitais ambíguos ao nascimento até um fenótipo totalmente masculino ou feminino.

DSD 46,XY

Este tipo de alterações pode advir de perturbações do desenvolvimento testicular ou da síntese/acção dos androgénios. Entre os primeiros podemos encontrar a Disgenesia Gonadal Completa ou Parcial, a Regressão Gonadal e a DSD Ovotesticular. No caso dos segundos podemos ter defeitos da síntese de androgénios (deficiência da 17-hidroxiesteróide desidrogenase ou da 5-alfareductase), defeitos do receptor de hormona luteinizante (LH) (hipoplasia/aplasia das células de Leydig), Insensibilidade aos Androgénios Parcial ou Completa (CAIS, PAIS), Perturbações da Hormona anti-Mülleriana ou do seu receptor (síndrome de persistência dos ductos de Müller), entre outros. Os indivíduos com este tipo de perturbações caracterizam-se por genitais externos ambíguos ou femininos, sendo que as gónadas masculinas são palpáveis na maioria dos casos. A falência da determinação testicular resulta num fenótipo feminino, enquanto as alterações genéticas que resultam num desenvolvimento testicular parcial podem levar a um vasto espectro de masculinização incompleta.

DSD 46,XX

Estas alterações podem resultar de perturbações do desenvolvimento ovárico (DSD Ovotesticular, DSD Testicular, Disgenesia Gonadal) ou de excesso de androgénios fetais (associado ou não a Hiperplasia Congénita das Suprarrenais).

A maioria das crianças 46,XX virilizadas têm Hiperplasia Congénita das Suprarrenais (mais frequentemente deficiência da 21 α -hidroxilase ou da 11 β -hidroxilase ou, mais raramente, da 3 β -hidroxiesteróide desidrogenase). Das causas de excesso de exposição fetal aos androgénios sem Hiperplasia Congénita das Suprarrenais as mais frequentes são a deficiência da aromatase, defeitos do gene POR, causas maternas, luteoma ou iatrogenia.

Abordagem Clínica

O diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento sexual pode ocorrer em três momentos distintos. Na avaliação pré-natal pode ser aparente uma discordância entre o aspecto ecográfico dos genitais do feto e o cariótipo, quando conhecido. Mais frequentemente, o diagnóstico é sugerido à nascença, na presença de genitais atípicos e eventualmente ambíguos. Uma outra possibilidade é que o diagnóstico seja mais tardio, como por exemplo quando uma rapariga é submetida a cirurgia por hérnia inguinal, na qual se encontram testículos ou que apresenta sinais de virilização na puberdade, assim como em casos de amenorreia primária.

História Clínica

A anamnese deve explorar factores relacionados com consanguinidade parental, doenças com perda de saís, morte infantil inexplicada e anomalias genitais nos familiares. Deve ser também pesquisada a eventual exposição materna a potenciais disruptores endócrinos.

Exame Físico

Deve ser efectuada uma descrição detalhada das anomalias dos genitais externos, da presença ou ausência de gónadas assim como a existência concomitante de outras malformações congénitas. Os achados comuns que podem indiciar a presença de uma DSD são um aspecto masculino com anomalias dos genitais externos (hipospádias severo com escroto bífido, criptorquidia uni ou bilateral com hipospádias, testículos não palpáveis bilateralmente) ou, no caso de aspecto feminino, anomalias como clitóris aumentado, fusão labial posterior e massa labial/inguinal.

Exames auxiliares de diagnóstico

Os exames iniciais mais importantes são o cariótipo, a ecografia pélvica para avaliar a presença de estruturas Müllerianas e o doseamento dos níveis séricos de sódio, potássio e de 17-hidroxiprogesterona após os 3 dias de vida. Outros testes usados frequentemente são o doseamento dos níveis de testosterona, dihidrotestosterona e androstenediona, cortisol, gonadotrofinas e hormona anti-Mülleriana. Pode ainda ser necessário realizar um teste de estimulação com gonadotrofina coriónica humana. A investigação genética, apesar de promissora, ainda não está universalmente disponível. Para além da ecografia poderá ser necessário realizar ressonância magnética, exames contrastados convencionais ou exame endoscópicos. Raramente o diagnóstico é efectuado pela histopatologia da gónada.

O impacto destas situações é muito variável e estende-se por muitas vertentes, daí a necessidade de um correcto diagnóstico e avaliação por equipas multidisciplinares que consigam entender as múltiplas consequências de qualquer estratégia terapêutica. Como exemplos temos a dificuldade, por vezes, da atribuição do género, e as consequências pessoais, familiares e sociais de uma incorrecta atribuição; o desenvolvimento da identidade e papel de género, indubitavelmente multifactoriais mas nos quais o género anatómico poderá ter uma contribuição importante; as questões relacionadas com a auto-imagem corporal e ainda a possibilidade de problemas de fertilidade, neoplasias das gónadas, retenção de fluídos e de dismenorreia e disfunção sexual.

Atribuição do Género

A atribuição do género deve ser efectuada apenas após se ter completado o processo de diagnóstico, com uma investigação clínica, genética, bioquímica e psiquiátrica completas. Todo o processo deve ser totalmente explicado aos pais, os quais devem partilhar das discussões e decisões.

Cirurgia na DSD

As principais razões para se efectuarem cirurgias nestes indivíduos são a melhoria cosmética do aspecto dos genitais externos e da funcionalidade, quer a nível da micção quer da actividade sexual. Apesar de se efectuarem há décadas, estão ainda envolvidas em muitas controvérsias. Uma das principais é a idade em que devem ser efectuadas, não existindo, actualmente, consenso em relação a esta temática.

O resultado funcional das técnicas de “feminização” e “masculinização” deve ser tido em consideração e não apenas os resultados cosméticos.

Os ovários são habitualmente preservados excepto se estiverem associados a tecido testicular disgenésico (elevado risco de malignidade). Os testículos são habitualmente descidos ou removidos (se houver risco elevado de malignidade ou nos casos de insensibilidade completa aos androgénios ou deficiência da 5 alfa-reductase). Nestes casos podem ser colocadas próteses testiculares na puberdade.

Os remanescentes müllerianos podem ser removidos se provocarem sintomas.

Sexualidade

A entrada na puberdade é frequentemente marcada por muitas dúvidas e ansiedades relacionadas com a sua masculinidade / feminilidade, orientação sexual e adequação à prática de uma sexualidade satisfatória e “normal”. É frequente adiar o início dos relacionamentos íntimos devido a estas inseguranças, existindo evidência de que há uma maior probabilidade de disfunção sexual nestes indivíduos. Sendo assim, devem ser preparados desde cedo para

esse momento, obtendo a possibilidade de contacto frequente com um profissional de saúde devidamente qualificado para ajudar a ultrapassar essas questões.

Lidar com a Informação

A partilha de informação entre a equipa médica e os pais e crianças obriga a uma abordagem flexível que tenha em conta a literacia dos mesmos e o seu status emocional. Deve ser oferecida informação clara sobre o desenvolvimento psicosexual das crianças com este tipo de patologia, assim como iniciar uma aprendizagem sobre as diferenças entre a identidade de género, o papel de género e a identidade sexual.

O tipo de informação que a família pode ou deve partilhar com o seu meio social é muito indefinido, pelo risco de estigmatização ou rejeição.

Conclusão

A abordagem diagnóstica e terapêutica deste grupo de distúrbios não difere de qualquer outra patologia, uma vez que obter um diagnóstico correcto, usando as ferramentas adequadas, e adequar a terapêutica o mais correctamente possível à situação diagnosticada são passos fundamentais para um bom resultado final. Existem, no entanto, particularidades destas perturbações, com grande envolvimento psicossocial, que, se mal orientados, poderão pôr em causa todo o processo. Sendo assim, é essencial que estas situações sejam orientadas por equipas multidisciplinares e com o máximo de experiência possível para que seja permitido que estas crianças, ao atingir a idade adulta, tenham um elevado grau de satisfação com as terapêuticas efectuadas e que se sintam plenamente ajustadas.

PERTURBAÇÕES DA IDENTIDADE SEXUAL. TRANSEXUALIDADE

Equipa URGUS:

Francisco Falcão

Assistente Graduado de Ginecologia no Serviço de Ginecologia do C.H.U.C. - Coimbra

Francisco Rolo

Assistente Graduado Sénior de Urologia no Serviço de Urologia do C.H.U.C. - Coimbra

Graça Santos

Assistente Graduada de Psiquiatria Responsável da Consulta de Sexologia e Terapeuta Sexual do Centro de Responsabilidade Integrado do Serviço de Psiquiatria do C.H.U.C. - Coimbra

Lígia Fonseca

Coordenadora da URGUS, Assessora Superior de Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual do Centro de Responsabilidade Integrado do Serviço de Psiquiatria do C.H.U.C. - Coimbra

Giselda Carvalho

Assistente Hospitalar de Ginecologia no Serviço de Ginecologia do C.H.U.C. - Coimbra

Susana Pinheiro

Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do C.H.U.C. - Coimbra

Margarida Bastos

Assistente Hospitalar de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo – C.H.U.C. - Coimbra

Henrique Dinis

Interno de Formação Específica de Urologia no Serviço de Urologia do C.H.U.C. - Coimbra

Ricardo Carvalho

Interno de Formação Específica de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do C.H.U.C. - Coimbra

I- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA

Introdução

Transexualidade, Transexualismo, Perturbações de Identidade de Género, Síndrome de Harry Benjamin, ou ainda Disforia de Género são expressões que designam a mesma situação. Actualmente, esta condição, surge no DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais publicado pela Associação Americana de Psiquiatria)^{1,2}, sob a designação

de “disforia de género” sendo caracterizada como uma incongruência entre o fenótipo físico e a identidade de género. A Identidade de Género consiste no sentimento de pertença a um sexo e adopção do papel de género correspondente. Habitualmente identidade de género corresponde ao sexo biológico, o que não acontece nos transsexuais. Indivíduos cujo género é permanentemente sentido e expressado como o oposto ao sexo atribuído à nascença, independentemente da sua situação face à cirurgia de reatribuição sexual genital (abarca as situações de pré e pós-operatório, bem como a não intenção de submissão à cirurgia). Trata-se de processos de “migração” de género³. A maioria dos indivíduos que procura ajuda clínica, são jovens e adultos clinicamente denominados actualmente de “transsexual masculino-feminina” (M-F) e “transsexual feminina-masculino” (F-M), privilegiando-se, assim, o sexo biológico, ao invés da sua identidade de género, termos adoptados pela maioria dos estudos recentes, na medida em que esta atribuição se pode manter depois das cirurgias.

As variações às normas sociais em geral, e na sexualidade em particular, permitem novas formas de ser e pensar. A possibilidade de existirem outras categorias sexuais é, com alguma frequência, encarada como fora da norma, doentia ou perversa. Quando existe incongruência entre o corpo sexuado e a vivência de género, impõe-se o sofrimento. Com base em medos e referenciais restritos, surgem comportamentos de exclusão e preconceito contra estes indivíduos^{4,5}. Nos últimos anos, tem-se verificado uma reivindicação da despatologização da transexualidade e a possibilidade de uma solução psicoterapêutica é vista como um dolo, ou restrição à liberdade individual. Simultaneamente a transexualidade é, cada vez mais, encarada como um fenómeno essencialmente neuro-endocrinológico, por oposição a qualquer forma psicogénica. No início deste século, ficou claro que o processo de diferenciação sexual não acaba com a formação da genitália. O papel de género e a identidade desenvolvem-se durante um longo período de tempo e são influenciados por vários factores que interagem entre si.

Etiologia

Quanto à etiologia da transexualidade vemos teorias que vão desde uma perspectiva psicológica evolutiva à puramente biológica ou genética,^{6,7,8}. As teorias biológicas, têm-se dividido em diversas linhas: 1-Durante a fase de gestação é importante um equilíbrio hormonal para acontecer o correcto dimorfismo cerebral. Ou seja, o cérebro do feto masculino terá que ser masculinizado por androgénios produzidos pelas gónadas fetais. Este processo pode ser perturbado de múltiplas formas. Alguns autores defendem que alterações neste processo de dimorfismo podem levar à Perturbação da Identidade de Género (transsexuais). 2- Um antigénio H-Y parece modelar a produção de hormonas pela gónada fetal e embora pareça estar associado à perturbação de identidade de género, tal não foi provado. 3- Diferença cerebral em algumas estruturas do cérebro nomeadamente Stria terminalis, nos casos masculino-feminino. 4- Estudos recentes procuram uma relação entre transsexualismo e ordem de nascimento na fratria. Numa perspectiva psicológica, as teorias da aprendizagem social, postulam que o processo de identificação é válido, na formação da identidade de género propondo que é o resultado da socialização primária da criança através da observação, retenção e imitação de um modelo que pode surgir tanto dos pais como de outros indivíduos⁹. As teorias comportamentais, consideram que a educação, a cultura e os modelos de figuras próximas da criança são importantes na determinação da identidade sexual e podem desempenhar um papel negativo. No entanto, só por si se tal fosse causa de transexualidade, então esta perturbação deveria ser mais frequente (existe 1 transsexual para 50 000 pessoas na população geral). As teorias de desenvolvimento Cognitivo, entretanto, propõem que a

criança desenvolve progressivamente a noção de género e a que género pertence, bem como a sua imutabilidade, podendo aí identificar-se com os valores pertencentes ao seu género. As noções das diferenças genitais só acontecem após estabelecida a identidade de género¹⁰. Apesar de que cada vez mais se defender uma base biológica que justifique a transexualidade, o ambiente, terá um papel significativo na forma como a transexualidade se irá expressar, permitindo desenvolver intervenções mais adequadas⁵.

Avaliação e Diagnóstico

O diagnóstico da transexualidade é essencialmente clínico, sendo mínimas as contribuições de exames laboratoriais ou psicológicos para a definição da identidade. Assim, é fundamental uma precisão diagnóstica que dependerá de uma história clínica o mais completa possível, obtida durante várias sessões e que inclui também informação de familiares e conhecidos. Posteriormente e só após uma razoável certeza do diagnóstico se estenderão a avaliação e intervenção a outras especialidades da equipa terapêutica. Existem alguns instrumentos que podem completar a avaliação psicológica, nomeadamente: a entrevista de História Sexual (SHI¹¹); questionário de Identidade de Género/ Disforia de Género para Adolescentes e Adultos¹² (GIDYQ-AA: 2 versões transsexuais femininos e masculinos); escala de Identidade de Género Feminino (FGIS¹³); Cross-Gender Fetishism scale¹⁴ (CGFS); Perfil de Identidade de Género¹⁵ (GIP); Avaliação Estandarizada para Transsexuais pós-cirurgia¹⁶ (SRFPT).

Diagnóstico Diferencial

Deve ser colocado com perturbações psiquiátricas, em que a convicção de pertença ao sexo não biológico adquire carácter delirante, como por ex. psicose esquizofrénica. Também perturbação parafilica, em que travestir-se se associa a excitação sexual (auto-ginefilia, fetichismo) devem ser excluídas, bem como todas as expressões não conformes ao papel de género socioculturalmente vigente.

Estratégias de Intervenção

Enquanto no passado se procurava levar o indivíduo transsexual a “pensar”, segundo o seu sexo genético, com as mais variadas terapias psiquiátricas e/ou psicológica, actualmente reconhece-se que estas tentativas só agravam e aumentam o drama de viver num “corpo errado”. O paradigma actual é de adequar o corpo à mente e não a mente ao corpo. “Adequar” não significa “mudar” mas é sempre possível modificar, o corpo para o aproximar da imagem que o indivíduo tem de si próprio¹⁷. A abordagem terapêutica da transexualidade é individualizado, isto é, para alguns indivíduos o processo passa pelo tratamento psicoterapêutico, hormonal e cirurgia de reatribuição sexual; outros decidem por uma, ou duas, destas fases. A decisão da intervenção terapêutica passa por uma equipa multidisciplinar de psiquiatria, psicologia, endocrinologia, ginecologia, urologia e cirurgia centrada no indivíduo transsexual e seus objectivos. Como população heterogenia que são, os motivos que levam à procura de ajuda, são diversos, nomeadamente: explorar a sua identidade e expressão de género, aumentar o apoio social, melhorar a imagem corporal, promover a resiliência, entre outros. Grande parte do trabalho psicoterapêutico deve ser dedicada à consciencialização de que a maioria dos problemas não será resolvida apenas com a cirurgia. Frequentemente o foco do tratamento é posto, pelo próprio, na adequação do corpo ao desejado, através de hormonoterapia ou cirurgias¹⁸. Contudo, a psicoterapia tem um papel importante na adaptação dos transsexuais às situações pré e pós-operatórias¹⁹.

Standars Of Care 7 (SOC 7, da WPATH)

A WPATH (“Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgénero”), organização internacional, constituída por equipa multidisciplinar, tem como objectivo ajudar os profissionais a entenderem os padrões de tratamento para transsexuais, transgéneros e pessoas de género não conforme, através da divulgação dos Standars Of Care (SOC). Os SOC são diretrizes clínicas flexíveis, permitindo adaptar intervenções às necessidades dos indivíduos. Existem variações, que são tidas em conta, entre vários países, como nos próprios países, conceitos tais como a construção social de género, epidemiologia da identidade de género, acesso e custos dos tratamentos, terapias actuais, etc. A versão mais recente (SOC, 7ª Ed., WPATH) postula que tal como a orientação sexual, o fenómeno transgender deverá ser visualizado como um continuum de transgender ao transexualismo. Classificar as variações de género em categorias rigidificadas, não facilita a compreensão do fenómeno transgender, assim como pode gerar riscos ao querer “encaixar” os indivíduos em “categorias”²¹. Neste sentido, os SOC procuram alargar o espectro de identidades, isto é, não existe apenas uma forma de se ser transsexual e não tem de espelhar a ideia de uma mudança de sexo.

Conclusão

Num mundo onde se vêem os géneros como uma dicotomia homem/mulher-macho/fêmea, assiste-se a uma maior afirmação da comunidade transgender em despatologizar quem, não se sente enquadrado nestes critérios. Os indivíduos transgender procuram, desconstruir os constructos de “género” e “sexo” por os considerarem restritivos. Acredita-se que a sexualidade humana, particularmente, o conceito de identidade de género são constructos que, inevitavelmente, irão sofrer mudanças, tais são as transformações sociais. Em 2011 foi criada a Unidade Reconstructiva Génito-Urinária e Sexual (URGUS), no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com o fim de dar resposta no serviço Nacional de Saúde às cirurgias de reatribuição sexual.

II. INTERVENÇÕES MÉDICAS. PAPEL DA ENDOCRINOLOGIA

Introdução

A transsexualidade é definida como uma perturbação da identidade de género em que existe uma discordância entre o sexo biológico e a convicção da pertença ao outro sexo. A abordagem engloba as especialidades de psiquiatria, psicologia, endocrinologia e cirurgia plástica, urológica e ginecológica. Após o diagnóstico efectuado pela psiquiatria/psicologia o endocrinologista efectuará uma avaliação clínica, laboratorial e endocrinológica. O objectivo é excluir a existência de outra patologia da área da sexualidade, diagnosticar doenças associadas e instituir e monitorizar a terapêutica hormonal ao longo de toda a vida do indivíduo. A prevalência em Portugal é desconhecida. A etiologia permanece desconhecida. Não existe até ao momento, o conhecimento sobre os mecanismos biológicos, epigenéticos ou outros que levam a determinação da identidade de género. Está equacionada a possibilidade de uma anomalia da diferenciação sexual do SNC ainda não objectivada. Também não existe diferença nos níveis hormonais dos esteróides sexuais nestes indivíduos. A noção de percepção da pertença a um sexo evolui gradualmente desde a infância até à idade adulta. O diagnóstico é efectuado pela psiquiatria/psicologia baseada nos critérios do DSM-IV e desde 2013 no DSM-V em que o transexualismo é referenciado como uma disforia de género. A reatribuição sexual é um desafio para a equipa multidisciplinar e desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico, psicoterapia ou aconselhamento, experiência de vida real, terapia hormonal e cirúrgica.

Avaliação Inicial

Uma das preocupações é a exclusão de patologias como os distúrbios da diferenciação sexual (Quadro 1).

ADS CROMOSSÓMICOS	ADS 46, XY	ADS 46, XX
45, X (S. Turner e variantes)	Distúrbios do desenvolvimento gonadal (testicular) <ul style="list-style-type: none"> • Disgenesia gonadal completa (S. Swyer) • Disgenesia gonadal parcial • Regressão gonadal • DDS ovotesticular 	Distúrbios do desenvolvimento gonadal (ovário) <ul style="list-style-type: none"> • DDS ovotesticular • DDS testicular • Disgenesia gonadal
47, XXY (S. Klinefelter e variantes)	Distúrbios da síntese e acção dos androgénios <ul style="list-style-type: none"> • Defeitos da biossíntese (HCSR) • Defeitos da acção (CAIS, PAIS) • Defeitos do receptor da LH (aplasia e hipoplasia das células de Leydig) 	Excesso de androgénios <ul style="list-style-type: none"> • Fetal (ex: défice 21-H ou 11-H) • Fetoplacentar (défice aromatase) • Materno (luteoma, exógenos)
45, X / 46, XY (disgenesia gonadal mista ou ADS ovotesticular)	Outros <ul style="list-style-type: none"> • Hipospadias severas • Extrofia da cloaca 	Outros <ul style="list-style-type: none"> • Atresia vaginal • Extrofia da cloaca

46, XX / 46, XY

Quadro 1: Anomalias da Diferenciação Sexual. (Adaptado de I A Hughes et al. Consensus statement on management of intersex disorders. Archives of Disease in Childhood 2006. www.archdischild.com)

Uma avaliação clínica inclui a identificação civil, antecedentes pessoais nomeadamente a puberdade e função sexual, antecedentes familiares relevantes e a história da perturbação de identidade de género. De entre os exames laboratoriais a solicitar destacam-se o cariótipo, análises gerais e as sugeridas pela avaliação clínica. Endocrinologicamente devem ser avaliados os eixos hipotálamo-hipófise – gónadas, tiróide, suprarrenal, prolactina e somatotrofina. Excluir patologia infecto-contagiosa e a imagiologia será orientada para sexo biológico nomeadamente abdominal, mamária e pélvica. É recomendado avaliar o risco cardiovascular e a massa óssea. Esta avaliação inicial permitirá detectar patologia concomitante. Nas situações de transsexualismo F-M é efectuada avaliação ginecológica. Nas situações de M-F pode ser necessária avaliação urológica.

Tratamento Hormonal

Na idade adulta e após o diagnóstico, avaliação clínica, consentimento informado e não havendo contra indicação institui-se a terapia hormonal. A terapia hormonal visa reduzir os níveis hormonais endógenos e os caracteres sexuais secundários do sexo biológico e induzir as características sexuais do sexo desejado. As modificações pretendidas são progressivas. Algumas doenças associadas podem contraindicar absoluta ou relativamente a terapêutica hormonal. O tratamento da transsexualidade pode estar indicado nos jovens adolescentes ou na idade adulta. Os protocolos são diferenciados.

Nos adolescentes o acompanhamento psicológico é indispensável durante todo o processo. O consentimento informado é assinado pelo adolescente e pais ou representante legal. Está preconizada a frenagem da puberdade no início da adolescência e a indução pubertária do sexo desejado só após os 16 anos. A elevada taxa de remissão na adolescência, impõe que as terapêuticas hormonais sejam reversíveis. A Avaliação prévia é semelhante à do adulto com

uma atenção especial à fase de desenvolvimento e à sua evolução. Devem ser monitorizados o estadiamento pubertário, a idade óssea e as curvas de crescimento e ponderais. A supressão da puberdade nas raparigas é efectuada no estágio M2-3 de *Tanner*, que corresponde ao surto de crescimento e aparecimento do botão mamário. Nos rapazes no estágio G2-3 de *Tanner*, que corresponde ao aumento do volume testicular (> 4ml). São utilizados os análogos da LHRH (acetato de triptorrelina, acetato de leuprolide) para suprimir o restante desenvolvimento pubertário e a função gonadal do sexo biológico. Este tratamento é reversível. Só aos 16 anos se faz a indução pubertária do sexo desejado, com doses progressivas de esteróides sexuais de modo a mimificar uma puberdade normal durante cerca de 3 anos. Na indução da feminização são utilizados preferencialmente os estrogénios transdérmicos em doses progressivas. A associação de progestativos poderá ser equacionada. Na indução da masculinização dá-se preferência à testosterona parenteral também em doses progressivas.

A vigilância na adolescência é semelhante ao adulto e com relevância para a estatura, peso, IMC, velocidade de crescimento e estágio pubertário de *Tanner*. Laboratorialmente deve-se monitorizar as gonadotrofinas, os esteróides sexuais, a idade óssea e os possíveis efeitos adversos. A cirurgia de reatribuição sexual, quando desejada, deve ser efectuada após os 18 anos e após pelo menos 1 ano de terapêutica hormonal.

Nos adultos, a terapia hormonal apenas deve ser instituída após confirmação do diagnóstico e não havendo contraindicação detectada na avaliação clínica e laboratorial prévia. É desejável que já exista experiência de vida real. Deve ser assinado um consentimento informado testemunhado. Duas abordagens são equacionadas a feminização nos transsexuais femininos (M-F) e a masculinização nos transsexuais masculinos (F-M).

A Feminização (Masculino para Feminino) tem como objectivo suprimir as características sexuais masculinas e induzir a feminização. Os fármacos utilizados são os estrogénios (etinilestradiol, valerato de estradiol ou 17βestradiol) e antiandrogénicos (acetato de ciproterona, espironolactona e a finasterida). As doses são individualizadas de modo a manter os níveis de estrogénios dentro dos valores para a idade e sexo. Os progestativos (medroxiprogesterona) são usados para o desenvolvimento mamário e manutenção da libido. Nalgumas situações, está preconizado a utilização dos análogos da LHRH (acetato de triptorrelina, acetato de leuprolide) que freiam o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas e permitem uma feminização mais rápida. A feminização não é progressiva (QUADRO 2).

FEMINIZAÇÃO	INÍCIO (MESES)	MÁXIMO (ANOS)
Redistribuição da gordura corporal	3-6	2-3
Diminuição da massa e força muscular	3-6	1-2
Alterações da pele (macia, menor oleosidade)	3-6	
Diminuição da libido	1-3	3-6
Disfunção sexual masculina	Variável	Variável
Desenvolvimento mamário	3-6	2-3
Diminuição do volume testicular	3-6	2-3
Diminuição da espermatogénese	-	>3
Diminuição da pilosidade	6-12	>3
Alterações da voz	Efeito reduzido	

Quadro 2: Feminização. Tempo médio para o atingimento dos efeitos hormonais.

Na Masculinização (Feminino para Masculino) o objetivo do tratamento é suprimir as características sexuais femininas e induzir a masculinização. Na masculinização é utilizada preferencialmente a testosterona por via parentérica (enantato de testosterona). A utilização do undecanoato de testosterona, de gel de testosterona ou da testosterona transdérmica não é tão eficaz. Podem ser utilizados na terapêutica de manutenção. Para um efeito mais rápido na supressão da menstruação e prevenção de quistos ovários são utilizados os análogos da LHRH (acetato de triptorrelina, acetato de leuprolide). A masculinização é progressiva como explicado no (QUADRO 3)

MASCULINIZAÇÃO EFEITO	INÍCIO (MESES)	MÁXIMO (ANOS)
Acne e pele oleosa	1-6	1-2
Aumento da pilosidade facial e corporal	6-12	4-5
Aumento da massa e força muscular	6-12	2-5
Redistribuição da gordura corporal	1-6	2-5
Cessaçao da menstruação	2-6	
Aumento do clitóris	3-6	1-2
Atrofia vaginal	3-6	1-2
Voz mais grossa	6-12	1-2

Quadro 3: Masculinização. Tempo médio para o atingimento dos efeitos hormonais

A vigilância do tratamento deve ser trimestral no primeiro ano de terapia hormonal, posteriormente semestral ou anual. Existe a preocupação de manter os níveis de esteróides sexuais dentro dos valores indicados para a mesma idade e sexo. Os níveis preconizados na fase de manutenção são para a testosterona total < 55 ng/dL e para o estradiol de < 200 pg/mL. Devem ser monitorizados os níveis de prolactina e o rastreio oncológico é adaptado ao sexo e à idade. A avaliação de massa óssea deve ser inicial e quando existe falta de adesão à terapêutica hormonal após as cirurgias. Cuidado especial se existir já patologia que pode ser agravada pelos esteróides sexuais. Deve proceder-se à redução da dose dos esteróides sexuais após um ano de terapêutica e da cirurgia. Qualquer terapêutica farmacológica comporta benefícios e riscos. Em relação aos estrogénios devemos ter em atenção o aumento do risco de doença tromboembólica em 2-6% no primeiro ano de tratamento. Poder surgir hiperprolactinemia, disfunção hepática, neoplasia mamária, neoplasia da próstata, doença cerebrovascular e enxaqueca. Os progestativos promovem a retenção hídrica, potenciarem a doença tromboembólica e contribuem para a hipertensão arterial. Relativamente à testosterona estão descritos riscos de eritrocitose (> 50%), neoplasia da mama, neoplasia do útero e desenvolvimento de quistos ovários. Também estão descritos disfunção hepática, acne (40%), alopecia androgénica, hipertensão arterial e dislipidemia. Os efeitos secundários da terapia hormonal são dependentes da dose, tempo de exposição e do envelhecimento dos doentes. Deve ser vigiada a próstata nas situações de M-F. É discutível a idade para a suspensão da terapêutica hormonal.

Existem contraindicações para o tratamento com esteróides sexuais e podem estar presentes no início do processo ou surgirem mais tarde. A terapêutica com estrogénios está contraindicada se existirem neoplasias hormono-dependentes, prolactinoma não tratado, antecedentes familiares pesados de neoplasia mamária, doença tromboembólica, doença hepática ativa e doença cerebrovascular grave. Os androgénios estão contraindicados na presença de uma neoplasia hormono dependente, doença cardiovascular grave, doença hepática activa, policitemia e doença cérebro vascular grave. A reatribuição sexual cirúrgica deve ser efectuada após pelo menos um ano de terapia hormonal.

Os transsexuais estudados endocrinologicamente na nossa unidade são referenciados para a equipa cirúrgica URGUS do CHUC.

Considerações Finais

O diagnóstico das pessoas com perturbação da identidade de género deve ser efectuado pela psiquiatria/psicologia e confirmado pela endocrinologia antes de iniciar a terapêutica hormonal. O endocrinologista fará uma avaliação e monitorização especializada á data do início do processo e ao longo da vida do indivíduo. Todo o processo deve ser sempre acompanhado pela equipa da saúde mental. Nas crianças o diagnóstico de transsexualidade deve ser efectuado sem reservas devido à taxa de remissão. Assim, não é recomendada a terapia hormonal nos pré-púberes. Está apenas preconizada após os 16 anos de idade. O início das cirurgias de reatribuição sexual devem ser diferidas para após pelo menos um ano de terapêutica hormonal. Permanecem algumas dúvidas relativamente ao tratamento médico e cirúrgico. Sabemos que os resultados de cirurgia reconstrutiva são subótimos. Nesta população têm sido descritos um aumento do risco de depressão e suicídio. Permanecem por solucionar o problema da manutenção da fertilidade. Os atuais protocolos de terapia hormonal serão os mais indicados e inócuos? O tratamento hormonal deve ser continuado até que idade? Quais as consequências das terapêuticas médicas e cirúrgicas na morbidade e mortalidade. Nesta área da medicina é premente a investigação e a avaliação rigorosa da eficácia e segurança dos tratamentos endocrinológicos e cirúrgicos.

III- INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

O tratamento da disforia de identidade de género pressupõe uma abordagem multidisciplinar com envolvimento de Psiquiatras, Endocrinologistas, Cirurgiões Plásticos, Urologistas e Ginecologistas, uma vez que se trata de uma patologia complexa com necessidade de intervenção em múltiplas vertentes. O principal objectivo do tratamento psicoterapêutico, hormonal e cirúrgico é permitir ao doente atingir um bem-estar psicológico duradouro e uma sensação de conforto e auto-realização com o género assumido. Segundo um estudo conduzido por *Laub e Dubin*³⁰, a optimização funcional e estética melhora a qualidade de vida, as relações interpessoais, a auto-estima, a auto-confiança, a dignidade e o desempenho e satisfação profissional dos doentes. Neste sentido, a Cirurgia Plástica propõem-se a remodelar a imagem corporal, de forma a atingir uma congruência entre o género escolhido (feminino ou masculino) e o sexo anatómico. Uma vez estabelecido o diagnóstico de disforia de identidade de género e iniciada a terapêutica hormonal, são apresentadas ao doente as diversas hipóteses de tratamento cirúrgico. A decisão do tipo de cirurgias é partilhada entre o médico e o doente, não havendo obrigatoriedade na realização de todos os procedimentos cirúrgicos.

Cirurgia de Reatribuição de Sexo Feminino-Masculino

Os objectivos são a eliminação da função reprodutora e de caracteres sexuais femininos, a construção de órgãos genitais externos masculinos e de uma neo-uretra competente, que permita a micção na posição ortostática, e a construção de um neofalo. A Unidade Reconstrutiva Génito-Urinária e Sexual (URGUS) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) definiu um protocolo de actuação para as cirurgias de reatribuição sexual feminino-masculino, que apresentamos na figura 1.



Figura 1: Protocolo cirúrgico de reatribuição sexual feminino - masculino

Ainda que no protocolo apresentado a mastectomia surja como o primeiro procedimento cirúrgico, esta poderá ser realizada no mesmo tempo operatório da histerectomia e anexectomia bilateral (HT + AB). A mastectomia envolve a remoção da glândula mamária e do excesso cutâneo e adiposo e a redução e reposicionamento do complexo areolo-mamilar (CAM)³¹. A técnica cirúrgica utilizada depende essencialmente de três variáveis: da elasticidade cutânea, do volume mamário e do grau de ptose mamária. Preconizamos a mastectomia por via peri-areolar nos doentes com um volume mamário pequeno a moderado e com uma boa elasticidade cutânea, sendo esta a técnica associada a menores cicatrizes e a melhores resultados estéticos. Nos doentes com maior volume mamário ou com pouca elasticidade cutânea procedemos à realização da mastectomia com uma excisão cutânea elíptica ou concêntrica ou associamos técnicas de mamoplastia de redução (padrão de Wise), consoante o grau de ptose. Por fim, nas situações que combinem um grande volume mamário e ptose mamária grau IV poderá estar indicada a mastectomia com enxerto do CAM. No que diz respeito à construção dos genitais externos, o doente poderá optar por realizar a metoidioplastia ou a faloplastia. Estes procedimentos são realizados conjuntamente com a Urologia e a Ginecologia. A metoidioplastia (do grego “meta”, em direcção a; “oidion”, genitais externo s; “plastia”, dar forma) consiste na reconstrução do neofalo com o clítoris hormonalmente hipertrofiado e tem como objectivo permitir a micção na posição ortostática, mantendo a sensibilidade táctil e erógena do neofalo. Este procedimento cirúrgico baseia-se em princípios embriológicos, ou seja, na utilização de tecidos dos genitais externos com a mesma origem embrionária.³² A face interna dos pequenos lábios é análoga com a uretra peniana e o corpo esponjoso, assim como a face externa dos pequenos lábios com a face ventral do corpo do pénis e os grandes lábios com o escroto. O clítoris tem a mesma origem embrionária que a glândula e face dorsal do corpo pénis. Resumidamente, e tendo como base estes conhecimentos, procedemos à rotação medial e transposição anterior com avanço em V-Y dos grandes lábios de forma a reconstruir o escroto e à transposição anterior do clítoris, que formará a glândula. A face ventral do pénis resulta de um retalho da face externa dos pequenos lábios, sendo encerrada a face dorsal com um retalho cutâneo do clítoris. Para a uretroplastia (realizada em conjunto com a equipa da Urologia) são aproveitados retalhos da face interna dos pequenos lábios (uretra peniana), bem como da parede anterior da vagina (uretra bulbar), por vezes associados a enxertos de mucosa jugal. A principal desvantagem da metoidioplastia são as pequenas dimensões do neofalo, que poderão comprometer uma actividade sexual com penetração³³. A faloplastia pressupõe a construção de um pénis esteticamente aceitável, com sensibilidade táctil e erógena e que permita ao doente ter uma micção em pé, com um jacto normal e relações sexuais com penetração (o que pressupõe que o corpo peniano suporte uma prótese que permita a erecção), sendo este último ponto a grande vantagem relativamente à metoidioplastia. A morbidade da zona da-dora deverá ser mínima. No entanto, atendendo à sua complexidade, este procedimento está

associado a uma maior morbidade, não existindo ainda um procedimento que satisfaça todos os requisitos da reconstrução apontados previamente. Ainda que estejam descritas diversas técnicas de faloplastia com recurso a retalhos fasciocutâneos e miocutâneos locoregionais (retalho de Stanford, retalho inguinal lateral, retalho abdominal bipediculado, retalho miocutâneo de gracilis, retalho anterolateral da coxa, entre outros)^{32,34,36}, damos preferência à reconstrução com retalhos microcirúrgicos, nomeadamente com o retalho antebraquial radial. A reconstrução com retalho microcirúrgico antebraquial radial é realizada num único tempo operatório, utilizando a técnica “*tube within a tube*”³⁷, ou seja, a formação de um tubo interior que dará origem à uretra, sobre o qual é moldado um segundo tubo que formará o corpo do pénis. Este retalho tubular é transferido do antebraço para a região púbica através da aplicação de técnicas de microcirurgia, com anastomose da artéria radial e da veia cefálica a vasos locais. De forma a garantir a preservação da sensibilidade erógena, o clítoris é desepidermizado e transposto para a base do pénis e é realizada a neurorafia entre o nervo dorsal do clítoris e um dos dois nervos sensitivos do retalho antebraquial radial (nervo cutâneo antebraquial medial ou lateral). O segundo nervo sensitivo é coaptado ao nervo ilioinguinal. Por fim, é realizada a coronoplastia segundo a *técnica de Horton*. A tatuagem da glande é realizada posteriormente, habitualmente após 2 a 3 meses. As próteses testiculares e penianas são colocadas apenas após recuperação da sensibilidade, cerca de 12 meses após a faloplastia. Por fim, alguns doentes pretendem ainda realizar alguns procedimentos complementares, nomeadamente cirurgias de contorno corporal, como lipoaspiração dos flancos e coxas, de forma a eliminar a forma ginecóide associada ao sexo feminino³².

Cirurgia de Reatribuição Sexual Masculino-Feminino

O tratamento cirúrgico visa a eliminação da função reprodutora e dos caracteres sexuais masculinos e a construção de genitais externos e outros caracteres sexuais femininos, estética e funcionalmente competentes. A figura 2 ilustra o protocolo em vigor na nossa Unidade.



Figura 2: Protocolo cirúrgico de reatribuição sexual masculino – feminino

A mamoplastia de aumento é requerida pela maioria das doentes, uma vez que o volume mamário obtido com a estimulação hormonal, por vezes, não é satisfatório. Este procedimento difere em alguns aspectos da mamoplastia de aumento realizada em pacientes do sexo feminino, nomeadamente na eventual necessidade de colocação de expansores mamários num

primeiro tempo operatório, particularmente nos doentes que não desenvolvem qualquer tecido mamário com a estimulação hormonal. O expansor é colocado num plano retromuscular, atendendo à escassez de tecido glandular mamário presente no sexo masculino. Noutros casos em que a estimulação hormonal foi suficiente para o desenvolvimento de tecido mamário, optamos pela colocação imediata de próteses mamárias. É nossa convicção que, através destas duas medidas diminuímos o risco de complicações (nomeadamente de extrusão da prótese) e, simultaneamente, promovemos o resultado estético final. Quando colocados, a substituição dos expansores pelas próteses mamárias ocorre após um intervalo de, pelo menos, 6 meses. Durante o processo de expansão mamária ou após a mamoplastia de aumento, a doente é submetida à vaginoplastia e vulvoplastia, que têm como base os princípios embriológicos mencionados anteriormente³. Assim, após a orquidectomia, procedemos à dissecação do pénis nos seus componentes anatómicos, os corpos cavernosos (que são excisados), a glande juntamente com a uretra e com o rolo vasculonervoso e a pele do pénis na forma de um retalho cutâneo tubular em ilha. A glande é dividida numa porção dorsal, que formará o clítoris, e numa porção ventral, que inclui a uretra. A neovagina é construída com base no retalho cutâneo do pénis, formando uma estrutura tubular, que é posteriormente invertida e introduzida num espaço dissecado previamente entre a bexiga e o recto. A vulvoplastia envolve a construção dos pequenos lábios com dois retalhos cutâneos dissecados a partir da pele remanescente da base do pénis. Os grandes lábios são construídos com base em retalhos cutâneos escrotais^{39,40}. Estão ainda descritas outras técnicas de vaginoplastia, nas quais são utilizados enxertos cutâneos, retalhos cutâneos locais (retalho pudendo, retalho da face medial da coxa), retalhos peno-escrotais ou segmentos do colon ou ansa jejunal^{32,39}. Alguns doentes poderão ainda ter indicação para procedimentos complementares, que remodelam os caracteres sexuais secundários e aproxima-os do sexo feminino^{32,39}. Destacamos as cirurgias que envolvem a feminização do esqueleto facial, nomeadamente a rinoplastia, a mentoplastia e a cranioplastia da região frontal, sendo habitualmente realizadas na fase inicial do tratamento e solicitadas com uma frequência crescente, uma vez que facilitam a integração do indivíduo na sociedade. Os procedimentos adjuvantes englobam ainda cirurgias de contorno corporal (lipoaspiração e *lipofilling*), condrolaringoplastia de redução (*shaving*) da cartilagem tiróide e encurtamento das cordas vocais. Em suma, a abordagem multidisciplinar é essencial para o sucesso da terapêutica, sendo a componente cirúrgica apenas uma das vertentes do tratamento destes doentes. A Cirurgia Plástica aplica os seus princípios fundamentais com o objectivo de modelar o corpo e adaptá-lo esteticamente e funcionalmente ao sexo pretendido.

IV- ENQUADRAMENTO MÉDICO-LEGAL

A abordagem terapêutica da transexualidade coloca questões complexas de ordem ética, jurídica e social. Desde logo, porque o entendimento sobre esta condição tem evoluído ao longo do tempo, adquirindo o factor psicossocial uma crescente primazia sobre o biológico²⁷. A perspectiva de que o sentimento de pertencer a um sexo que não o seu sexo biológico seria apenas um mero desejo do indivíduo, e que a cirurgia de reatribuição sexual produziria uma lesão na integridade física da pessoa, pondo em causa a cópula e a reprodução, levou a que a realização deste tipo de intervenção cirúrgica fosse considerada um acto médico arbitrário, injustificável e ilícito. O Código Deontológico da Ordem dos Médicos, em vigor desde 1985, proibia a esterilização e a mudança de sexo em pessoas normais, impossibilitando a realização deste tipo de cirurgias no território português, pelo que o recurso à cirurgia no estrangeiro

era a única via possível. Em 1995, na sequência de uma proposta da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, o Conselho Nacional Executivo da OM introduziu uma exceção a essa norma. O artigo 55.º, passou a proibir a cirurgia para reatribuição de sexo em pessoas morfológicamente normais, salvo nos casos clínicos adequadamente diagnosticados como transexualismo ou disforia de género²⁸, recomendando que “Para salvaguardar o rigor terapêutico e as implicações sociais decorrentes de tal alteração, a viabilização da cirurgia supra mencionada seja precedida, para além do diagnóstico subscrito, pelo menos por dois especialistas em psiquiatria, do parecer obrigatório de uma comissão multidisciplinar nomeada pela Ordem e constituída por profissionais com reconhecida experiência na matéria.”

A primeira cirurgia de alteração de sexo em Portugal viria a acontecer em Maio de 1998, no Hospital de Santa Maria. Apesar das directivas comunitárias da UE (1989) recomendando aos Estados Membros que legislassem sobre esta matéria, de modo a que se reconhecesse às pessoas transsexuais o direito ao processo de mudança de sexo, não havia em Portugal legislação específica. As pessoas em processo de transição sexual, cujos caracteres sexuais secundários já apresentavam masculinização ou feminização resultante do tratamento hormonal e que já se tinham submetido à cirurgia genital, viam recusada pelo Registo Civil a sua pretensão à mudança registral de sexo e nome. Só uma acção judicial, interposta contra o Estado, poderia obter em Tribunal Cível o reconhecimento legal e a rectificação do sexo e nome por averbamento do assento de nascimento. Para além de dispendioso, e moroso, o resultado desta acção era incerto, dependendo da avaliação concreta de cada caso. Com a finalidade de garantir o livre desenvolvimento da personalidade e dignidade das pessoas cuja identidade de género não corresponde ao sexo atribuído. A Lei nº 7/2011, de 15/03, veio regular o procedimento de mudança de sexo no registo civil e correspondente alteração de nome próprio²⁹. Podem requerer este procedimento as pessoas de nacionalidade portuguesa, maiores de idade, que não se mostrem interdidas ou inabilitadas por anomalia psíquica, e a quem seja diagnosticada perturbação de identidade de género. Para tal, exige-se a apresentação de relatório que comprove o diagnóstico de perturbação de identidade de género/ transexualidade, elaborado por equipa clínica multidisciplinar de sexologia clínica em estabelecimento de saúde público ou privado, nacional ou estrangeiro. O relatório anterior deve ser subscrito pelo menos por um médico e um psicólogo. A referida lei, a que habitualmente se chama “Lei de Identidade de Género” não pressupõe a existência prévia de cirurgia de reatribuição sexual. Também condições como a adaptação por tratamento hormonal ao fenótipo do sexo requerido, ou a obrigatoriedade de um período prévio de prova de vida real, não são consignadas na lei portuguesa, ao contrário da legislação de outros países europeus, como por ex. Reino Unido ou Espanha.

BIBLIOGRAFIA

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, DSM5, May 2013.*
2. American Psychiatric Association (2006), *Answers to Your Questions About Transgender Individuals and Gender Identity.*
3. Ekins, R. and King, D. (1997). “Blending Genders: contribution to the emerging field of transgender studies”. *Intern. Journ. Transgender.*, 1, 1, 20 p.
4. Nunes, J. S. (2003). “Perturbações da Identidade de Género”. In: Fonseca, L.; Soares, C. & Vaz, J. *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar I.* Edições Quarteto
5. Mesquita, F. (2012). *Transexualidade(s) : Caracterização de uma amostra em Portugal- Monografia de final de curso da SPSC.*
6. Herman-Jeglinska, A., Grabowska, A. & Dulko, S. (2002). *Masculinity, femininity, and transsexualism.* Archives Sexual Behavior. 31(6); Hines, S. & Sanger, T. (2010). *Transgender Identities – Towards a Social Analysis of Gender Diversity.* New York: Routledge Taylor & Francis Group;
7. Heylens, G., Cuypere, G., Zucker, K., Schelfaut, C., Elaut, E., Bossche, H., Baere, E. & T’Sjoen, G. (2012). *Gender Identity Disorder in Twins: A review of the Case Report Literature.* Journal of Sex Med 2012, N.9 (751-757).
8. Meyer, I., Northridge, M. (2007). *The Health of Sexual Minorities – Public Health on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations.* New York: Springer.
9. Cohen-Kettenis, P., & Gooren, L. (1999). *Transsexualism: a Review of Etiology Diagnosis and Treatment.* Journal of Psychosomatic Research, Vol. 46, No. 4, pp. 315 – 333.
10. Bancroft, J. (2009). *Human Sexuality and its problems* (3rd Ed.). Churchill Livingstone Elsevier: London.
11. LoPiccolo, L. & Heiman, J. (19689). “Sexual Assessment and History Interview”. In Lo Piccolo, J. & Lo Piccolo, L. (Rds). *Handbook of Sex Therapy;* Plenum Press, pp. 103-112. 1978.
12. Deogracias JJ, Laurel LL, Meyer-Bahburg H.F.L, Kessler SJ, Schober JM, Zucker K.J. The gender identity dysphoria Questionnaire for adolescents and adults. *J Sex Research.* 2007;8:370-9.
13. Freund, K. & Blanchard, R. (1998). “Gender Identity and Erotic preference in Males”. In Davis, C et al (Eds). *Handbook of Sexuality-Related Measures;* Sage Publications, pp. 454-462.
14. Blanchard, R. (1998). “Cross-Gender Identity Scale”. In In Davis, C et al (Eds). *Handbook of Sexuality-Related Measures;* Sage Publications, pp. 283-286.
15. Israel, G. & Tarver II, D. (1997). *Transgender Care;* Temple University Press, Philadelphia.
16. Hunt, D. & Hampson, J. (1980). *Transsexualism: A Standardized Psychosocial Rating Format for the Evaluation of Results of Sex Reassignment Surgery;* *Arch Sex Behav,* vol. 9, nº 3, 255-263.
17. Carrada, Giovanni & Janinni, Emmanuele (2001). *A ciência do Amor.* Edições Poseidon: Albufeira.
18. Cohen-Kettenis, P., & Gooren, L. (1999). *Transsexualism: a Review of Etiology Diagnosis and Treatment.* Journal of Psychosomatic Research, Vol. 46, No. 4, pp. 315 – 333.
19. Bancroft J (1989). *Human sexuality and its problems.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
20. Gooren, G. (2011). *Gender Identity and Sexual Behaviour.* In *endocrinology,* L. Groot & Jameson (eds). Philadelphia, , 2033-2042.
21. Gomes, F. (2006). *Paixão Amor e Sexo.* (2ª Ed.). Publicações Dom Quixote: Lisboa.
22. Bullough VL. *Transsexualism in history.* *Arch Sex Behav* 1975; 4: 561-571.
23. Meyerowitz J. *How sex changed: a history of transsexuals in the United States.* Cambridge, MA 2002; Harvard University Press.
24. Wyle C. Hembree, Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren, Walter J. Meyer III, Norman P. Spack, Vin Tangpricha and Victor M Montori. *Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline.* *J Clin Endocrinol Metab,* September 2009; 94(9):3132-3154.

25. *Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders: Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health 2010.*
26. I A Hughes et al. Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood.* 2006. www.archdischild.com
27. Gomes, F. Albuquerque, A. Nunes, S. Sexologia em Portugal. *A Sexologia Clínica.* Lisboa. Texto editora, 1987.
28. Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Art.º 55º. Ordem dos Médicos, 1995.
29. Lei n.º 7/2011, de 15 de Março, Diário da República. Assembleia da República, 2011.
30. Laub DR, Dubin BJ. (1979) Gender Dysphoria. *Plastic Surgery*; 56.
31. Namba Y, Watanabe T, Kimata Y. (2009) Mastectomy in female-to-male transsexuals. *Acta Medica Okayama*; 63:5.
32. Mathes SJ. *Plastic Surgery.* Saunders 2nd Ed, 2005; IV-156:1305-1316.
33. Djordjevic ML et al. (2009) Metoidioplasty as a single stage sex reassignment surgery in female transsexuals: Belgrade experience. *J Sex Med*;6: 1306-1313.
34. Orticochea M. (1972) A new method of total reconstruction of the penis. *Br J Plast Surg*; 25:347-366.
35. Horton CE. (1973) *Plastic and Reconstructive Surgery of the Genital Area.* Boston: Little, Brown; 117-161.
36. Hoopes JE. (1974) Surgical construction of the male external genitalis. *Clin Plast Surg*;1:325-334.
37. Chang TS, Hwang WY. (1984) Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. *Plast Reconstr Surg*; 74:215-258.
38. Monstrey S et al. (2009) Penile Reconstruction: Is the Radial Forearm Flap Really the Standard Technique. *Plast. Reconstr. Surg*; 124:510.
39. Selvaggi G et al. (2005) Gender Identity Disorder: General Overview and Surgical Treatment for Vaginoplasty in Male-to-Female Transsexuals. *Plast. Reconstr. Surg*; 116: 135.
40. Perovic S, Stanojevic DS, Djordjevic MJL. (2000) Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU International* 86, 843±850.

XIX

PLANEAMENTO FAMILIAR, INFERTILIDADE E GRAVIDEZ

CONTRACEPÇÃO MASCULINA E SEXUALIDADE

Sofia Lopes

Assistente Hospitalar de Urologia

Hospital Beatriz Ângelo

Introdução

O planeamento familiar compreende um conjunto de acções que permitem ao casal decidir o número de filhos que pretende ter e quando. As técnicas masculinas de planeamento familiar são qualquer método, dispositivo ou medicamento que ao serem utilizados pelo homem têm por objectivo impedir uma gravidez indesejada. Cerca de 80 milhões de gravidezes/ano são indesejadas ou não planeadas. Com o aparecimento da pílula anticoncepcional com elevadas taxas de sucesso, o planeamento familiar tornou-se na sua grande maioria da responsabilidade feminina. A vasectomia sendo um método muito eficaz embora considerado irreversível tem contudo no nosso país poucos adeptos.

Na contracepção masculina consideramos essencialmente 2 tipos possíveis de métodos: métodos naturais e métodos de barreira. A contracepção hormonal masculina está ainda no campo investigacional.

I. MÉTODOS NATURAIS

Abstinência Sexual e Coito Interrompido

Consiste na abstinência sexual no período em que o espermatozóide pode fertilizar o óvulo. É utilizada uma tabela e o período de abstinência deve ser calculado tendo em conta os 6 últimos ciclos menstruais. Trata-se de um método com uma taxa de falha no 1º ano de 20%. No coito interrompido o pénis é removido da vagina imediatamente antes da ejaculação. Depende do autocontrole masculino e tem uma taxa de falha no 1º ano elevada - 19%.

II. CONTRACEPÇÃO MECÂNICA

1. Métodos de Barreira

Utilizado há mais de 2000 anos, o preservativo já foi feito de diversos materiais antes do aparecimento do látex no séc XIX. Pode ser lubrificado ou conter espermicida. O preservativo masculino é o método mais usado na contracepção masculina. As taxas de falha variam entre 3 e 14%. A utilização do preservativo tem a vantagem de evitar a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, com redução do risco de transmissão do VIH em cerca de 80%.

2. Métodos Cirúrgicos

A vasectomia é o método cirúrgico de eleição, eficaz e seguro sendo o método contraceptivo masculino mais confiável, com baixa taxa de morbilidade e mortalidade. Nos EUA é utilizado

por 11% dos casais, sendo realizado em aproximadamente 500 000 homens por ano, constituindo no procedimento urológico mais frequente. Estes números estão muito longe dos do nosso país. O medo da dor, das complicações e de sentimentos falsos associados a castração ou perda de masculinidade não o tornam popular entre os casais portugueses.

A taxa de gravidez associada a vasectomia é entre 0-2%, com a maioria das séries a reportarem taxas inferiores a 1%. Como em qualquer procedimento cirúrgico deve ser realizado aconselhamento pré-operatório com apresentação de métodos alternativos e complicações, assim como a importância da realização de espermograma pós-operatório. Deve ser sempre obtido consentimento informado.

Técnica

A vasectomia implica a disrupção do canal deferente sendo realizada em ambulatório sob anestesia local, sedação ou loco-regional. As duas técnicas cirúrgicas mais comumente utilizadas são a técnica convencional incisional (uma ou duas incisões escrotais) e a técnica sem bisturi. Podem ser realizadas excisão de uma porção do deferente com laqueação do mesmo com suturas ou clips, interposição de tecido para evitar recanalização ou cateterização do lúmen do deferente. A interposição de fásia e o uso de electrocautério no lúmen são as técnicas mais eficazes.

Contra-Indicações

Não existem contra-indicações absolutas para a realização de vasectomia. Podem ser consideradas contra-indicações relativas a ausência de filhos, idade inferior a 30 anos, doença grave, inexistência de relacionamento afectivo actual e dor escrotal.

Complicações

A vasectomia está associada a baixa taxa de complicações precoces e tardias: hemorragia ou hematoma pós-operatória: 4-22%; infecção: 0,2-1,5%, geralmente limitada à infecção da sutura ou orquiepididimite; granulomas – raramente assintomáticos resultam de reacção inflamatória por extravasamento de esperma do topo testicular do deferente; dor escrotal crónica – 1-14% habitualmente ligeira mas por vezes requerendo medicação analgésica, de etiopatogenia desconhecida; recanalização precoce, persistência de espermatozóides móveis no ejaculado: 0,2-5,3% casos em que está indicada a reintervenção; e recanalização tardia após azoospermia prévia: 0,03-1,2%.

Controle pós-vasectomia

Após a vasectomia o doente deverá manter contracepção adequada até à realização de espermograma aos 3 meses após o procedimento. Até lá é recomendado um número de ejaculações adequado, no mínimo de 20. As relações sexuais desprotegidas são recomendadas apenas após a verificação da inexistência de espermatozóides no ejaculado. Se persistir a existência de espermatozóides após os 6 meses considera-se que a vasectomia falhou. A persistência de espermatozóides imóveis <10 000/mL ainda está em discussão.

Reversão da Vasectomia

O restaurar da fertilidade é possível após a vasectomia, sendo as taxas de sucesso dependentes do tempo decorrido após a vasectomia, do tipo de vasectomia realizada, do tipo de reversão realizada (vaso-vasostomia ou vaso-epididimostomia) e se a reversão realizada é uni ou bilateral. Devem ser utilizadas preferencialmente técnicas de microcirurgia. As técnicas de fertilização *in vitro* devem ser opção se a tentativa de reversão da vasectomia falhou.

III- CONTRACEPÇÃO HORMONAL

A contracepção hormonal masculina baseia-se na supressão de gonadotrofinas e na substituição da testosterona, mantendo a função sexual masculina, mineralização óssea e massa muscular. Foram desenvolvidos vários tipos de opções hormonais: testosterona em monoterapia, combinações androgénios/progestagénios, testosterona com análogos GnRH, assim como moduladores de receptores androgénicos e progestagénicos. A terapêutica combinada é a forma mais estudada e promissora de contracepção hormonal masculina. Consiste na utilização de agentes não androgénicos usados para suprimir a libertação de gonadotrofinas pela pituitária (progestagénio, progestagénio em associação com anti-androgénios, análogos GnRH – agonistas e antagonistas) associadas a suplementação exógena de testosterona (para manter as acções androgénicas extragonadais essenciais – caracteres sexuais secundários, função sexual, função óssea, muscular e hematopoiética). Estes regimes parecem poder ser aplicados em homens de diferentes idades e raças, ser superiores aos antiandrogénios administrados isoladamente e permitir a recuperação da espermatogénese após paragem do tratamento. Ainda não estão disponíveis no mercado mas estão a decorrer estudos de fase III de preparações que combinam androgénio/progestagénio. Estudos recentes apontam o uso de derivados de lonidamida como a adjudin e H2-gamendazole e inibidores da síntese do ácido retinoico testicular que são potentes anti-espermatogénicos, na contracepção masculina não hormonal.

Relação da Contracepção Masculina com a Sexualidade

Raramente o impacto dos métodos contraceptivos são considerados nas consulta de planeamento sexual. Alguns estudos internacionais tentaram estudar estes aspectos, apesar dos resultados não serem muito consistentes.

O uso do preservativo está associado a diminuição do potencial romântico e do prazer sexual, a irritação vaginal e a ejaculação prolongada ou mesmo anejaculação. Atribuem-se estes efeitos a factores como tempo de uso durante o acto sexual, da duração do relacionamento, do nível de compromisso do casal, da experiência de uso e da ansiedade.

Em relação a vasectomia, a maioria dos trabalhos científicos concluem que a satisfação sexual não é afectada. Outros apontam para situações de dor e perturbações orgásticas pós-vasectomia.

Conclusão

Na contracepção masculina o preservativo é o método mais frequentemente utilizado, com a vantagem de prevenir as infecções sexualmente transmissíveis, mas apresenta taxas elevadas de falha, mesmo quando associado a espermicida. A vasectomia é considerada o método gold standard da contracepção masculina sendo segura e eficaz, embora a reversibilidade seja possível, a decisão deve ser tomada em consciência. Os métodos contraceptivos masculinos naturais estão associados a taxas de falha no primeiro ano na ordem dos 20%. A abordagem hormonal é considerada experimental. De uma maneira global não parece haver perturbação da satisfação sexual com a contracepção masculina.

BIBLIOGRAFIA

1. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z et al. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. *Eur Urol* 61 (2012); 159-163
2. Jungwinth A, Diemer T, Dohle GR et al. Guidelines on Male Infertility – European Association of Urology (2013); 40-42
3. Nya-Ngatchou JJ, Amory JK. New approaches to male non-hormonal contraception. *Contraception*, 2013 Mar; 87(3):296-9
4. Miller WB, Shain RN, Pasta DJ. The predictors of post-sterilization regret in married Women. *Journal of Applied Social Psychology*-1991;21:1083-110
5. Groat H, Neal AG, Wicks JW. Sterilization anxiety and fertility control in later years of childbearing. *Journal of marriage and Family*.1990; 52:249-58

CONTRACEPÇÃO FEMININA E SEXUALIDADE

Maria José Cerqueira

Consultora de Ginecologia
Clínica CUF Torres Vedras

Introdução

Actualmente a sociedade tornou-se mais adepta da diminuição da fertilidade, por outro lado a mulher contemporânea inicia a sua actividade sexual mais cedo que no passado, daí que o contributo da contracepção seja de elevada importância.

O Planeamento Familiar, nomeadamente a contracepção é socialmente reconhecida e aceite, e faz parte da vida moderna actual, e ainda separou o conceito de sexo e procriação, e disponibilizou aos casais um maior controlo e prazer das suas vidas.

Muitos factores determinam a escolha de um contraceptivo. Assim, o aconselhamento é fundamental para boa adesão a um método contraceptivo. As utentes devem ser informadas correctamente e de forma clara sobre os métodos de contracepção disponíveis e devem escolher livremente de acordo com a sua condição médica, as necessidades e as suas expectativas.

Os profissionais de saúde devem informar sobre a forma correcta de utilização, eficácia, vantagens e desvantagens, efeitos secundários, riscos e benefícios não contraceptivos dos vários métodos. Deve igualmente ser prestada informação sobre contracepção de emergência e alertar igualmente sobre a importância da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

Métodos Contraceptivos

I- Métodos Hormonais :

- 1- Estroprogestativos
- 2- Progestativos
- 3- Contracepção de emergência

II- Dispositivo Intra-uterino

III- Métodos de Barreira

IV- Métodos Naturais

V- Esterilização

I. MÉTODOS HORMONAIS

1. Contracepção Hormonal Combinada

A contracepção hormonal combinada (CHC) é o método que contém uma associação de estrogénios e progesterona.

Estrogénios - O *Ethinilestradiol* (EE) é um estrogénio sintético de elevada potência sob o ponto de vista biológico e faz parte da composição da maioria dos contraceptivos hormonais combinados.

O *Valerato de estradiol* - derivado de estrogénio natural presente numa nova formulação de CHC. O seu perfil de segurança é potencialmente maior que o EE.

Progestativos - Os progestativos usados nos CHC são derivados da 19-nortestosterona,

derivados da 17 OH-progesterona e os novos progestativos – *Drospirinona* e *Dienogest*.

Quanto às vias de administração, estas podem ser oral, transdérmica e vaginal, sendo a oral a mais utilizada. Na via transdérmica são atingidos níveis séricos mais elevados de EE. Na via vaginal são obtidos níveis mais reduzidos e estáveis de EE.

A CHC está indicada em todas as mulheres que pretendam um método contraceptivo reversível, seguro e independente do coito.

Quanto às contra-indicações dos CHC, referimos a hemorragia genital não esclarecida, HTA, tabagismo idade > 35 anos, trombo-embolismo venoso, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, doenças hepato-biliares e cancro da mama.

A escolha deve ser feita pela mulher, tendo em consideração o conselho médico e as suas preferências, as recomendações específicas de alguns CHC como por exemplo no tratamento do hiperandrogenismo e na síndrome pré-menstrual.

Devem ser preferidos os de baixa dosagem. Os compostos com 35ug de EE estão reservados para situações clínicas específicas.

As vias transdermica e vaginal poderão estar indicadas em mulheres com dificuldade na toma diária, com antecedentes de cirurgia bariátrica ou com doença inflamatória intestinal e nas polimedicadas.

Os efeitos indesejáveis, podem ser atribuídos aos estrogénios, aos progestativos ou a ambos. Habitualmente são de fraca intensidade, surgem com maior frequência nos primeiros meses de toma, e muitas vezes regridem espontaneamente. No entanto podem constituir uma das principais razões para o seu abandono. Assim pode aparecer “spotting”, ausência de hemorragia de privação, náuseas e vômitos, mastodinia, cefaleias, alterações do peso corporal, alterações do humor, veias varicosas, corrimento vaginal.

Quanto aos benefícios não contraceptivos referimos: os relacionados com o ciclo menstrual (regularização do ciclo, redução da dismenorria, redução da síndrome pré-menstrual, redução do fluxo, prevenção da anemia e diminuição de quistos funcionais); prevenção do cancro (diminui o risco do cancro do ovário, do endométrio e colorectal); prevenção de patologia não ginecológica (possível redução de doença benigna da mama, doença inflamatória pélvica, endometriose, gravidez ectópica, melhoria dos sintomas vasomotores da perimenopausa, aumento da densidade mineral óssea na perimenopausa; e ainda no tratamento do hiperandrogenismo (acne e hirsutismo).

2. Contraceção Progestativa

A contraceção progestativa tornou-se uma alternativa eficaz a par com os estroprogestativos, devido ao aparecimento de novas moléculas e formulações e novas vias de administração.

Assim temos :

Ora — 75ug desogestrel — *Cerazette* (1cp dia de forma continua)

Injectável — 150mg acetato medroxiprogesterona — *Depo-Provera* (de 12 em 12 semanas)

Subcutânea — 68mg de etonogestrel — *Implanon* (3 em 3 anos)

Intra-uterino — Levonorgestrel — *Mirena* (5 em 5 anos).

O seu uso é aconselhado quando há intolerância ao uso de estrogénios, antecedentes pessoais e familiares de tromboembolismo venoso ou após uma trombose venosa superficial, na mulher que amamenta com início 3 semanas após parto, na mulher que é fumadora, nas situações de hiperestrogenismo endógeno, cefaleias catameniais, menorragias, endometriose, anemia e nas situações de hipertensão controlada.

Quanto aos efeitos indesejáveis, salienta-se um padrão de hemorragia não previsível, mastodinia e tensão mamária, aumento de peso, acne e alterações do humor.

3- Contraceção de Emergência

A contraceção de emergência é o método utilizado para prevenir uma gravidez após relações sexuais desprotegidas ou naquelas situações em que haja falha do método utilizado. Não há contra-indicação à sua utilização.

O contraceptivo aprovado nesta situação é um Progestativo isolado (Levonorgestrel) 1,5mg . É bem tolerado e tem alta eficácia. A menstruação deverá surgir cerca de 3 semanas após a toma.

O DIU é eficaz na prevenção da gravidez se introduzido nos primeiros 5 dias após a relação sexual desprotegida.

II. DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

O *Dispositivo Intra-uterino (DIU)*, é um método com alta eficácia, seguro, de longa duração, rapidamente reversível e com poucos efeitos secundários.

A acção contraceptiva do DIU é principalmente na cavidade uterina, acredita-se que o mecanismo de acção consista no efeito de corpo estranho e acção específica do Cobre ou Levonorgestrel.

1. DIU- Cu

Provoca uma reacção inflamatória citotóxica no endométrio e é tóxico para o esperma e para o óvulo (provoca inibição da mobilidade, inibição da capacitação, diminuição da sobrevivência e fagocitose do esperma), dificultando a implantação.

Está recomendado por um período de 10 anos. É radioopaco (Cobre e sulfato de bário).

Está aconselhado para uma contraceção de longa duração e reversível, na recusa da contraceção hormonal e na contraceção de emergência.

Tem como contra-indicações: gravidez, malformações uterinas, doença inflamatória pélvica, metrorragias de etiologia desconhecida, doença do trofoblasto, doença de Wilson e alergia ao Cobre.

Tem como efeito secundário o aumento do fluxo menstrual em mais de 50% das utentes.

2- DIU- Levonorgestrel

Este dispositivo hormonal tem uma fraca reacção de corpo estranho, provoca um espessamento do muco, diminui a implantação (decidualização do endométrio e atrofia glandular) e inibe parcialmente o desenvolvimento folicular e ovulação.

Está recomendado por um período de 5 anos. É radioopaco (sulfato de bário).

É uma contraceção eficaz com baixo nível de progestativo e com as seguintes indicações: menorragias, hipermenorria, dismenorria, endometriose e adenomiose. Não deve ser usado na contraceção de emergência.

Tem como contra-indicações: gravidez, malformações uterinas, anomalias uterinas, doença inflamatória pélvica, doença maligna do trofoblasto e carcinoma da mama com receptores progestativos positivos. Não há evidência de risco aumentado de carcinoma da mama com o uso de DIU -Levonorgestrel.

III- MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira que podem ser utilizados dividem-se em:

Mecânicos - Preservativo masculino e feminino

Químicos - Espermicida

1. Preservativo Masculino

Tem uma taxa de falha de 3% a 14% que depende da sua correcta utilização.

Previne as infecções sexualmente transmissíveis (IST) com alta eficácia na prevenção HIV. Aconselha-se a sua associação com outro método (Preservativo+ espermicida) atingindo uma eficácia de 99,9%.

Os materiais usados no seu fabrico são látex e poliuretano.

Como vantagens ao uso do preservativo masculino salienta-se ausência de efeitos sistémicos, facilidade de uso, envolvimento masculino na contraceção e na prevenção das DST, e pode contribuir para a prevenção da ejaculação prematura.

2. Preservativo Feminino

Tem uma taxa de falha de 5% a 20% que depende da correcta utilização e também previne as IST. Está isento de efeitos sistémicos, pode ser colocado na vagina até 8 horas antes da relação e é fabricado de poliuretano pelo que se pode associar lubrificante oleoso,

Como desvantagens refere-se dificuldade na inserção correcta e é mais dispendioso que o masculino.

3. Espermicida

Os espermicidas podem ser apresentados sob a forma de creme, espuma, gel, cones e comprimidos vaginais. O agente mais utilizado é o *nonoxinol-9*.

Têm baixa eficácia, com uma taxa de falha de 6%-26%. São aconselhados como coadjuvantes de outros métodos contraceptivos. Como vantagens salienta-se a ausência de efeitos sistémicos e a sua fácil utilização. Como desvantagens refere-se a sua baixa eficácia, as reacções alérgicas na mulher e no homem e a interferência com o coito.

IV. MÉTODOS NATURAIS

Os métodos naturais implicam que a mulher saiba identificar o período fértil, conhecendo as suas modificações fisiológicas ao longo do ciclo menstrual.

São eles:

- Métodos com base no calendário (Ogino-Knauss)
- Métodos baseados na observação de sinais e sintomas
- Método da temperatura basal (MTB)
- Método do muco (Billings)
- Método do dia “ Standard”
- Amenorreia Lactacional
- Coito interrompido
- Abstinência sexual.

Estes métodos são conhecidos como *métodos de “abstinência periódica”*. Requerem um longo período de abstinência, necessitando geralmente de 3 a 6 ciclos para aprender a identificar o período fértil. Na presença de ciclos irregulares é de difícil utilização e não protege das IST.

V. ESTERILIZAÇÃO

A esterilização, feminina ou masculina é um método cirúrgico que tem como finalidade evitar

definitivamente a concepção. Está indicada quando é opção da mulher não voltar a engravidar ou quando existe contra-indicação médica para uma gravidez.

Os procedimentos de reversão da esterilização, têm uma baixa taxa de sucesso, são caros e estão associados, no caso da laqueação de trompas, a um maior risco de gravidez ectópica.

Assim a esterilização inclui a Laqueação de trompas e a Oclusão tubar (Essure, Adiana).

Relação da Contraceção Feminina com a Sexualidade

O impacto dos métodos contraceptivos na função sexual é frequentemente omitida aquando da selecção. Os estudos não são claros e nem consensuais a este respeito.

Assim pode-se enumerar alguns aspectos descritos na literatura em relação aos vários métodos.

Os contraceptivos orais têm efeitos acessórios mínimos na sexualidade e afectam uma percentagem reduzida de mulheres. Estão associados a: diminuição da libido por provocarem diminuição dos níveis séricos de testosterona e de estrogénios e aumento de SHBG; secura vaginal devido as alterações menstruais; dispareunia devido a vulvovaginites; diminuição da excitação, do orgasmo, do interesse sexual e da satisfação sexual devido a factores psicológicos (ansiedade e personalidade), sociais (idade, estado civil e natalidade), culturais, mecânicos e hormonais. Estes efeitos podem ser minimizados com a baixa da dosagem e com o uso de métodos não hormonais.

Os espermicidas podem provocar diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia enquanto o dispositivo intra-uterino tem efeito positivo na sexualidade e na qualidade de vida, facilita a espontaneidade não necessitando de preparação, não afecta a libido apesar de poder diminuir os níveis de testosterona e pode provocar desconforto peniano durante o acto sexual.

Em relação à esterilização, os estudos são bastante contraditórios mas parece admitir-se uma maior satisfação sexual devido à maior espontaneidade de relação que esta permite.

BIBLIOGRAFIA

1. Berek JS. Berek and Novak's Gynecology. 15th ed. 2011
2. Speroff L, Darney PD. A Clinical Guide for Contraception. 5th ed. 2010
3. Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. *Minerva Ginecologia*-2010; 62: 331-347.
4. Rosenthal D, Gifford S, Moore S. safe sex or safe love: competing discourses? *AIDS Care*-1998; 10:35-47.
5. Crosby RA, Grahm CA, Yarber WL, Sanders SA. Problems with condoms may be reduced for men taking ample time to apply them. *Sex Health*-2010; 7:66-70.
6. Schaffir J. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2006; 32:305-14.
7. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, et al. Sexual behaviour and oral contraception: a pilot study. *Journal of sexual medicine*-2012; 9:550-557.
8. Bastianelli C, Farris M, Benagiano G. Use of levanogestrel-releasing intrauterine system, quality of life and sexuality. Experience in a Italian family planning center. *Contraception*-2011; 84: 402-408.
9. Gulum M, Yeni E, Sahin MA, Savas M, Ciftci H. Sexual functions and quality of life in women with tubal sterilization. *International Journal of Impotence Research*-2010; 22:267-71.
10. Obstetrics and Gynecology, Crarles R.B: Beckmann. Frank W. Ling Roger P. Smith. Barbara M. Barzansky William N.P. Douflas W. Laube Lippincott Wiliams Wilkins 2006.
11. Stanford, JB Mikolajczk, RT. Mechanisms of action intrauterine devices. *Fertil Steril* 2003.
12. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, Leon Speroff, Robert H. Glass, Nathan G. Kase. Lippincott Williams Wilkins 1999.

PLANEAMENTO FAMILIAR - O PAPEL DO ENFERMEIRO

Sandra Matela

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Centro de Saúde de Sacavém-USF Travessa da Saúde

Introdução

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (Cairo 1994) define que a saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O mesmo programa também refere que a saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória e decidir se, quando, e com que frequência, têm filhos. Nesta última condição está implícito o direito dos homens e das mulheres à informação e ao acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes e aceitáveis a serviços de saúde adequados, que permitam ao casal ter uma gravidez e parto seguros e crianças saudáveis.

O conceito de saúde reprodutiva inclui ainda o direito à saúde sexual, sendo esta potenciadora das relações interpessoais.

Assim, os cuidados a prestar em saúde reprodutiva são constituídos por um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que vão contribuir para a saúde e bem-estar reprodutivos, através da prevenção e resolução de problemas, oferecendo respostas adequadas às necessidades dos casais, ao longo do ciclo de vida.

Deste modo, as actividades desenvolvidas no decorrer de uma consulta de enfermagem de planeamento familiar numa unidade de saúde assentam em três pilares importantes: colheita de dados, educação para a saúde e aconselhamento.

O Planeamento Familiar nos Cuidados de Enfermagem

As consultas de planeamento familiar em Portugal podem ser desenvolvidas num hospital ou centro de saúde com isenção do pagamento de taxas moderadoras embora, no caso das mulheres, apenas até aos 54 anos.

A prática profissional nas Unidades de Saúde Familiar organiza-se pela atribuição de um enfermeiro de família, ou seja, cada equipa (médico, enfermeiro e assistente operacional) possui uma lista de utentes que abrange todas as faixas etárias. Deste modo, a equipa vai desenvolver estratégias para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, tendo em conta a individualidade de cada utente.

Este método de permite a aquisição de informação mais abrangente sobre toda a família. Em relação aos utentes, estes referem que o facto de terem enfermeiro de família facilita a acessibilidade à unidade de saúde.

A consulta de enfermagem é realizada no mesmo dia da consulta médica, ou em outro dia marcado pelo utente.

Colheita de Dados

Na primeira consulta de planeamento familiar é efectuada a colheita de dados, onde é con-

templada a história de saúde, ginecológica, obstétrica, psicossocial, condições ambientais e recursos económicos e, por último, o exame objetivo da/o utente. Na história de saúde os utentes são questionados relativamente aos antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, medicação habitual e vacinação. Em relação à história ginecológica afere-se sobre a menarca, ciclo menstrual (interlúcio e cataménio), cirurgias ginecológicas, queixas ginecológicas (menorragia/metrorragia, dismenorreia, tensão pré-menstrual, infeção pélvica, dispareunia). Quanto à história obstétrica, é solicitado o índice obstétrico, (que consiste em saber o número de partos de termo, partos pré-termo, abortos, gravidezes ectópicas e filhos do casal) e questiona-se sobre como foi efetuada a vigilância pré-natal, o tipo de parto, se houve complicações na gestação e partos e tipos de aleitamento.

O exame objectivo contempla a observação da pele, dados biométricos, avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca, avaliação física, realização do exame mamário e colpocitologia. A colpocitologia pode ser realizada por enfermeiras especialistas de saúde materna e obstétrica na consulta de enfermagem. No decurso do exame mamário realiza-se a observação do tamanho, forma, cor, existência ou não de corrimento ou eczema das mamas. As mamas e mamilo também são examinados, reforçando o ensino às utentes sobre o auto-exame da mama no domicílio. Também são avaliados os aspectos comportamentais do utente/casal.

Os dados são registados na aplicação informática do serviço e no livro de planeamento familiar e saúde reprodutiva que deve sempre acompanhar o utente/casal. A primeira consulta é sempre mais demorada, pois é neste momento que são delineadas estratégias de condução de eventuais problemas diagnosticados.

Educação para a Saúde

A educação para a saúde consiste em promover estilos de vida saudáveis, vivenciar a sexualidade de uma forma saudável e segura, preparar o casal para maternidade, bem como regular a fecundidade segundo o desejo do casal.

Devem ter-se em consideração as crenças, valores e cultura do casal, simples e concisa e escalonando as várias temáticas a abordar. Para isto é extremamente importante a constante actualização e investigação de conteúdos nas várias realidades culturais.

Aconselhamento

O aconselhamento é crucial e visa dar resposta às dúvidas dos utentes, em especial dos que utilizam contraceção. Assim, é fundamental criar empatia, interagir com o outro, adequar a informação, evitar informação excessiva, fornecer o método escolhido e capacitar os utentes para o uso da contraceção.

O aconselhamento implica o estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes, transversal à família e geracional.

O aconselhamento do método contraceptivo pode ser complexo, dada a diversidade cultural da população alvo, que exige uma constante capacidade de adaptação por parte dos profissionais.

No decorrer da consulta é sempre facultada a informação completa, isenta e com fundamento científico sobre a grande maioria de métodos contraceptivos existentes no mercado, salvaguardando que só alguns estão disponíveis na unidade de saúde, tais como contraceção hormonal oral, contraceção hormonal injectável, implante, dispositivo intra-uterino, método barreira e contraceção de emergência.

Assim, cabe à enfermeira focar os seguintes aspectos: disponibilidade e eficácia do método, efeitos secundários, aceitabilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção de doenças

sexualmente transmissíveis.

É necessário explicar que, para todos os métodos, existe uma probabilidade de insucesso e, também, quais os efeitos secundários que os mesmos podem causar ao utente. A enfermeira está também capacitada a prevenir e tratar tais efeitos, assim como avaliar os riscos que o uso de determinados métodos possa acarretar para a saúde. (ex: o uso continuado da contraceção hormonal injectável pode aumentar o risco de osteoporose).

Note-se que a maioria da população que recorre à unidade prefere o método contraceptivo hormonal oral e o contraceptivo hormonal subcutâneo, ou seja, o implante.

No que diz respeito à aceitação de um método, o nível de confiança que o utente tem e a motivação para o seu uso são uma correcta orientação para o profissional de saúde dado que ambos os factores são importantes para a sua escolha. Por outro lado a inadaptação psicológica e cultural a determinado método pode ser a maior causa de insucesso ou mudança para outro.

Assim, o acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é uma condição fundamental para a escolha do casal.

Contudo, depois de feita a escolha, se o uso do mesmo for difícil a atenção diminui ou é mesmo nula, por isso cabe ao enfermeiro facultar toda a informação necessária. Ainda assim são frequentes problemas como esquecimento ou erro na toma da pílula.

Relativamente às doenças sexualmente transmissíveis, é sempre focada a importância da dupla contraceção para evitar as mesmas. Isto pode ser traduzido no uso do preservativo masculino ou feminino em associação com outro método.

Contudo, o uso do preservativo masculino é muitas das vezes descurado e o feminino tem uma taxa de adesão mínima.

Em suma, a consulta de enfermagem numa unidade de saúde é de capital importância pois, entre outras contribuições, promove a redução das taxas de gravidez na adolescência (que se situava, em 2009, em 4.3%), de Infecções Sexualmente Transmissíveis, de mortalidade por cancro do colo do útero e da mama incrementando, desta forma, a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família.

AVALIAÇÃO DO CASAL INFÉRTIL - FACTOR MASCULINO

Luís Ferraz

Director do Serviço de Urologia

C.H.V.N.G. - Espinho

Introdução

A infertilidade conjugal atinge 8 a 15% dos casais e é definida como a impossibilidade de conceber naturalmente após um ano de relações regulares e desprotegidas. O factor masculino tem vindo a aumentar a sua responsabilidade e hoje está presente em cerca de 50% de todas as causas e é mesmo o único responsável em 30% dos casos. Actualmente há fortes suspeitas que este provável declínio da qualidade espermática associado a um aumento crescente das anomalias dos genitais externos possa ser atribuído a factores ambientais que interferem, logo após a concepção, com o desenvolvimento das gónadas e, mais tarde, com a função reprodutora. A avaliação inicial do casal deve, em condições normais, começar imediatamente após passarem os doze meses e contemplar, em simultâneo, a avaliação da mulher e do homem. Há situações em que, o conhecimento de patologias prévias da mulher ou do homem ou mesmo a idade avançada da mulher (>37 anos), justificam uma avaliação mais precoce. A observação inicial do casal infértil é quase sempre realizada pelo médico de Família, menos frequentemente pelo ginecologista e muito raramente pelo Andrologista. Por este motivo é prioritário dar formação aos Médicos de Família alertando-os para a necessidade de, na avaliação inicial, realizarem o estudo básico do factor feminino mas nunca esquecerem o factor masculino. Durante muitos anos este erro causou atrasos irreparáveis no tratamento de muitos casais. O espermograma deve, sempre, fazer parte dessa avaliação inicial, seja qual for a história sexual do doente. Este exame tem resistido ao longo dos anos e, ainda hoje, permanece como o “gold standard” na investigação inicial masculina. Dada a importância que ele representa é essencial que seja realizado, apenas, em laboratórios credenciados para o efeito o que ainda não acontece numa grande parte dos casos. Apesar das informações que nos dá sobre o volume, concentração, morfologia e motilidade dos espermatozóides, tem várias limitações pois não prediz a capacidade fecundante do espermatozóide informando-nos, apenas, sobre o estado funcional do testículo e da via excretora. Um exame alterado diagnostica um factor masculino e deve sugerir, um pedido imediato, de uma consulta de Andrologia. Nesta consulta tenta-se detectar a causa e, se possível, corrigi-la. O que não pode acontecer é ver estes doentes serem enviados directamente para a realização de técnicas de reprodução assistida sem nunca ter sido avaliado o factor em causa. Há casos de Azoospermias obstrutivas provocadas por uma estenose a nível dos ejaculadores que uma simples ressecção endoscópica pode resolver o quadro e permitir uma gravidez espontânea.

Convém lembrar que um espermograma normal nem sempre é igual a fertilidade assegurada. Há casos de doentes com espermogramas normais que são inférteis porque os seus espermatozóides são incapazes de fertilizar o ovócito ou, se o fertilizam, não conduzem a um bom desenvolvimento embrionário. Assim, nos casos de uma infertilidade prolongada e inexplicada, nos casos de maus resultados nas técnicas de reprodução assistida ou ainda nos casos de abortamentos de repetição, apesar dos espermogramas serem normais o factor masculino

deverá ser submetido a uma cuidadosa avaliação andrológica.

Apesar de todos os estudos, nomeadamente os avanços no campo da genética molecular, a etiologia da infertilidade ainda permanece sem causa determinada em cerca de 40%. Estes casos representam, ainda hoje, um grande desafio para todos os que trabalham nesta área, nomeadamente para os que se dedicam à investigação. Os grandes desenvolvimentos que se obtiveram na área das técnicas da reprodução assistida, nomeadamente a ICSI, permitiram encontrar solução para a maioria dos casos de factor masculino grave, e fizeram com que se abandonasse um pouco o estudo e investigação do factor causal. Para nós, a infertilidade deverá ser considerada um sintoma e não uma doença, por isso tratar o sintoma sem corrigir a causa não é clinicamente correcto. Está-se a tratar o espermatozóide e a esquecer-se o doente.

No homem são múltiplas as causas que podem causar infertilidade sendo umas congénitas e outras adquiridas. Algumas são facilmente diagnosticadas e reversíveis tais como as obstruções ductais ou o hipogonadismo hipogonadotrófico, outras são potencialmente reversíveis como a correcção cirúrgica do varicocele, a supressão de um fármaco ou a mudança de um posto de trabalho. Noutras situações temos causas identificáveis mas não tratáveis (síndrome de “só células de Sertoli”) e, finalmente, ficam cerca de 40% dos casos em que, apesar de todos os estudos, não é possível determinar a etiologia. Pensa-se que, na origem de muitas destas situações, poderão estar causas genéticas ainda não determinadas.

Para se detectar a causa é necessária a realização de uma história minuciosa, um exame físico cuidadoso e um estudo analítico adequado a cada caso.

História clínica

A história clínica é fundamental e deve começar no momento da concepção e só terminar no momento actual. Medicações, factores ambientais agressivos ou doenças da mãe durante a gravidez podem vir a influenciar negativamente o desenvolvimento sexual do seu filho e mais tarde provocar infertilidade.

Imediatamente após o nascimento é preciso fazer-se uma avaliação dos genitais externos: saber se os testículos estão bem posicionados nas bolsas pois, caso não estejam, programar a cirurgia para a sua recolocação. A criptorquidia é uma anomalia congénita frequente e é temida por, em muitos casos, apesar da correcção cirúrgica atempada, manter um mau prognóstico em termos de infertilidade. Quando ela é bilateral geralmente origina um quadro de Azoospermia secretora.

No exame físico é importante observar-se a posição do meato uretral e o desenvolvimento do pénis. Se existe um hipospádia ou mesmo um micropénis estas alterações poderão indicar um mau desenvolvimento sexual in útero provocado, em muitos casos, por factores reconhecidos como disruptores endócrinos provenientes da alimentação, inalação ou mesmo manipulação pela grávida. Doses que são inofensivas para a mãe poderão ser trágicas para o feto, condicionando, mais tarde, toda a sua vida sexual e reprodutiva. É sobre estes factores ambientais que recai muita suspeição e que, para bem da Saúde Pública, convém esclarecer com urgência.

Durante a infância é fundamental conhecer-se toda a história referente a cirurgias realizadas, traumatismos ou infecções. A cirurgia inguinal, nomeadamente para correcção de hérnias, tem uma alta taxa de iatrogenia, podendo causar secções acidentais dos canais deferentes ou lesões arteriais que vão originar, futuramente, hipotrofia testicular. As orquites, nesta idade quase sempre víricas, também podem deixar sequelas na estrutura germinativa. Felizmente, a vacina da parotidite, hoje faz parte do programa nacional de vacinações protegendo os jovens das frequentes orquites pós-parotidite que, outrora, tantos inférteis causaram. Um grave

problema, que ainda se mantém actual, tem a ver com as torções do cordão espermático. Esta entidade clínica tem um diagnóstico diferencial com a orquite muito difícil de se realizar, pelo que, perante uma dor escrotal súbita a criança deverá ser enviada rapidamente a um serviço de urgência com Urologia, pois só uma cirurgia imediata poderá evitar que o testículo evolua para a necrose e conseqüente atrofia.

Na adolescência é muito importante observar-se como se dá o desenvolvimento sexual. A puberdade é uma fase de grande explosão hormonal provocando grandes modificações no corpo. Aparece o pelo púbico, os testículos e o pénis que até aqui estavam quase adormecidos vão iniciar um acentuado desenvolvimento. Se estas alterações não surgem o doente deverá ser avaliado por um Andrologista pois, tanto se pode estar em presença de um atraso pubertário como de um hipogonadismo que convém corrigir. Esta fase da vida é fundamental porque é nesta altura que se vai iniciar a espermatogénese e, em condições normais, ela vai continuar ininterruptamente até à morte embora, se vá assistindo a uma quebra ligeira na produção e na qualidade espermática. A adolescência é uma fase muito problemática para muitos jovens e onde se cometem muitos excessos. É o abuso do álcool, do tabaco e das drogas que, embora em escalas diferentes, todos eles têm efeitos secundários indesejáveis sobre a espermatogénese. Para lá de todos os alertas continua-se a assistir a um consumo excessivo e a uma desvalorização dos perigos dos canabinóides. Outra situação, de enorme gravidade, é aquela que se passa nos ginásios, com os jovens que fazem fisiculturismo ou naqueles que apenas pretendem melhorar a sua musculação. Estes, para desenvolverem mais rapidamente a sua massa muscular, frequentemente, recorrem à utilização de esteróides anabolizantes desconhecendo o perigo que tais substâncias representam para a sua fertilidade. Os esteróides anabolizantes, que tem proliferado nas décadas recentes sobretudo à custa do mercado negro, levam à atrofia testicular e, muitas vezes, a lesões irreversíveis na espermatogénese (azoospermia). Nesta idade, os acidentes com veículos de 2 rodas ou traumatismo no desporto, levam com frequência a traumatismos escrotais com lesões atingindo o testículo e os epidídimos, com sequelas graves no futuro. É importante que o jovem esteja alertado para este perigo e se proteja. Outra situação frequente nos adolescentes ou adultos jovens é o aparecimento de neoplasias no testículo ou linfomas. Estes tumores, muito característicos dos jovens em idade reprodutiva, tem uma alta taxa de cura à custa de uma poliquimioterapia e ou radioterapia, no entanto, em muitos casos, estes tratamentos destroem as espermatogónias acabando definitivamente com toda a espermatogénese. Nestes casos, para se prevenir a fertilidade futura, é fundamental a criopreservação do esperma antes de se iniciar qualquer tratamento. Infelizmente, apesar de todos os alertas, ainda se assiste a muitos casos onde a criopreservação não foi realizada impedindo que no futuro, muitos desses jovens sobreviventes, venham a ser pais biológicos.

Na vida adulta também é importante o conhecimento da idade do pai. Durante muitos anos negligenciada hoje assume grande interesse, pois sabe-se que a partir dos 40 anos vai haver uma diminuição da qualidade espermática fundamentalmente à custa do aumento da taxa de fragmentação do DNA espermático. A idade avançada, hoje tão frequente em segundos casamentos, não só vai condicionar uma diminuição na taxa de sucesso como vai originar um aumento de anomalias na criança como acondroplasia, esquizofrenia ou autismo. Outro ponto de interesse é o conhecimento das características do posto de trabalho, pois um local com temperatura ambiente muito alta pode ter conseqüências nefastas na espermatogénese. Muitas vezes a temperatura alta provem de saunas ou jacuzzis. Deveremos desaconselhar um doente com infertilidade e alterações no espermograma a manter esses hábitos. A espermatogénese para se dar normalmente, precisa de uma temperatura à volta do 35°, por isso, temperaturas altas durante muito tempo poderão ser nefastas. O processo da espermatogénese é altamente

sensível a temperaturas elevadas. Outra preocupação que temos que ter é o conhecimento do posto de trabalho, pois muitas vezes o trabalhador contacta com produtos de grande gonadotoxicidade e sem qualquer protecção. Um dos exemplos é o grupo dos ftalatos, usados na indústria dos plásticos onde o contacto directo pode comprometer a função reprodutiva. Outros estão em contacto directo com produtos químicos, quer na laboração quer na sua utilização como é o exemplo da agricultura onde a utilização de pesticidas em grandes espaços e durante muito tempo se mostra muito nociva. Fundamental, também, é inquirir-se o doente sobre os fármacos que está a tomar, principalmente para o tratamento de doenças crónicas. A lista de medicamentos nocivos é grande, mas os principais são a sulfasalazina, ciclosporina, bloqueadores dos canais de cálcio, espirolactona, colchicina, testosterona, antiandrogénios. Para além destes há que acrescentar todos os produtos usados na quimioterapia, principalmente os agentes alquilantes.

Na história sexual é importante saber-se há quantos anos o casal mantém relações desprotegidas, pois quanto mais antiga for a infertilidade, em princípio, pior será o prognóstico. Devemos questionar qual o número de relações por semana e sabermos se a ejaculação é normal e se acontece na maioria das vezes. Há doentes que têm uma anejaculação primária!

Exame Físico

Em primeiro lugar os doentes devem ser examinados numa sala recatada e com privacidade para não se sentirem constrangidos, pois o exame físico vai incidir sobre as partes mais íntimas. A observação deve ser realizada com o doente parcialmente despedido e, inicialmente, na posição de pé e depois na posição de deitado.

O exame físico começa pelo registo do peso, estatura e, nos obesos, pela determinação do perímetro abdominal ou IMC

O peso é importante pois a obesidade é, por si só, um factor de infertilidade. Os obesos têm uma diminuição do volume testicular e uma ginecomastia, provocadas por uma diminuição dos androgénios e aumento dos estrogénios. Por outro lado, o excesso de gordura nas coxas leva a um aumento da temperatura escrotal, e este é mais um factor negativo. Antes de qualquer tratamento o essencial é enviá-los ao nutricionista e motivá-los a modificar o seu estilo de vida, pois isto pode ser o suficiente para recuperarem a normalidade do seu espermograma.

No exame físico uma das coisas que nos chama logo a atenção é o estado de desenvolvimento da barba. Esta, sempre que é muito rarefeita, sugere-nos uma deficiência androgénica. Esta deficiência poderá, em muitos casos, traduzir um quadro de hipogonadismo congénito: hipergonadotrófico ou hipogonadotrófico. No primeiro caso temos um doente com síndrome de Klinefelter caracterizado por apresentar uma estatura elevada, ginecomastia, pénis normal ou pouco desenvolvido e testículos atrofícos (< 8ml) e endurecidos. O espermograma em quase todos os casos revela azoospermia. No caso de hipogonadismo hipogonadotrófico (HH), o doente também é azoospermico, geralmente não tem ginecomastia, o pénis é pouco desenvolvido e os testículos são atrofícos(<8ml) e moles. Muitos destes doentes têm um hipogonadismo idiopático enquanto outros associam a estes sintomas a anosmia ou hiposmia e traduzem um quadro de Síndrome de Kallmann.

A ginecomastia é sempre de registar pois ela, quando bilateral, corresponde a uma alteração hormonal e, como tal, compromete o normal desenvolvimento da espermatogénese. Excepto na puberdade e no idoso, onde pode ser fisiológica, no adulto jovem ela aparece associada ao Síndrome de Klinefelter, a alguns tumores do testículo, a doença hepática ou a certas medicações.

O pénis, para lá de se anotar o seu desenvolvimento deve-se observar a posição do meato

uretral. Um hipospádia muito posterior condiciona uma inadequada deposição espermática intravaginal.

Relativamente aos testículos, é preciso saber se estão, ambos, nas bolsas e se o seu volume e a consistência são normais. O volume é muito importante por isso, quem não tem muita experiência deve determiná-lo recorrendo a um orquidómetro (Fig. 1). Na maioria dos casos há uma relação directa entre o volume testicular e a produção de espermatozoides. Se temos um testículo hipotrófico e uma azoospermia podemos garantir que esta é secretora. Já um testículo normal deverá ter entre 18 a 24 ml e tanto poderá traduzir uma azoospermia obstrutiva como uma secretora. Quando, na bolsa escrotal, se palpa um testículo regular, endurecido, e principalmente indolor à palpação é de suspeitar que se trate de uma prótese testicular por isso, esse “testículo” não pode ser biopsado. Embora pareça estranho, há muitos doentes que desconhecem o seu passado cirúrgico nos primeiros tempos de vida!



Figura 1: Orquidómetro de Prader

Os epidídimos são palpados na parte posterior do testículo e sempre que se encontrem endurecidos ou com nódulos sugerem sequelas de epididimite ou traumatismo. Estas patologias representam sempre alguma gravidade pelo perigo de causarem lesões estenosantes na estrutura tubular epididimária. Quando a lesão é bilateral geralmente originam uma azoospermia obstrutiva. Se no exame se palpa só a cabeça e esta está dilatada é fundamental ir ao cordão espermático pesquisar os canais deferentes, pois geralmente estão ausentes. Neste caso, a ausência bilateral dos canais deferentes (ABCD), ocasiona um espermograma com um baixo volume do ejaculado e uma azoospermia (obstrutiva) e implica o estudo das mutações do gene da fibrose cística pois, nestes casos, 85% apresentam mutações no gene CFTR (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*).

Com o doente na posição de pé, facilmente nos apercebemos da presença de um varicocele. Esta patologia, caracteristicamente localizada na bolsa escrotal esquerda, é sentida pelo doente como tendo no escroto um “saco de vermes”. Esta percepção corresponde à dilatação do plexo pampiniforme motivado por uma insuficiência venosa, geralmente da veia espermática interna. Este é um diagnóstico clínico bastando a inspecção e a palpação para a sua confirmação. Muitas vezes, associado ao varicocele, temos uma redução do volume testicular homolateral assim como um amolecimento do mesmo. O varicocele é uma patologia muito frequente e está presente em cerca de 15% da população em geral e em cerca de 30% dos inférteis. Os doentes inférteis com espermogramas alterados justificam a sua correcção cirúrgica.

Depois da palpação dos genitais externos observamos o doente na posição de deitado pois assim é mais fácil pesquisar a presença de cicatrizes, principalmente as localizadas na região inguinal ou escrotal. Muitas delas, às vezes esquecidas pelos doentes, são importantes para se

perceberem alguns casos de infertilidade.

Depois da história clínica e do exame físico, muitas vezes, pedimos outro espermograma. Estes exames têm grandes variações por isso não devemos tomar decisões importantes sem termos dois ou três e, obrigatoriamente, todos realizados em laboratórios que cumpram os critérios da OMS. Para completarmos a avaliação, muitas vezes, pedimos o estudo hormonal e o estudo genético. Estes e outros que poderão ser acrescentados devem ser seleccionados de acordo com a patologia de cada um.

Por fim, classificar as causas da infertilidade masculina num quadro pode ser didáctico mas é um pouco artificial porque a infertilidade masculina é, na maioria das vezes, multifactorial. Para tentar mostrar os diferentes grupos de patologias que interferem com a fertilidade faço uma adaptação de um quadro do Tratado de Andrologia e Medicina Sexual do Natálio Cruz que recorre a uma classificação clássica dividindo as causas em 3 grupos. Para ser mais abrangente acrescento um grupo de causas genéticas especiais:

1. Causas pré-testiculares;
2. Causas testiculares,
3. Causas pós-testiculares
4. Causas genéticas especiais.

1. Causas Pré-Testiculares

Para que se dê uma espermatogénese normal é fundamental que as interações endócrinas bidireccionais do eixo hipotálamo- hipófise-testículo não sofram alterações. Sabe-se que a secreção pulsátil de GnRH pelo hipotálamo provoca uma secreção pulsátil das gonadotrofinas pela hipófise. Estas, por sua vez, controlam as secreções gonádicas e a espermatogénese. Assim, estando o funcionamento testicular dependente da estimulação efectuada por estas hormonas, fácil será compreender que todas as suas alterações acarretarão graves anomalias na espermatogénese. Estão neste caso as endocrinopatias genéticas e as adquiridas

Endocrinopatias genéticas

- Alteração da secreção de GnRH (S. Kallmann ou S. hipotalâmicos polimalformativos)
- Alterações da função de LH e FSH (déficit de LH ou deficit isolado de FSH)
- Alterações da síntese e função dos androgénios

Endocrinopatias adquiridas

- Tumores da hipófise e seu tratamento (cirurgia e radioterapia)
- Hiperprolactinemia
- Hemocromatose
- Processos granulomatosos(tuberculose, sarcoidose, histiocitose X)
- Abuso continuado de esteróides anabolizantes

2. Causas Testiculares

Engloba todos os casos de lesão da célula germinativa, quer por patologia congénita ou adquirida. No primeiro caso temos, para lá da criptorquidia, três situações de Azoospermia secreto- ra difíceis de perceber: paragem da maturação; hipoplasia e o síndrome “Só células de Sertoli”.

No caso de paragem da maturação temos um quadro de um doente com azoospermia, volume testicular normal, epidídimos e deferentes normais, estudo hormonal normal, estudo genético normal. Só a biópsia testicular faz o diagnóstico mostrando um testículo com uma normal população de espermatogónias e espermátócitos, mas ausência de espermátides e espermatozóides.

No caso de Síndrome de “Só células de Sertoli” congénito (?) os doentes são azoospermi-

cos, tem os testículos com um volume normal ou, mais frequentemente, com uma redução ligeira, epidídimos e deferentes normais, cariótipo normal e estudo hormonal com FSH normal ou ligeiramente elevada. Também, neste caso, só a biópsia faz o diagnóstico ao mostrar que há uma ausência total células germinativas. Por vezes, nas biópsias testiculares múltiplas encontram focos localizados de espermatogénese.

No caso da hipoespermatogénese há uma azoospermia mas o testículo é hipotrófico, o estudo hormonal revela uma FSH elevada e o cariótipo é normal. A biópsia revela a presença de células germinativas (poucas) e a espermatogénese geralmente está presente possibilitando a recolha de espermatozóides para ICSI.

- Anorquidia; Criptorquidia
- Orquite; epididimite
- Torção do cordão
- Traumatismo
- Tumores testiculares
- Varicocele
- Temperatura elevada
- Fármacos gonadotóxicos ou radioterapia
- Toxinas ambientais ou ocupacionais
- Síndrome “Só Células de Sertoli”
- Paragem da maturação
- Hipoespermatogénese

3. Causas Pós-Testiculares

A agenesia bilateral dos canais deferentes (ABCD) ocorre em 1-2% dos homens inférteis e em cerca de 20% das azoospermias secretoras. O seu diagnóstico é muito fácil porque o canal deferente tem uma estrutura que permite a sua fácil identificação pela palpação. Geralmente estes doentes têm um epidídimo reduzido apenas à cabeça e com ausência ou hipoplasia das vesículas seminais, por isso têm um volume do ejaculado muito baixo (<1ml) e com um pH ácido.

Obstrução da via seminal:

- Agenesia congénita dos canais deferentes
- Estenose a nível dos epidídimos
- Vasectomia ou laqueação acidental por iatrogenia cirúrgica
- Estenose dos ejaculadores
- Causas infecciosas ou inflamatórias
- Alterações imunológicas
- Disfunção ejaculatória: anejaculação (nos TVM) ou ejaculação retrógrada (pós linfadenectomia retroperitoneal ou RTU do colo vesical.)

4. Causas Genéticas

O estudo genético deve ser pedido a todos os doentes com azoospermias não obstrutivas ou oligospermias severas (< 5 milhões).São múltiplas as causas genéticas e, hoje, já se conhecem dezenas de genes envolvidos na espermatogénese. O S. Klinefelter é a anomalia genética mais frequente. O síndrome dos cílios Imóveis deve ser questionado sempre que estamos em presença de um infértil com uma história de sinusites, infecções respiratórias recidivantes e com um espermograma a revelar, como única anomalia, uma motilidade quase nula ou mesmo nula apesar da vitalidade normal.

- Síndrome de Klinefelter 47XXY
- cariótipo 46 XX
- cariótipo 47 XYY
- microdeleções do cromossoma Y
- translocações recíprocas e robertsonianas
- mutações do gene da fibrose cística
- Taxa elevada da fragmentação do DNA espermático
- Síndrome dos cílios Imóveis

Em conclusão: Como podemos ver aqui, a lista de patologias a influenciar a espermatogénese é grande e diversificada, por isso, a avaliação andrológica tem que ser muito cuidadosa e realizada por pessoas muito treinadas nesta área. Consultas em mãos inexperientes só levam a perdas de tempo, gastos de dinheiro e cansaço psicológico dos casais. É preciso recordar que, neste momento, os casais protelam a sua primeira gravidez para a altura em que estejam satisfeitas algumas das suas prioridades como sejam a económica, a académica e a profissional. Estas prioridades levam a um progressivo envelhecimento dos casais, com repercussões negativas quer na taxa de gravidez natural quer nos resultados das técnicas de reprodução. Este, é um dos motivos, porque a avaliação do homem e também da mulher tem que ser rápida e eficaz.

AVALIAÇÃO DO CASAL INFÉRTIL – FACTOR FEMININO

Ana Gaspar

Enfermeira

CEMEARE - Centro Médico de Assistência à Reprodução

Maria José Carvalho

Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetria

Directora da Clínica CEMEARE - Centro Médico de Assistência à Reprodução

A fertilidade normal é um acontecimento de enorme complexidade que exige a existência e a funcionalidade correta dos órgãos reprodutores do casal, a ocorrência dos acontecimentos biológicos necessários à fecundação dos gametas, o suporte físico e hormonal para o desenvolvimento do embrião. Existem vários factores que influenciam negativamente a fertilidade como a idade tardia da mulher para o primeiro filho e os novos estilos de vida. Os aspectos emocionais, não sendo um factor inicial de infertilidade, podem conduzir o casal a um estado de ansiedade, perda de auto estima e depressão que pode agravar e influenciar negativamente a abordagem e o tratamento

A Fertilidade não é um estado permanente, sofrendo um agravamento nítido a partir dos 35 anos, podendo considerar-se a partir desta idade um estado de Infertilidade Fisiológica.

A prevalência de Infertilidade numa mulher até aos 30 anos é de 11%, entre os 35 e 39 anos é de 33%, e de 86% entre os 40- 45 anos. Por outro lado o aumento da taxa de aborto aumenta significativamente após os 40 anos atingindo assim a fecundidade do casal no sentido de obter um filho⁽¹⁾

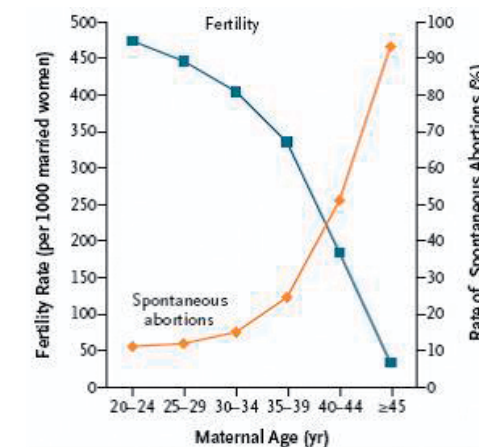


Figura 1: Heffner LJ. (2004). Advanced maternal age – How old is too old?. New England Journal of Medicine, 351:1927-1929. GRAFICO

A idade da mulher influencia não só a gravidez como também as taxas de sucesso das técnicas PMA (Procriação Medicamente Assistida).

Com os novos Estilos de Vida verifica-se um aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade de forma epidémica.

A mulher com um índice de massa corporal (IMC) elevado superior a 29, conduz a um aumento da resistência á insulina que se traduz frequentemente num síndrome metabólica com hipertensão, dislipidémia e intolerância á glucose. A perda de peso nas mulheres com obesidade e infertilidade deverá ser incentivada, sempre que necessário com acompanhamento de dietista. A correcção do peso aumenta a probabilidade de uma gravidez espontânea, reduz o risco de aborto, pré-eclampsia, diabetes gestacional e diminuição da morbidade materna-fetal

O tabaco interfere no processo reprodutivo em geral com alterações ao nível da vascularização e da esteroidogénese ovárica, conduz a uma maior incidência de insuficiência ovárica prematura que se traduz por níveis elevados de FSH. Estão descritas alterações nos movimentos ciliares tubários interferindo no processo de captação e migração do zigoto. Estas mulheres têm uma maior incidência de gravidez ectópica.⁽²⁾

Os hábitos alcoólicos acentuados afectam a fertilidade e aumentam o risco teratogénico. Estes efeitos são dependentes da dose e levam a um elevado risco para a futura criança. Os poluentes existentes no meio ambiente ou relacionados com a actividade ocupacional são inúmeros e poderão ter efeitos nocivos na saúde reprodutiva do casal. A gravidade irá depender da idade em que ocorre a exposição, da duração e da toxicidade de agente.^(3;4)

Avaliação Laboratorial

Na avaliação inicial do casal deverão ser pedidos os exames necessários a uma avaliação pré-concepcional de uma futura gravidez. São pedidos ao casal os marcadores infecciosos, o rastreio das doenças de transmissão sexual (DST) e o espermograma ao marido.

É efectuado o estudo hormonal no 3º dia do ciclo para avaliação da reserva ovárica (FSH; LH; E2, AMH) em mulheres com ciclos irregulares ou com mais de 35 anos. Nas mulheres mais jovens, com ciclos regulares doseia-se a progesterona em pico luteínico, calculado 7 dias antes da menstruação seguinte.

A avaliação da prolactina é efectuada nos ciclos irregulares e na presença de uma galactorreia. Dever-se-á avaliar a função tiroideia na suspeita de qualquer disfunção subclínica.

Devem, finalmente, ser pedidos os exames indicados para avaliação inicial do factor útero-tubário.

Os factores clássicos de infertilidade feminina são: hormonal; útero-tubário; endometriose e idiopático (ver capítulo XX para a avaliação do factor masculino)

I- FACTOR HORMONAL

O factor hormonal é responsável por 30- 40% da infertilidade feminina.

O Síndrome do Ovário Poliquístico (PCOS) é a endocrinopatia mais frequente das mulheres em idade reprodutiva.

Foi descrito pela primeira vez por Stein-Leventhal em 1935, correspondendo á associação de Amenorreia, Infertilidade, Hirsutismo e ovário poliquístico. Apresenta-se como uma anovulação-normogonadotrófica com FSH normal, relação LH/FSH elevada e estradiol (E2) normal.

Actualmente define-se pela presença de dois dos seguintes critérios, oligo-amenorreia, hiperandrogenismo e ou padrão ecográfico de ovário micropoliquístico (presença de 12 folículos em cada ovário de 2-9mm).

A associação frequente com obesidade, intolerância á glucose oral, aumento da resistência

á insulina (em 25% dos PCOS) A secreção da insulina é responsável por um aumento da biossíntese ovárica dos androgénios que por sua vez provocam um aumento do peso, do perímetro abdominal, hipertensão, intolerância á glucose e alterações do perfil lipídico. Devido também ao Hiperandrogenismo são frequentes manifestações de hirsutismo, acne e mesmo alopecia.⁽⁵⁾

A estimulação ovárica para indução da ovulação com gonadotrofinas associa-se a um risco potencial de Síndrome de Hiperestimulação Ovárica (OHS) e gravidez múltipla pelo que devem ser cautelosamente seleccionados os protocolos de estimulação e monitorização ecográfica de todo o tratamento.⁽⁶⁾

Hipogonadismo hipogonadotrófico apresenta-se com amenorreia de causa hipotalâmica, com FSH e LH a níveis reduzidos (< 5 mUI/ ml) e estradiol (E2) a nível basal (<40pg/ml). Está relacionado com excesso de exercício, com o stress, má nutrição e baixo peso da mulher. O Síndrome de Kallman é uma alteração genética rara, cerca de 1/50.000 mulheres, que ocorre com hipogonadismo-hipogonadotrófico com amenorreia primária e alterações olfactivas tipo hiposmia ou anosmia. Deve ser efectuado um exame imagiológico para exclusão de tumor da hipófise ou hipotálamo.⁽⁷⁾

Hipogonadismo hipergonadotrófico (HH): Apresenta-se com uma amenorreia, com gonadotrofinas elevadas superior a 20 mUI /ml e estradiol (E2) a níveis basais (inferior a 40 pg/ml). Esta situação clínica corresponde a um esgotamento da reserva ovárica. Quando ocorre antes dos 40 anos designa-se como Falência Ovárica Prematura (POF) e surge em 1% das mulheres.

Na mulher jovem a situação clínica mais frequente de POF é de causa genética como por exemplo o Síndrome de Turner (X0), pelo que se recomenda sempre a determinação de cariótipo. Nas amenorreias primárias em que o cariótipo revelou a presença do cromossoma Y (2-5% das anomalias genéticas) põe-se a indicação de remoção das gónadas pelo elevado risco cancerígeno destas.

Nas mulheres jovens com POF, existem outras causas de Hipogonadismo hipergonadotrófico nomeadamente doenças auto-ímmunes; síndrome de ovário resistente; história de cirurgias prévias sobre o ovário; antecedentes de doença oncológica com realização de quimioterapia ou radioterapia; infecções; galactosémia; deficiência de 17 hydroxilase; tumores produtores de gonadotrofinas, no entanto em muitas das situações as causas são idiopáticas.⁽⁸⁾

A partir dos 35 anos, a idade é a causa mais frequente de POF. A avaliação da reserva ovárica através do doseamento de FSH e E2 no 3º dia do ciclo, da hormona anti Mülleriana (AMH) e da contagem dos folículos antrais (AFC) por ecografia com sonda endovaginal, podem ajudar junto com a clínica a interpretar situações intermédias de POF.

Hiperprolactinémia- Níveis elevados de prolactina (>100 ng/ml) devem ser investigados para excluir a existência de tumor hipofisário (Prolactinoma) Valores elevados acima do normal (> 20 ng/ml) poderão estar associados ao stress , medicação psicoterapêutica ou a outras patologias como síndrome de ovário poliquístico ou a um hipotiroidismo oculto. A hiperprolactinémia pode manifestar-se por galactorreia, ciclos menstruais irregulares, oligoanovulação e por vezes disfunção tiroideia

II- FACTOR ÚTERO-TUBÁRIO

As anomalias uterinas congénitas, os fibromiomas, as sinéquias intra uterinas, os pólipos estão associadas com a falência reprodutiva pré e pós implantatória na gravidez natural ou nas técnicas de PMA.

A patologia tubária representa 25 a 35% das causas de infertilidade feminina sendo mais de

metade devido a salpingites. A avaliação da permeabilidade e função tubária torna-se por isso fundamental na proposta ou planificação do tratamento.

A história clínica de cirurgias pélvicas anteriores, gravidez ectópica anterior, doença inflamatória pélvica (PID) ou endometriose aumenta a probabilidade de uma patologia tubária.

As alterações tubárias podem manifestar-se como problemas mecânicos ou funcionais.

A obstrução tubária poderá ser proximal por salpingite ístmica nodosa ou pela existência de pólipos cornuais, ou distal por exemplo no hidrossalpinge.

A prevalência do hidrossalpinge em doentes inférteis ronda os 10% quando se usa ecografia como meio diagnóstico e atinge os 30% quando se recorre à HSG ou à Laparoscopia. O hidrossalpinge tem demonstrado um efeito negativo nas taxas de implantação embrionária na FIV devido ao efeito embriotóxico do fluido do hidrossalpinge. Tem sido proposto a remoção cirúrgica do hidrossalpinge prévia ao tratamento FIV com melhoria das taxas de sucesso.

No estudo do factor útero tubário propõem-se o rastreio de infecção por *clamídia trachomatis*. É uma das mais prevalentes doenças de transmissão sexual (DST) nas mulheres com infertilidade secundária.⁽⁹⁾

A ecografia pélvica e com sonda vaginal é o exame de eleição pela sensibilidade, especificidade, inocuidade e baixo custo. Permite detectar patologia tubária nos casos em que há hidrossalpinge, podendo documentar-se a dilatação tubária com eventuais projecções papilares e septos intratubários.

A histerossonosalpingografia é um exame ecográfico que associa a instilação de um líquido para esclarecimento de algumas imagens intracavitárias (nomeadamente pólipos) ou uma solução específica para avaliação da permeabilidade tubária.

Tradicionalmente, a função tubária é avaliada pela histerossalpingografia que pode considerar-se minimamente invasiva e pode ter algum efeito terapêutico pelo arrastamento de eventuais rolhões celulares ou pela activação ciliar. Permite avaliar a regularidade das trompas, o seu contorno, o diâmetro e a permeabilidade. A histerossalpingografia (HSG) tem sido o método de eleição para o estudo das anomalias müllerianas. A sua conjugação com a ecografia aumenta significativamente a sua sensibilidade.

A histeroscopia diagnóstica é muito útil para avaliação pré-operatória por permitir a visualização directa da cavidade uterina, constitui também um complemento fundamental na avaliação dos fibromiomas submucosos, permitindo a sua classificação de acordo com o grau de penetração na parede uterina.

A laparoscopia é habitualmente realizada em regime de ambulatório e foi considerada o exame padrão para diagnóstico da patologia tubária e peritoneal.

Recentemente, esta ideia é questionada por alguns estudos que compararam os resultados da laparoscopia com os da HSG. Assim, a avaliação das mulheres sem história de doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, cirurgia pélvica ou sintomatologia compatível com endometriose, pode ser efectuada pela HSG (menos invasiva e mais custo-efectiva), ficando esta reservada para as situações com indicação cirúrgica complementar.

A ressonância magnética permite uma avaliação mais exacta da topografia e volume dos fibromiomas, nomeadamente para estabelecer a relação dos miomas com a zona juncional e contribuir para determinar a indicação cirúrgica no contexto da infertilidade.

III- ENDOMETRIOSE

A endometriose é classicamente definida como a presença de glândulas endometriais e estroma

em localização ectópica. Afecta 6-10% das mulheres em idade reprodutiva.

Pode apresentar-se primariamente em três formas: peritoneal; ovárica, (endometriomas) e rectovaginal. As formas mais graves de endometriose são as de localização extra pélvica.

Os principais sintomas são a dismenorreia, a dispareunia, a dor pélvica crónica, irregularidades menstruais e ou infertilidade. O antigénio CA-125 é utilizado como marcador da actividade e evolução da endometriose

A sua histopatogénese mantém-se ao longo dos anos ainda uma incógnita. Existem várias teorias: refluxo menstrual retrógrado; restos embrionários Müllermanos; disseminação hematogénica ou linfática; células estaminais que se diferenciavam em células endometriais.

Sendo a teoria do refluxo menstrual a que melhor explica a disseminação das células endometriais na pelve, tem de existir no entanto outros factores que permitem a sobrevivência e a subsequente implantação das células endometriais.⁽¹⁰⁾

A endometriose comporta-se como uma doença inflamatória pélvica com aumento macrófagos e de diferentes tipos de citocinas que medeiam o processo inflamatório e aumentam o stress oxidativo.⁽¹¹⁾

O diagnóstico faz-se pela história clínica complementado pela ecografia pélvica, ressonância magnética e em situações com indicação cirúrgica pela Laparoscopia que permite a confirmação diagnóstica e a terapêutica

IV- IDIOPÁTICA

Em 10-15% dos casais com infertilidade não se identifica a causa. Poderão coexistir múltiplos factores ainda mal identificados como doenças do foro médico, infecções não diagnosticadas, alterações ao nível do metabolismo dos folatos, aumento do stress oxidativo e da fragmentação de DNA dos espermatozoides ou alterações intrínsecas dos próprios gâmetas. Estas situações clínicas mal caracterizadas geram muita ansiedade aos casais, pelo que após corrigidas as anomalias identificadas, devem ser propostos para estimulação da ovulação e para técnicas de PMA em caso de insucesso da primeira.⁽¹²⁾

BIBLIOGRAFIA

1. CDC – Center for Disease Control (<http://www.rscnewengland.com/>)
2. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol.* 2003;157(3):185-94.
3. Uslu IM, Nassar AH. Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. *Am J Perinatol.* 2008;25(8):4399-404
4. De Rosa M, Zarrilli S, Paesano L, Carbone U, Boggia B, Petretta M, Maisto A, Cimmino F, Puca G, Colao A, Lombardi G. Traffic pollutants affect fertility in men. *Hum Reprod.* 2003 May;18(5):1055-61.
5. Nestler JE, Powers LP, Matt DW, Steingold KA, Plymate SR, Rittmaster RS, Clore JN, Blackard WG. A direct effect of hyperinsulinemia on serum sex hormone-binding globulin levels in obese women with the polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 1991 Jan;72(1):83-9.
6. Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction* vol. 23, No3 pp462-477, 2008
7. Taylor HS, Block K, Bick DP, Sherins RJ, Layman LC. Mutation analysis of the EMX2 gene in Kallmann's syndrome. *Fertil Steril* 2000 Oct;74(4):851. Shering RJ
8. Amir Lass: Investigation of the infertile couple for assisted conception. 01/2004; In book: *A Textbook of In Vitro fertilization and Assisted Reproduction.*, Edition: 3, Chapter: 2, Publisher: Parthenon Publishing, Editors: Brinsden P.
9. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update.* 1999 Sep-Oct;5(5):433-47
10. Richard O. Burney, M.D., M.Sc., and Linda C. Giudice, M.D., Ph. D. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and Sterility.* Vol.98, No.3, September 2012 0015-0282.
11. Gonzalez-Ramos R, Defrère S, Devoto L. Nuclear factor-kappaB: a main regulator of inflammation and cell survival in endometriosis pathophysiology. *Fertil Steril* 2012;98:520-8.
12. Aktan G, Doğru-Abbasoğlu S, Küçükgergin C, Kadioğlu A, Ozdemirler-Erata G, Koçak-Toker N. Mystery of idiopathic male infertility: is oxidative stress an actual risk?. *Fertil Steril.* 2013 Apr;99(5):1211-5.

TRATAMENTO MÉDICO E CIRÚRGICO DO FACTOR MASCULINO

Bruno Jorge Pereira

Assistente Hospitalar de Urologia
Unidade de Medicina de Reprodução
C.H.C.B. - Hospital Pêro da Covilhã

“There is nothing more important to life than reproduction.”. (in Smith, Coward and Lipshultz, Urol Clin N Am 2014; 41: 19-37)

A infertilidade e o seu tratamento é um desafio para médicos e doentes. Gera, praticamente em todos os casos, sentimentos de frustração, angústia, desilusão, culpabilidade e depressão. Pela sua complexidade e diversidade de processos em causa deve ser encarada por uma *Unidade de Medicina Reprodutiva* que congregue uma equipa multidisciplinar. O homem na parelha infértil raramente procura ajuda médica e os casais em que o elemento masculino tem alterações significativas do espermograma é regularmente direcionado para técnicas de procriação medicamente assistida, criando um bypass à avaliação do factor masculino⁽¹⁾. É consensual que o factor masculino está envolvido em 50% dos casos de infertilidade conjugal sendo responsável exclusivo em 30% dos casos⁽²⁾. Neste capítulo pretende-se não só rever as principais terapêuticas médicas e cirúrgicas do homem infértil mas também evidenciar a relevância de um Andrologista dedicado à avaliação, diagnóstico e tratamento do factor masculino.

A infertilidade masculina pode dever-se a causas pré-testiculares e endócrinas, falências testiculares, alterações genéticas e causas obstrutivas e pós-testiculares. Mesmo com uma criteriosa avaliação, 30-40% dos homens inférteis observados em consulta permanecem sem uma causa específica para o seu problema (*infertilidade idiopática*). O progressivo decréscimo da qualidade seminal a que se tem assistido nos últimos 40 anos pode dever-se à crescente utilização de telemóvel, consumo de opióides, tabaco e marijuana, elevadas taxas de obesidade e sedentarismo, poluição ambiental e aquecimento global^(3,4,5,6,7).

Tratamento das Causas Pré-Testiculares e Endócrinas

O potencial androgénico masculino reduz-se com a idade e o hipogonadismo hipergonadotrófico ou primário é uma causa relevante de hipoespermatogénese. Por outro lado, o hipogonadismo hipogonadotrófico, caracterizado por níveis de gonadotropinas (LH e FSH) muito baixos ou mesmo indetectáveis bem como níveis igualmente reduzidos de testosterona, é um motivo menos comum de disfunção testicular e infertilidade.

O tratamento da disfunção endócrina na infertilidade masculina inclui a eliminação de potenciais disruptores endócrinos, incluindo a suplementação com testosterona exógena (ou suplementos com fitoestrogénios vegetais análogos da testosterona ou estrogénios), a causa mais comum de hipofuncionamento testicular pela inibição direta do eixo hipotálamo-hipófise-testicular e inibição indireta pelo estradiol aromatizado periféricamente. A medicação específica do doente com hipogonadismo depende do perfil hormonal individual, embora a estimulação pituitária do testículo se mantenha como esteio da terapêutica endócrina.

ESQUEMA DE TRATAMENTO SIMPLIFICADO					
CONDIÇÃO	GNRH	LH	FSH	TESTOSTERONA	TRATAMENTO
Testosterona Exógena Neoplasia de Células de Leydig	↓	↓	↓	↑	Remover a fonte
Hipogonadismo Hipogonadotrófico (ex: Síndrome de Kallmann)	↓	↓	↓	↓	hCG ou hMG
Neoplasia Pituitária (ex: Prolactinoma)	↓	↓	↓	↓	Bromocriptina, Cabergolina, Cirurgia ou Radioterapia
Falência Testicular (ex: Síndrome de Klinefelter)	↑	↑	↑	↓	Testosterona e Anastrozole

Adaptado de Hotaling JM, Patel Z. Urol Clin N Am 2014; 41: 39-53

O hipogonadismo hipogonadotrófico pode ser induzido por hiperprolactinémia ou por anomalias tiroideas, pelo que a correspondente correção geralmente resolve as alterações do espermograma^(8,9). O tratamento médico dos prolactinomas é preconizado com agonistas dopaminérgicos, bromocriptina 2,5 a 10 mg diários ou cabergolina 0,5 a 1 mg bissemanalmente.

Os fármacos modificadores seletivos dos receptores estrogénicos, clomifeno e tamoxifeno e os inibidores da aromatase (anastrozole e letrozole) são habitualmente utilizados no tratamento da disfunção endócrina masculina com o objectivo de inibir a acção dos estrogénios na hipófise permitindo uma elevação, por feedback negativo, da FSH e LH e consequentemente da testosterona intratesticular⁽¹⁰⁾. Recomenda-se uma dose inicial de 25 ou 50 mg de clomifeno que pode ser ajustada até 100 mg por dia, dependendo do valor matinal da testosterona biodisponível (pretende-se atingir um valor 210 ng/dL). Alguns estudos demonstraram o benefício do clomifeno mesmo em azoospermias não obstrutivas (até 64,3% de recuperação de espermatozóides no ejaculado) ou como neoadjuvante de TESE e microTESE, aumentando o seu rendimento^(11,12). Nos doentes com hipogonadismo hipogonadotrófico ou com reduções paroxísticas da testosterona secundárias à terapêutica com clomifeno poderá ser necessária uma estimulação direta com hCG que tem uma atividade biológica semelhante à LH. A hCG é administrada por via subcutânea ou intramuscular e doses entre 1500 e 2500 UI 3 vezes por semana são habitualmente suficientes para atingir os níveis desejados de testosterona^(13,14). No entanto, e principalmente em casos de hipogonadismo hipogonadotrófico congénito, poderá ser necessário administrar também FSH recombinante ou o seu análogo, hMG nas doses de 37,5 a 75 UI 3 vezes por semana, também por via parentérica^(15,16).

A eficácia terapêutica deve ser regularmente monitorizada com o doseamento da testosterona total e estradiol e com o cálculo da testosterona biodisponível (é necessário o doseamento da SHBG e da albumina) após 2 semanas de tratamento até titulação e posteriormente de 3 em 3 meses, juntamente com espermogramas.

Tratamento das Causas Testiculares, Genéticas e Idiopáticas

O varicocele é uma das causas mais frequentes de dano testicular progressivo (35% dos doentes com infertilidade primária e 81% dos doentes com infertilidade secundária (17)) e o seu tratamento motiva, ainda hoje, grande controvérsia. No entanto, a evidência demonstra que a varicocelectomia é mais custo-efetiva do que uma IIU ou uma FIV e que resulta num decréscimo do stress oxidativo testicular^(18,19,20). De acordo com as diretrizes da *American Association of Urology*

é imperativo o tratamento dos varicoceles quando se verificarem os seguintes pressupostos:

- O varicocele é palpável ao exame objectivo;
- O casal tem infertilidade documentada;
- A companheira tem fertilidade normal ou uma causa corrigível de infertilidade;
- O doente apresenta alterações no espermograma⁽²¹⁾;

Os varicoceles assintomáticos, subclínicos e com parâmetros seminais normais não têm, à partida, indicação para serem corrigidos.

A resolução definitiva do varicocele tem por objectivo bloquear a drenagem venosa espermática interna do testículo sem interferir com a artéria espermática interna, vasos deferenciais e respectivos canais linfáticos e inclui técnicas cirúrgicas ou embolização venosa percutânea sob controlo radiológico. A correção cirúrgica do varicocele efetua-se por abordagem retroperitoneal aberta (*Palomo*) ou laparoscópica, inguinal (*Ivanissevich*) e sub-inguinal (*Marmar*)^(22,23,24,25). As últimas duas podem ser apoiadas por microscopia e ecodoppler intraoperatório. A embolização percutânea tem taxas de eficácia ligeiramente inferiores às terapêuticas cirúrgicas – 85–95%^(26,27).

Na presença de azoospermia não obstrutiva associada a varicocele deve ponderar-se o escasso benefício da correção do varicocele versus TESE imediata – a taxa de gravidez espontânea é inferior a 6% e a maioria dos doentes necessitarão de colheita de gâmetas para técnicas de procriação medicamente assistidas^(28,29). A ansiedade do casal e o atraso na resolução do seu problema não devem ser desconsiderados na decisão terapêutica.

Alguns casos de infertilidade testicular são irreversíveis e não é possível recuperar gâmetas. Neste grupo enquadram-se o síndrome das bolsas escrotais vazias, a anorquidia bilateral adquirida (por torção, lesão vascular, trauma ou infecção), alguns casos de aplasias de células germinativas e as microdeleções completas do cromossoma Y no *locus* AZFa ou AZFb (30,31,32). Estes doentes devem ser encaminhados para técnicas de procriação medicamente assistidas com espermatozóides de dador ou adopção. Pelo contrário, nos doentes azoospermicos com deleções em AZFc vale a pena avançar para uma TESE ou microTESE uma vez que se recuperam espermatozóides em 43 a 72% dos casos^(33,34,35).

A disfunção testicular associada à criptorquidia está na dependência da perda progressiva das células germinativas que se acentua após os 2 anos de idade. Embora fora do alcance de uma consulta de infertilidade já que se trata de uma anomalia congénita, nunca é demais relembrar que a orquidopexia se deve concretizar, com objectivo de preservação da fertilidade, preferencialmente até ao 2º ano de idade da criança. Mesmo após este período e embora sem garantias de capacidade reprodutiva futura, a cirurgia é imperativa visto que estes indivíduos estão sujeitos a um risco carcinogénico 5 a 10 vezes superior à população geral.

Não há terapêutica que melhore a espermatogénese nos casos de alterações genéticas (Klinefelter XXY, síndrome do Macho XX, síndrome do Supermacho XYY e microdeleções do Cromossoma Y) pelo que as hipóteses reprodutivas nestes indivíduos passam por técnicas de procriação medicamente assistidas com o devido aconselhamento genético prévio.

Por se tratarem de moléculas direta ou indiretamente gonadotóxicas por alterarem a produção de androgénios ou a microestrutura do espermatozóide ou ainda por interferência na ejaculação, os seguintes medicamentos devem ser suspensos ou evitados no indivíduo com alterações do espermograma: anti-hipertensores bloqueadores dos canais de cálcio, espirolactona e alfa-bloqueantes, sulfassalazina, colchicina, alopurinol, cetoconazol, nitrofurantoína, cimetidina, valproato, lítio, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos e metadona.

Grande parte dos doentes com situações inflamatórias ou infecciosas genitourinárias são assintomáticos. A resposta inflamatória é geradora de radicais livres de oxigénio e amplificada por linfócitos e macrófagos através da libertação de citocinas, interleucinas e factores de crescimento

que colidem com os intrincados e delicados processos de divisão e maturação celular, produção de secreções lubrificantes anexas e trânsito das células germinativas no aparelho reprodutor. Não existe correlação entre os níveis de piospermia e bacteriospermia e os níveis elevados de leucócitos no esperma podem ocorrer na presença de tabagismo, exposição a tóxicos ambientais, álcool, maquiagem, alguns medicamentos, cirurgias genitourinárias bem como em circunstâncias de autoimunidade^(36,37,38,39). No entanto, na ausência de um método mais fidedigno e igualmente não invasivo para avaliação de inflamação genitourinária, devemos continuar a utilizar a concentração elevada de leucócitos no esperma como marcador de inflamação/infecção e nesse sentido a utilização de antibióticos, anti-inflamatórios (indometacina, naproxeno) e antioxidantes pode efetivamente conduzir a uma redução dos leucócitos espermáticos e a uma melhoria da qualidade seminal, principalmente em alguns grupos de risco (ex: a *Chlamydia trachomatis* atinge uma prevalência na ordem dos 38–42% nas populações sul-americana e africana) ou em doentes sintomáticos. Os melhores resultados parecem advir da terapêutica com antibióticos geralmente selecionados de forma empírica, mas que habitualmente incluem esquemas de doxiciclina ou quinolonas, que devem ser administrados ao casal. Não se recomenda terapêutica com cotrimoxazol pelo potencial efeito espermatotóxico das sulfonamidas. Durante o período de tratamento recomendam-se ejaculações regulares (pelo menos 3 por semana).

Os dados sobre a terapêutica empírica com gonadotropinas, moduladores dos receptores estrogénicos e inibidores da aromatase a aplicar nos casos de falência testicular (níveis de FSH e LH elevados com testosterona baixa) são contraditórios e por isso a sua aplicação clínica deve ser limitada até novas evidências⁽³⁰⁾.

Uma vez que o stress oxidativo poderá estar na base de grande parte dos casos de infertilidade idiopática, é fundamental desencorajar o tabagismo, promover o controlo rigoroso de eventuais comorbilidades (obesidade, diabetes, hipertensão arterial) bem como um estilo de vida saudável aliando exercício regular, uma alimentação rica em frutas, legumes, verduras frescas e cereais integrais evitando o consumo de proteínas animais e gorduras. A suplementação com antioxidantes e outros nutracêuticos (arginina, carnitina, coenzima Q10, ácido fólico, glutathione, licopeno, ómega 3, selénio, zinco e vitaminas A, C e E) poderão ser benéficos, com riscos mínimos e custo reduzido, em indivíduos devidamente selecionados embora não exista consenso em relação ao tipo e dosagens a usar. Contudo os melhores resultados parecem advir da combinação de vários agentes mas o seu uso indiscriminado deve ser evitado^(40,41).

Tratamento das Causas Pós-Testiculares e Obstrutivas

A evolução das técnicas de procriação medicamente assistida, que culminou em 1992, ano em que Palermo publicou o primeiro caso de um bebé nascido através da ICSI, permitiram um potencial de paternidade a uma grande proporção de indivíduos azoospermicos, quer de origem obstrutiva, quer de origem secretora⁽⁴²⁾. Não obstante e por se revelarem procedimentos com um benefício custo-efetivo em relação às técnicas de procriação medicamente assistidas, as reconstruções microcirúrgicas e a TURED devem manter-se como terapêuticas de primeira linha na resolução das azoospermias obstrutivas. As reanastomoses microcirúrgicas exigem magnificação, material cirúrgico delicado e fios de sutura delgados. São efetuadas sob anestesia geral, dada a demora habitual dos procedimentos, e a técnica depende do local obstrutivo: *vasoepididimostomias*, *vasovasostomias* e *TURED*. Processos obstrutivos ao nível da rete testis não são passíveis de correção. A reconstrução pode ser unilateral ou bilateral mas os melhores resultados (patência e taxas de gravidez) são alcançados com anastomoses bilaterais. As taxas de permeabilidade variam entre 70 e 99,5% nos casos de vasovasostomias e 30 a 90% nas vasoepididimostomias com respectivas taxas de gravidez entre 36 e 92% e 20 e 50%^(43,44,45). Em qualquer dos casos, devem

ser colhidos e criopreservados espermatozoides previamente à reconstrução microcirúrgica para ICSI no caso de falência da cirurgia⁽⁴⁶⁾. O sucesso da recanalização depende de factores pré e intraoperatórios: anormal histologia testicular concomitante, ausência de espermatozoides do fluido epididimário ou vasal e fibrose extensa do epidídimo.

Quando se identifica uma obstrução dos ductos ejaculadores, a TURED é o procedimento de eleição. A resseção transuretral resolve situações de atresia dos ductos ejaculadores, obstruções pós-inflamatórias ou pós-cirúrgicas dos canais ou quando um ou ambos estão bloqueados por quistos do utrículo, quistos ou cálculos das vesículas seminais. O uso concomitante de ecografia transrectal per-operatória torna o procedimento mais seguro. Permite a aspiração do conteúdo seminal e a instilação de azul de metileno nas vesículas seminais. É fundamental que se confirme, previamente à correção cirúrgica, a presença de espermatozoides nas vesículas seminais. E ato contínuo, devem ser criopreservados. Durante a resseção, a ecografia permite controlar a profundidade do corte e evitar lesões do recto. O fluxo de azul-de-metileno ou a opacificação das vesículas seminais e canais deferentes durante a realização de uma vesiculodeferentografia pelos orifícios estabelecidos após a TURED documentam o sucesso do procedimento⁽³⁰⁾. Deve evitar-se a utilização excessiva de electrocoagulação.

A taxa de complicações desta técnica ronda os 20%. Felizmente as mais frequentes são *minor* e autolimitadas e incluem hemoespermia, hematúria, infecções urinárias, epididimite. Apesar de raras também se podem verificar: ejaculação retrógrada, perfuração rectal e incontinência urinária.

A colheita de gâmetas para utilização em técnicas de PMA são, de momento, a única opção em indivíduos com ausência congénita bilateral dos canais deferentes ou com síndrome de Young.

Os doentes submetidos a cirurgias retroperitoneais ou pélvicas (linfadenectomia retroperitoneal no tratamento do cancro do testículo, reconstrução aortoiliaca, cirurgia colorectal, cirurgia prostática e do cólo vesical), traumatismos vertebro-medulares, doenças neurológicas (esclerose múltipla, mielite transversa, mielodisplasias) ou neuropatia diabética apresentam, com frequência, disfunção ejaculatória associada (anejaculação e ejaculação retrógrada). Alterações ejaculatórias podem também suceder em doentes medicados com alfa-bloqueantes e antidepressivos, motivo pelo qual devem ser descontinuados. Os simpaticomiméticos orais, anticolinérgicos e anti-histamínicos poderão ser úteis na resolução do compromisso funcional ejaculatório e no incremento de tónus do cólo vesical. Contudo não são eficazes nas causas anatómicas adquiridas e nas condições neurológicas só são efetivos em estadios precoces e em lesões parciais. Em Portugal estão disponíveis, para este efeito, a midodrina (2,5 a 5 mg 2 vezes por dia), a pseudoefedrina com tripolidina (pseudoefedrina 60 mg e tripolidina 2,5 mg 4 vezes por dia) e imipramina (25 mg 2 vezes por dia), isolados ou em combinação. Nos casos mais complexos (anatómicos adquiridos e neurogénicos graves) é necessário recorrer a estimulação peniana vibratória, electroestimulação por via transrectal e técnicas de colheita de espermatozoides testiculares ou epididimários.

Com o advento das técnicas de reprodução medicamente assistidas e uma vez que a terapêutica com corticosteróides sistémicos não foi, até à data, comprovadamente eficaz, não está indicada a pesquisa de anticorpos anti-espermatozoides nos casos de suspeita de infertilidade de causa imunitária⁽⁴⁷⁾.

Técnicas de Colheita de Espermatozoides

A *TESA*, descrita por *Lewin* em 1996, é uma técnica relativamente simples em que se utiliza uma agulha de 18 a 21G conectada a um sistema de pressão negativa constante com o objectivo de captar espermatozoides por picada testicular (48). As punções devem ser efetuadas paralelamente à rete testis com o objectivo de reduzir a possibilidade de complicações, nomeadamente hemorrágicas. Este procedimento pode ser executado sob anestesia local e desencadeia menor

dor pós-cirúrgica quando comparada com a TESE (49). Por outro lado, a eficácia na recuperação de gâmetas (7 a 60%) parece ser inferior à da cirurgia aberta^(49,50,51,52,53,54). As técnicas de mapeamento permitem um incremento na taxa de detecção de espermatozoides (50% com 8 a 14 punções escrotais, 60% com 18 punções escrotais^(55,56,57).

A TESE convencional (Schoysman et al., 1993), sob anestesia local, regional ou geral, com incisão única ou múltipla, permite uma amostragem significativamente maior de polpa testicular em relação à TESA e por isso uma maior probabilidade de identificar espermatozoides (58). Em termos teóricos e tendo em conta o carácter pontual da espermatogénese em indivíduos com azoospermias não obstrutivas, as colheitas múltiplas (*versus* incisão única mais alargada) seriam mais assertivos, embora este aspecto esteja ainda por comprovar^(59,60,61,62).

A *microTESE*, técnica descrita em 1999 por Peter Schlegel (Weill Cornell Medical College, Nova Iorque), tem como objectivo identificar, seleccionar e recolher, sob ampliação óptica (15 a 25x), os túbulos seminíferos com sinais de espermatogénese ativa (mais amplos e opacos). Neste procedimento o testículo é exteriorizado através de uma pequena incisão escrotal e é amplamente exposto através de uma incisão transversal da túnica albugínea sem lesar a rete testis, removendo cerca de um sétimo do tecido colhido em TESE convencional. A taxa de recolha de gâmetas com a *microTESE* é superior à da TESE convencional, mesmo quando usado como um procedimento de salvação após 1 ou 2 biopsias prévias negativas^(63,64,65).

As complicações potenciais incluem hematomas, fibrose intratesticular e hipogonadismo ou atrofia gonádica. São ocorrências comuns às técnicas de biopsia descritas. Cerca de 5% dos indivíduos com azoospermias secretoras submetidos a colheita cirúrgica de gâmetas poderá vir a necessitar de suplementação androgénica^(66,67,68,69,70,71).

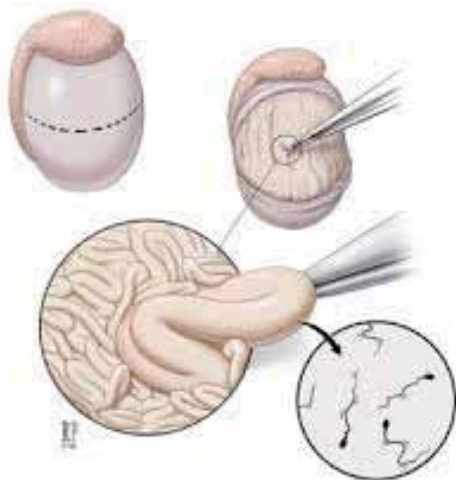


Imagem do Google de *microTESE* – origem:
<http://www.southwestvasectomyreversal.com/testicular-microdissection/>

Os espermatozoides podem ser recolhidos também no epidídimo: PESA e MESA. Estas técnicas são preferencialmente utilizadas em casos de azoospermias obstrutivas em que a espermatogénese está preservada.

Qualquer que seja o método de eleição para a obtenção de gâmetas viáveis nas azoospermias não obstrutivas, a ICSI com colheita a fresco, em detrimento do uso de espermatozoides criopreservados, resulta em maiores taxas de gravidez^(72,73,74). O mesmo não se aplica no caso de espermatozoides provenientes de indivíduos com azoospermias obstrutivas e nestes casos não é necessário sincronizar a colheita de espermatozoides com a colheita de ovócitos^(75,76).

BIBLIOGRAFIA

- Smith RP, Coward RM, Lipschultz LI. The Office Visit. **Urol Clin N Am** 2014; 41: 19–37
- Thonneau P, Marchand S, Tallec A, et al. Incidence and Main Causes of Infertility in a Resident Population (1,850,000) of Three French Regions (1988–1989). **Hum Reprod** 1991;6(6):811–6.
- Fronczak CM, Kim ED, Barqawi AB. The Insults of Illicit Drug Use on Male Fertility. **J Androl** 2012; 33(4):515–28.
- Meri ZB, Irshid IB, Migdadi M, et al. Does Cigarette Smoking Affect Seminal Fluid Parameters? A Comparative Study. **Oman Med J** 2013;28(1):12–5.
- Palmer NO, Bakos HW, Fullston T, et al. Impact of Obesity on Male Fertility, Sperm Function and Molecular Composition. **Spermatogenesis** 2012;2(4): 253–63.
- <http://www.epa.gov/airtrends/aqtrrends.html>
- Hansen J, Sato M, Ruedy R. Perception of Climate Change. **Proc Natl Acad Sci USA** 2012;109(37): E2415–23.
- Bolyakov A, Paduch DA. Prolactin in Men's Health and Disease. **Curr Opin Urol** 2011;21(6): 527–34.
- Rajender S, Monica MG, Walter L, et al. Thyroid, Spermatogenesis, and Male Infertility. **Front Biosci (Elite Ed)** 2011;3:843–55.
- Sussman EM, Chudnovsky A, Niederberger CS. Hormonal Evaluation of the Infertile Male: Has It Evolved? **Urol Clin North Am** 2008;35(2):147–55.
- Hussein A, Ozgok Y, Ross L, et al. Clomiphene Administration for cases of Nonobstructive Azoospermia: a Multicenter Study. **J Androl** 2005; 26(6):787–91.
- Hussein A, Ozgok Y, Ross L, et al. Optimization of Spermatogenesis-Regulating Hormones in Patients with Non-Obstructive Azoospermia and its Impact on Sperm Retrieval: a Multicentre Study. **BJU Int** 2013;111(3):E110–4.
- Vicari E, Mongioi A, Calogero AE, et al. Therapy with Human Chorionic Gonadotrophin Alone Induces Spermatogenesis in Men with Isolated Hypogonadotropic Hypogonadism – Long-Term Follow-up. **Int J Androl** 1992;15(4):320–9.
- Kliesch S, Behre HM, Nieschlag E. High Efficacy of Gonadotropin or Pulsatile Gonadotropin-Releasing Hormone Treatment in Hypogonadotropic Hypogonadal Men. **Eur J Endocrinol** 1994;131(4):347–54.
- Burgués S, Calderón MD. Subcutaneous Selfadministration of Highly Purified Follicle Stimulating Hormone and Human Chorionic Gonadotrophin for the Treatment of Male Hypogonadotropic Hypogonadism. Spanish Collaborative Group on Male Hypogonadotropic Hypogonadism. **Hum Reprod** 1997;12(5):980–6.
- Yang L, Zhang SX, Dong Q, et al. Application of Hormonal Treatment in Hypogonadotropic Hypogonadism: More Than Ten Years Experience. **Int Urol Nephrol** 2012;44(2):393–9.
- Gorelick JI, Goldstein M. Loss of Fertility in Men with Varicocele. **Fertil Steril** 1993;59:613.
- Mostafa T, Anis TH, El-Nashar A, et al. Varicocelectomy Reduces Reactive Oxygen Species Levels and Increases Antioxidant Activity of Seminal Plasma from Infertile Men with Varicocele. **Int J Androl** 2001; 24: 261–5.
- Schlegel PN. Is Assisted Reproduction the Optimal Treatment for Varicocele-Associated Male Infertility? A Cost-Effectiveness Analysis. **Urology** 1997;49: 83–90.
- Penson DF, Paltiel AD, Krumholz HM, et al. The Cost-Effectiveness of Treatment for Varicocele Related Infertility. **J Urol** 2002;168:2490–4.
- Sharlip ID, Jarow JP, Belker AM. AUA Best Practice Policy: Report on Varicocele and Infertility. Baltimore (MD): **American Urological Association Inc.** 2001.
- Palomo A. Radical Cure of Varicocele by a New Technique: Preliminary Report. **J Urol** 1949;61:604–7.
- Ivanissevich O. Left Varicocele Due to Reflux: Experience with 4,470 Operative Cases in Forty-Two Years. **J Int Coll Surg** 1960;34:742–55

24. Marmar JL, Kim Y. Subinguinal Microsurgical Varicocelectomy: A Technical Critique and Statistical Analysis of Semen and Pregnancy Data. **J Urol** 1994;152:1127–32.
25. AL-Kandari AM, Shabaan H, Ibrahim HM, et al. Comparison of Outcomes of Different Varicocelectomy Techniques: Open Inguinal, Laparoscopic, and Subinguinal Microscopic Varicocelectomy: A Randomized Clinical Trial. **Urology** 2007;69:417–20.
26. Nabi G, Asterlings S, Greene DR, et al. Percutaneous Embolization of Varicoceles: Outcomes and Correlation of Semen Improvement with Pregnancy. **Urology** 2004;63:359–63.
27. Ferguson JM, Gillespie IN, Chalmers N, et al. Percutaneous Varicocele Embolization in the Treatment of Infertility. **Br J Radiol** 1995;68:700–3.
28. Weedon JW, Khera M, Lipshultz LI. Varicocele Repair in Patients with Nonobstructive Azoospermia: a Meta-Analysis. **J Urol** 2010;183:2309.
29. Berookhim BM, Schlegel PN. Azoospermia Due to Spermatogenic Failure. **Urol Clin N Am** 2014; 41: 97–113.
30. A. Jungwirth, T. Diemer, G.R. Dohle et al. Guidelines on Male Infertility. **European Association of Urology** 2013: 16–18.
31. Hopps CV, Mielnik A, Goldstein M, et al. Detection of Sperm in Men with Y Chromosome Microdeletions of the AZFa, AZFb and AZFc Regions. **Hum Reprod** 2003;18:1660.
32. Choi JM, Chung P, Veeck L, et al. AZF Microdeletions of the Y Chromosome and in vitro Fertilization Outcome. **Fertil Steril** 2004;81:337.
33. Oates RD, Silber S, Brown LG, et al. Clinical Characterization of 42 Oligospermic or Azoospermic Men with Microdeletion of the AZFc Region of the Y Chromosome, and of 18 Children Conceived Via ICSI. **Hum Reprod** 2002;17:2813.
34. Choi DK, Gong IH, Hwang JH, et al. Detection of Y Chromosome Microdeletion is Valuable in the Treatment of Patients with Nonobstructive Azoospermia and Oligoasthenoteratozoospermia: Sperm Retrieval Rate and Birth Rate. **Korean J Urol** 2013;54:111
35. Dabaja AA, Schlegel PN. Microdissection Testicular Sperm Extraction: An Update. **Asian J Androl** 2013;15:35.
36. Domes T, Lo KC, Grober ED, et al. The Incidence and Effect of Bacteriospermia and Elevated Seminal Leukocytes on Semen Parameters. **Fertil Steril** 2012;97(5):1050–5.
37. Wolff H. The Biologic Significance of White Blood Cells in Semen. **Fertil Steril** 1995;63(6):1143–57.
38. Yanushpolsky EH, Politch JA, Hill JA, et al. Is Leukocytospermia Clinically Relevant? **Fertil Steril** 1996; 66(5):822–5.
39. Close CE, Roberts PL, Berger RE. Cigarettes, Alcohol and Marijuana are Related to Pyospermia in Infertile Men. **J Urol** 1990;144(4):900–3.
40. Ferraz L., **Antioxidantes e Infertilidade Masculina**. Actualizações em Infertilidade Masculina | Sociedade Portuguesa de Andrologia, 2010 (1ª Edição): 69–70.
41. Ko EY, Sabanegh ES. The Role of Nutraceuticals in Male Infertility. **Urol Clin N Am** 2014; 41: 181–193.
42. Palermo G, Joris H, Devroey P, et al. Pregnancies After Intracytoplasmic Injection of Single Spermatozoon Into an Oocyte. **Lancet** 1992; 340:17.
43. Goldstein M, Li PS, Matthews GJ. Microsurgical Vasovasostomy: the Microdot Technique of Precision Suture Placement. **J Urol** 1998;159:188–90.
44. Kolettis PN, Fretz P, Burns JR, et al. Secondary Azoospermia after Vasovasostomy. **Urology** 2005; 65:968–71.
45. Kolettis PN, Thomas AJ Jr. Vasoepididymostomy for Vasectomy Reversal: A Critical Assessment in the Era of Intracytoplasmic Sperm Injection. **J Urol** 1997;158:467–70.
46. Schroeder-Printzen I, Zumbe G, Bispink L, et al. Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration: Aspirate Analysis and Straws Available After Cryopreservation in Patients with Non-Reconstructable Obstructive Azoospermia. MESA/TESE Group Giessen. **Hum Reprod** 2000 15(12):2531–5.
47. **Norma Direção Geral de Saúde, Saúde Reprodutiva** | Infertilidade | Cuidados de Saúde Hospitalares, Lisboa DGS 2011: 14
48. Lewin A, Weiss DB, Friedler S, et al. Delivery Following Intracytoplasmic Injection of Mature Sperm Cells Recovered by Testicular Fine Needle Aspiration in a Case of Hypergonadotropic Azoospermia Due to Maturation Arrest. **Hum Reprod** 1996;11:769.
49. Tournaye H. Surgical Sperm Recovery for Intracytoplasmic Sperm Injection: Which Method is to be Preferred? **Hum Reprod** 1999;14(Suppl 1):71.
50. Friedler S, Raziel A, Strassburger D, et al. Testicular Sperm Retrieval by Percutaneous Fine Needle Sperm Aspiration Compared with Testicular Sperm Extraction by Open Biopsy in Men With Non-Obstructive Azoospermia. **Hum Reprod** 1997;12:1488.
51. Ezeh UI, Moore HD, Cooke ID. A Prospective Study of Multiple Needle Biopsies versus a Single Open Biopsy For Testicular Sperm Extraction in Men With Non-Obstructive Azoospermia. **Hum Reprod** 1998; 13:3075.
52. Rosenlund B, Kvist U, Ploen L, et al. A Comparison Between Open and Percutaneous Needle Biopsies in Men With Azoospermia. **Hum Reprod** 1998;13:1266.
53. Khadra AA, Abdulhadi I, Ghunain S, et al. Efficiency of Percutaneous Testicular Sperm Aspiration as a Mode of Sperm Collection for Intracytoplasmic Sperm Injection in Nonobstructive Azoospermia. **J Urol** 2003;169:603.
54. Hauser R, Yogev L, Paz G, et al. Comparison of Efficacy of Two Techniques for Testicular Sperm Retrieval in Nonobstructive Azoospermia: Multifocal Testicular Sperm Extraction versus Multifocal Testicular Sperm Aspiration. **J Androl** 2006;27:28.
55. Beliveau ME, Turek PJ. The Value of Testicular 'Mapping' in Men With Non-Obstructive Azoospermia. **Asian J Androl** 2011;13:225.
56. Turek PJ, Ljung BM, Cha I, et al. Diagnostic Findings From Testis Fine Needle Aspiration Mapping in Obstructed and Nonobstructed Azoospermic Men. **J Urol** 2000;163:1709.
57. Meng MV, Cha I, Ljung BM, et al. Relationship Between Classic Histological Pattern and Sperm Findings on Fine Needle Aspiration Map in Infertile Men. **Hum Reprod** 1973;15:2000.
58. Schoysman R, Vanderzwalmen P, Nijs M, et al. Pregnancy After Fertilisation With Human Testicular Spermatozoa. **Lancet** 1993;342:1237.
59. Fahmy I, Kamal A, Mansour R, et al. Single Large Testicular Biopsy is Comparable to Multiple Biopsies to Retrieve Spermatozoa in Patients With Nonobstructive Azoospermia. **Fertil Steril** 2000;74:S86.
60. Hauser R, Botchan A, Amit A, et al. Multiple Testicular Sampling in Non-Obstructive Azoospermia – Is it Necessary? **Hum Reprod** 1998;13:3081.
61. Dadkhah F, Hosseini SJ, Sadighi Gilani MA, et al. Optimal Number of Biopsies and Impact of Testicular Histology on the Outcome of Testicular Sperm Extraction. **Urol J** 2013;10:795.
62. Amer M, Haggag SE, Moustafa T, et al. Testicular Sperm Extraction: Impact of Testicular Histology on Outcome, Number of Biopsies to be Performed and Optimal Time for Repetition. **Hum Reprod** 1999;14:3030.
63. Ramasamy R, Schlegel PN. Microdissection Testicular Sperm Extraction: Effect of Prior Biopsy on Success of Sperm Retrieval. **J Urol** 2007;177:1447
64. Tsujimura A, Miyagawa Y, Takao T, et al. Salvage Microdissection Testicular Sperm Extraction After Failed Conventional Testicular Sperm Extraction in Patients With Nonobstructive Azoospermia. **J Urol** 2006;175:1446.
65. Kalsi J, Thum MY, Muneer A, et al. In the Era of Micro-Dissection Sperm Retrieval (M-TESE) is an Isolated Testicular Biopsy Necessary in the Management Of Men With Non-Obstructive Azoospermia? **BJU Int** 2012;109:418.
66. Okada H, Dobashi M, Yamazaki T, et al. Conventional versus Microdissection Testicular Sperm Extraction for Nonobstructive Azoospermia. **J Urol** 2002;168:1063.

67. Tsujimura A, Matsumiya K, Miyagawa Y, et al. Conventional Multiple or Microdissection Testicular Sperm Extraction: A Comparative Study. **Hum Reprod** 2002;17:2924.

68. Ramasamy R, Yagan N, Schlegel PN. Structural and Functional Changes to the Testis After Conventional versus Microdissection Testicular Sperm Extraction. **Urology** 2005;65:1190.

69. Amer M, Ateyah A, Hany R, et al. Prospective Comparative Study Between Microsurgical and Conventional Testicular Sperm Extraction in Nonobstructive Azoospermia: Follow-Up By Serial Ultrasound Examinations. **Hum Reprod** 2000;15:653.

70. Schlegel PN, Su LM. Physiological Consequences of Testicular Sperm Extraction. **Hum Reprod** 1997; 12:1688.

71. Everaert K, De Croo I, Kerckhaert W, et al. Long Term Effects of Micro-Surgical Testicular Sperm Extraction on Androgen Status in Patients With Non Obstructive Azoospermia. **BMC Urol** 2006;6:9.

72. Friedler S, Raziel A, Soffer Y, et al. Intracytoplasmic injection of Fresh and Cryopreserved Testicular Spermatozoa in Patients With Nonobstructive Azoospermia – A Comparative Study. **Fertil Steril** 1997;68:892.

73. Prins GS, Dolgina R, Studney P, et al. Quality of Cryopreserved Testicular Sperm in Patients With Obstructive and Nonobstructive Azoospermia. **J Urol** 1999;161:1504.

74. Kalsi J, Thum MY, Muneer A, et al. Analysis of the Outcome of Intracytoplasmic Sperm Injection Using Fresh or Frozen Sperm. **BJU Int** 2011;107:1124.

75. Anger JT, Gilbert BR, Goldstein M. Cryopreservation of Sperm: Indications, Methods and Results. **J Urol** 2003;170:1079–84.

76. Janzen N, Goldstein M, Schlegel PN, et al. Use of Electively Cryopreserved Microsurgically Aspirated Epididymal Sperm with IVF and Intracytoplasmic Sperm Injection for Obstructive Azoospermia. **Fertil Steril** 2000;74:696–701.

Abreviaturas:

- FIV – Fertilização in Vitro
- ICSI – Injeção Intracitoplasmática Do Espermatozóide (IntraCytoplasmatic Sperm Injection)
- IUI – Inseminação Intra-Uterina (Intrauterine Insemination)
- MESA – Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration
- PESA – Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration
- TESA – TEsticular Sperm Aspiration
- TESE – TEsticular Sperm Extraction
- microTESE – Microscopic TEsticular Sperm Extraction
- TURED – Transurethral Ressection of the Ejaculatory Ducts

TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO DO FACTOR FEMININO

Graça Pinto

Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
 Unidade de Medicina da Reprodução
 Maternidade Alfredo da Costa

I. FACTOR UTERINO

1. Malformações Uterinas

As malformações uterinas constituem um grupo heterogéneo de anomalias congénitas resultantes de alterações no desenvolvimento dos canais de Muller. Estas anomalias podem ser assintomáticas ou cursar com disfunção sexual, amenorreia primária, dismenorreia e afectar o processo reprodutivo por diversos mecanismos^(1,2). Os úteros septado, bicórneo ou didelfos têm uma influência significativa na reprodução, associando-se a um aumento de risco de aborto, aborto de repetição, parto prematuro, apresentações fetais anómalas e subfertilidade. Estas malformações afectam cerca de 2 a 3,8% da população geral⁽²⁾, têm uma incidência semelhante na população infértil mas são mais frequentes nas mulheres com abortos de repetição (6–38%)⁽³⁾.

A classificação das malformações Mullerianas proposta pela Sociedade Americana de Fertilidade (AFS) em 1988 é a mais aceite (Figura 1).

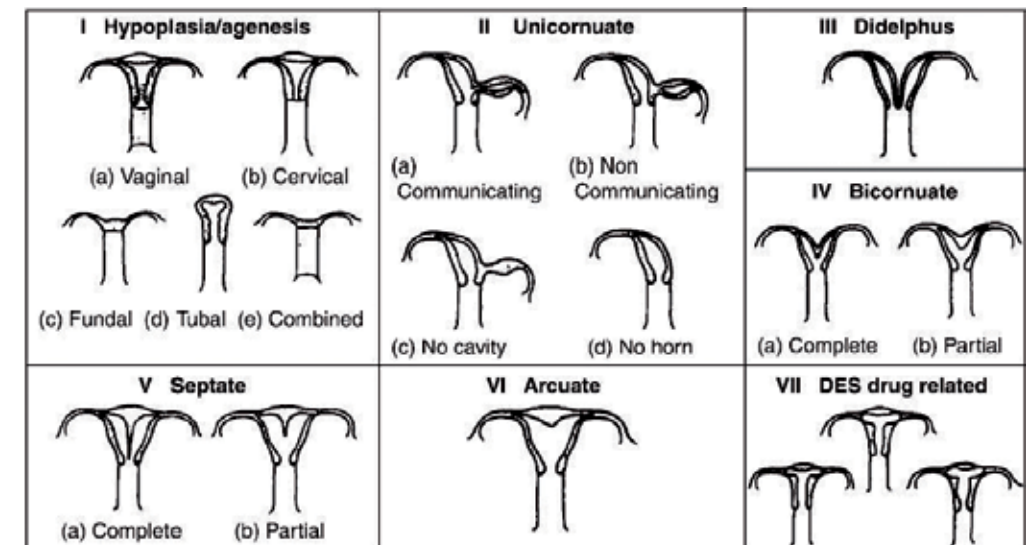


Figura.1: Classificação da Sociedade Americana de Fertilidade (Fertil Steril 1988;49:944-55).

- Do ponto vista reprodutivo a indicação terapêutica coloca-se em algumas destas situações:
- Útero Unicórneo com corno uterino funcionante⁽¹⁾ – ressecção cirúrgica por laparoscopia

ou laparotomia para evitar gravidez ectópica ou endometriose pélvica por refluxo nos casos de corno funcionante mas não comunicante.

- Útero Didelfos – nos casos sintomáticos ou com obstrução pode estar indicada a excisão do septo vaginal concomitante ou a hemi-histerectomia; a metroplastia tem benefícios controversos e só muito raramente poderá ser considerada⁽¹⁾.
- Útero Bicórneo – não está associado a problemas reprodutivos significativos e geralmente não requer cirurgia. Nos casos em que o útero bicórneo está associado a aborto recorrente ou parto prematuro poderá ser efectuada uma metroplastia. A técnica mais usada é a metroplastia de Strassmann (ressecção em cunha do fundo uterino com unificação das cavidades). Nos casos de útero bicórneo parcial associados a infertilidade poderá efectuar-se a ressecção histeroscópica do componente intra-uterino do tabique de separação. Esta intervenção permite aumentar a capacidade da cavidade e consequentemente melhora os resultados.
- Útero Septado – O útero septado pode ser facilmente corrigido e está fortemente associado a problemas reprodutivos^(1,4). São candidatas a correcção cirúrgica do septo as mulheres com história de abortos recorrentes, perda fetal do segundo trimestre ou parto prematuro. Os estudos não indicam a remoção electiva do septo em mulheres assintomáticas ou antes da primeira gravidez, mas está indicada nos casos de infertilidade, particularmente antes das técnicas de procriação medicamente assistida^(1,4). O procedimento cirúrgico de eleição é a ressecção histeroscópica do septo que actualmente não exige o controlo laparoscópico antigamente preconizado, desde que o diagnóstico tenha sido claramente confirmado por ecografia ou RM. A utilização do histeroscópio com um canal acessório para tesoura ou uma ponta electrocoagulação bipolar (como o *Versapoint*) evita a necessidade de dilatação cervical exigida pelo ressectoscópio. Cirurgiões experientes podem efectuar esta ressecção histeroscópica em regime ambulatorio, sem necessidade de utilizar o bloco operatório. Ainda que os estudos não tenham encontrado vantagens significativas na administração de estro-progestativos após a correcção histeroscópica, muitos clínicos continuam a preconizá-la. Os dados publicados mostram uma marcada melhoria dos parâmetros reprodutivos após a ressecção do septo, com elevação das taxas de gravidez a termo e nados vivos para níveis normais.
- Útero Arcuato – geralmente não tem indicação cirúrgica mas pode ser considerada a sua ressecção histeroscópica nos casos de falha sucessiva de implantação, aborto recorrente ou perda fetal.
- Útero em T (após DES) – a metroplastia histeroscópica com tesoura ou ponta de electrocirurgia parece estar indicada nos casos de história de infertilidade ou aborto recorrente. O procedimento consiste em efectuar incisões laterais nos bordos da cavidade, desde a região ístmica em direcção aos orifícios tubários, de forma a restaurar tanto quanto possível a morfologia da cavidade uterina. Os dados publicados mostram que esta técnica melhora o prognóstico obstétrico⁽⁵⁾.

2- Fibromiomas

Os fibromiomas uterinos (miomas) são tumores benignos com origem na célula muscular lisa. Os estrogénios têm sido considerados o estímulo mais importante para o crescimento dos miomas mas estudos mais recentes sugerem um papel importante da progesterona no seu desenvolvimento. Constituem os tumores ginecológicos mais frequentes, podendo ser diagnosticados em 20 a 40% das mulheres em idade reprodutiva.

Na maioria dos casos os fibromiomas são assintomáticos. No entanto, cerca de 30% podem

provocar manifestações clínicas variáveis consoante a sua localização, a dimensão e o número. Os sintomas podem incluir hemorragia uterina, dor pélvica, massa pélvica, sintomatologia de compressão dos órgãos adjacentes (polaquiúria ou tenesmo). Os fibromiomas quando muito grandes ou múltiplos podem distorcer a relação entre as estruturas pélvicas prejudicando a captação dos óvulos, podem modificar directamente a fisiologia da musculatura uterina alterando o seu padrão normal de contractilidade, podem alterar o tamanho e forma da cavidade uterina e podem interferir na vascularização do endométrio, o que pode prejudicar a implantação embrionária e diminuir a taxa de gravidez clínica causando infertilidade.

Fibromiomas submucosos

De acordo com a literatura, os fibromiomas submucosos estão indubitavelmente associados a uma redução significativa da taxa gravidez. Assim, não existem dúvidas quanto à necessidade de remoção cirúrgica nas situações de infertilidade, previamente a técnicas de Procriação Medicamente Assistida e nos casos de abortamentos de repetição. Diversos estudos demonstram que a miomectomia de fibromiomas submucosos aumenta a taxa de gravidez⁽⁶⁻⁸⁾. A histeroscopia cirúrgica/ressectoscopia constituem as técnicas de eleição para o tratamento dos fibromiomas submucosos. Estas técnicas utilizam preferencialmente ansas com energia bipolar e sistemas de fluxo contínuo dos meios de distensão⁽⁹⁾. Em casos de fibromiomas muito volumosos ou com menos de 50% do seu volume intracavitário pode ser prudente fasear o procedimento.

A utilização pré-operatória de agonista da GnRH com o objectivo de reduzir a vascularização e as dimensões do fibromioma bem como a vascularização endometrial já foi mais consensual. Um estudo recente⁽¹⁰⁾ não mostrou diferenças significativas nos resultados entre os grupos utilizadores e não utilizadores no que respeita à taxa de remoção completa, complicações e necessidade de reintervenção. Por outro lado, o uso dos agonistas poderia dificultar o procedimento por induzir estenose cervical e alterar a definição dos planos de dissecação.

A longo prazo podem surgir sinequias, particularmente nos casos de ressecção de múltiplos fibromiomas. Para prevenir o aparecimento destas sinéquias, alguns autores defendem a instilação de barreiras anti aderências, a prescrição de estrogénios/estro-progestativos ou a colocação de dispositivos intra-uterinos. Deve realizar-se uma histeroscopia de controlo cerca de dois meses após a cirurgia para desfazer eventuais aderências e avaliar a necessidade de repetir o procedimento.

Fibromiomas intramurais e/ou subserosos

Nenhum estudo mostrou uma diminuição das taxas de implantação e de gravidez clínica no caso de fibromiomas subserosos, pelo que não parece existir uma associação significativa entre estes e a infertilidade^(6,11). A associação entre fibromiomas intramurais e infertilidade é mais controversa e alguns estudos recentes parecem sugerir que podem diminuir as taxas de implantação e de gravidez, embora menos que os fibromiomas submucosos^(11,12).

Nos casos em que está indicado o tratamento destes fibromiomas a abordagem cirúrgica é a mais recomendada. No entanto, é importante ponderar cuidadosamente a indicação cirúrgica na medida em que a miomectomia pode implicar morbilidade significativa: infecção, hemorragia com necessidade de transfusão, aderências pós-operatórias, aumento do risco de rotura uterina em gravidezes futuras bem como o aumento do parto por cesariana.

A cirurgia parece estar indicada nos casos de infertilidade sem outra causa aparente, nas situações em que há distorção da cavidade uterina ou em que o fibromioma interfere com a zona juncional, nos casos de fibromioma com 5 cm ou mais⁽¹³⁾ ou quando se verificam falhas sucessivas dos tratamentos de infertilidade.

A opção entre laparoscopia e laparotomia depende de factores como o número, tamanho e localização dos fibromiomas mas, sobretudo, da experiência do cirurgião e da disponibilidade do equipamento adequado. O prognóstico das gestações em mulheres que foram submetidas a miomectomia laparoscópica é comparável com o das ocorridas após miomectomia por laparotomia^(14,15). A miomectomia por laparoscopia proporciona uma recuperação mais rápida e está geralmente associada a menor perda de sangue e formação de aderências.

Actualmente não está preconizado o uso prévio de agonistas GnRH. Estudos recentes⁽¹⁶⁾ demonstraram que não se verifica uma diminuição da hemorragia intra-operatória e que a excisão dos fibromiomas pode ser mais difícil pela perda dos planos de clivagem condicionando um aumento da recorrência e aumentando o risco de conversão da laparoscopia em laparotomia.

O *Acetato de Ulipristal* (um modulador selectivo dos receptores da progesterona) foi recentemente aprovado para o tratamento pré-cirúrgico dos miomas uterinos pela sua acção antiproliferativa e apoptótica directa nos fibromiomas. Este fármaco tem duas mais-valias: a redução significativa do volume dos miomas e o rápido controlo da hemorragia, permitindo restaurar os níveis de hemoglobina das mulheres. Estes dois factos permitem que a cirurgia seja feita com maior segurança e de forma menos invasiva. A redução do volume conduz ainda a uma diminuição da pressão pélvica e, conseqüentemente, da dor^(17,18). Em alguns casos, a cirurgia poderá mesmo ser evitada.

Em 1995 foi introduzida a embolização das artérias uterinas, uma técnica minimamente invasiva, para reduzir o volume do útero e dos fibromiomas, conseguindo um alívio dos sintomas relacionados. Esta técnica, controlada radiologicamente, consiste na embolização das artérias uterinas (de cujos ramos deriva a vascularização dos miomas) por micropartículas introduzidas através da artéria femoral. Têm sido descritas diversas complicações desta abordagem: infecção, insuficiência renal pelo contraste, oligomenorreia, amenorreia, sinéquias uterinas e falência ovárica⁽¹⁹⁾. Numa revisão recente de vários estudos⁽²⁰⁾ analisaram-se as complicações surgidas em gravidezes após embolização das artérias uterinas e constatou-se um maior risco de aborto, parto pré-termo, hemorragia e probabilidade de cesariana, em comparação com um grupo controle com fibromiomas. Considera-se que a embolização das artérias uterinas está absolutamente contra-indicada na infertilidade e tem contra-indicação relativa nas mulheres que pretendem preservar a fertilidade⁽²¹⁾.

II. FACTOR TUBÁRIO

O factor tubário representa cerca de 40% da infertilidade feminina e constitui a indicação mais óbvia para a fertilização *in vitro* (FIV). A doença inflamatória pélvica é a principal causa de doença tubária, seguida da endometriose e das aderências devidas a cirurgia pélvica prévia⁽²²⁾. Qualquer destas situações está associada à formação de aderências e distorção das trompas que ficam fixas e sem capacidade para captar do óvulo. Por outro lado, podem conduzir à obstrução tubária impedindo o processo de fertilização. A compressão mecânica por fibromiomas ou as anomalias congénitas são menos frequentes. A obstrução tubária distal pode conduzir à dilatação tubária com acumulação de líquido (hidrossalpinge). Esta situação está associada a piores resultados na FIV, com redução de até 50% na taxa de implantação, gravidez clínica e nascimentos e aumento das taxas de perda fetal precoce.

Os objectivos da cirurgia tubária incluem o restabelecimento da anatomia tubo-ovárica e da permeabilidade de forma a promover a normal fertilização e o transporte do óvulo fertilizado para a cavidade uterina. A microcirurgia endoscópica requer experiência e, actualmente,

não se faz um grande investimento nesta área cirúrgica devido, sobretudo, aos bons resultados das técnicas de FIV e à cada vez maior facilidade com que se acede a estas técnicas. É fundamental conhecer correctamente o estado das trompas para decidir se a doente deve ser encaminhada directamente para a FIV ou se pode ser submetida previamente a alguma cirurgia tubária, conservadora ou radical, com o objectivo de melhorar as taxas de gravidez e implantação. Outro aspecto a ter em conta é a idade da mulher e a sua reserva ovárica, não devendo atrasar-se a realização de técnicas mais rápidas e com melhores resultados que a cirurgia.

As técnicas cirúrgicas utilizadas na patologia tubária dependem da região afectada e podem incluir:

- Adesiólise – remoção de aderências para restabelecer a mobilidade das trompas e a normal relação destas com os ovários. Apenas a adesiólise de aderências laxas e avasculares tem efeito benéfico nas taxas de gravidez pelo que, em caso de aderências extensas, se deve optar por técnicas de procriação medicamente assistida⁽²³⁾.
- Recanalização tubária – nos casos de laqueação tubária prévia (clips, anéis de Yoon, electrocoagulação e corte por via laparoscópica ou técnica de Pomeroy por laparotomia) a recanalização pode ser uma solução para a mulher voltar a tentar engravidar. A destruição tubária é menor com os clips e os anéis e mais extensa com a electrocoagulação. Desta forma, a taxa de gravidez após a recanalização é maior nas duas primeiras situações e menor nos casos em que a laqueação usou a electrocoagulação. A viabilidade da recanalização tubária depende das características da porção distal da trompa, do estado das fimbrias e do comprimento do segmento ístmico-ampular ou ampular remanescente que deverão ser avaliados antes do procedimento. A reanastomose ístmico-ístmica é a que obtém maior taxa de gravidez (81%). As taxas de gravidez ectópica estão entre 6 e 11%, de acordo com diferentes estudos⁽²⁴⁾.
- Fimbrioplastia/Salpingostomia – Estão indicadas nos casos de patologia tubária distal (que representam cerca de 85% dos casos de infertilidade de origem tubária). A fimbrioplastia pretende restaurar a função do pavilhão tubário e só deve ser realizada se a mucosa tubária estiver íntegra e não existirem aderências do segmento ampular. Consiste no corte e exérese das aderências infundibulares. A taxa de gravidez intra-uterina após a fimbrioplastia atinge os 40% e a taxa de gravidez ectópica varia entre 4,7 e 22%. A salpingostomia consiste na realização de uma abertura na trompa com obstrução distal. Após distensão da hidrossalpinge com solução de contraste injectada por sonda intra-uterina, faz-se uma incisão em cruz numa zona avascular e procede-se à eversão da camada mucosa. A indicação cirúrgica depende da integridade da mucosa tubária, da idade da mulher e da sua função ovárica⁽²⁴⁾. A salpingostomia terá bons resultados quando a mucosa é normal e não existem aderências. Nos casos em que existem aderências extensas da mucosa deve optar-se pela FIV.
- Salpingectomia – Actualmente preconiza-se a salpingectomia prévia à FIV nos casos de patologia tubária bilateral ou quando a hidrossalpinge é visível na ecografia⁽²⁵⁾. Os mecanismos que explicam o efeito deletério da hidrossalpinge nos resultados da FIV são vários⁽²⁴⁾: efeito mecânico de expulsão dos embriões pelo refluxo uterino do líquido tubário, efeito embrio-tóxico directo do líquido, diminuição da receptividade endometrial. Assim, a salpingectomia (ou a laqueação tubária laparoscópica nos casos em que a salpingectomia é tecnicamente difícil) poderia eliminar estes efeitos e normalizar a taxa de gravidez. Em alternativa, nomeadamente nos casos com contra-indicação para laparoscopia, poderá efectuar-se a aspiração transvaginal do líquido da hidrossalpinge, que obteve resultados contraditórios em diversos estudos⁽²⁶⁾, ou a oclusão tubária via histeroscópica com Essure®^(27,28) ou por coagulação⁽²⁹⁾.

III. ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma doença comum que permanece um dos problemas ginecológicos mais enigmáticos. Define-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, sobretudo na cavidade pélvica. Afecta 6 a 10% das mulheres em geral, mas é mais frequente no grupo de mulheres com infertilidade (até 50%) e atinge os 70% em mulheres com dor pélvica crónica.

A apresentação clínica da endometriose é variada, podendo chegar a ser uma doença física e psicologicamente debilitante. A mulher pode referir queixas de dismenorrea, dor pélvica independente da menstruação, dispareunia profunda, infertilidade e sensação de massa pélvica. A disúria e a dor com os movimentos intestinais podem ser outras manifestações.

Hoje em dia aceita-se que a infertilidade associada à endometriose é multifactorial⁽³⁰⁻³²⁾, tendo sido identificados vários mecanismos pelos quais esta doença interfere com a reprodução: distorção anatómica e obstrução tubária, oligo-anovulação, inadequação endometrial, disfunção imunológica, resposta inflamatória do peritónio^(33,34). Também a dor pélvica e a dispareunia profunda, por interferirem na actividade sexual do casal, podem comprometer a reprodução. Os endometriomas, pela ocupação de espaço e/ou pela reactividade, podem reduzir a quantidade de tecido ovárico funcional, o que pode ser agravado por eventuais cirurgias. O possível efeito da endometriose ovárica na qualidade ovocitária ainda está em debate.

Os objectivos do tratamento da endometriose incluem remover os implantes endometriais, restabelecer a anatomia e prevenir ou atrasar a progressão da doença. As abordagens terapêuticas variam desde expectante até à terapêutica combinada médico/cirúrgica. A opção depende da queixa principal (infertilidade, dor e massas pélvicas) e da paciente desejar ou não preservar a fertilidade.

Tratamento Médico da Endometriose

Existem diversas modalidades para o tratamento médico da endometriose: anti-inflamatórios não esteróides (AINE), estro-progestativos cíclicos ou contínuos, progestativos, Danazol, agonistas da GnRH (com ou sem terapêutica de add-back), entre outros.

Os contraceptivos orais (CO) são provavelmente a medicação mais utilizada para tratar a endometriose. Habitualmente são utilizados contraceptivos orais de baixa dosagem, de forma cíclica ou contínua, por 6 a 9 meses. Um estudo randomizado e controlado recente demonstrou a superioridade dos CO sobre o placebo na diminuição da intensidade da dismenorrea e do volume dos endometriomas. A ovulação e a menstruação restabelecem-se em 4 a 6 semanas após a interrupção do tratamento.

Vários estudos demonstraram a eficácia dos progestativos isolados (acetato de medroxiprogesterona e sistema intra-uterino com levonorgestrel) no controlo da dor associada à endometriose. Está também demonstrada a sua capacidade para diminuir a extensão da doença.

Os agonistas da GnRH causam uma supressão da secreção de gonadotrofinas pela hipófise, com declínio dos estrogénios para valores semelhantes aos da menopausa ao fim de 3 a 6 semanas de administração, conduzindo a atrofia endometrial e amenorrea. Os efeitos colaterais incluem afrontamentos, insónias, irritabilidade e cefaleias (tal como acontece na menopausa). A osteoporose é um risco potencial em caso de tratamento prolongado, pelo que a exposição não deve ser superior a seis meses. Para obviar os efeitos indesejáveis do hipoestrogenismo no metabolismo ósseo e no sistema vascular, foi proposta a administração concomitante de estro-progestativos (terapêutica de *add-back*). Demonstrou-se a capacidade destes fármacos para diminuição da extensão da doença e alívio da dor mas, mais uma vez, não foi demonstrada qualquer vantagem relativamente à taxa de gravidez.

A síntese de prostaglandinas (PG) pelo endométrio ectópico poderá ser a responsável por sintomas característicos de endometriose como a dor pélvica e a dismenorrea. Os AINE ao inibirem a biossíntese de PG podem aliviar estes sintomas, sendo recomendados como abordagem de primeira linha em mulheres com sintomatologia moderada.

O Danazol é um derivado isoxazol da 17 α -etiniltestosterona. Actua atenuando o pico da hormona luteinizante, inibindo múltiplas enzimas envolvidas na esteroidogénese e aumentando a testosterona livre circulante. Resulta num estágio de anovulação crónica com hiperandrogenismo. Tem numerosos efeitos colaterais, na maioria relacionados com a actividade androgénica da droga (aumento de peso, aumento da massa muscular, acne, engrossamento da voz, alterações da libido...), alguns dos quais não revertem com a interrupção da toma, pelo que o seu uso clínico é limitado. A eficácia na diminuição dos implantes e da dor é inquestionável mas infelizmente não parece melhorar a infertilidade.

A terapêutica médica da endometriose consegue diminuir a dor e a extensão da doença (com exclusão das aderências pélvicas). Contudo, até à data, nenhuma abordagem médica conseguiu aumentar as taxas de gravidez em mulheres com infertilidade associada à endometriose.

Tratamento Cirúrgico da Endometriose

A abordagem cirúrgica para alívio da dor associada à endometriose pode ser encarada como um tratamento de primeira linha ou pode efectuar-se após falha dos tratamentos médicos. Em mulheres que têm dores, a terapêutica cirúrgica pode ser benéfica em todos os estádios de endometriose, variando de cirurgia conservadora para remoção dos implantes e restabelecimento da anatomia até à cirurgia definitiva (histerectomia com anexectomia bilateral). Os procedimentos cirúrgicos incluem excisão, electrocoagulação ou ablação laser dos implantes, excisão ou drenagem dos endometriomas, ressecção de nódulos recto-vaginais, lise de aderências e interrupção das vias nervosas (neurectomia pré-sagrada).

O tratamento cirúrgico pode ser efectuado por laparotomia ou laparoscopia, constituindo esta última a abordagem preferencial (menor traumatismo dos tecidos, menor formação de aderências, menor taxa de complicações, menos tempo de internamento com melhor recuperação das pacientes).

Em mulheres com endometriose III ou IV associada a dismenorrea intensa e dor pélvica crónica, a terapêutica médica pós-operatória com agonistas GnRH ou CO mostrou-se eficaz no controlo da dor, aumentando o intervalo de tempo entre a cirurgia e a recorrência dos sintomas.

Abordagem da Infertilidade Associada à Endometriose

Até à data, todas as formas de tratamento médico da endometriose bloqueiam a função ovárica e são, portanto, contraceptivas. Estes agentes são eficazes para tratamento da dor e reduzem o risco de recorrência dos sintomas após a cirurgia. Porém, contrariamente ao que se pensava anteriormente, a fecundidade não aumenta após terminar o tratamento. Portanto, o tratamento médico não está indicado para a infertilidade associada à endometriose, quer como terapêutica isolada quer após a cirurgia, nem deve atrasar a aplicação das terapêuticas efectivas.

A questão sobre a remoção cirúrgica das lesões endometrióticas aumentar ou não as hipóteses de gravidez espontânea é complexa. Parte do problema resulta do facto de existirem diferentes formas de endometriose (superficial, endometriomas ou endometriose infiltrante profunda) e diferentes tipos de cirurgia. Num estudo efectuado em 222 mulheres submetidas a cirurgia por diferentes graus de endometriose e sem outra causa de infertilidade, a taxa cumulativa de gravidez foi de cerca de 30% e 50% aos 18 e 36 meses, respectivamente. A probabilidade de concepção não foi influenciada pelo estadio da endometriose. De acordo com um estudo de 2008 a excisão

laparoscópica de endometriomas com mais de 3 cm, quando comparada com a drenagem ou vaporização, resulta numa maior taxa de concepção.

A eficácia da estimulação ovárica controlada associada a inseminação em mulheres com endometriose é questionável uma vez que foram reportados piores resultados nestas mulheres quando comparadas com mulheres com infertilidade de causa desconhecida. No entanto, um outro estudo revelou taxas de gravidez semelhantes quando se efectuava estimulação controlada e inseminação em mulheres com endometriose mínima ou ligeira ou com infertilidade inexplicada⁽³⁵⁾.

Uma revisão sistemática de três estudos randomizados que envolveram 165 mulheres inférteis com endometriose severa confirmou que a administração de agonistas GnRH por 3 a 6 meses antes da PMA aumenta significativamente a taxa de nascidos vivos. O mecanismo pelo qual os agonistas GnRH melhoram o prognóstico da PMA é incerto. Pode especular-se que a supressão ovárica prévia poderá corrigir as alterações do endométrio encontradas na endometriose, aumentando a receptividade daquele.

Os relatos do efeito da cirurgia no prognóstico da PMA são divergentes. Alguns mostram benefícios na endometriose profunda enquanto outros não encontram diferenças, nomeadamente no que se refere à cirurgia dos endometriomas. Outros estudos referem que o tratamento cirúrgico de endometriomas pode ser prejudicial, particularmente em mulheres com doença bilateral, com diminuição da reserva ovárica ou que já tenham sido operadas pelo mesmo motivo^(36,37).

Analisando os prós e contras da cirurgia dos endometriomas, os critérios a favor incluem reserva ovárica normal, ausência de cirurgia ovárica anterior, doença unilateral e crescimento rápido. Por outro lado, a cirurgia também é aconselhável se o endometrioma é muito grande ou se existem dúvidas quanto à sua natureza exacta. Não podemos esquecer, contudo, que a atitude conservadora pode implicar o aumento do risco de infecção no momento da punção ovárica.

Assim, com base nas vantagens da cirurgia e da PMA e de acordo com as recomendações da ESHRE/ASRM (European Society of Human Reproduction and Embryology/ American Society for Reproductive Medicine), em caso de infertilidade associada a endometriose, a cirurgia deve ser proposta precocemente porque o primeiro benefício é o de aumentar as probabilidades de concepção natural, independentemente do estadio da doença. Esta opção deverá ser cuidadosamente explicada às doentes. Será necessário considerar aspectos como a disponibilidade de tempo (é necessário esperar pelo menos um ano para maximizar as hipóteses de gravidez espontânea), a reserva ovárica e a capacidade de conceber naturalmente (função tubária e características espermáticas). Em caso de alteração da reserva ovárica, mulher com mais de 38 anos ou infertilidade de longa duração deve optar-se pela PMA logo à partida. Do mesmo modo, as alterações espermáticas ou tubárias incompatíveis com a gravidez espontânea são indicação para PMA imediata.

Entretanto, mesmo quando a cirurgia parece ser a abordagem indicada, deve ser oferecida a alternativa de PMA imediata. Em todos os casos os pacientes devem ser informados das vantagens e desvantagens de cada opção.

Quando se opta pelas técnicas de PMA a cirurgia é geralmente desnecessária. São excepções a presença de hidossalpinge ou de endometriomas de grandes dimensões. Nestes casos a PMA deve ter lugar imediatamente após a cirurgia.

BIBLIOGRAFIA

- Schorge JO, Schaffer JL, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Anatomic disorders. *William Gynecology*, McGraw Hill. 2008; 402-25.
- Raga F, Bauset C, Remohí, Bonilla-Musoles F, Simón C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod*. 1997;12:2277-81.
- Aboim L, Mendes N, Pinto G, Rosa D, Serrano F. Study of recurrent miscarriage – is hysterosalpingography necessary? *Acta Obstet Gynecol Port* 2013;7 (4):261-67.
- Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* 2000;73:1-14.
- Katz Z, Bem-Arie A, Lurie S, Manor M, Inslar V. Beneficial effect of hysteroscopic metroplasty on the reproductive outcome in a “t-shaped” uterus. *Gynecol Obstet Invest* 1996;41:41-3.
- Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and Infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril*. 2009;91(4):1215-23.
- Casini ML, Rossi F, Agostini R, Unfer V. Effects of the position of fibroids on fertility. *Gynecol Endocrinol*. 2006;22(2):106-9.
- Shoker T, El-Shafei M, Yousef H, Allam AF, Sadek E. Submucous myomas and their implications in the pregnancy rates of patients with otherwise unexplained primary infertility undergoing hysteroscopic myomectomy: a randomized matched control study. *Fertil Steril*. 2010;94(2):724-9.
- Brun JL, André G, Descat E, Creux H, Vigier J, Dallay D. Methods and efficacy of medical and surgical treatment of non functional enorrhagia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2008;37 Suppl 8:S368-83. French.
- Muzii L, Boni T, Bellati F, Marana R, Ruggiero A, Zullo MA, et al. GnRH analogue treatment before hysteroscopic resection of submucous myomas: a prospective, randomized, multicentre study. *Fertil Steril*. 2010;94(4):1496-9.
- Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from Conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(4):357-66.
- Stovall DW, Parrish SB, Van Voorhis BJ, Hahn SJ, Sparks AE, Syrop CH. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles: results of a matched follow-up study. *Hum Reprod*. 1998; 13:196-7.
- Oliveira FG, Abdelmassih VG, Diamond MP, Dozortsev D, Melo NR, Abdelmassih R. Impact of subserosal and intramural uterine fibroids that do not distort the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril*. 2004; 81:582-7.
- Stringer NH, Strassner HT, Lawson L, Oldham L, Estes C, Eduards M, et al. Pregnancy outcome after laparoscopic myomectomy with ultrasonic energy and laparoscopic suturing of the endometrial cavity. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2001; 8:129-36.
- Seracchioli R, Colombo FM, Bagnoli A, Govoni F, Missiroli S, Venturoli S. Laparoscopic myomectomy for fibroids penetrating the uterine cavity: is it a safe procedure? *BJOG*. 2003; 110:236-40.
- Vercellini P, Trespidi L, Zaina B, Vicentini S, Stellato G, Crosignani PG. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment before abdominal myomectomy: a controlled trial. *Fertil Steril*. 2003;79(6):1390-5.
- J. Donnez, T.F. Tatarchuck, P. Bouchard. “PEARL I Study Group. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment prior to surgery”; *The New England Journal of Medicine*. Vol. 366, nº 5: 409-420, 2012.
- J. Donnez, J. Tomaszewski, F. Vazquez. “PEARL II Study Group. Ulipristal acetate versus leucopride acetate for uterine fibroids”; *The New England Journal of Medicine*. Vol. 366, nº 5: 421-432, 2012.
- Berkane N, Moutafoff-Borie C. Impact of previous uterine artery embolization on fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010;22(3):242-7.
- Homer H, Saridogan E. Uterine artery embolization for fibroids is associated with an increased risk of miscarriage. *Fertil Steril*. 2010;94(1):324-30.

21. Committee on Gynecologic Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Uterine embolization. *Obstet Gynecol.* 2004;103(2):403-4.
22. McComb PF, Fleige-Zahradka BG. The Fallopian Tube: Pathophysiology. Infertility, evaluation and treatment. Philadelphia: WB Saunders Co. 1995;30:444-73.
23. Tulandi T, Collins JÁ, Burrows E, Jarrel JF, Mc Innes RA, Wrixon W, Simpson CW. Treatment dependent and treatment independent pregnancy among women with periadnexal adhesions. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162:354-7.
24. Camargo JF, Tocino A, Fernandez M. Cirurgia tubária endoscópica. *CMR* 2009; vol.15; nº3:53-64.
25. Strandell A, Lindhard A, Waldenstrom U et al. Hydrosalpinx and IVF outcome: cumulative results after salpingectomy in a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2001;16:2403-10.
26. Hammadih N, Coomarasamy A et al. Ultrasound-guided hydrosalpinx aspiration during oocyte collection improves pregnancy outcome in IVF: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2008;23:1113-17.
27. Galen DI. Utilization of the Essure microinsert for the treatment of the hydrosalpinx prior to IVF. *Fertil Steril.* 2007;88(suppl 1):16.
28. Hitkari JÁ, Singh SS, Shapiro HM, Leyland N. Essure treatment of hydrosalpinges. *Fertil Steril.* 2007;88:1663-6.
29. Darwish AM, El Saman AI. Is there a role for hysteroscopic tubal occlusion of functionless hydrosalpinges prior to IVF/ICSI in modern practice? *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2007;86:1484-9.
30. Burns WN, Schenken RS. Pathophysiology of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol* 1999;42:586-610.
31. Garrido N, Navarro J, Remohí J, Pellicer A. How does endometriosis affect infertility? *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003;30:181-192.
32. Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet* 2010;376:730-38.
33. Sharpe-Timms KL, Zimmer RL, Ricke EA, Piva M, Horowitz GM. Endometriotic haptoglobin binds to peritoneal macrophages and alters their function in women with endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78:810-19.
34. Mansour G, Aziz N, Sharma R, Falcone T, Goldberg J, Agarwal A. The impact of peritoneal fluid from healthy women and from women with endometriosis on sperm DNA and its relationship to the sperm deformity index. *Fertil Steril* 2009;92:61-67.
35. Werbrouck E, Spiessens C, Meuleman C, D'Hooghe T. No difference in cycle pregnancy rate and in cumulative live-birth rate between women with surgically treated minimal to mild endometriosis and women with unexplained infertility after controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination. *Fertil Steril* 2006;86:566-71.
36. Somigliana E, Arnoldi M, Benaglia L, Iemello R, Nicolosi AE, Ragni G. IVF_ICSI outcome in women operated on for bilateral endometriomas. *Hum Reprod* 2008;23:1526-30.
37. Garcia-Velasco JA, Somigliana E. Management of endometriomas in women requiring IVF: to touch or not to touch. *Hum reprod* 2009;24:496-501.

TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

Sara Pimentel

Embriologista Clínica

CEMEARE - Centro Médico de Assistência à Reprodução

Carlos E. Plancha

Director Laboratorial

CEMEARE - Centro Médico de Assistência à Reprodução

1. Introdução

A infertilidade conjugal, segundo a OMS, define-se como a ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares não protegidas. Esta situação afecta cerca de 15% dos casais (um em cada sete casais). Trata-se de uma situação bastante complexa para o casal, com repercussão em várias áreas da sua vida pessoal.

A avaliação dos diferentes factores causais de infertilidade conjugal deverá ser efectuada de forma atempada e baseia-se fundamentalmente em 3 parâmetros:

- **avaliação hormonal da competência ovárica:** avaliação da reserva ovárica e do potencial reprodutivo da mulher; inclui avaliações hormonais ao estradiol, FSH, LH e AMH, assim como estudo detalhado do ciclo menstrual da mulher.
- **avaliação das condições útero-tubárias:** poderá ser avaliada a permeabilidade das trompas e a cavidade uterina, obtendo-se informações relevantes para uma transferência embrionária adequada.
- **avaliação da função espermática:** a realização de um espermograma é fundamental para uma adequada avaliação da possível existência de um fator masculino; alterações na mobilidade, quantidade e/ou morfologia dos espermatozoides são responsáveis por falhas no processo de fertilização condicionando as probabilidades de gravidez.

A conduta terapêutica proposta e a aplicação das diferentes técnicas de Procriação Medicamente Assistida dependerão do diagnóstico do(s) factor(es) de infertilidade ou de sub-fertilidade.

Técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA)

As principais técnicas de PMA são a Inseminação Intra-Uterina e a Fertilização In Vitro, existindo depois diversas técnicas subsidiárias ou derivadas daquelas duas.

I- A Inseminação Intra-Uterina (IIU) conjugal, também conhecida como Inseminação Artificial Conjugal (IAC) consiste na introdução dos espermatozoides do marido no interior do útero da mulher (Figura 1). É uma abordagem de primeira linha e as principais indicações são a causa idiopática ou a existência de um fator masculino moderado. Para a sua realização



Figura 1: Inseminação Intra-Uterina (IIU).
Fonte de informação: CEMEARE

é necessário:

- 1. Monitorização da ovulação:** pode ser realizada em ciclo natural ou com estimulação hormonal mínima e controlada. O controlo do crescimento folicular é efectuado por análises de sangue e por ecografia. Em data adequada é desencadeada a ovulação e é programada a introdução do sêmen do marido, após preparação laboratorial, no interior do útero.
- 2. Colheita e preparação laboratorial do sêmen:** com selecção e concentração dos espermatozoides móveis pelo laboratório de embriologia; para selecção dos espermatozoides poderá ser utilizado o método do gradiente ou a técnica de swim-up.
- 3. Inseminação:** efectuada pelo médico ginecologista através de um fino cateter através do qual os espermatozoides preparados e concentrados são colocados no interior do útero, num procedimento semelhante a um exame ginecológico.

Nos casos de estimulação hormonal com gonadotrofinas, apesar de mínima e controlada, podem desenvolver-se vários folículos, com risco de ovulação múltipla, aumentando a probabilidade de gravidez gemelar em 15–20% dos casos ou, menos frequentemente, à decisão de cancelamento do ciclo.



Figura 2: Fertilização In Vitro (FIV).
Fonte de informação: CEMEARE

A Fertilização *in vitro* (FIV) consiste na fertilização extra-corporal dos ovócitos pelos espermatozoides, no subsequente desenvolvimento embrionário e na transferência de embriões para o útero (Figura 2). Esta técnica tem como principal indicação a existência de um fator feminino (tubário, uterino, endometriose). Podemos distinguir várias etapas neste processo:

- 1. Estimulação ovárica controlada do crescimento folicular:** com vista ao desenvolvimento e maturação de vários ovócitos. É efectuada com hormonas designadas por gonadotrofinas e é controlada através de análises de sangue e ecografias. Em data adequada é programada a colheita dos ovócitos após administração de uma injeção de outra hormona gonadotrófica (hCG), essencial para o amadurecimento final dos ovócitos. É importante nesta fase conseguir o desenvolvimento de vários folículos maduros, devendo-se ao mesmo tempo evitar a ocorrência de um quadro de hiperestimulação ovárica, que contudo pode ocorrer em menos de 1% dos casos.
- 2. Punção ovárica:** a aspiração folicular do ovário para colheita dos ovócitos é efectuada 35–36 horas após a injeção de hCG, por punção transvaginal do ovário sob controlo ecográfico. Este procedimento é realizado sob sedo-analgésia para minorar o desconforto, sob orientação do anestesista, e poderá ter uma duração de 10–20 minutos. O risco de complicação associado é muito baixo (0.1–0.2%). A mulher deverá fazer um recobro de cerca de 2–3 horas após a punção, após o qual ser-lhe-ão dadas instruções quanto à medicação a seguir e relativamente à data da transferência embrionária. Após alta, poderá regressar ao domicílio (sempre acompanhada).
- 3. Colheita e preparação do sêmen:** efectuada no dia da punção, devendo ter observado 2–3 dias de abstinência sexual. A preparação laboratorial do sêmen é realizada de imediato no laboratório de embriologia com selecção dos espermatozoides de acordo com a sua mobilidade e morfologia.
- 4. Fertilização *in vitro*:** efectuada após a colheita dos ovócitos e preparação dos espermatozoides. O líquido folicular colhido através da punção é levado ao laboratório de embriologia, onde são identificados os ovócitos e colocados em meio de cultura apropriado. Após preparação do sêmen e concentração dos espermatozoides móveis, procede-se à sua incubação conjunta com os ovócitos em condições fisiológicas adequadas (ambiente controlado de temperatura e CO₂).
- 5. Cultura Embrionária:** a avaliação do resultado da fertilização e do desenvolvimento embrionário ocorre até ao momento da transferência dos embriões. O desenvolvimento embrionário deverá ser o adequado de acordo com o tempo de cultura. Os embriões são avaliados de acordo com dois parâmetros principais: número e simetria dos blastómeros em função do tempo decorrido, e grau de fragmentação do embrião.
- 6. Transferência de Embriões:** realizada 2 ou 3 dias após a punção. O número de embriões transferidos vai depender da idade da mulher, da existência ou não de factor masculino, e da qualidade dos embriões obtidos, sendo contudo e em última análise dependente da decisão do casal. Transferem-se geralmente 1 a 2 embriões, uma vez que corresponde a uma melhor taxa de sucesso, com um baixo risco de gravidez múltipla. Em situações particulares poderá ter indicação a realização de cultura embrionária prolongada até ao 5º dia após a fertilização, com transferência para o útero de embriões que atingiram em cultura o estadio de blastocisto. O sucesso dependerá sobretudo da capacidade dos embriões se implantarem no endométrio. Os embriões a transferir são colocados num fino cateter que é depois introduzido no útero. Todo este procedimento é efectuado em gabinete de consulta, na presença do marido, sem qualquer tipo de analgesia. Na semana após a transferência a mulher poderá levar uma vida mais reservada, mas o repouso não é essencial.



Figura 3: Microinjeção de espermatozóide (ICSI).
Fonte de informação: CEMEARE

A Micro-injeção de espermatozóide designada por ICSI, do inglês “IntraCytoplasmic Sperm Injection” (injeção intracitoplasmática de espermatozóide), consiste numa especialização da técnica anterior em que o espermatozóide é introduzido (microinjectado) directamente no interior do citoplasma do ovócito (Figura 3). Trata-se de uma tecnologia iniciada em 1992 no Centro de Medicina da Reprodução da Universidade Livre de Bruxelas, mas que está hoje disponível em vários centros, tendo já permitido o nascimento de milhares de crianças em todo o mundo. Esta técnica tem como principal indicação os casos de infertilidade de causa masculina.

É um processo semelhante à FIV constando também de várias etapas, a maioria das quais são comuns:

1. Estimulação controlada do crescimento folicular
2. Colheita dos ovócitos
3. Colheita do sêmen
4. Procedimento laboratorial de preparação dos gâmetas (espermato-zóides e ovócitos): depois da identificação dos ovócitos, estes são libertados do seu invólucro de células foliculares e colocados em meio de cultura apropriado até ao momento da injeção. Procede-se à preparação dos espermatozóides. A micro-injeção dos espermatozóides nos ovócitos é realizada a 37°C sob visualização do operador num microscópio invertido provido de sistema de micromanipulação. Os espermatozóides são colocados em meio apropriado onde são imobilizados, aspirados para o interior de uma agulha de vidro esterilizada muito fina, e introduzidos individualmente em cada ovócito. Após a micro-injeção, os ovócitos regressam à estufa onde são incubados em meio de cultura apropriado até à transferência dos embriões.
5. Cultura Embrionária
6. Transferência dos embriões

Criopreservação de Embriões e Transferência de Embriões Criopreservados (TEC): caso existam embriões para além dos transferidos para o útero, estes poderão ser criopreservados para posterior transferência embrionária, permitindo nova tentativa de gravidez sem recurso a nova terapêutica de estimulação ovárica (Figura 4).



Figura 4: Transferência de Embriões Criopreservados (TEC).
Fonte de informação: CEMEARE

Criopreservação de gâmetas: a criopreservação de espermatozóides para preservação da fertilidade masculina está indicado fundamentalmente em situações de dificuldade na colheita de espermatozóides (pré-tratamento PMA), e em situações prévias a quimio- e/ou radioterapia. O desenvolvimento das técnicas de FIV e ICSI permitiram estender as indicações para este procedimento a amostras com reduzido número de espermatozóides (oligozoospermia). A criopreservação de ovócitos pode também ser realizada, reservando-se a sua indicação para casos particulares de impossibilidade de criopreservação de embriões ou para situações de preservação da fertilidade feminina em situações oncológicas. A criopreservação de tecido ovárico é ainda considerada uma técnica experimental, sendo a indicação para a sua realização restrita a situações patológicas muito particulares.



Figura 4: Maturação In Vitro de Ovócitos (IVM).
Fonte de informação: CEMEARE

Na técnica da Maturação *In Vitro* de Ovócitos (IVM, “*In Vitro* Maturation”), são colhidos pelo ginecologista ovócitos imaturos, que são amadurecidos em cultura, prosseguindo-se depois como uma técnica de microinjeção (ICSI) convencional (Figura 5). Nesta técnica não é efetuada qualquer estimulação ovárica ou esta é mínima. Esta técnica, em que o risco de hiperestimulação ovárica é quase inexistente, começa a ter cada vez mais indicações. O facto de a IVM permitir ultrapassar alguns constrangimentos associados à administração de gonadotrofinas exógenas, faz com que esta técnica seja encarada como uma alternativa válida para uma faixa muito específica de pacientes inférteis. Nesse sentido, à semelhança do que tem vindo a ser proposto pelas equipas pioneiras nesta área, tem-se enquadrado no tratamento IVM situações clínicas muito particulares. Na sua maioria são pacientes com elevado risco de desenvolver quadros de hiperestimulação ovárica, com síndrome dos ovários poliquísticos ou pacientes oncológicos indicados para quimio- ou radioterapia, este último caso tendo como objectivo a criopreservação de gâmetas.

A biópsia testicular múltipla designada por TESE, do inglês “Testicular Sperm Extraction” (extração de espermatozóides testiculares), consiste na colheita de tecido testicular, na observação/deteção de espermatozóides, e em casos positivos, na criopreservação do tecido testicular assim obtido. Posteriormente, o casal deverá entrar em ciclo de PMA por ICSI, sendo descongelados os fragmentos de tecido testicular, isolados os espermatozóides e microinjectados nos ovócitos. Este procedimento mais complexo (TESE-ICSI) tem indicação nos casos graves de infertilidade masculina, com ausência total de espermatozóides no ejaculado (azoospermia obstrutiva).

O Diagnóstico genético pré-implantação (DGPI), do inglês “Preimplantation Genetic Diagnosis - PGD”, consiste na avaliação das características cromossómicas ou monogénicas do embrião, através da aspiração e análise de uma ou duas das suas células (blastómeros) no 3º dia da cultura embrionária, preferencialmente no estadio de 8-células. Após resultado da análise genética são seleccionados para transferência e eventual criopreservação os embriões não portadores da alteração genética, sendo os restantes excluídos. Poderá ser indicação em situações de doenças genéticas hereditárias ou na previsibilidade de ocorrência de alterações cromossómicas do embrião.

Nalgumas situações de infertilidade poderá ser necessário recorrer à Doação de Gâmetas de acordo com os critérios estabelecidos internacionalmente e segundo as regras do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Para a doação de ovócitos estão indicadas as mulheres com falência ovárica (na sua maioria associada a uma idade avançada ou menopausa precoce), abortos de repetição ou risco de transmissão genética grave. A doação de espermatozóides está prevista para situações de azoospermias não obstrutivas, azoospermias após doença oncológica ou, em casos de riscos de transmissão hereditária de doença grave. A utilização de material biológico de terceiros em caso de doença genética deve ser previamente autorizada pelas entidades competentes e só deve ser considerada após serem esgotados todos os métodos terapêuticos alternativos com recurso ao material do próprio casal. As técnicas aplicadas nas situações de doação são as referidas anteriormente, nomeadamente a Fertilização *In Vitro* para o caso da doação de ovócitos, e a Inseminação Intra-Uterina para o caso da doação de espermatozóides.

BIBLIOGRAFIA

1. Jonathan Van Blerkom, Linda Gregory (2004) Essential IVF: Basic Research and Clinical Applications. Kluwer Academic Publishers.
2. M Cristina Magli, Etienne Van den Abbeel, Kersti Lundin, Dominique Royere, Josiane Van der Elst and Luca Gianaroli (2008) Revised guidelines for good practice in IVF laboratories. Hum Reprod 23 (6):1253-1262.
3. Kay Elder and Brian Dale (2011) In Vitro Fertilization. 3ª edição. Cambridge University Press.
4. David K. Gardner, Ariel Weissman, Colin M. Howles, Zeev Shoham (2012) Textbook of Assisted Reproductive Techniques, Volume One: Laboratory Perspectives. 4ª edição. Informa healthcare.
5. Joyce Harper, M Cristina Magli, Kersti Lundin, Christopher LR Barratt and Daniel Brison (2012) When and how should new technology be introduced into the IVF laboratory? Hum Reprod 27 (2):303-313.
6. Alan Trounson, Roger Gosden, Ursula Eichenlaub-Ritter (2013) Biology and Pathology of the Oocyte: Role in Fertility, Medicine and Nuclear Reprograming. 2ª edição. Cambridge University Press.

ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO CASAL INFÉRTIL

Conceição Faria

Psicóloga Clínica

CEMEARE - Centro Médico de Assistência à Reprodução

1. Introdução

Pensar sobre os aspetos psicológicos da infertilidade implica falar de toda uma dimensão histórica, cultural e social.

A Infertilidade tem em si uma componente física e emocional, mas é indissociável das dimensões socioculturais.

Ao longo da história da Humanidade o problema da infertilidade é comumente referido, surge nas referências bíblicas e é causa de divórcios reais ou perda de soberania (por não haver descendência se repudiava uma rainha ou se perdia a soberania e controle de um país). Na maioria das referências históricas, a infertilidade é referida como um problema das mulheres. As mulheres eram inférteis e eram as causadoras das “desgraças” inerentes a esta condição. E também todas as sociedades têm mezinhas, remédios e rituais ligados ao ato de procriar e à infertilidade.

Na maioria das sociedades a mulher infértil é vista como amaldiçoada e muitas vezes é punida e banida (Faria.C 1995). Os homens eram considerados férteis por natureza, esta visão de infertilidade condicionou o papel da mulher infértil na sociedade, assim como todo o estudo e intervenção médica, sendo durante décadas exclusivamente sobre a mulher. Recentemente, “descobriu-se” a infertilidade masculina, sabendo-se hoje que cerca de metade dos casos são atribuídos ao homem, mas ainda assim o peso psicológico a infertilidade continua desequilibrado, tendo um maior impacto emocional nas mulheres.

Curiosamente a mulher atual está mais que nunca numa encruzilhada reprodutiva, se por um lado a sociedade lhe pede que estude até mais tarde, trabalhe mais e ocupe cada vez mais cargos de responsabilidade, por outro lado ainda espera que ela seja mãe e se não o for será muitas vezes vista como uma mulher incompleta. Aos homens inférteis não se lhes pede constantemente que sejam pais nem são avaliados como pessoas por não terem filhos, às mulheres pelo contrário se não são mães são desqualificadas “nem mulher é...”

A infertilidade tem uma dimensão psicológica importante. Ao falar de infertilidade temos de ter em conta a valência ginecológica e andrológica, mas também emocional. O estado emocional fica fragilizado pela infertilidade e a infertilidade fragiliza o estado emocional.

A vivência psicológica de infertilidade depende não só da história prévia do sujeito, da história conjugal e familiar, mas também da sociedade onde o indivíduo se insere...é diferente ser infértil em Portugal de 2014 do que em Portugal dos anos 50 ou em África.

Na sociedade atual em que os indivíduos são educados para o consumismo imediato e para a realização de todos os seus desejos, numa sociedade que educa pouco os seus membros para o adiar de gratificações, para lidar com a frustração, a infertilidade tem um peso particular. A máxima “eu quero, eu tenho” quando aplicada à prática reprodutiva torna a vivência de infertilidade algo de profundamente doloroso e desorganizador.

2. Fertilidade e Infertilidade

Na avaliação da infertilidade o tempo é um fator determinante. Segundo a OMS, um casal é considerado infértil após 12 meses de relações sexuais não protegidas, com vista à procriação. No entanto, este tempo é também em ... psicológico ... um ano quando se tem 30 anos é diferente de um ano quando se tem 40/45 anos (idade em que muitos casais começam a tentar ter filhos).

Sabemos hoje que a infertilidade está a aumentar, este aumento é multifatorial, contribuindo para tal questões físicas, psíquicas, sociológicas e ambientais. A título de exemplo nomearemos alguns dos fatores que estão na origem deste fenómeno e que foram referenciados no relatório elaborado pelo *Grupo de Trabalho para o Estudo de Medicina Familiar, Fertilidade e Reprodução Humana*.

- *O adiar do momento da primeira gravidez*: a idade média para ter o 1.º filho situa-se hoje muito perto dos 30 anos, o que significa que um elevado n.º de mulheres tente ter filhos numa idade em que o seu potencial fértil começa a diminuir; antes de ter filhos pede-se à mulher que estude (cada vez mais), invista na carreira profissional (cada vez mais é difícil encontrar trabalho, sendo o desemprego jovem um flagelo mundial). A mulher vai assim tendo empregos mais tardiamente, empregos mais exigentes e absorventes e vidas profissionais cada vez mais difíceis de conciliar com o exercício da maternidade. A entrada das mulheres no mundo do trabalho e a necessidade de realização profissional condiciona fortemente o momento de ter o 1.º filho. Se bem que em muitos países haja hoje licenças de parentalidade (podendo ser gozadas pelo homem e mulher) é um facto que na maioria dos casos o ónus de parentalidade cai sobre a mulher e a penalização profissional é maioritariamente feminina. Às mulheres também lhe são atribuídos trabalhos menos gratificantes e remunerações mais baixas, muito em virtude da maternidade. Assim, não será de estranhar, que num mundo com tendência a igualizar-se, as mulheres queiram lutar para melhores postos de trabalho e adiem significativamente a maternidade (sabendo nós que o fator idade é vital na reprodução feminina, após os 30 anos o potencial fértil começa já a decrescer).
- *A difusão dos métodos contraceptivos*, não só pela possibilidade de adiar a maternidade como pela possibilidade de separar sexualidade de reprodução. Com o aparecimento da pilula as mulheres deixam de ser “condenadas” à maternidade pelo facto de exercerem a sexualidade.
- *O aumento do stress*, sabe-se que a função reprodutora é altamente sensível a situações de stress, ficando mesmo comprometida quando este é máximo. O aumento do stress tem repercussões a nível orgânico e funcional, contribuindo por exemplo para a diminuição da frequência da vida sexual. Sabe-se hoje que na sociedade atual os indivíduos têm menor disponibilidade para a vida sexual, é sabido que a frequência de relações sexuais nos casais urbanos, mais diferenciados profissionalmente, é extremamente baixo.
- *Início precoce da vida sexual*, com o início mais precoce da vida sexual há uma maior probabilidade de haver um número maior de parceiros com o inevitável aumento do risco de acidentes reprodutivos (como abortos, doenças inflamatórias comprometedoras da fisiologia reprodutiva)
- *Fatores ambientais* como alimentações, consumos e poluição contribuem também para o aumento de casos de infertilidade.

Prevê-se que o aumento de infertilidade não tenha ainda atingido o seu término. Mais uma vez, não podemos deixar de salientar como fator preponderante a idade em que a mulher se disponibiliza para a maternidade. Efetivamente os jovens atuais são adultos mais tardiamente.

Tendo em conta o exemplo português, há alguns anos os jovens eram adultos aos 20 anos, altura em que as mulheres se casavam e tinham filhos e os homens arranjavam trabalho ou iam à tropa. Atualmente cartão jovem é válido até aos 30 anos, muitos jovens de 30 e poucos anos estão ainda em casa dos pais procurando emprego ou continuam a estudar, um casamento aos 20 anos é considerado precoce e só por volta dos 35 se considera a idade “ideal” para ter filhos. Mas esta décalage social e psicológica de maturidade não é acompanhada de uma décalage biológica. Em termos biológicos o potencial fértil é entre os 20 e os 30 anos e a partir daí a mulher vai enfrentar problemas de infertilidade devidos à idade.

O tratamento de infertilidade, nomeadamente a R.M.A. tem aí um papel preponderante. Como foi já referido, durante muito tempo considerou-se a infertilidade exclusivamente feminina, atualmente sabe-se que cerca de 40% dos fatores podem ser atribuídos à mulher, 40% ao homem, 20% a fatores mistos e cerca de 10% a causa desconhecida. *Morse (1985)* considera que existem 3 subgrupos de casais inférteis:

- Os com problemas claramente definidos
- Os que não apresentam causas orgânicas detetáveis
- Os que tendo solucionado os problemas orgânicos continuam a não conseguir ter filhos.

3. Infertilidade e Desejo de um Filho

Falar de fertilidade/infertilidade implica falar do desejo de ter um filho. A decisão de ter um filho resulta de motivos conscientes ou inconscientes, é algo de difícil e complexo.

Como saliente *Diniz (1993)*, “apesar das crescentes dificuldades da vida de hoje, o desejo de um filho continua a ser uma situação banal das famílias contemporâneas”. Se por um lado se pede que se adie a parentalidade por outro continua a pressionar-se socialmente os indivíduos para serem pais.

Levobici (1983) refere que “ser pai ou mãe corresponde a um desejo e para alguns a uma pulsão universal, que aparece desde a mais tenra idade, não só nas raparigas como nos rapazes”.

Segundo *Brazelton e Cramer (1986)* enquanto para a mulher ter um filho lhe permite confirmar a sua fertilidade e capacidade reprodutiva para o homem permite-lhe confirmar e demonstrar a sua virilidade e masculinidade.

O Desejo de ter um filho mantém-se ao longo da história de humanidade, mas o porquê deste desejo e o valor de um filho alterou-se profundamente. Com o aparecimento da contraceção, com a industrialização do mundo moderno, o sentido de uma criança/filho alterou-se significativamente. O filho deixou de ser um capital económico (quanto mais filhos, mais rico, porque mais braços de trabalho se tem) para passar a um capital narcísico (um filho desejado para satisfazer as necessidades narcísicas dos pais). Da família tradicional com 8 a 10 filhos (onde todas as modalidades eram possíveis ...homens, mulheres, altos e baixos, inteligentes e menos espertos) passou-se para o filho único, desejado como ser perfeito, no momento perfeito. Daí que a infertilidade ou catástrofe reprodutiva sejam vividas com muito mais sofrimento e intensidade.

A infertilidade é um quadro impossível face a um desejo onipotente e narcísico de ter um filho ...é um “tsunami” psicológico.

Entre o desejo de ter um filho e o poder ter um filho há todo um jogo de forças psíquicas e físicas, de maturação e defeitos orgânicos, de pulsões e interdições.

Da resolução destas forças, por vezes contraditórias, entre o desejo de ter um filho, o querer ter um filho e o poder ter um filho, se jogará a Fertilidade/Infertilidade.

4. Aspectos Psicológicos de Infertilidade

Não podemos considerar que os aspetos psicológicos “por si” possam ser exclusivamente causa de infertilidade ou que toda a atenção deva ser centrada unicamente nos aspetos psicológicos. Componentes biológicas, psicológicas e sociais contribuem para o modelo explicativo da infertilidade em diferentes proporções e diferentes momentos” *Morse (1987)*

Independentemente da causa, a infertilidade é sempre causa de sofrimento e coloca os indivíduos num plano de hiperfragilidade.

Quando pensamos em infertilidade psicológica, devemos pensar em dois níveis:

- As causas psicológicas de infertilidade
- As consequências psicológicas de infertilidade

4.1. Causas Psicológicas de Infertilidade

A este nível podemos pensar em causas individuais e causas conjugais.

Ao fazer uma revisão bibliográfica das causas psicológicas de infertilidade, verificamos que os autores que inicialmente se debruçaram sobre o tema são tendencialmente da linha psicanalítica, começando gradualmente a dar lugar autores e estudos na linha cognitivo-comportamental, em que fatores ligados à ansiedade, depressão e stress começam a ser mais e mais estudados.

Alguns autores clássicos, como *Bos e Cleghorn (1958)* descrevem várias categorias de mulheres predispostas a sofrerem de infertilidade (na época chamada de psicogénea)

- Mulheres com imaturidade física e psíquica, emotivas, fracas, hiperprotegidas, com hostilidade à mãe e que estabelecem no casamento uma relação pai-criança;
- Mulheres masculinas, agressivas, que recusam a feminilidade e a maternidade;
- Mulheres do tipo erótico, que receiam os cuidados da maternidade e temem ficar pela deformação física;
- Mulheres com ansiedade crónica que receiam qualquer modificação e temem a carga emocional da gravidez

Autores americanos (*Helman, Kroger, Mandy, Rohmm, 1962*) distinguem dois tipos de mulheres estéreis:

- Mulheres imaturas, infantis, física e emocionalmente. Em virtude das suas necessidades de dependência, tentam recriar no casamento uma relação tipo parental. São tipicamente “femininas”, tímidas, tranquilas, indecisas. Toda a emoção e em particular a agressiva é de difícil expressão. Em consequência da sua necessidade de proteção e da sua exigência afectiva, são incapazes de assumir o papel de mulher e mães.
- Mulheres agressivas e de comportamento masculino, fortes, determinadas, ambiciosas e independentes. Triunfam geralmente no domínio profissional em virtude da sua hiperatividade. O casamento é aceite como uma convenção social, uma criança e a maternidade constituem para elas uma ameaça.

Para *Deustch (1945)* haverá frequentemente na história das mulheres inférteis um acontecimento trágico ocorrido durante a infância e ligado à maternidade da sua própria mãe e que a mulher infértil teria interiorizado como resultado do seu ódio a uma mãe onipotente e fértil. Segundo *Deustch*, as mães de muitas mulheres estéreis possuem uma estrutura neurótica e eram mães frustradas que não permitiam à menina a identificação a essa mulher madura e (sendo a gravidez a assunção máxima dessa feminilidade). Segundo a autora parecem existir fatores típicos nas mulheres com esterilidade psicogénea:

- Presenciam-se constelações familiares muito desfavoráveis para o desenvolvimento feminino normal;

- A mãe é a figura central, o pai é uma figura pouco ativa e tem relativamente pouca importância na vida da criança, não se sentindo esta protegida contra a mãe que teme.

Langer (1986) refere que se pode observar claramente em vários processos psicanalíticos que a infertilidade é a expressão de fatores negativos contra a gravidez e que na sua génese estariam determinadas constelações familiares em que a mãe é a estrela principal e brilhante e o pai um homem apagado e pouco importante.

Thérèse Benedek (1951) considera que a esterilidade funcional é uma defesa somática contra o stress da gravidez e da maternidade ou contra os perigos inerentes à função procriadora.

Danielle Labrousse (1980) considera que todas as gravidezes são ambivalentes e a espera feliz de uma criança é o produto do equilíbrio de afetos inconscientes contraditórios.

Alguns autores como *Bydlowsky, Fonty, Vaguerese* consideram a esterilidade como um sintoma indutor de um sofrimento psíquico. Estes autores indicam que uma causalidade funcional pode estar relacionada com as emoções, a vida psíquica e vida afetiva. Acrescentam ainda que do ponto de vista psicológico não há nenhum perfil de mulher estéril. Vários estudos tentaram com fracasso estabelecer um perfil de personalidade na mulher infértil.

A esterilidade inscreve-se num contexto biográfico e de personalidade não havendo uma explicação unívoca; parece ser unanime a consideração de que nos aspetos psicológicos de infertilidade muitas vezes se joga o compromisso entre um desejo consciente – desejo de ter um filho – e desejos inconscientes contraditórios.

Neste quadro teórico situa-se a investigação de *Astor (1985)* em que se identificam 3 grupos de mulheres estéreis:

- As que não queriam engravidar mas desejavam ter um filho;
- As que queriam engravidar, mas não queriam ter filhos;
- As que rejeitavam a reprodução.

Como referido anteriormente, a maioria dos autores e estudos que se debruçaram sobre a infertilidade incidem na mulher. Se a infertilidade é complicada para a mulher, para o homem não será menos, um homem é infértil e torna infértil a sua companheira.

Só muito recentemente se considerou a infertilidade masculina e muito poucos autores da linha psicanalítica estudam este fenómeno.

Segundo *Lebovici (1980)* a esterilidade questiona antes de mais o poder procriador do homem, provocando “uma viva angústia de castração”.

Na sociedade ocidental, a infertilidade devida a fatores masculinos é pensada a partir da equação fertilidade/virilidade. Um filho é a evidência de virilidade do homem, da sua capacidade ou bom desempenho sexual; a gravidez da mulher contribui para reforçar o sentimento de ser um homem viril.

Também a dinâmica conjugal tem um papel importante na génese e vivência da infertilidade. Poucos estudos abordam o casal na sua especificidade e na relação com a infertilidade, no entanto alguns trabalhos apresentam tipos particulares de casais onde a infertilidade se inscreveria.

Charvet e Charvet (1983) apresentam certos tipos de comportamento conjugal que teriam relação com a infertilidade:

- O casal “fechado” para quem a esterilidade representa o desejo inconsciente de relação fusional, de um sistema fechado de dependência recíproca;
- O casal “incestuoso”, no qual um dos parceiros encontra no outro o pai do sexo oposto ao qual está ligado de forma anormal;
- O casal “dependente”, em que cada parceiro se torna filho do outro.

Também *Francoise Cahen (1990)* refere que existe um certo número de casais que se en-

contram e formam sobre uma “procura” totalmente inconsciente, que é a razão de não ter filhos, de se manterem numa relação dual constituindo um sistema fechado no qual a criança é excluída.

Do ponto de vista mais comportamental diversos estudos referem o impacto do stress e a ansiedade no aparelho reprodutor, nomeadamente ao nível da produção hormonal e mecânica reprodutiva espermatogénese e problemas de ovulação, assim como situações de vaginismo e impotência.

4.2. Reação Psicológica à Infertilidade

Independentemente da causa psicológica ou não, a infertilidade é sempre causa de grande sofrimento.

A vivência da infertilidade vai variar de individuo para individuo, variando em função do sexo, personalidade, cultura, história pessoal e familiar e da importância de que se encontre investido o futuro filho. Sabemos, no entanto, que genericamente a infertilidade é mais traumática para as mulheres do que para os homens.

A descoberta da infertilidade gera sentimentos de impotência, poder de auto-estima, depressão, raiva, culpa e isolamento.

A nível conjugal sabe-se que os problemas sexuais e inferioridade sexual estão muitas vezes associados à infertilidade.

Danilur (1988) procurou estudar o impacto do diagnóstico da infertilidade na relação e na satisfação sexual ao longo do processo médico de diagnóstico e tratamento. Os resultados obtidos sugeriram que podem desenvolver crise emocional, caracterizado por stress e modificações comportamentais provocando alteração nos padrões do comportamento a nível individual, conjugal, familiar e social.

5- Intervenção Psicológica na Infertilidade

A intervenção psicológica em situações de infertilidade terá de ser pensada nos níveis referidos anteriormente: as causas psicológicas da infertilidade e as reações emocionais à infertilidade. O psicólogo pode intervir também a estes dois níveis, refletindo e compreendendo as causas psicológicas de uma infertilidade (tanto a nível individual como a nível conjugal) e avaliando e ajudando a lidar com as perturbações psicológicas resultantes da reação à infertilidade

Propomos um modelo de intervenção a vários níveis:

- a) No início do tratamento de infertilidade;
- b) Durante o tratamento;
- c) No final do tratamento (com ou sem sucesso).

Sendo a infertilidade um problema do casal, propomos que a 1.ª abordagem seja sempre conjugal. Nesta 1.ª consulta pretendemos pôr o casal a falar de infertilidade, dos sentimentos e emoções associados à situação e não falar só de esperma e óvulos, valores hormonais e intervenção médica. Pretendemos que falem sobre o que é ser infértil, qual o impacto desta infertilidade na vida pessoal, conjugal familiar e social; como cada um vive a situação e como “vê” o parceiro este processo; como se vê “como um casal sem filhos” (por vezes casais que estão em situação de infertilidade nunca se imaginam numa vida sem filhos e de fato há muitos anos que vivem uma vida sem filhos...); como o seu meio familiar reage à infertilidade (pressão dos pares, dos pais); reação dos outros e do casal face aos outros (lidar com amigos com filhos, conversas de gravidezes, isolamento/integração); e ainda qual o impacto na vida profissional (sabemos que os tratamentos da infertilidade são extremamente

exigentes em termos monetários, em termos de disponibilidade temporal e emocional e de conciliação com o mundo profissional também ele extremamente exigente e muitas vezes penalizadora das mulheres que se engravidam.

Avaliamos também o desejo de um filho; nem todos os casais que estão na consulta de infertilidade desejam ter filhos; pode um querer ter filhos e o outro não; podem não querer ter filhos, mas sim dar netos aos seus pais; podem não querer ter filhos ainda.

Falamos também dos tratamentos, das suas especificidades e dos seus recursos psicológicos; fazer um teste pós-coital tem impacto na vida emocional e sexual; induzir ovulação, fazer espermogramas, injeções, punções ovaricas e espera de resultados provocam picos de stress de ansiedade, nem sempre fáceis de ser geridos.

Falamos da vivência conjunta de infertilidade; como vivem em sintonia ou não o problema; a infertilidade uniu o casal ou pelo contrário causa roturas por vezes irreversíveis.

Falamos do futuro com ou sem filhos (opções alternativas, dificuldades previstas na parentalidade) e avaliamos por fim o estado emocional de cada um individualmente e do casal como unidade, oferecendo psicoterapia individual ou conjugal, se necessário. Se o individuo ou os protagonistas em conjunto estão emocionalmente estáveis propomo-nos acompanhá-los só se sentirem necessidade.

Considera-se que certos tratamentos merecem uma atenção particular e específica pelas suas características. Sempre que haja recurso a dador torna-se impreterível a presença do psicólogo para o aconselhamento pré-doação. Ao psicólogo não cabe decidir se um casal deve ou não avançar para estas técnicas, mas sim explorar com o casal as vicissitudes destes processos e equacionar com eles se têm ou não recursos emocionais para lidarem com uma situação emocionalmente tão intensa como esta.

Equacionar se emocionalmente conseguem lidar com o facto de receberem um gâmeta de um estranho (que fantasias, medos e angustias este facto lhe provoca), como lidar com a assimetria biológica na parentalidade (um dos membros ser “mais mãe ou pai” do que o outro). Como lidar com um filho que lhes pode ser um pouco estranho por não se reverem nas suas características. Como lidar com as fantasias relativas ao dador. Como lidar com o contar ou não à criança a forma como foi concebida, como dizer ou não aos outros (familiares, técnicos, etc.)?

De salientar que as recomendações internacionais são para a existência de um psicólogo e aconselhamento pré-doação em todas as formas de tratamento heteróloga e para a exclusão destes tratamentos de indivíduos com perturbações psicológicas severas, nomeadamente esquizofrenias e psicoses paranoicas.

Da experiência profissional da autora salienta-se o acompanhamento de alguns casais que recorreram a dador ao longo de vários anos, não só em momentos de crise conjugal em que a temática de dados foi motivo de conflito, como em momentos em que a família decidiu partilhar com a criança a forma como tinha nascido.

Após os tratamentos também a intervenção psicológica nos parece fundamental.

Todo o processo de infertilidade é em si só um processo de luto, luto do filho desejado, luto do individuo inteiro e reprodutor, luto do futuro. Alguns estudos apontam a infertilidade como o segundo acontecimento mais traumático da vida conjugal, considera-se a primeira a morte de um filho. Alguns autores referem mesmo que a infertilidade consegue ser mais devastadora que a morte de um filho pelo facto de ser um luto repetido; a morte de um filho é um acontecimento dramático mas é único e delimitado no tempo, e em relação ao qual os indivíduos “resolvem” o processo de luto (considera-se que o luto deverá estar psicologicamente resolvido ao fim de 12 meses), a infertilidade pelo contrário é um luto

em espiral, com ciclos de luto e desilusão, seguido de ciclos de tratamento e esperança. Este vai-vem vai desgastando e não permite a resolução psicológica da crise.

Também quando nasce uma criança (ou várias) a intervenção psicológica poderá ser importante, sabemos que a infertilidade é um fator de risco para a depressão pós-parto. Parseval (1990) refere que após anos e anos de infertilidade e tratamentos “nem tudo é cor-de-rosa” no quarto do bebé”, para ilustrar as dificuldades inerentes ao ajustamento do processo da parentalidade após anos e anos de infertilidade. O confronto com uma realidade demasiado desejada, o dia-a-dia com um bebé real tão longe do bebé imaginado ao longo de anos e anos, nem sempre é fácil. A criança nascida é por um lado o sinal de que o casal venceu a esterilidade, mas a sua presença relembra constantemente o sofrimento passado.

A intervenção psicológica deverá também incrementar procedimentos que constituem fatores de proteção e anular ou diminuir as situações de risco acrescido, ajudando os indivíduos a minimizar o sofrimento de infertilidade e a experienciar o melhor possível o deslumbramento e a alegria de ter um filho e de crescerem enquanto pais.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTOR, J. P. WSON, M. (1985), “The Value of Psychometric Testing in the Investigation of Infertility” in *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5 (1985).
2. BADINTER, E. (1993), XY – *A Identidade Masculina*, Porto: Ed. Asa.
3. BAILADOR, N (1992), “Factores Psicológicos Comuns na Esterilidade Psicogénea Feminina” in *Análise Psicológica*, X (2), Lisboa: ISPA.
4. BENEDEK, T. et al. (1953) “Some emotional factors in infertility” in *Psych. Med.*, 15 (5).
5. BOS, C. e CLEGHORN, R.A. (1958), “Psychogenic Sterility” in *Fertility and Sterility*, 9 (2).
6. BYDLOWSKI, M. et al. (1983), “approche psycho-médicale de l’infertilité – souffrir de stérilité” in *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, n.º 12.
7. CABAU, A. E SENARCLENS, M. (1988), “Aspectos psicológicos da infertilidade” in *Infertilidade*, Ed. Manole, São Paulo.
8. CANAVARRO, M. C. (2000), *Psicologia da Gravidez e Maternidade*, Coimbra. Ed. Quarteto.
9. CARDOSO, R. M. e COELHO, R. A. (s/d), “Contributo Psicológico para a Compreensão de Algumas Esterilidades Femininas” in *O Médico*.
10. CHARVET, F e CHARVET, M. (1983), “Stérilité Psychogène” in *Rev. Fran. Gyn. Obst.*, 78 (5).
11. COLMAN, L. L. e COLMAN, A. (1994), *Gravidez – A Experiência Psicológica*, Lisboa: Ed. Colibri.
12. COLPIN, H., DEMYTTENAERE, K e VANDEMEULEBTOECKE, L., (1992), “Procréations Médicalement Assistées et la Relation Parent-Enfant” in *Contracep. Fert. Sex.*, 20 (11).
13. DANILUK., J. (1988), “Infertility: Interpersonal Impact.” in *Fertility and Sterility*, 49 (6).
14. DELAISI, G. e VERDIER, P. (1995), *Enfant de Personne*, Paris: Ed. Odile Jacob.
15. DEUSTCH, H. (1959), *Psychologie des femmes*, Press Universitaire Paris.
16. DIAS CORDEIRO (1964), „Factores Psicodinâmicos na Esterilidade Conjugal“, *dissertação de licenciatura*, FML, Universidade de Lisboa.
17. DÍAZ, D. G. (1998), *Como afrontar la Infertilidade*, Barcelona: Ed. Planeta.
18. FARIA, M. C. (1990), “A Infertilidade: Desejo ou Maldição” in *Análise Psicológica*, VIII (4), Lisboa: ISPA.
19. (1995), “Aspectos Psicológicos da Inseminação com Esperma de Dador ou “Será que Tem os Olhos do Pai?” in *Análise Psicológica*, XIII (1/2), Lisboa: ISPA.
20. FAURE, S. e PRAGIER, G. (1987), “Les enjeux d’une recherche psychanalytique sur la stérilité féminine” in *Rev. Française de Psych.* 6/1987.
21. FRYDMAN, R. (1990), “Problèmes de la Procréation Artificielle” in *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 38 (12).
22. HERZ, E. (1989), *New reproductive technologies*, Philadelphia: Ed. Saunders Company.
23. HUGUES, J. (1990), “Donnés médicales actuelles concernant les procréations médicalement assistés” in *Neuropsychiatrie de l’enfance*, 38 (12).
24. INSLER, V. e LUENFELD, B. (1993), *Infertility: Male and Female*, Edimburgo, Londres, Madrid, Melbourne, Nova York e Tóqui: Churchill Livingstone.
25. KITZINGER, S. (1978), *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade*, Editorial Presença.
26. KOROPATNICK, S., DANULIK, J e PATTINSON, H. A. (1993), „Infertility: a Non-Event Transition“ in *Fertility and Sterility*, 59 (1).
27. LABROUSSE, D. (1980), “Les Stérilités Psychogènes” in *Rev. Fra. Gyn.*, 75 (10).
28. LALOS, A. LALOS, O. e JACOBSSON, L. (1986), “Depression, Guilt and Isolation among Infertile Women and their Partners” in *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*.
29. LANGER, M. (1986), *Maternidade e Sexo*, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
30. LEAL, I. (1990), “Nota de Abertura de ‘Psicologia de Gravidez e da Maternidade’” in *Análise Psicológica*, 4 (VIII)

31. —, (1992), “Psicologia da Maternidade: alguns aspectos da teoria e prática de intervenção. Psicologia e Saúde” in *Análise Psicológica*, 2 (X).
32. —, (1997), “Transformações socioculturais da gravidez e da maternidade: correspondente transformação psicológica” in *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.
33. LEBOVICI, S., VICENT-DOSPITAL, G. e NEUMAN, D. (1990), “Modalités spécifiques de Paternité en Particulier dans Procréations Médicalement Assistées” in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (12).
34. MAHLSTED, P. P. (1985), “The Psychological Component of Infertility” in *Fertility and Sterility*, 43 (3).
35. MATHEWS, R. e MATHEWS, A. M. (1986), “Infertility and Involuntary Childlessness: the Transition to Nonparenthood” in *Journal of Marriage and The Family*, 48.
36. MATOS, I. (1995), “Sobre a Infertilidade e as Novas Tecnologia de Reprodução” in *Análise Psicológica*, XIII, Lisboa: ISPA.
37. MAZET, P. (1990), “Procréations Médicalement Assistées” in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (12).
38. MCEWAN, K. L., COSTELLO, C. G. e TAYLOR, P. J. (1987), “Adjustment to Infertility” in *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (2).
39. MORON, P., ABADIE, I., LEFRANC, G. e BENATIA, M. (1990), “Les pères dans L'Insé mination Artificielle” in *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38 (12).
40. MORSE, C. e DENNERSTEIN, L. (1985), “Infertile Couples Entering an In Vitro Fertilization Programme: a Preliminary Survey” in *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4.
41. MORSE, C. A. e VAN HALL, E. V. (1987), “Psychosocial Aspects of Infertility: a Review of Current Concepts” in *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6.
42. PARSEVAL, D. e JANAUD, A. (1983), *L'enfant à Tout Prix*, Paris: Ed. du Seuil.
43. PARSEVAL, D. e BIGEARGEAL, J. (1985), *Objectif Bébé. Une Nouvelle Science: la Bébologie*, Paris: Autrement.
44. PARSEVAL, D. (1986), *A Parte do Pai*, Porto Alegre: LePM
45. PINTO, A. C. (1994), “Será que o meu filho é diferente?”, estudo comparativo do desenvolvimento infantil em crianças de quatro anos nascidas de gravidez natural e de gravidez FIV”, monografia de fim de curso, Lisboa: ISPA.
46. PIRES, L. C. (1990), “Novas Tecnologias do Nascimento: Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas” in *Análise Psicológica*, VIII (4), Lisboa: ISPA.
47. PORTO, R. (1980), “Esterilidades Psicogénicas” in *Jornal do Médico*, 103.
48. RAOUL-DUVAL, A. (1985), “Les parents-éprouvettes sont-ils très éprouvés?” in *Objectif Bébé*, Paris: Autrement.
- 49- RAOUL-DUVAL, A., BERTRAND-SERVAIS, M. e FRYDMAN, R. (1990), “Etude PRospective et Comparative du Devenir des Enfants Nés par Fécondation in Vitro et le Leur Mère” in *J. Gyn. Obst. Biol.*, 19.
- 50- ROEGIERS, L. (1994), *Les Cigognes en Crise*, Bruxelles: Ed. de Boeck.
- 51- ROSENTHAL, M. (1985), “Grappling with the emotional aspects of infertility” in *Infertility Counseling*, July.
- 52- SÁ, E. (1997), *A Maternidade e o Bebê*, Lisboa: Fim de Século.
- 53- SANTOS, A. A. (s/d), “Os Mecanismos da Fecundação e seus Distúrbios” in *Ação Médica*.
- 54- SOULE, M. (1985), “L'enfant imaginaire, l'enfant dans la tête” in *Objectif Bébé*, Paris: Autrement.
- 55- WALLACH, E., GATES, E. et al. (1987), “Ethical Dilemmas of Infertility” in *Contemporary Obs./Gyn. Symposium*, 29 (3), 170-192.
- 56- WASSER, S. K. e ISENBERG, D. (1986), “Reproductive Failure Among Women: Pathology or Adaptation?” in *Journal of Psychosomatic Obstr. And Gyn.*, 5 (1986), 153-175.

PAPEL DO ENFERMEIRO NUM CENTRO DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA - FACTOR MASCULINO

Marina Vasconcelos

Enfermeira

C.H.V.N.G. - Espinho

Rosa Albuquerque

Enfermeira

C.H.V.N.G. - Espinho

Júlia Seixas

Enfermeira

C.H.V.N.G. - Espinho

I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define infertilidade como “ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” havendo consenso em considerar que ao fim de um ano deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais factores envolvidos (1). Estima-se que “a infertilidade conjugal atinja, na população mundial, cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil”⁽¹⁾ apresentando tendência crescente por vários motivos: aumento das patologias associadas ao estilo de vida bem como da prevalência das infecções de transmissão sexual e ainda porque os casais adiam cada vez mais a maternidade por motivos profissionais e económicos. A maioria dos casais desconhece que há um limite de idade para a mulher na execução de técnicas de reprodução medicamente assistida (só são aceites para fertilização in vitro com idade inferior a 40 anos).

Em Portugal não existem estatísticas específicas mas vários estudos referem que nos países ocidentais a infertilidade afecta um em cada sete casais em idade reprodutiva, ou seja, 14% da população.⁽¹⁾

O papel do enfermeiro num Centro de Reprodução Assistida representa um grande desafio visto tratar-se de uma área muito específica de actuação e uma área inexplorada a nível académico que não orienta para a prática profissional nesta área. É grande a necessidade da criação de um curso de especialização em enfermagem na áreas da infertilidade e técnicas de reprodução porque, efectivamente, o enfermeiro está presente na equipa tendo um papel específico junto do casal. A função do enfermeiro como educador e facilitador do vínculo médico – casal infértil e a articulação com outros profissionais envolvidos no estudo da infertilidade é de excepcional importância e contribui para o sucesso que será ajudar um casal infértil a cumprir o sonho de uma vida.

II. ABORDAGEM DO HOMEM INFÉRTIL

Quando iniciar o estudo do casal infértil? A partir dos 12 meses de relações sexuais desprotegidas, podendo este período ser antecipado se a mulher tiver mais de 35 anos ou patologia prévia conhecida; a idade do homem tem interesse relativo visto que o testículo mantém a capacidade de produzir espermatozóides férteis praticamente durante toda a vida⁽⁵⁾.

Para muitos casais, o grande objectivo de vida é ter um filho que dê continuidade à família. A incapacidade em ter um filho frustra as expectativas pessoais, sociais e mesmo religiosas, gera sentimentos de culpa, perda, frustração, depressão e sentimentos de desvalorização pessoal, que podem potenciar factores de subfertilidade pré-existent⁽¹⁾, pelo que é importante a antecipação e prevenção de sentimentos que possam surgir durante o período de diagnóstico e tratamento, sendo muitas vezes necessário apoio psicológico (situações de stress graves relacionados com a “obrigatoriedade” em ter relações sexuais em período fértil).

O stress pode condicionar uma diminuição da libido, da frequência das relações sexuais e potenciar a disfunção erétil, influenciando o relacionamento do casal.

A avaliação do casal infértil desenvolve-se em várias etapas de complexidade crescente, surgindo ansiedade relativamente aos riscos inerentes às técnicas de reprodução, nomeadamente os efeitos a longo prazo da utilização prolongada de medicamentos e os fracassos das tentativas de tratamento.

A primeira consulta poderá ser efectuada pelo enfermeiro, à semelhança do que existe no Brasil e em vários países⁽²⁾ e seguida pela consulta médica⁽⁶⁾.

Nesta entrevista inicial, o enfermeiro, criando uma atmosfera cordial, empática, ausente de pré-julgamentos, aconselha e informa o casal sobre a importância dos exames subsidiários solicitados, no sentido de conduzir à aceitação da sua situação e facilitar a tomada de decisão, obtendo cooperação e motivação.

A investigação do factor masculino obedece a numa sequência de critérios individualizados: história clínica, exame físico e pedido de espermograma. Seguindo um protocolo de colheita de dados pré-estabelecido, o enfermeiro realizará a anamnese, a qual abrange um leque de informações de extrema importância para a orientação do estudo do homem e deverá ser exaustiva visto que a mudança nos comportamentos ou hábitos de consumo podem, por si só, corrigir algumas situações de subfertilidade.

1. História Clínica

História médica: doenças da infância (história de orquite), torção do cordão, infecção ou trauma testicular, cancro, doenças genéticas (fibrose cística / síndrome de Klinefelter)

História cirúrgica: cirurgia pélvica, vesical ou retroperitoneal, ressecção transuretral da próstata, herniorrafia, orquidopexia

História de fertilidade: paternidade em relacionamentos anteriores, infertilidade prévia e tratamentos utilizados, duração da infertilidade actual e antecedentes de ITS (infecções sexualmente transmissíveis)

História sexual: avaliação do padrão da relação sexual (ótimo cada 2-3 dias), ocorrência durante o período fértil, função erétil, a utilização de lubrificantes e os métodos contraceptivos utilizados.

História medicamentosa: indagar sobre o uso de drogas ilícitas ou leves (frequentemente associados a diminuição da fertilidade pelo que devem ser suspensas), medicação com ansiolíticos, antidepressivos e bloqueadores β (diminuem a função erétil), bloqueadores dos canais de cálcio (alteram a capacidade fecundante dos espermatozóides), medicação tomada

habitualmente, entre outros: esteroides anabolizantes, cimetidina, colchicina, espironolactona, nitrofurantoína, exposição a quimioterápicos ou radioterapia (interferência na capacidade reprodutiva), sulfassalazina (Doença de Crohn)

História de hábitos de vida: hábitos alimentares (obesidade, havendo necessidade de controlo nutricional), consumo de tabaco (fornecer apoio na cessação tabágica visto existir associação entre o consumo de tabaco e a redução da qualidade / quantidade dos espermatozóides), consumo de bebidas alcoólicas (o álcool diminui a fertilidade, recomendando-se limite máximo de ingestão semanal para o homem inferiores a 3-4 unidades, em que 1 unidade corresponde a 10 gr de álcool (o equivalente ao conteúdo de qualquer bebida servida nos copos habitualmente utilizados para essa bebida)

História ocupacional: é de grande importância conhecer qual a ocupação do homem infértil e avaliar situações de risco ocupacional e exploração de agentes físicos e químicos presentes a nível profissional que possam estar relacionados com a infertilidade, nomeadamente solventes e outros químicos (pintores, técnicos de laboratório, tinturarias), ruídos e vibrações (por secreção de hormonas do córtex supra-renal como resposta fisiológica ao stress podendo condicionar alterações na libertação de gonadotropinas), agrotóxicos (agricultores), calor (são abundantes as referências ao calor como sendo lesivo da função testicular em cozinheiros, trabalhadores em fornos, motoristas), metais (exposição a metais pesados tais como o chumbo, mercúrio e cádmio), radiações ionizantes (exposições acidentais, ocupacionais ou irradiações terapêuticas), trabalho físico intenso, trabalho por turnos, exercício físico em excesso, stress.

2. Exame Objectivo

Deverá ser calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) em que o valor ideal será $19 < \text{IMC} < 29$. Deve igualmente ser avaliado o volume testicular com o orquidómetro de Prader (a média do volume de um testículo adulto é cerca de 25 ml, ou aproximadamente 5×3 cm) e observada a presença de ginecomastia e alterações da distribuição / rarefação pilosa.

III. CONSULTA DE ANDROLOGIA

Após a realização da anamnese, o enfermeiro encaminhará o doente para o consultório, onde o médico fará a avaliação física. O exame físico deve ser orientado para a observação dos caracteres sexuais primários e secundários.

A palpação dos genitais externos é a parte mais importante de todo o exame: o homem deverá ser observado de pé, em gabinete com temperatura agradável para evitar contração do cremáster⁽⁵⁾. O exame do aparelho genital inicia-se com a cuidadosa inspeção do pénis: tamanho, localização e calibre do meato uretral, presença de estenoses, secreções ou lesões. Os testículos são palpados individualmente e avaliados relativamente à localização e consistência. O epidídimo é palpado ao longo do seu trajecto para avaliar a presença de zonas endurecidas. Os vasos deferentes devem ser avaliados por palpação. A existência de varicocele, que está presente em cerca de 30 a 40% dos homens inférteis⁽⁵⁾ deve ser avaliada com recurso à manobra de Valsalva.

Após consulta médica e decisão sobre a possibilidade de realização de exames complementares, caberá ao enfermeiro providenciar acesso a informação completa sobre as etapas a percorrer e orientar o homem sobre a conduta a ter nos exames a que vai ser submetido.

IV. REALIZAÇÃO DO ESPERMOGRAMA

No homem, o exame de excelência será a realização de um espermograma, que deve ser pedido logo na primeira consulta e que consiste na análise bioquímica e microscópica do sêmen, fornecendo informações sobre o estado funcional dos testículos e vias seminais.

· Volume \geq 2 ml
· pH 7,2
· Concentração \geq 20 milhões/ml
· Contagem total \geq 40 milhões / ml
· Mobilidade progressiva \geq 50%
· Mobilidade progressiva rápida \geq 25% (aos 60 minutos após ejaculação)
· Vitalidade \geq 75% vivos
· Morfologia normal \geq 4% (critério estrito de Kruger)

Segundo a OMS (1999) um espermograma normal apresenta os seguintes valores, bastando haver alteração num dos parâmetros para ser considerado anormal.

O estudo do esperma e análises hormonais devem ser feitos em laboratórios credenciados^(1, 5). O enfermeiro deve providenciar um local adequado e reservado unicamente para a recolha da amostra, com privacidade, vídeos e revistas de cariz sexual e ensinar ao doente os cuidados a ter na recolha da amostra de esperma:

- Deve haver 2 a 5 dias de abstinência sexual^(1, 5) antes da data da colheita do esperma (limite mínimo de 2 e máximo de 7 dias, segundo a OMS).
- Urinar antes da colheita
- Não utilizar lubrificantes
- Lavar as mãos com água e sabão e secar
- Retrair o prepúcio, limpá-lo com gaze estéril humedecida em sabão antisséptico, secá-lo com gaze estéril ou toalha bem limpa
- A amostra só pode ser colhida por masturbação, para um recipiente esterilizado, de plástico ou de vidro, com tampa, fornecido para o efeito. Após a recolha, tapá-lo bem e entregar ao enfermeiro
- Em nenhuma hipótese deverá haver perda de amostra, principalmente da porção inicial (mais concentrada em espermatozóides) e se isto acontecer, comunicar à enfermeira
- A recolha deve ser feita no próprio laboratório. Se houver inibição e o homem não conseguir colher a amostra em ambiente hospitalar, poderá colher em casa e deverá manter o recipiente junto ao corpo para que este mantenha a temperatura corporal (debaixo do braço ou junto ao peito) enquanto o transporta ao laboratório. Não se devem empregar fontes artificiais de aquecimento. Transportá-lo de imediato ao laboratório e o tempo entre a colheita e a leitura laboratorial não deve ultrapassar 1 hora⁽⁹⁾.

V. ESTUDOS COMPLEMENTARES

No homem com exame físico e espermograma normais são dispensáveis estudos andrológicos mais específicos, de acordo com os critérios da OMS. No entanto, na presença de alguma alteração, nomeadamente azoospermia (ausência de espermatozóides no ejaculado), o espermograma deverá ser repetido passados 3 meses (tempo que demora uma espermatogénese).

Os doentes portadores de azoospermia representam 10 a 20% dos homens inférteis, sendo 35% de causas obstrutivas ou excretórias (espermatogénese normal mas com obstrução/ausência da via excretora) e 65% não obstrutivas ou secretórias (a via está livre mas a espermatogénese está comprometida ou ausente)⁽⁴⁾.

É de grande importância a distinção entre estas duas condições pois na azoospermia obstrutiva a colheita de gâmetas para posterior utilização em técnicas de reprodução medicamente assistida é de 100%, enquanto na de causa não obstrutiva é variável e imprevisível (há permeabilidade da via excretora mas falência do testículo com alterações graves ou ausência de espermatogénese).

A existência de alterações no espermograma leva também à realização de outros estudos, nomeadamente:

- Avaliação hormonal (FSH) e se houver sinais de hipogonadismo realizar também estudo da LH e Testosterona. Estas colheitas devem ser realizadas entre as 8 e as 9h da manhã devido ao ritmo circadiano da testosterona.

- Testes genéticos (Cariótipo para estudo do Síndrome de Klinefelter), pesquisa de microdeleções do cromossoma Y, pesquisa de mutações do gene da fibrose cística

A Biópsia Testicular é realizada nos casos de azoospermia e deverá ser sempre efectuada num Centro de reprodução assistida pois caso a biópsia detecte a presença de espermatozóides, estes poderão ser imediatamente congelados, evitando-se uma segunda biópsia e serão utilizados imediata ou futuramente num tratamento de reprodução assistida. A criopreservação de espermatozóides é de grande interesse nos casos em que o homem vai ser submetido a tratamento quimioterápico ou radioterápico na neoplasia do testículo, linfoma ou leucemia, que lhe poderá provocar azoospermia definitiva, guardando os gâmetas para futura inseminação artificial.

VI. NOTAS FINAIS

Integrado na equipa multidisciplinar composta por andrologista, ginecologista, nutricionista, psicólogo e embriologista, o enfermeiro desempenha um papel de grande importância auxiliando os casais a ultrapassar as dificuldades e necessidades desencadeadas pela infertilidade. Apesar do estudo do factor masculino ser menos invasivo do que o estudo da mulher, o acolhimento, informação, ensino/instrução e orientação são aspectos muito importantes e que podem ser facilitadores ou promotores de um tratamento mais eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008) *Saúde reprodutiva INFERTILIDADE – Orientações*
2. Barros, SMO. *A enfermagem e a reprodução humana*. Acta Paul Enf, 2000.v.13, número especial, Parte 1
3. Silva VM; Ferraz, L. *A importância da biópsia testicular diagnóstica no estudo do doente azoospermico*. Acta Urológica, 2004, 21; 4: 27-31
4. Ferraz, L. *A importância do andrologista no estudo e tratamento do homem infértil*. Acta Urológica, 2006, 23; 2: 13-16
5. Ferraz, L. *Infertilidade Conjugal. Avaliação do factor masculino*. Acta Urológica 2006, 23; 4:87-89
6. Ricardo, AT; Okazaki, EL. *Actuação do enfermeiro em Reprodução humana assistida*. Revista de Enfermagem UNISA, 2010; 11(1): 38-42
7. Whitman-Elia, GF; Baxley EG. *A Primary Care Approach to the Infertile Couple*, Journal of American Board of Family Practice 2001, 14(1): 33-45
8. *Fertility – Assessment and treatment for people with fertility problems*. National Institute of Clinical Excellence (NHS), February 2004 – www.nice.org.uk
9. Kakarla, N; Bradshaw, K. *Evaluation and management of the infertile couple*. Glob. libr. women's (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10321

PAPEL DO ENFERMEIRO NUM CENTRO DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA - FACTOR FEMININO

Paula Pinheiro

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
C.H.C.B. - Hospital Pêro da Covilhã

Existe um provérbio africano que diz “É preciso uma aldeia para educar uma criança” na reprodução medicamente assistida dizemos “É preciso uma equipa para fazer uma.”

Ter um filho é um desejo comum à maioria dos casais e uma consequência inquestionável da sua união. Para além da vontade natural, a família e a sociedade impõem que todo o casal deve ter filhos. Contrariamente, as mudanças sociais, profissionais e económicas de hoje em dia, contribuem para que cada vez mais tarde, os casais pensem em constituir família e quando se decidem, muitos são surpreendidos com uma situação de infertilidade.

A Organização Mundial de Saúde define infertilidade como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção” (OMS 2008).

Não conseguir uma gravidez após alguns meses de relações sexuais desprotegidas, altera os sonhos do casal, impedindo a concretização de um objetivo de uma forma natural, desenvolve um estado de preocupação, ansiedade e frustração que interfere com o seu relacionamento conjugal, sexual, familiar e social. Podemos, então, concluir que a infertilidade é acompanhada de um conjunto de alterações físicas, psicológicas, familiares e sociais que conduzem, por vezes, o casal a um estado de sofrimento incomparável a quaisquer outras situações de saúde e devem ser abordadas como um todo a ser cuidado.

Lanius et all.(2008) refere que segundo a Organização Mundial de Saúde, a infertilidade é um importante problema de saúde pública e um fenómeno que afeta cerca de 10 a 15 % dos casais de todo o mundo. Daí a importância e urgência de que os profissionais de saúde se informem, articulem e invistam na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das situações de infertilidade, bem como, orientem com brevidade os casais para uma adequada avaliação por especialistas em medicina da reprodução.

A avaliação e o tratamento de situações clínicas de infertilidade fazem parte das preocupações médicas há mais de um século. Nos anos 60 e 70 após investigações sobre os fenómenos ligados à reprodução, inicia-se uma nova técnica terapêutica com componente laboratorial complexo – a Fertilização *In Vitro* (FIV). Em Portugal, o recurso a procedimentos laboratoriais para o tratamento de casais inférteis iniciou-se em 1985. Desde essa altura, até aos dias de hoje, tem-se observado um extraordinário desenvolvimento científico, com novas técnicas de reprodução humana que em muito podem ajudar os casais inférteis.

Os centros de reprodução medicamente assistida funcionam com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, empenhada na concretização do desejo do casal: ter um filho.

O enfermeiro, tal como os outros elementos da equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental, que habitualmente é desempenhado pelo enfermeiro especialista em Saúde Ma-

terna e Obstétrica, devido às competências definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE 2010).

A sua atuação abrange todas as fases do longo percurso do casal na procura de resultados para o seu problema de infertilidade e é focado no suporte psicossocial do casal em adaptação ao problema de infertilidade, na educação para a saúde e promoção da saúde reprodutiva, detetando e intervindo nos fatores de risco para a fertilidade, implementando hábitos saudáveis, apoiando as tomadas de decisão, procurando a adesão do casal ao regime terapêutico, planeando e avaliando intervenções de forma a obter ganhos em saúde, cooperando com os outros profissionais nos exames de diagnóstico e tratamentos de infertilidade e estabelecendo um canal de comunicação entre o casal e os outros membros da equipa multidisciplinar.

O papel do enfermeiro inicia-se com a 1ª consulta de enfermagem.

Segue-se a colaboração na investigação da infertilidade, a preparação para exames complementares de diagnóstico; a programação e preparação para os tratamentos; os tratamentos e o apoio e orientação após resultados.

1ª Consulta de Infertilidade - Casal

As normas da Divisão de Saúde Reprodutiva da Direção Geral de Saúde recomendam que "Nesta consulta, a avaliação deve ser feita ao casal, uma vez que ambos são parte fundamental do processo de diagnóstico e terapêutica." (DGS 2010). Assim, a 1ª consulta de infertilidade nos centros de procriação medicamente assistida, é realizada ao casal e, na maioria das vezes, iniciada com a consulta de enfermagem que antecede a consulta médica.

Esta consulta, realizada num ambiente empático, estabelece o início de uma base de confiança e comunicação que promove: a partilha de medos, dúvidas e frustrações do casal; a compreensão da situação de infertilidade e importância do conjunto de procedimentos de investigação, que permitem identificar a causa de infertilidade e a atribuição de um tratamento individualizado.

É nesta consulta que o enfermeiro transmite ao casal informações sobre: o funcionamento e regulamentos do Centro; aborda o tema infertilidade; quais os factores intervenientes na fertilidade e os mais frequentes na infertilidade; os exames de diagnóstico habitualmente realizados na investigação da infertilidade; os tratamentos médicos, cirúrgicos e de procriação medicamente assistida (PMA); realiza a avaliação inicial; concebe, planeia e implementa intervenções, a avaliar nas consultas de seguimento.

Após a consulta de enfermagem, segue-se a consulta médica e, se for prescrita medicação ou exames complementares de diagnóstico, é habitual os respetivos ensinamentos serem realizados pelo enfermeiro.

Investigação da Infertilidade – Factor Feminino

Nesta fase é importante a mulher/ casal perceber que a investigação da infertilidade obedece a protocolos definidos, o que implica que ambos os elementos do casal são sujeitos a uma série de exames complementares de diagnóstico, tendo sempre em conta que cada caso de infertilidade é uma situação particular e que o resultado de um exame dita a realização ou não do exame seguinte.

No estudo dos factores femininos, são realizados exames laboratoriais que permitem o estudo hormonal e de eventuais infeções; exame ginecológico com despiste de infeções vaginais; a ecografia, a histerosonografia e histerossalpingografia para estudo indireto da anatomia

pélvica, da cavidade uterina e da permeabilidade das trompas; e a histeroscopia e vídeo laparoscopia diagnóstica para avaliação direta da anatomia uterina e pélvica e da permeabilidade das trompas.

É função do enfermeiro realizar o ensino sobre cada exame prescrito, frisando a importância do mesmo e explicando: a finalidade, a forma como é realizado, qual a preparação necessária, sintomas durante o exame, contra-indicações, riscos e cuidados após o exame. Este ensino promove a adesão, consentimento e colaboração necessários à realização do exame e evita medos e stress desnecessários relacionados com o desconhecimento ou com o conhecimento de relatos menos fidedignos. No final do ensino, é importante a entrega de guia com todas as informações sobre o exame para ser consultado, sempre que necessário.

No dia do exame complementar de diagnóstico, é papel do enfermeiro a organização do espaço físico, preparação da utente e do material clínico necessário, esclarecimento de dúvidas e colaboração com o profissional que realiza o exame.

Durante a investigação da infertilidade, verifica-se que com os factores de infertilidade coexistem outros factores suscetíveis de interferir na fertilidade. Estes factores estão habitualmente relacionados com a ausência de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente: as alterações significativas do índice de massa corporal (IMC) < 19 ou > 29; o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias. É papel do enfermeiro na avaliação inicial diagnosticar estes factores, avaliar o IMC, o padrão alimentar, de exercício e ingestão hídrica, os hábitos tabágicos, de ingestão de álcool e de outras substâncias; planejar e implementar intervenções tais como: informar da importância de mudar comportamentos; ensinar sobre estilos de vida saudável, instituir hábitos de vida saudável, determinar comportamentos de adesão, negociar cessação tabágica e de ingestão de bebidas alcoólicas ou de outras substâncias e apoiar tomadas de decisão, com o objetivo de abolir ou minimizar a presença destes factores e a sua influência negativa na fertilidade.

Tratamentos – Factor Feminino

Concluída a investigação da infertilidade, o casal é informado das causas de infertilidade e definido o tratamento. Em muitos casos, o tratamento indicado pode ser um tratamento médico ou cirúrgico e não um tratamento de procriação medicamente assistida (PMA).

Tratamentos Médicos

Os tratamentos médicos atribuídos ao elemento feminino têm como finalidade corrigir as causas femininas detetadas no decurso da investigação do casal.

As mais frequentes são as disfunções ovulatórias e podem ter subjacentes outras anomalias, tais como: desequilíbrios hormonais por excesso de produção de prolactina; alterações do índice de massa corporal por magreza ou obesidade; síndrome do ovário poliquístico e algumas doenças auto imunes não compensadas, como a diabetes mellitus tipo I, o lúpus eritematoso sistémico, doenças da tiróide e a artrite reumatóide.

O tratamento médico indicado passa por compensar algumas dessas alterações subjacentes à disfunção ovulatória e efetuar uma Indução da Ovulação (IO) para coito programado.

A IO é um tratamento médico da disfunção ovulatória mas também um procedimento comum nos tratamentos de procriação medicamente assistida. O papel do enfermeiro na IO será descrito adiante.

Tratamentos Cirúrgicos

Os tratamentos cirúrgicos atribuídos ao elemento feminino são dirigidos à correção de ano-

malias orgânicas detetadas, designadamente obstrução das trompas, septos uterinos, aderências, pólipos, endometrioma, etc.

A proposta de cirurgia é efetuada no serviço de medicina da reprodução, mas no geral, a cirurgia realiza-se no bloco central ou no ambulatório. O enfermeiro da medicina da reprodução faz os ensinamentos sobre a cirurgia, mas os restantes ensinamentos relativamente ao pré e pós-operatório são realizados pela equipa de enfermagem do serviço de internamento ou do ambulatório.

Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida (PMA)

De acordo com os fatores de infertilidade diagnosticados ao longo da investigação, assim é atribuído um tratamento de PMA de 1ª ou de 2ª linha. Nos tratamentos de 1ª linha, temos a Inseminação Intra Uterina (IIU), nos de 2ª linha temos a Fertilização *In Vitro* (FIV) e a Injeção Intra Citoplasmática de Espermatozoides (ICSI).

Qualquer dos tratamentos de PMA exige uma programação antecipada e tem um procedimento comum: a Indução de Ovulação (IO).

A IO consiste numa estimulação dos ovários através da administração de medicação injetável, que promove a produção de folículos, cujo crescimento é monitorizado através de ecografias frequentes e quando atingem um tamanho ideal (pré-ovulatório), é administrada outra medicação injetável (HCG) e marcado o dia e hora do procedimento de acordo com o tratamento indicado. Este procedimento pode ser a Inseminação Intra Uterina ou a Punção Folicular para realizar FIV ou ICSI.

Assim, faz parte dos tratamentos de PMA, a auto administração de medicação injetável com horários rigorosos, deslocações frequentes para monitorização laboratorial e ecográfica, com a finalidade de prevenir complicações como síndrome de hiperestímulo dos ovários (SHO) e a realização de procedimentos mais invasivos para colher gâmetas femininos e, por vezes, masculinos.

Quando a mulher/casal se prepara para iniciar um tratamento de PMA, uma instabilidade emocional instala-se. Sentimentos de otimismo, esperança e alegria misturam-se com o stress de organizar o quotidiano de forma a obter disponibilidade monetária, pessoal e profissional para a aquisição e administração da medicação, ausências laborais e deslocações frequentes. Também o medo dos procedimentos, a angústia dos tempos de espera até saber o resultado e a desagradável sensação de ter de lidar com o insucesso, produzem um grande desgaste físico e psíquico nos envolvidos.

Algumas mulheres revelam que os procedimentos médicos não são os maiores indutores de stress. Para elas, a parte emocional é o mais difícil de gerir e os momentos mais perturbadores são os tempos de espera entre a punção folicular e o saber quantos ovócitos conseguiram; até saberem se há embriões para transferir; entre a transferência de embriões e o dia do teste de gravidez e a informação de que o tratamento não teve sucesso.

O enfermeiro, habitualmente, é o elemento da equipa multidisciplinar que mais tempo contacta com o casal, representando o canal de comunicação com os outros elementos da equipa multidisciplinar. Sendo assim, é sua função o suporte emocional e psicológico em todas as fases do processo e também o despiste de situações que necessitem referência ao psicólogo.

Quando o tratamento de PMA é decidido, é papel do enfermeiro realizar ensinamentos de orientação e preparação para o mesmo. Estes ensinamentos são realizados por fases e as informações transmitidas dependem dos conhecimentos prévios do casal sobre os tratamentos. Habitualmente, estes englobam: em que consiste o tratamento; como é realizado; tempo de duração; proce-

dimentos e exames inerentes; riscos possíveis e efeitos secundários; regime medicamentoso e auto administração de medicação para IO; avaliar comportamentos de adesão ao regime terapêutico; providenciar guias informativos e de instrução sobre o tratamento; avaliar resposta ao ensino e capacidades de execução demonstradas.

Quando nenhum dos elementos do casal demonstra capacidades de preparação e/ou auto administração da medicação, é habitual o encaminhamento dos mesmos, para o Centro de Saúde da área de residência, podendo ser efetuado um contacto telefónico com o enfermeiro e entregue carta de referência de Enfermagem ao casal, com o programa de IO incluído, no qual constam os dias de administração da medicação, horário e dose a administrar.

Inseminação Intra Uterina (IIU)

No respeitante ao tratamento de IIU, após consulta médica para marcação do dia, o enfermeiro realiza o ensino sobre a preparação para o dia do tratamento, relativamente ao horário para estar no centro; como se processa o tratamento; abstinência sexual necessária; etc.

No dia da IIU, o enfermeiro prepara a sala com o material necessário, não esquecendo o ambiente, um elemento importante para o relaxamento necessário num procedimento gerador de grande ansiedade no casal que tenta alcançar um objetivo comum de uma forma diferente da natural. Assim, para conseguir um ambiente mais acolhedor, geralmente utiliza-se música relaxante, luz ténue e incentiva-se a presença do companheiro em todo o procedimento. No período de repouso, após a inseminação, ficam os dois sozinhos, sugerindo que aproveitem para “namorar” e partilhar um momento de carinho natural e exclusivamente deles.

Terminado o tempo de repouso são reforçadas orientações sobre cuidados, medicação e dia para realizar teste de gravidez ou BHG, estas indicações podem ser dadas pelo médico ou pelo enfermeiro.

Fertilização *In Vitro* (FIV) /Injeção Intra Citoplasmática de Espermatozoides (ICSI)

No referente à FIV e à ICSI, estes tratamentos de PMA apenas diferem na técnica laboratorial. Os procedimentos prévios, são iguais e consistem na indução da ovulação de que já falamos, na punção folicular e na posterior transferência de embriões.

Após marcação da punção folicular e orientações clínicas para o dia, é o enfermeiro que informa a mulher sobre o procedimento, necessidade de jejum, abstinência sexual, duração do procedimento, tipo de anestesia, etc.

No dia da punção folicular, quando o casal chega ao centro de reprodução, o homem realiza a colheita de sêmen e a mulher é encaminhada para o recobro, onde a equipa de enfermagem a acolhe, prepara e transfere para o bloco do centro de reprodução. Aí, a equipa de enfermagem colabora com o anestesista no procedimento anestésico e com o médico da reprodução na punção.

Terminado este procedimento, a mulher regressa ao recobro, onde permanece em vigilância cerca de 1h e 30 min. Após esse tempo, recebe informações médicas e de enfermagem sobre cuidados pós punção, medicação, sinais de alerta e cuidados para o dia da transferência.

Habitualmente, o follow-up é realizado telefonicamente pelo enfermeiro 24h após a punção folicular e a informação sobre a transferência de embriões, pelo médico.

A transferência de embriões é um procedimento mais simples, não necessitando de anestesia para ser realizado. A atuação de enfermagem consiste na preparação da mulher, apoio emocional, colaboração com o médico na realização do procedimento e vigilância durante o período de repouso pós transferência. As indicações sobre os cuidados, repouso, medicação e dia do teste de gravidez ou da BHCG, são realizadas ao casal pelo médico e/ ou pelo enfermeiro.

Caso não haja embriões para transferir, o médico informa o casal e marca consulta para orientações sobre o passo seguinte. De seguida, o casal conversa com o enfermeiro, o qual poderá dar algum apoio na tomada de decisões e esclarecimento de dúvidas.

Resultados do Tratamentos de PMA

Saber o resultado do teste de gravidez ou da BHCG é um momento enfrentado pelo casal com grande ansiedade.

No caso de ser negativo, é gerador de grande tristeza e desilusão. Da parte do enfermeiro, há o apoio emocional e o esclarecimento de dúvidas, respeitando a vontade do casal, no momento.

Quando a confirmação de gravidez por BHCG é positiva, é um momento de alegria, mas é o 1º passo, seguem-se muitos outros. A mulher tem de realizar ecografia para confirmar a gravidez e depois vigilância da gravidez nas consultas pré-natais. Dependendo do funcionamento dos centros de reprodução (pois em alguns realizam-se consultas pré-natais) pode ser o enfermeiro do serviço de reprodução a acompanhar a mulher na consulta pré-natal.

Para a equipa multidisciplinar, saber que o tratamento de PMA resultou em gravidez, é gratificante, não só pelo sucesso do tratamento, mas principalmente pelo casal, com quem se estabeleceu uma relação empática, através da frequência de contactos e partilha de emoções. Por vezes, o que é considerado uma “boa” taxa de gravidez, depois de convertida em número de mulheres grávidas naquele ciclo, traduz-se em pouco. Para além disso, há que contar que a taxa de gravidez conseguida é, geralmente superior à taxa de partos dessas grávidas, o que significa que por diversos motivos, algumas não evoluem até ao parto.

Para atribuir a este artigo um maior rigor e carácter científico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que constatou a escassez de publicações de enfermeiros portugueses sobre este tema específico. Foram encontradas várias publicações de enfermeiros brasileiros, espanhóis e ingleses, mas a formação e as competências do enfermeiro nestes países é diferente da portuguesa. No entanto, dos artigos consultados todos referem que a reprodução medicamente assistida continua a ser um desafio para o enfermeiro devido à necessidade de desenvolver habilidades adicionais que permitam cuidar os casais inférteis e à ausência de formação específica nesta área.

Para terminar, e pelas razões supra indicadas, convém referir que este artigo foi elaborado com base nas referências bibliográficas em anexo e na experiência profissional como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, a exercer funções num serviço de Medicina da Reprodução, cuja equipa de enfermagem tem como prática de cuidados ao casal infértil os aqui descritos.

BIBLIOGRAFIA

1. Barros, Sónia Maria Oliveira de.(2000). A enfermagem e a reprodução humana. *Acta Paul Enf*.São Paulo. v. 13 (edição especial), Parte I, p. 207-213.
2. Colégio de Especialidade Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
3. Jorge, Carlos Calhaz et all (2010). Orientações Técnicas em Medicina da Reprodução. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução.
4. Ministério da Saúde (2010). Saúde Reprodutiva: Infertilidade/ Cuidados de Saúde Hospitalares. Lisboa, Direção Geral da Saúde.
5. Remoaldo, Paula Cristina A.(2008). O sofrimento Oculto: causas, cenários e vivências da Infertilidade. Porto, Edições Afrontamento.
6. Ribeiro, Renata Trigo (2005).A atuação de Enfermagem em Reprodução Assistida. AHE. II (1), p.22
7. Ricardo, AT e Okazaki, ELFJ.(2010).Atuação do enfermeiro em Reprodução Humana Assistida. Rev. Enferm. UNISA. 11(1), p.31-42.
8. Santos, Teresa Almeida e Ramos, Mariana Moura (2010). Esterilidade e Procriação Medicamente Assistida. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ E NO PUERPÉRIO

Maria do Céu Santo

Assistente Hospitalar Graduada Ginecologia e Obstetrícia
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

Ana Margarida Nobre

Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
C.H.L.N. - Hospital Santa Maria

I. Sexualidade na Gravidez

A maternidade é um dos acontecimentos mais importantes da vida da mulher e representa um desafio à sua maturidade.

Na época actual, os ideais do amor romântico tendem a fragmentar-se sob a pressão da emancipação e da autonomia sexual feminina. A ideia do “para sempre” e do “único amor” é substituída pela procura de relacionamentos especiais e da realização sexual. As múltiplas facetas que assume, neste período, enquanto conjunto de acções, comportamentos, emoções, sentimentos e valores, variam de pessoa para pessoa, quer social quer culturalmente, ou de acordo com as convicções religiosas e/ou espirituais.

As relações amorosas e conjugais, analisadas nas diferentes épocas, apontam para a ideia de que o ser humano sempre procurou meios para “organizar” os relacionamentos afectivos e sexuais, ora com explicações pautadas na natureza, ora na afirmação da vontade de Deus, ora na razão pura do homem. Na sociedade contemporânea, estas três formas aparecem, quer separadas, quer interligadas, para justificar ou condenar os relacionamentos sexuais humanos. A procura do prazer toma a forma da procura da verdade, substituindo-o pela procura da felicidade do século XIX.

No passado a mulher realizava-se quase essencialmente através da maternidade, hoje em dia, é um pouco diferente, uma vez que ela encontra ganhos na realização pessoal, área profissional, académica e social. Ser mãe passou a ser uma opção como tantas outras e o procurar a realização a esses níveis faz com que a maternidade seja protelada. A decisão de ter um filho, é agora um passo mais complexo do que outrora. Actualmente, a maioria dos casais sente que deve limitar o número de filhos que vão ter, e que devem ainda, adiar a gravidez, até que ambos reúnam as condições que consideram indispensáveis para o nascimento de um filho. A maternidade deixa assim, de ser a primeira e única preocupação da mulher.

A sexualidade na gravidez, apesar dos receios, preconceitos e/ou medos ligados a este tema, homens e mulheres estão cada vez mais determinados a viver este tempo, intensamente, descobrindo novas formas de prazer e indo ao encontro do desejo um do outro.

Tudo começa na fecundação, o encontro fantástico dá-se no corpo da mulher reunindo energia, força e amor para dar vida a um ser humano. O desejo na gravidez vai sofrendo oscilações.

No primeiro trimestre está geralmente diminuído por causa da parte hormonal. Nesta fase a grávida pode encontrar-se nauseada, por vezes com vômitos, tem mais sono que o normal,

tem frequentemente tonturas, lipotímias (desmaios), e as mamas aumentam de volume, podendo tornar-se dolorosas. Nestas circunstâncias, é espectável que a grávida não tenha muita disponibilidade para fazer amor. Já o homem, que continua a desejar sexualmente a parceira, receia muitas vezes fazer amor por poder prejudicar a gravidez, o que é um medo totalmente infundado pois, excepto se indicação médica (situações de hemorragia vaginal), o casal pode fazer amor sem problemas. Também poderá acontecer que a grávida não tenha qualquer tipo destes sintomas acima referidos e ter uma prática sexual normal.

No segundo trimestre, a libido (desejo) da mulher, geralmente, volta aos níveis normais. Os vômitos, as náuseas e tonturas desaparecem, as mamas tornam-se menos tensas e até o sono diminuiu. Estes três meses são considerados uma boa fase da gravidez: barriga pequena, a grávida sente-se bem, com uma auto-estima favorável. O casal só precisa de imaginação, para conseguir algumas posições mais confortáveis.

No terceiro trimestre poderão surgir novos receios relacionados com as modificações corporais, medos relativamente ao parto e até mesmo uma baixa auto-estima que poderá levar a mulher a evitar o relacionamento sexual. Neste trimestre da gravidez, os casais geralmente reduzem a frequência da actividade sexual. A mulher não se sente sexualmente atraente pois a sua imagem está alterada. Com a barriga aumentada, o número de posições sexuais fica reduzido e fazer amor pode ser um pouco incómodo, a criatividade é a palavra-chave na procura do prazer. No entanto é muito importante saber que não existe qualquer contra-indicação médica à actividade sexual e chega mesmo a ser aconselhável, o orgasmo e as contracções por ele provocadas, pode até ajudar o nascimento, ou seja, induzir o trabalho de parto naturalmente. Este trimestre também é caracterizado pelo aumento da ansiedade, devido à proximidade do parto, e pela condição eminente da maternidade. As alterações físicas estão a chegar ao término, e a mulher passa a ver-se como pouco atraente aos olhos do marido. A lubrificação vaginal diminui, e os mitos do sexo vaginal durante a gravidez ganham força. Aproximadamente 80% das mulheres percebem que têm uma diminuição drástica no desejo sexual. Neste período é muito comum o cônjuge também estar vivenciando a ansiedade da chegada da paternidade e o seu desejo sexual geralmente fica prejudicado. Nos últimos meses da gravidez mantendo-se o medo de magoar o feto, muitas grávidas acreditam que manter a actividade sexual durante a última fase da gravidez poderá ser um perigo para a saúde do bebé; outras sentem-se menos atraentes fisicamente devido às alterações corporais, tendo receio que os companheiros percam o interesse por elas; os companheiros por seu lado, têm medo de magoar o bebé e outros pensam ainda que as relações sexuais são menos agradáveis devido às alterações corporais da mulher.

A vivência saudável da sexualidade na gravidez implica a necessidade de uma orientação mais efectiva dos profissionais de saúde ligados à vigilância de saúde das mulheres grávidas e dos seus parceiros. Neste âmbito, os profissionais de saúde nomeadamente os Médicos, Enfermeiros e Psicólogos, assumem um papel de destaque junto da grávida, facilitando a expressão dos receios e dificuldades sentidas ao nível do seu relacionamento sexual, bem como um ajustamento satisfatório da actividade sexual às suas necessidades e às circunstâncias da própria gravidez. Alguns estudos, realçam mesmo uma correlação positiva entre a intimidade sexual do casal durante a gravidez e a qualidade da informação transmitida pelos profissionais de saúde, quer no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, quer a nível dos cursos de preparação para a maternidade, traduzida pela satisfação da mulher relativamente às intervenções de enfermagem, nomeadamente o aconselhamento e o esclarecimento de dúvidas relacionadas com a actividade sexual e a gravidez.

Os cuidados médicos, de enfermagem e psicológicos, constituem no âmbito da educação

sexual da grávida, um desafio que assume grande importância se estes profissionais de saúde forem capazes de desenvolver habilidades e competências, não apenas ao nível do saber, mas também a nível da relação da ajuda. Neste sentido, torna-se pertinente a avaliação da satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de enfermagem que recebe, a nível da sexualidade, para que os profissionais de saúde possam identificar se a sua actuação é adequada aquilo que constitui as reais necessidades da mulher/casal, possibilitando a adequação e melhoria dos cuidados médicos e de enfermagem prestados neste âmbito.

As mulheres podem descobrir formas de apreciar prazer. Estas podem ser ensinadas a observar os órgãos genitais e a reconhecer a multiplicidade de sensações possíveis, obviamente sem contrariar o seu sistema de valores. Para que o prazer erótico seja desenvolvido, é importante ter em consideração os facilitadores para o desenvolvimento do potencial orgástico, daí o papel destes profissionais ser de extrema importância para as mulheres grávidas.

Ao realizar educação sexual na gravidez a profissional de saúde nomeadamente os médicos, enfermeiros, e psicólogos, devem procurar: Incentivar a comunicação entre os parceiros sexuais; Confrontar a mulher a cuidar da sua aparência, para que se sinta atraente; Informar o casal sobre os posicionamentos alternativos, mais adequados para a prática do acto sexual principalmente durante o terceiro trimestre (mulher em posição superior, posição lado a lado); Explicar ao casal que, quando este não pode ou prefere não ter relações sexuais com penetração, a necessidade de intimidade e união pode assumir outras formas e demonstrações de carinho, como beijos e carícias; Advertir os casais que gostam de praticar sexo oral de que, o parceiro pode não sentir tanto prazer devido ao cheiro mais intenso das secreções vaginais, sobretudo no terceiro trimestre da gravidez; Alertar sobre as contra-indicações: Ameaça de aborto; História anterior de aborto; Placenta baixamente inserida; Descolamento de placenta; Hemorragia vaginal; Incompetência do colo do útero; Rotura de membranas.

Em suma vários autores referem que se a grávida, possuir um bom relacionamento conjugal e familiar, durante a gravidez e no pós-parto, a sexualidade na gravidez, poderá ser mais facilmente ultrapassada. O casal tem que ter conhecimento que, relação sexual apenas é proibida ou restrita em algumas situações como: hemorragias vaginais durante a gravidez; descolamento de placenta; perda de líquido amniótico; ameaça de parto pré-termo; ameaça de aborto, entre outros.

Será o casal que vai descobrir juntos, as melhores posições para aproveitar a intimidade até o bebé nascer. E tem que se reforçar que esse momento deve ser vivido com muito prazer. Existem autores que acreditam que, na maioria dos casos, a gravidez por si só não provoca uma ruptura na sexualidade de um casal, seja qual for o trimestre de gravidez, se esta era previamente satisfatória. No entanto consideram importante a abordagem por parte de profissionais de saúde, dado ser um tema de extrema importância e ainda tão frequentemente esquecido.

II. Sexualidade no Puerpério

O nascimento de um filho e todas as mudanças decorrentes podem propiciar problemas de cariz sexual difíceis de ultrapassar. O período pós-parto embora seja uma fase de transição implica novos equilíbrios, adaptações e uma nova integração da sexualidade. Os papéis tradicionais: ser mãe, e ser mulher podem ser difíceis de conjugar. Igualmente, o período pós-parto pode levar à falta de identificação do papel de “mulher sexualizada” podendo este passar despercebido com manifesto declínio da sexualidade. A procriação não é a única nem a principal motivação para a relação sexual entre os seres humanos. A conjugação dos afectos, a possibilidade de partilhar sentimentos e prazer pela intimidade dos corpos, são factores importantes a considerar. A equipe de saúde, tem um papel importante, uma vez

que é fundamental dar orientações práticas necessárias à mulher/ parceiro e propiciar momentos de reflexão no sentido de facilitar esta fase de transição. As alterações pós-parto bem como as suas implicações na sexualidade devem ser conhecidas para que os casais possam viver esta experiência de um modo gratificante. Se a mulher possuir um bom relacionamento conjugal e familiar e um bom suporte social, estas alterações poderão ser minimizadas e mais facilmente ultrapassadas. Durante algum tempo, faltou o reconhecimento profissional dos serviços de saúde perante as preocupações sexuais pós-parto pois, concentravam-se exclusivamente no apoio à criança. Hoje em dia há uma necessidade crescente em abordar o funcionamento sexual da mulher neste período. A adequação sexual a esta nova realidade é influenciada por múltiplas variáveis, daí a necessidade de uma orientação mais efectiva dos profissionais de saúde ligados a este tema. A sexualidade feminina é um fenómeno complexo, com determinantes multifactoriais, podendo a actividade sexual ser desencadeada por motivações não necessariamente sexuais, envolvendo factores psicológicos, socioculturais e relacionais, daí o papel fundamental por partes dos profissionais de saúde de assumirem um papel de destaque junto da puérpera, facilitando a expressão dos receios e dificuldades sentidas ao nível do seu relacionamento sexual, bem como um ajustamento satisfatório da actividade sexual às suas necessidades e às circunstâncias do pós-parto. Puerpério é o nome dado à fase pós-parto, em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez. O puerpério vai desde o nascimento do bebé até às 4-6 semanas após o parto.

Ao realizar educação sexual no pós-parto os profissionais de saúde nomeadamente os médicos, enfermeiros, e psicólogos, devem procurar incentivar a comunicação entre os parceiros sexuais. Pode ocorrer dispareunia (dor durante a relação sexual), resultante da episiotomia e/ou as lacerações de 1º, 2º e 3º grau. A mulher, ao sentir dor durante as relações sexuais, retrai-se e começa a espaçá-las. Contudo, quanto menos relações sexuais o casal tiver menos vontade existirá e mais tempo se prolongará o desconforto, daí o aconselhamento, de uso de lubrificantes para facilitar a penetração, quando reiniciar a actividade sexual.

Após a gravidez, surgem muitos receios sobre o momento e a forma adequada de retomar a actividade sexual. Geralmente, pode ser iniciada quatro semanas após o parto, quer seja por via vaginal (mesmo por forceps ou ventosa) ou cesariana. Após um parto vaginal, desde que tenha episiotomia e/ou laceração de 1º, 2º ou 3º grau, o reinício da actividade sexual pode ser doloroso, sendo necessário por vezes utilizar um lubrificante antes e após.

Esta intervenção por parte dos profissionais de saúde deve ser iniciada o mais precocemente possível. Devem contemplar sugestões e alternativas ao acto coital, promovendo a expressão da intimidade, do afecto e do prazer mútuo que enriquecem os laços maritais e familiares.

Os *exercícios de Kegel*, devem ser iniciados antes da alta hospitalar, ou seja, contrair repetidamente os músculos da vagina. Muitas grávidas, que não restringiram o peso aos tradicionais 10 quilos, acham a obesidade pós-parto um verdadeiro problema. Apesar de uma dieta inicial ser prudente, é mais realista deixar a mulher fixar os seus objectivos. Uma dieta nutritiva, exercício, descanso, relaxamento, todos são necessários para uma boa recuperação física.

O marido é tradicionalmente relegado para um papel secundário e tangencial, pelo que deve acompanhar a mulher e ser inserido na prestação de cuidados ao recém-nascido. O homem vai ter de se situar, novamente, na dinâmica familiar, uma vez que o recém-nascido mobiliza a atenção da companheira. O pai pode sentir-se excluído desta relação simbólica, especialmente se a mulher amamenta.

A mulher deve ser informada acerca dos cuidados perineais, deve ser aconselhada a observar-se e a familiarizar-se com a vulva modificada, permitindo uma avaliação objectiva

da lesão (no caso de esta existir) ou dilatação imaginada. Se a mulher se conhecer ao nível físico, poderá mais facilmente acalmar o seu companheiro sobre a manutenção da sua capacidade erótica.

Também é importante avaliar as alterações psicológicas. A seguir ao parto, a mulher pode sentir-se levemente deprimida quando devia ser a mulher mais feliz do mundo. O *Baby Blues*, é muito frequente. Acontece quando a placenta sai, há uma alteração hormonal semelhante ao que acontece na fase pré-menstrual e que também gera alterações psicológicas, agravadas pela mudança provocada pelo aparecimento do bebé. Após o parto, a mulher que era o centro do mundo, passa para segundo plano. A partir daquela data, o bebé distrai as pessoas mais próximas, que quase se esquecem das necessidades da mulher que acabou de se tornar mãe. É natural que apresente um quadro caracterizado por uma tristeza inexplicável, labilidade emocional, irritabilidade e insegurança em relação ao recém-nascido.

As mulheres começam a sentir-se mais fragilizadas emocionalmente entre dois e sete dias depois do bebé nascer. Esse estado, que atinge cerca de 50% das mulheres, pode durar, em média duas semanas. Se prolongar deve haver intervenção médica. A depressão pós-parto constitui uma variável psicológica de peso, pelo que os profissionais de saúde devem detectar precocemente este risco e, se necessário, fazer o encaminhamento da mulher para uma consulta específica na área.

O papel do pai, é fundamental e passa por estar consciente de que a mulher está mais vulnerável e debilitada. Este é aconselhado a estar mais atento na parte da afectividade com a companheira, partilhando as tarefas que envolvem directa e indirectamente o recém-nascido. Como o pai não pode amamentar, pode, por exemplo, colocar o bebé a arrotar.

Após o nascimento, a mulher transforma-se inevitavelmente em mãe. A ligação entre ela e o bebé tende a ser muito forte. A amamentação pode chegar a durar quase dois anos. Poucas mães sabem que a hormona que é responsável pela produção do leite é a prolactina, hormona essa que bloqueia ou diminui a ovulação e, conseqüentemente, a libido (desejo). Se acrescentarmos a esta diminuição o efeito da minipílula (que também diminui a libido e que é a única que pode ser tomada durante o aleitamento), os horários incertos, as longas noites sem dormir e a preocupação com o bebé, não resta muito espaço na vida para o casal e para a sua sexualidade.

Depois de uma necessária adaptação inicial ao bebé, é fundamental que o casal arranje formas de namorar: talvez deixando o filho com os avós, de vez em quando, para poder ter um dia juntos ou um fim-de-semana romântico.

Lembrar sempre ao casal que se não estiverem bem, a relação com os filhos também se torna mais difícil: ter um pai e uma mãe equilibrados e afectivos é o primeiro passo para as crianças se sentirem igualmente estáveis e amadas. Como mãe, após esses momentos a dois, vai voltar com uma nova energia e com muito mais paciência para os desafios diários da educação de uma criança.

Em suma, deixam-se alguns conselhos importantes para preservar a sexualidade:

- Fazer uma consulta médica, após 4-6 semanas pós-parto.
- Iniciar a actividade sexual 4 semanas após o parto, mas antes deve fazer uma revisão pós-parto com o seu médico.
- Iniciar a recuperação/ginástica pós-parto, com profissionais certificados para o efeito.
- Não deixar de ser mulher e de se cuidar como tal, se quer manter a relação;
- Organizar-se com o parceiro, de modo a encontrar tempo de qualidade para os dois;
- Alimentar a ideia de namoro, de conquista, de sedução;
- Resistir a ideia de que o bebé pode controlar todas as atenções e vontades. Acredite que

- ele, no futuro, vai preferir ter os pais juntos e felizes;
- Sair de casa para passear, de preferência, deixando o bebé com alguém de confiança;
- Arranjar-se e evitar, por exemplo, andar durante todo o dia de robe;
- Aproveitar para dormir quando o bebé dorme, para evitar sentir-se tão cansada.
- Fazer o pai sentir-se necessário e útil, mesmo que a sua ligação com o bebé lhe pareça ser mais importante que tudo;
- Alimentar a sua relação afectiva e sexual com o parceiro, pois vai fortalecê-la, tornando-a mais resistente.

Conclusão

Tal como é referido no sumário executivo do Guia para o pós-parto no cuidado à mãe e recém-nascido da *Organização Mundial da Saúde*, a informação/aconselhamento sobre “vida sexual” é identificada como uma das “necessidades da mulher”, sendo o pós-parto uma oportunidade ideal para aferir sobre problemas existentes relacionados com saúde e funcionamento sexual (*WHO, cit por Abdool, 2009*).

BIBLIOGRAFIA

I- Sexualidade na Gravidez

1. “Entregue-se a 9 meses de amor”, revista Crescer, Setembro 2006, Editora Impala, p.84-85
2. Sexo durante a gravidez? Claro que sim!, revista Crescer- Especial gravidez e parto, nº 12, Editora Impala, p. 27- 29
3. <http://www.apf.pt/>
4. http://guiadobebe.uol.com.br/psicgestante/sexualidade_na_gravidez.htm
5. BOBAK, Irene [et al.]- Enfermagem na maternidade. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. 989p. ISBN 972-8383-09-6;
6. LOWDERMILK, Deitra [et al.]- O Cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Lisboa: Artmed, 2002;
7. GRAÇA, Luís Mendes- Medicina Materno- fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidl, 2005. 733p. ISBN 972-757-325-8;
8. PORTELINHA, Cândida – “Sexualidade na Gravidez”. 1ª Edição. Coimbra Quarteto Editora. Novembro 2003.
9. SANTO, Maria do Céu – Sorria com o Corpo Inteiro – Amor Sem Limites. 1ª ed. Lisboa: Oficina do Livro, Outubro, 2011, pag. 141 – 159.

II- Sexualidade no Puerpério

1. ABDPOOL, Z., THAKAR, R.; SULTAN, A. – Postpartum female sexual function. In: European Journal Of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. [s.l.] ISSN: 0301-2115. Vol.145 N°2 (August 2009). Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
2. ALBERS, L. A.; SEDLER, K. D.; BEDRICK, E. J.; TEAF, D.; Peralta, P. – Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. In: Birth, [s. l.] Vol. 33 N° 2 (Junho 2006).
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). New ACOG opinion addresses elective cesarean controversy [em linha] In: News Release, Jan. 2006 [acedido em Janeiro de 2011]; Disponível em: http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr10-31-03-1.cfm
4. BAKSU, Basak; DAVAS, Inci; AGAR, Eser; AKYOL, Atif; VAROLAN, Ahmet – The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. In: Int Urogynecol J Pelvic Floor Dys-funct. Istanbul. Vol. 18 N° 4 (Abril 2007). PMID: 16871432. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
5. BARRETT, G.; PENDRY, E.; PEACOCK, J.; VICTOR, C.; THAKAR, R.; MANYONDA, I. – Women’s sexual health after childbirth. In: British Journal of Obstetrics and Gynecology. Londres. Vol. 107 N°2 (Fevereiro 2000).
6. BARROS, A e PINOTTI, J - Ginecologia moderna. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. BASSON, R.; BROTTTO, L. A.; LAAN, E.; REDMOND, G.; UTIAN, W. – Assessment and management of women’s sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. In: Journal of Sexual Medicine. Vancouver. Vol. 2 N° 3 (Maio 2005). PMID: 16422860. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
7. BERMAN, J.; BERMAN, L. – Viagra and beyond: where sex educators and therapists fit in from a multidisciplinary perspective. In: Journal of Sex Education and Therapy. [s. l.] ISSN: 0161-4576. Vol. 25 N° 1 (2000).
8. BIA, Florbela – A influência do parto no funcionamento sexual feminino – um estudo piloto. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008. Tese de Mestrado.
9. BORGES, Bárbara Bettencourt; SERRANO, Fátima; PEREIRA, Fernanda – Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. In: Acta Médica Portuguesa. Lisboa. ISSN: 1646-0758. II Série, Vol.16 N° 6 (Novembro/Dezembro 2003).

10. BOBAK, Irene; LOWDERMILK, Deitra; JENSEN, Margaret; PERRY, Shannon – Enfermagem na Maternidade. 4ª edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6.
11. CARROLI, G.; BELIZAN, J. – Episiotomy for vaginal birth. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. N° 3. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081 (Maio 1999).
12. COSTA, R.; GONÇALVES, P. – A sexualidade não envelhece. In: Nursing. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N° 185 (Fevereiro 2004).
13. DE JUDICIBUS, M. A.; McCABE, M. P. – Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. In: Journal of Sexuality Research. [s.l.] ISSN: 1559-8519. Vol. 39 N° 2 (Maio 2002).
14. FORSTER, C.; ABRAHAM, S.; TAYLOR, A.; LLEWELLYN-JONES, D. – Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding. In: Obstetrics and Gynecology. [s.l.] Vol. 84 N° 5 (Novembro 1994).
15. GRAÇA, Luís Mendes – Episiotomia e lacerações Perineais. In: Graça, L. M., (coord.) – Medicina Materno-Fetal: Fundamentos e Prática Clínica. 4ª ed. Lisboa: Lidel; 2010. ISBN: 978-972-757-654-8.
16. GLAZENER, C. M. A. – Sexual function after childbirth: Women experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. In: British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Aberdeen. Vol. 104 N° 3 (Março 1997).
17. HYDE, J. S.; DeLAMATER, J. D.; PLANT, E. A.; BYRD, J. M. – Sexuality during pregnancy and the year postpartum. In: Journal of Sexuality Research. [s.l.] ISSN: 1559-8519. Vol. 33 N° 4 (1996).
18. LUMLEY, J. – Sexual feelings in pregnancy and after childbirth. In: Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol.18 N° 2 (Maio 1978).
19. MASCOLI, Luísa – Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no parto distócico. In: Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. N° 4, Série 8 (Outubro, 1990).
20. MELNYK, B, FINEOUT-OVERHOLT, E. – Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
21. MYERS, V.; GOLDBERG, J. – Episiotomy: an evidence based approach. In: Obstetrical and Gynecological Survey. Pennsylvania. Vol 61 N° 8 (Agosto 2006). Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
22. REAMY, K. J.; WHITE, S. E. – Sexuality in the puerperium: a review. In: Archives of Sexual Behaviour. [s.l.] Vol. 16 N° 2 (Abril 1987). Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
23. SOIFER, R. – Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
24. SYDOW, K. – Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. In: Journal of Psychosomatic Research. [s.l.] Vol. 47 N° 1 (Julho 1999).
25. WATSON, Christine – A sexualidade nos cuidados de enfermagem. In: Nursing. Lisboa. ISSN: 0871-6196. N° 59 (Dezembro 1992).
26. WAY, S. – Social construction of episiotomy. In: Journal of Clinical Nursing. [s.l.] II Série Vol.7 (Março 1998).
27. WAY, S. – Episiotomy and body image. In: Mod Midwife. Vol. 6 N° 9 (Setembro 1996). Disponível em: CINAHL Plus with Full Text.
28. W.H.O. – Education and Treatment in Human Sexuality: the Training of Health Professionals. In: Report of a W.H.O. meeting. World Health Organization Technical Report. Series no. 572, Geneva: World Health Organization, 1975.

XX SEXUALIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

SEXUALIDADE E MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Patrícia M. Pascoal

Psicóloga Clínica.
Consulta de Sexologia
Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Leonor Oliveira

Psicóloga
Colaboradora da Consulta de Sexologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Catarina Raposo

Psicóloga
Colaboradora da Consulta de Sexologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

A sexualidade humana granjeia grande interesse público, razão pela qual a investigação nesta área tem atraído a atenção dos meios de comunicação social, pelo menos nos países ocidentais. Ao longo dos tempos as temáticas sexuais estiveram representadas nos meios de divulgação da informação, quer através de notas humorísticas, da utilização do nu em diferentes suportes (pintura, fotografia, publicidade), ou através de folhetos pornográficos (e.g. folhetos politicamente subversivos no século XIX). Se, na literatura a tradição libertina é conhecida e secular (e.g., Marquês de Sade), é a introdução da fotografia (e.g., Félix- Jacques Moulin) e o aparecimento do cinema (e.g., *Le Coucher de la Mariee*) que permite massificar o acesso aos conteúdos eróticos e sexuais, contribuindo para a relativa banalização do nu. A história do cinema clássico ocidental, da música popular, das novelas radiofónicas (e.g., Parodiantes de Lisboa) e dos programas televisivos está recheada de exemplos de como através da ficção e da publicidade os meios de comunicação criam guiões para a normalização da sexualidade, i.e., criam enquadramentos para o que pode e deve ser a sexualidade normal e as relações entre os géneros. Por outro lado, é também nestes meios que se pode ver o reflexo de alterações e revoluções sociais na área dos direitos sexuais (e.g., inclusão de personagens com orientação homossexual ou bissexual em novelas de grande audiência sem que esta orientação seja associada à patologia mental, à doença ou à promiscuidade).

Até aos anos 40 a maior parte das publicações sobre sexualidade estavam consagradas a textos médicos. No entanto, a partir de então, com os trabalhos de Kinsey e de Masters e Johnson, e as subsequentes alterações sociais, tais como a “revolução sexual”, o impacto do aparecimento do HIV/SIDA e a invenção de fármacos com taxas de eficácia altíssimas na resolução da disfunção erétil, foi amplificada a discussão pública de temáticas sexuais e a sua associação à medicina e à psicologia. Também a evolução das tecnologias de informação proporcionou um aumento destes tópicos nos meios de comunicação social, atualmente multiplicados em jornais, revistas, rádio, televisão e o sem número de novos meios de comunicação, como as páginas de Internet, blogues, chats, fóruns e redes sociais. Esta diversidade de meios de difusão associada ao aumento de equipamentos que proporcionam o acesso contínuo à informação permite que nos dias de hoje, com-

parativamente ao passado, quando somente existiam os meios de comunicação clássicos (jornais, rádio e televisão), os conteúdos sexuais estejam acessíveis em tempo real em diversos contextos.

O sexo não só é uma das buscas mais populares da Internet, como é, talvez, o local em que se encontram mais difundidas as páginas de aconselhamento. O público procura aconselhamento por necessidade, falta de alternativa, procura de reconforto (“sou normal?”) ou por entretenimento. As evidências mostram que muitas pessoas procuram informação acerca de sexo nos novos meios de comunicação, devido à sua natureza íntima e autônoma, além da possibilidade de pesquisa rápida, muito embora a sua qualidade seja variável. No entanto, devido ao alto número destas páginas e ao aumento da sexualização na cultura popular, as mensagens emitidas são muitas vezes imprecisas e incorretamente compreendidas pelos membros do público e até pelos jornalistas. A falta de regulação de conteúdos na Internet viabiliza, também, que sejam difundidas publicidade e mensagens comerciais acerca de produtos para ter efeitos na resposta sexual, muitos fora dos circuitos que asseguram a sua qualidade ou mesmo indicação clínica. Apesar de existirem boas páginas informativas sobre sexo, muitas destas vendem produtos, comprimidos ou visam a autopromoção do orquestrador, adotando formatos supostamente “educativos”, mas que visam sobretudo o *marketing* pessoal. Este conjunto de fenômenos (proliferação de conteúdos, de produtos e de serviços de qualidade e fiabilidade variáveis e inconsistentes) conduz a que no contexto clínico encontremos os pedidos de ajuda muitas vezes rodeados de uma amálgama de informação desconexa associada a tentativas prévias de resolução do problema, muitas vezes através da utilização indevida de fármacos e estratégias terapêuticas cuja efetividade e eficácia só podem ser asseguradas quando administradas em contexto clínico. Apesar do interesse público e da facilidade ao acesso de informação acerca da sexualidade, grande parte da cobertura dos meios de comunicação social sobre a mesma contem mensagens inconsistentes, desatualizadas ou mesmo incorretas que, frequentemente, perpetuam estereótipos sexuais e desinformam. No geral, a cobertura mediática do sexo constrói-o como algo ocidental, apropriado para jovens saudáveis, urbanos, financeiramente autônomos, com “mente aberta”, normalmente monógamos e heterossexuais (com incursões ocasionais em “*threesomes*” ou “*swinging*”). Os meios de comunicação têm servido para manter a hegemonia masculina e o duplo padrão sexual. A influência dos meios de comunicação na sexualidade exerce-se pelo poder que estes têm de transmitir conteúdos regulares e consequentemente socializando para a sexualidade e criando guiões sexuais.

Mas este não é um processo unidirecional, pois os conteúdos mediáticos são eles também reflexo de padrões existentes na sociedade acerca da sexualidade. Os estudos acerca das audiências televisivas sugerem que as pessoas apreciam os conteúdos sobre sexo. Alguns conteúdos abordam questões relacionadas com o crime sexual, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e/ou educação sexual, trazendo estes temas para a discussão pública. Da mesma forma, algumas revistas de adolescentes, novelas e programas de rádio foram e são veículos privilegiados de difusão do conhecimento sobre a saúde sexual (e.g., promover o uso de preservativo).

É também necessário fazer referência ao muito difundido formato de autoajuda. Aborda, essencialmente, questões sexuais e relacionais e adota, por norma, a configuração de uma questão/problema e respetiva solução, em formato de carta, mensagem escrita, correio eletrónico ou telefonema para a rádio ou televisão. Este formato visa o aconselhamento e é tradicionalmente dirigido às mulheres, embora se estejam a tornar progressivamente mais populares entre os homens. Mantém-se, portanto, uma interinfluência inegável entre meios de comunicação e construção social da sexualidade. Raramente é oferecida escolha, competências, ou são celebradas diferenças, contudo, com os novos meios de comunicação social, a diversidade sexual tem tido maior visibilidade e tem permitido que expressões habitualmente consideradas minoritárias divulguem mensagens e conteúdos em nome próprio. Adicionalmente encontra-se hoje uma

série de utilizações positivas entre os novos meios de comunicação e o público, nomeadamente a possibilidade de desenvolver programas de intervenção terapêutica através da internet.

Há diferenças significativas nos objetivos e motivações dos jornalistas e dos especialistas da sexualidade (terapeutas sexuais, investigadores, educadores e outros profissionais da saúde sexual) ao nível político, clínico, financeiro, comercial e educacional. Entre jornalistas a proximidade à ciência encontra-se dificultada, uma vez que a sua formação pode não incluir a compreensão da literatura científica e o desenvolvimento das aptidões críticas deste tipo de informação. O público, no entanto, depende dos meios de comunicação social para ter acesso aos conteúdos e informação acerca da sexualidade sendo que tal como os amigos, família e educação sexual formal, são uma importante fonte de informação sobre a sexualidade.

É necessária uma relação de colaboração entre especialistas da sexualidade e jornalistas de forma a colmatar dois problemas principais: a necessidade de dar visibilidade à informação veiculada pelos especialistas da área da sexualidade com formação adequada e atualizada; e a formação ou sensibilização dos jornalistas para a comunicação em ciência. É da maior importância que a informação transmitida para o grande público seja baseada em evidências científicas de modo a que o serviço prestado por especialistas da sexualidade, jornalistas ou por ambos em cooperação, seja atual e preciso e não apenas um trampolim, através da mediatização, para carreiras de curiosos na área da sexualidade. Por um lado, desta colaboração nascem possibilidades educativas muito poderosas, uma vez que os meios de comunicação são um veículo de informação privilegiado, por outro, o perigo da comunicação de incorreções para o público é de igual forma amplo.

A parceria entre estas duas áreas do saber, mesmo que desejada, é sensível e acarreta dificuldades diversas. Não só pode ser oneroso para os especialistas transmitir ideias complexas e impressionáveis em formato simples sem lhes reduzir o significado, como alguns destes temem o poder jornalístico, no seu sensacionalismo e sobregeneralização, optando, por vezes, pela não divulgação de informação evitando a sua potencial deturpação. Também, para os jornalistas, pode não ser clara a qualidade da informação que pesquisam, podendo desconhecer a fidedignidade dos artigos, que nem sempre se construíram de acordo com o processo de revisão entre pares, ou podem desconsiderar as limitações dos resultados da investigação efetuando generalizações desadequadas e noticiando temas bombásticos.

Apesar das dificuldades, existem várias opções para melhorar a qualidade da informação sexual existente. Existem ainda poucos estudos que documentem o impacto positivo que o acesso à informação sobre a sexualidade e à diversidade sexual tem nas populações. Os especialistas da sexualidade podem, ser consultores de programas ou participar na redação de artigos, providenciar referências para suportar os trabalhos dos jornalistas, contribuir para uma página ou criar a sua própria, partilhar descobertas, redigir artigos ou crónicas e, ainda, fazer campanha para melhorar o conteúdo sexual da informação mediática.

Comentário Final

A contribuição dos meios de comunicação social para a construção social do sexo e da sexualidade pode ser danoso para diversas populações se perpetuar estereótipos sexuais, difundir informação desatualizada ou reivindicar, erroneamente, basear-se em evidências científicas. Por outro lado, são igualmente um veículo educativo poderoso. Cabe, pois, aos especialistas da sexualidade a transmissão de informação correta e atualizada por forma a diminuir o impacto negativo e a diversificar e ampliar os conteúdos a que público tem acesso. A parceria entre meios de comunicação e especialistas da sexualidade pode deter um papel chave na educação e atualização da informação sexual do grande público.

BIBLIOGRAFIA

1. Ballam, S. M., & Granello, P. F. (2011). Confronting Sex in the Media: Implications and Counseling Recommendations. *Family Journal: Counseling And Therapy For Couples And Families*, 19(4), 421-426.
2. Boynton, P.M. (2007). Advice for sex advisors: a guide for 'agony aunts', relationship therapists and sex educators who work with the media.. *Sex Education*, 7(3), 309 – 326.
3. Boynton, P.M., Callaghan, W. (2006). Understanding media coverage of sex: a practical discussion paper for sexologists and journalists. *Sexual and Relationships Therapy*, 21(3), 333 - 346.
4. Boynton, P.M. (2003). Never trust a journalist? A woman's guide for working with the media. *Psychology of Women Section Review*, 5(1), 15 – 25.
5. Brown, J.D., Steele, J.R. & Walsh-Childers, K. (Eds) (2002). *Sexual Teens, Sexual Media. Investigating Media's influence on Adolescent Sexuality*. London: Lawrence Erlbaum.
6. Cantor, J., Mares, M.L., & Hyde, J.S. (2003). Autobiographical memories of exposure to sexual media content. *Media Psychology*, 5, 1-31.
7. Costa Pereira, F., Verissimo, J., Castillo Diaz, A., & Correia, R. (2013). Gender Stereotyping, Sex and Violence in Portuguese and Spanish Advertisement. *Comunicação E Sociedade*, 23274-292.
8. Foucault, M. (1979). *The History of Sexuality Volume 1: An Introduction*. London: Allen Lane.
9. Gackenbach, J. (Ed.) (1998). *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal, and Personal Implications*. San Diego, Ca: Academic Press.
10. Gagnon, J. (2005). *Sexual Conduct: The Social Sources of Sexual Conduct (Second Edition)*. Piscataway, NJ: Transaction Books.
11. Gunter, B. (2011) *Media and Sex*. Oxford Bibliographies Online. New York: Oxford University Press.
12. Rosser, B.R.S., Wilkerson, J.M., Smolenski, D.J., Oakes, J.M., Konstan, J., Horvath, K.J., Kilian, G.R., Novak, D.S., Danilenko, G.P., & Morgan, R. (2011). The future of Internet-based HIV prevention: A report on key findings from the Men's INternet Sex (MINTS-I, II) Studies. *AIDS and Behavior*, 15(1), 91-100.
13. Samson, L., & Grabe, M. (2012). Media Use and the Sexual propensities of Emerging Adults. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 56(2), 280-298.
14. Sauerteig, L., & Davidson, R. (2012). *Shaping Sexual Knowledge: A Cultural History of Sex Education in Twentieth Century Europe*. Routledge Studies in the Social History of Medicine. Routledge, Taylor & Francis Group.
15. Stern, E.S. and Handel, A.D (2001).Sexuality and Mass Media: The Historical Context of Psychology's Reaction to Sexuality on the Internet.*The Journal of Sex Research*, 38, November, 283-291.
16. Strasburger, V.C., Wilson, B.J., & Jordan, A.B. (2014) *Children, Adolescents , and the media*, 3rd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
17. Tiefer, L. (2004). *Sex is not a natural act and other essays*, 2nd Edition. Boulder: Westview Press.
18. Tyler, M. (2004) 'Managing Between the Sheets: Lifestyle Magazines and the Management of Everyday Life', *Sexualities*. 7(1): 81-106.
19. Van Lankveld, J.J.D.M, Leusink, P.M., Van Diest, S.L., Gijls, L., & Slob, A.K. (2009). Internet-based brief sex therapy for heterosexual men with sexual dysfunctions: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2224-2236.
20. Ward, L.M. (2002). Does television exposure affect emerging adults' attitudes and assumptions about sexual relationships? Correlational and experimental confirmation. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 1-15.
21. Ward, L.M. (2003). Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research . *Developmental Review*, 23, 347-388.
22. Watson, A., & McKee, A. (2013). Masturbation and the Media. *Sexuality & Culture*, 17(3), 449-475.

XXI

SEXUALIDADE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SEXUALIDADE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DE CORPO A CORPO

Alexandra Tereso

Professora Adjunta na ESEL

Neste capítulo, propõe-se uma reflexão acerca das dimensões corporais implicadas na interacção entre profissionais e doentes (no âmbito da saúde/doença sexual), evocando a sexualidade como fio condutor.

Nas últimas décadas, proliferou o desenvolvimento do interesse científico pela sexualidade humana impulsionado pelo protagonismo do «movimento da medicalização da sexualidade»¹ e da «farmacologização» da saúde². Concomitantemente, a divulgação dos saberes sobre sexualidade e sobre as novas possibilidades terapêuticas disponíveis¹ invadiu os media, imiscuiu-se nos cuidados de saúde e enfatizou a importância de diagnosticar e tratar as disfunções no desempenho sexual³. As expectativas terapêuticas por parte dos indivíduos aproximaram-nos dos cuidados médicos na procura de soluções para os seus problemas, o que esteve na base da (re)definição das formas de interacção entre profissionais e doentes e dos contextos considerados legítimos para o seu tratamento.

Na ideia do corpo como o lugar de descodificação dos sinais e sintomas de doença, onde as práticas da enfermagem e da medicina sexual acontecem, a ideia de risco associado às intervenções desenvolvidas emerge com um impacto considerável. Diagnosticar e tratar legítima invadir, infligir dor⁴, provocar “inaptidão” e negligenciar a privacidade e o pudor. Neste âmbito, Emerson (1987/1970)⁵ realça os efeitos objectivos e subjectivos da valorização da definição médica da situação, que, por um lado, legitima a realização dos procedimentos invasivos e que, por outro, minimiza a percepção do paciente sobre a ameaça potencial à sua dignidade.

Os quotidianos dos profissionais de saúde são atravessados por processos de mediação das dimensões corporais que estão intimamente ligados às interacções corpo a corpo, o que lhes permitem comunicar, “experienciar necessidades comuns, desejos, satisfações e frustrações”⁶. Nestas interacções, evidenciam-se regras sociais que regem as distâncias entre os corpos e contribuem para delimitar universos culturais e simbólicos distintos, onde se abrigam a construção social da sexualidade dos profissionais e a dos doentes⁷.

No âmago de uma série de configurações institucionais, a prática médica geralmente acontece na intimidade de um consultório ou de gabinete de atendimento em que se (des)ocultam intimidades e corporeidades. Nestes espaços, onde os corpos se aproximam, é presumido que os médicos sejam “objectivos, sejam emocionalmente distanciados e se guiem pelas regras da boa prática profissional”⁸ (Morgan, 2005: 50). A conformidade com estas presunções gerais é considerada como um requisito essencial para a realização de intervenções terapêuticas, especialmente quando implicam a observação dos órgãos genitais ou envolvem a obtenção de informações sobre aspectos considerados íntimos pelo paciente⁸. É nestes contextos, onde objectiva e subjectivamente se revelam intimidades, que a erotização das interacções pode invadir a relação entre cuidador e cuidado e metamorfoseá-la numa relação entre sujeito de desejo e sujeito desejante.

Nas interacções entre profissionais e doentes, os uniformes podem contribuir para ocultar

os corpos dos profissionais e a sua sexualidade⁷. No entanto, apesar de simbolizarem uma suposta insensibilidade à dimensão erótica do corpo do outro, não impossibilitam a transformação de lugares terapêuticos em lugares povoados pelo desejo, onde o olhar e o toque procuram o corpo do outro, fora de lógicas terapêuticas supostamente assexuadas⁷.

O facto de a medicina ter deixado de ser vista como um sacerdócio exercido por seres superiores, assexuados e providos das melhores intenções¹⁴, não anulou a crença de que os profissionais de saúde são seres “dessensualizados”⁹ e “agenderizados”⁹ que observam e examinam o corpo de uma forma estritamente clínica⁹. A bata branca que envergam parece constituir-se como um artefacto que simboliza a pertença profissional, legitima o acesso ao corpo do outro, permite tornar pública a intimidade e a privacidade alheias e contribui para considerar o pudor como obsoleto face à nobreza do objectivo terapêutico¹⁰.

No início do percurso formativo de qualquer enfermeiro ou médico surge o momento da descoberta e do confronto com o corpo do outro. Diagnosticar e tratar o corpo doente requer proximidade, olhar, tocar e, por vezes, invadir. Na sua socialização, os estudantes aprendem a responder com neutralidade e de forma “rotinizada” a situações delicadas e embaraçosas que envolvem o toque íntimo¹¹. No entanto, a ansiedade e o desconforto em relação à abordagem de questões sobre sexo ou sexualidade com os doentes torna-se visível na omissão de registos na história do doente e na ausência do exame físico¹² que seria normalmente justificado pelo eventual mal-estar, unicamente imputável ao doente. Neste âmbito, realça-se que o desconforto na abordagem da sexualidade com os doentes não se restringe aos processos formativos. No exercício clínico, há situações em que o evitamento da observação física se mantém e é mitigado através do encaminhamento para especialistas ou da prescrição de exames que deixam de ser “complementares” de diagnóstico para serem formas exclusivas de diagnóstico.

Apesar da crescente verbalização da sexualidade (que é vista como um aspecto relevante do que pode ser considerado como «processo de erotização das relações»)¹, para muitos doentes e profissionais, a sexualidade e o sexo são considerados aspectos íntimos¹² e os sentimentos negativos face à sexualidade, como a vergonha ou a culpa⁴, parecem evidenciar-se como constrangimentos e limitações no desenvolvimento das interações. Neste contexto, relativamente aos profissionais, destacam-se:

- O pudor dos próprios profissionais, que evitam olhar e tocar o corpo dos doentes;
- A falta de formação para lidarem com situações que envolvem a proximidade física, a intimidade e a sexualidade;
- Os modelos formativos que privilegiam o desenvolvimento de estratégias de aproximação ao corpo feminino e nos quais é desvalorizada a necessidade de aproximação ao corpo masculino¹³;
- A constatação de que, nas práticas quotidianas, a autoridade, a rotinização e a despersonalização parecem ser consideradas funcionais quer para os profissionais, quer para os pacientes¹⁴;
- A crença de que o ambiente médico é inócuo e asséptico, logo anti-erótico, e que nesse contexto o paciente tem de ser visto como um objecto clínico⁵.

No entanto, para além dos aspectos descritos, centrados nos profissionais, a literatura sobre este tema realça ainda os que dizem respeito às manifestações da sexualidade dos doentes para com os profissionais, tais como os olhares insidiosos, a procura do contacto físico e até mesmo as manifestações de desejo^{7,14}. Estes aspectos, que por vezes desencadeiam nos profissionais reacções de reprovação, recriminação e até de punição, são sobretudo evidenciados em situações que envolvem questões relacionadas com a idade, com o género e com a orientação sexual de profissionais e doentes, e apresentam contornos variáveis e significações distintas, de acordo

com os contextos terapêuticos, as situações clínicas, os profissionais envolvidos e o *ethos* que preside às práticas profissionais.

Concretamente, no que diz respeito aos profissionais de enfermagem, são realçados alguns aspectos que parecem contribuir para a complexidade relacional:

- O tipo de actividades que os enfermeiros desenvolvem e que implicam a proximidade física e a manipulação dos órgãos genitais dos doentes^{7,14};
- A simbologia associada ao estatuto profissional dos enfermeiros, que os aproxima da sua identidade corporal¹⁴. Nesta questão, alguma literatura disponível realça ainda o impacto da carga erótica atribuída à figura feminina da profissão de enfermagem e à sua imagem estereotipada como objecto sexual disponível¹⁵.

Como conclusão, realça-se o impacto dos modelos e das ideologias formativas e institucionais que enquadram as práticas dos profissionais de saúde e que se imiscuem nas interações que se pretendem terapêuticas. Habitualmente, a experiência erótica é vivida em segredo e raramente é partilhado o desconforto provocado pelo «erotismo da situação». “Proibida, negada, apagada, disfarçada, é assim a sexualidade no hospital; o véu do silêncio recobre quase permanentemente a dimensão erótica dos cuidados”⁷.(Mercadier, 2002: 183). Neste contexto, salienta-se que, para uma abordagem positiva das dimensões corporais e da erotização dos cuidados, é fundamental uma análise transdisciplinar e o desenvolvimento de trabalhos de investigação que contribuam para desmistificar silêncios e promover a efectivação da “verbalização da sexualidade”.

BIBLIOGRAFIA

1. Aboim, S. (2013). *A Sexualidade dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
2. Williams, S. J., Martin, P. and Gabe, J. (2011). 'The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis' *Sociology Of Health And Illness* 33 (5), 710 - 725
3. Vilar, D. (2010). Desempenho sexual – Satisfação e Problemas in Ferreira, P. M. e Cabral, M. V. (Org.). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Bizâncio (201-231)
4. Nettleton, S. (2004). *The Sociology of Health & Illness*. Cambridge: Polity
5. Emerson, J. P. (1987/1970). Behaviour in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynaecological Examinations in Soeckle (Ed.). *Encounters Between Patients and Doctors: an Antology*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press (215-234)
6. Doyal, L. and Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. London: Palgrave Macmillan
7. Mercadier, Catherine (2002). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar*. Loures: Lusociência
8. Morgan, M. (2005). The Doctor-Patient Relationship in Scambler, G (Ed.) *Sociology as Applied to Medicine*. London: SAUNDERS (49-66)
9. Miles, A. (1991). *Women Health and Medicine*. Suffolk: Open University Press
10. Lhez, P. (1995). De la Robe de Bure á la Tunique Pantalon. *Étude sur la Place du Vêtement dans la Pratique Infermière*. Paris: Inter Editions
11. Atkinson, P. (1981). *The Clinical Experience: the Construction and Reconstruction of Medical Reality*. Guilford: Gower.
12. Wimberly, Y. and Moore, S. E. (2007). Doctors, Patients, and Sexuality in Herdt, G. e Howe, C. (Ed.). *21st Century Sexualities: Contemporary Issues in Health, Education and Rights*. London: Routledge (92-95).
13. Turner, B. S. (1999). *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications
14. Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: SAGE Publications Lda
15. Fagin, C. and Diers, D. (1984). Nursing as Metaphor. *International Nursing Review*, 31 (1), 16-17

VIOLÊNCIA EM CONTEXTO OCUPACIONAL: O ASSÉDIO SEXUAL CONTRA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Cristina Rodrigues

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
C.H.L.C. - Hospital D. Estefânia

A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho tornou-se um fenómeno global (Canadian Nurses Association/ Canadian Federation of Nurses Unions, n.d.) e muito frequente não só em Portugal, mas em todo o Mundo (Direcção Geral da Saúde, 2006).

Actualmente existem mais de 5 milhões de profissionais de saúde nos EUA, em diferentes sectores de actividade, expostos a muitos factores de risco ocupacionais, incluindo a violência (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002-101). Da mesma forma, segundo a Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (Milczarek, 2010) 6% dos trabalhadores da EU-27 reportaram que estiveram expostos a ameaças ou violência física quer de colegas de trabalho (2%) quer por outros (4%).

A violência no local de trabalho é definida como actos violentos, que incluem a agressão física e a ameaça de agressão contra as pessoas, no trabalho ou no cumprimento da sua actividade (NIOSH, 2002-101), que comprometem explicita ou implicitamente a segurança, saúde ou bem-estar dos profissionais que são atingidos e dos que testemunham os episódios de violência (DGS, 2006).

Neste sentido, a violência no local de trabalho tem constituído uma prioridade e preocupação ao nível dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (International Labour Office /International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International:2002), sendo considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de saúde (DGS, 2006).

Transversal à maioria dos sectores de actividade e das classes profissionais, é na área da saúde que existe um elevado risco de violência, nomeadamente ao nível dos profissionais de enfermagem (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002; Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde, 2011), em áreas como a Psiquiatria, Urgência/emergência e Unidades de internamento (NIOSH, 2002; ONVCPs,2011).

No actual contexto de prestação de cuidados, a violência no local de trabalho é, um dos mais complexos e perigosos factores de risco ocupacionais a que os profissionais de enfermagem estão sujeitos (Mcphaul,K. & Lipscomb, J.,2004; National Advisory Council of Nurse Education and Practice,2007) constituído um desafio para as instituições, ao nível dos serviços de Saúde Ocupacional, no que se refere à prevenção, protecção e promoção da saúde no local de trabalho, com vista à saúde e bem-estar físico, mental e social e melhoria da qualidade de vida de todos os profissionais (DGS,2013).

Os factores associados ao risco de violência no local de trabalho variam de acordo com as instituições de saúde e as áreas de prestação de cuidados, nomeadamente, inadequadas medidas

de segurança; formação inadequada de pessoal para lidar com potenciais situações de violência; políticas inadequadas de prevenção e gestão de incidentes violentos; inadequado apoio aos enfermeiros que trabalham sozinhos na comunidade e a subnotificação da violência que limita o conhecimento das situações e o desenvolvimento de ações corretivas (Registered Nurse's Association of Ontario, 2008), para além do pressuposto de que a violência faz parte do exercício profissional de enfermagem e que deve ser tolerada (Shoghi, M., Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S & Mirzabeigi, G, 2008).

De entre os vários factores de risco profissionais a que os enfermeiros estão expostos (Físicos, Químicos, Biológicos e Biomecânicos) (Lei 3/2014), os factores de risco Psicossociais, onde se inclui a violência, têm assumido diversas expressões nos contextos de trabalho na área da saúde, pelos danos e repercussões associadas aos profissionais, traduzidos no aumento da taxa de absentismo, na diminuição da produtividade, na falta de motivação e satisfação profissional e na qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2006).

Sendo a violência física contra os enfermeiros, a mais evidenciada não só por estudos nesta área (Kitaneh & Hamdam, 2012; Esmailpour, M; Salsali, M & Ahmadi, F, 2010; Shoghi, M., Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S & Mirzabeigi, G, 2008; Chen, W., Hwu, H.G., Kung, S.M., Chiu, H.J & Wang, J.D, 2008; Kwok, R, 2006; Contrera-Moreno, L & Contrera-Moreno, M, 2004; Mayhew, C & Duncan, C, 2002; Ferrinho, P. [et al.] (2002), mas também por informação disponibilizada pelas organizações internacionais (ILO/ICN/WHO/PSI) e nacionais de referência (DGS- ONVCPS), não podemos ignorar as questões relacionadas com a violência psicológica, particularmente as que incluem o assédio sexual.

A profissão de enfermagem encontra-se mais vulnerável à violência e assédio sexual, por estar ligada maioritariamente ao universo feminino da prestação de cuidados e serviços pelas mulheres (Dias, 2008). É de salientar que apesar de os estudos disponibilizarem maior informação referente às enfermeiras como vítimas, a violência não é exclusiva do género feminino, existindo estudos que evidenciam os enfermeiros como vítimas, quer de violência física, estando mais expostos à agressão física e verbal (Shoghi, M., Sanjari, M., Shirazi, F., Heidari, S., Salemi, S & Mirzabeigi, G, 2008) quer de assédio sexual (Bronner, G; Peretz, C & Ehrenfeld, M, 2003).

No entanto, o assédio sexual enquanto risco psicossocial em contexto ocupacional parece constituir ainda uma problemática de difícil contextualização especialmente nos aspectos que se relacionam com a notificação de casos pelos profissionais de enfermagem e com a intervenção das instituições de saúde na prevenção, proteção e acompanhamento dos mesmos.

Apesar dos consensos internacionais e nacionais apontarem para a criação de intervenções que visem a promoção do combate à violência com ênfase na prevenção, incluindo medidas sociais, políticas e legais, bem como o envolvimento dos profissionais de saúde e dos utentes através de linhas orientadoras relativas às condições de trabalho e a criação de mecanismos de notificação deste tipo de incidentes (DGS, 2006), parece existir ainda alguma lacuna no que se refere à gestão da violência quando a mesma ocorre, bem como o apoio à vítima e a responsabilização do agressor.

Neste sentido, a legislação Portuguesa que regulamenta o regime de trabalho condena o assédio sexual, e prevê como sancionamento no art.º 29 n.º 4 do Código de Trabalho (Lei 7/2009), apenas uma contra-ordenação muito grave. Da mesma forma, no Contrato de trabalho em Funções Públicas (Lei 59/2008), no artigo 15, alínea 1, verifica-se que constitui discriminação, o assédio a candidato a emprego e a trabalhador, em especial todo o comportamento indesejado de carácter sexual (alínea 3) com o objectivo de afectar a dignidade da pessoa ou criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante e destabilizador, conferindo o direito ao trabalhador a uma indemnização por danos patrimoniais ou não patrimoniais quando sujeito a qualquer acto discriminatório lesivo (artigo 17º).

Apesar da confidencialidade da informação e anonimato dos profissionais que notificam este tipo de incidente, (formulário disponível on-line no sítio da DGS – ONVCPS e nas instituições hospitalares através do Gabinete do Risco) parece existir algum receio em falar sobre o assédio sexual no local de trabalho e principalmente na operacionalização do procedimento escrito.

De acordo com os dados recolhidos através do formulário disponível no sítio da DGS – ONVCPS, no ano de 2011, relativos a 154 episódios de violência contra profissionais de saúde comunicados à DGS, verificou-se que a agressão por assédio sexual é a menos registada com uma frequência absoluta de 2 casos (0,6% do total de registos), comparativamente a outras formas de violência como a discriminação/ameaça e a injúria (21,2% e 20,6) (ONVCPS, 2011). Da mesma forma, num estudo efetuado em 8 hospitais na Turquia sobre a prevalência de assédio sexual contra as enfermeiras, verificou-se que cerca de 80% das vítimas de assédio sexual não notificaram o incidente à administração do hospital (Çelik, Y & Çelik, S., 2007).

Como refere Dias (2008, p.18) “Continua a ser tabu falar deste tipo de abuso a maior parte das mulheres são socializadas para tratar e manter a experiência de assédio como um assunto privado. Por essa razão, o sofrimento decorrente da sua vitimação continua a ser subestimado”.

Por outro lado, a eventual subnotificação dos casos de violência e assédio sexual poderá estar associada ao receio de represálias, à não valorização da queixa (Dias, 2008) e à presença de uma cultura organizacional que não sancione os comportamentos intimidativos (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, 2013).

Não podemos esquecer, no entanto, que o profissional de enfermagem não aparece apenas no papel de vítima, mas em alguns casos surge também como perpetrador, contra os próprios colegas (Bronner, G; Peretz, C & Ehrenfeld, M, 2003) e contra os doentes, em alguns casos já denunciados pela comunicação social (Jornal de Notícias, 2013; DN Portugal, 2010).

Neste sentido, a necessidade de uma intervenção global e abrangente no âmbito da violência contra os profissionais de saúde é fundamental (DGS, 2006), que inclua ações preventivas e correctivas ao nível da violência e assédio sexual no local de trabalho tais como, a avaliação de riscos para a identificação de eventuais factores de risco psicossociais; a formação/ informação ao nível da gestão de conflitos quer aos profissionais, quer às chefias; a disponibilização de apoio psicológico; a criação de mecanismos internos de notificação de incidentes desta natureza; a garantia de confidencialidade, bem como da inexistência de represálias sobre os queixosos (CITE, 2013) a par de uma cultura organizacional que não tolere o assédio (Dias, 2008) e incentivadora da notificação cada vez maior deste tipo de incidentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbas, M., Fiala, L., Rahman, A. & Fahim, A. (2010). Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *Journal Egypt Pyblic Health Association*. 85 (1&2), p Acedido Fevereiro 9, 2014 em <http://www.eph.eg.net/pdf/n1-2-2010/2.pdf>
2. Bronner, G; Peretz, C & Enrenfeld; M (2003). Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of advanced Nursing* 42(6), p637-644. Acedido Dezembro 10, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02667.x/pdf>
3. Canadian Nurses Association/Canadian Federation of Nurses Unions. Workplace violence. Joint position statement. Acedido Fevereiro 7, 2014, em http://nursesunions.ca/sites/default/files/workplace_violence_position_statement_cna-cfnu_0.pdf
4. Çelik, Y & Çelik, S. (2007). Sexual Harassment against nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*. 39(2), p200-206. Acedido Novembro 26, 2013 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2007.00168.x/pdf>
5. Chen, W., Hwu, H.G., Kung, S.M., Chiu, H.J & Wang, J.D (2008). Prevalence and Determinants of workplace violence of health care workers in a Psychiatric Hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 50, p288-293. Acedido 7 Fevereiro, 2014 em https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/50/3/50_L7132/_pdf
6. Contrera-Moreno, L & Contrera-Moreno, M. (2004). Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6) Nov./Dez.; p.746-749. Acedido Fevereiro 9, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a24.pdf>
7. Dias, I (2008). *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, p11-23. Acedido Dezembro 10, 2013 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n57/n57a02.pdf>
8. Di Martino, V (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies. Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study [em linha]. *World Health Organization (WHO) Web site*. Acedido Janeiro 27, 2014, em <http://hrhresourcecenter.org/node/29>
9. Di Martino, V (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva 2003. Acedido Fevereiro, 7, 2014, em <http://www.conflictprofessional.com/admin/resourcecentre/docs/Di%20Martino%20WPV%20StressViolence.pdf>
10. DN Portugal (2010). Enfermeiro nega abusos a doentes. Acedido Fevereiro 7, 2014, em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1662702&secao=Centro.
11. Esmaeilpour, M; Salsali, M & Ahmadi, F (2011). Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*, 58, p130-137. Acedido Fevereiro 7, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14667657.2010.00834.x/pdf>
12. Ferrinho, P et al (2002). Violência no Local de Trabalho no Sector da Saúde Estudos de Caso Portugueses. Relatório Final [em linha]. *Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia D'ort (AG.O.) Web site*. Acedido Fevereiro 7, 2014, em <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.aspx>
13. Formulário de Notificação da Direção-Geral da Saúde relativo aos casos de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho. Acedido em Fevereiro 7, 2014, em <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>
14. International Labour Office / International Council Of Nurses / World Health Organization / Public Services International (2002). Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector [em linha]. *International Labour Office (ILO) / International Council Of Nurses (Icn) / World Health Organization (Who) / Public Services International (PSI). Web site*. Acedido Janeiro 27, 2014, em <http://whqlibdoc.who.int/publications/9221134466.pdf>
15. Jornal de Notícias (2013). Enfermeiro acusado por abuso sexual de três doentes. Acedido Fevereiro 7, 2014, em http://www.jn.pt/PaginaInicial/Seguranca/Interior.aspx?content_id=3549078.
16. Kitaneh, M & Hamdam, N (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(469). Acedido Fevereiro 9, 2014, em http://download.springer.com/static/pdf/171/art%253A10.1186%252F1472-6963-12-469.pdf?auth66=1392381283_d9c0aace06e0fe6b78862e4d9d8f231e&text=.pdf
17. Kwok, R., et al (2006). Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1) February 2006, p. 6-9. Acedido Fevereiro 7, 2014, em http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm0602p6.pdf
18. LEI n.º 3/2014 - aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República* n.º 19 - 1.ª série - 28 de Janeiro de 2014. Acedido Fevereiro 9, 2014, em <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/01/01900/0055400591.pdf>
19. LEI n.º 7/2009 - Aprova a revisão do Código do Trabalho. *Diário da República* n.º 30 - 1.ª Série - 12 de Fevereiro de 2009. Acedido Fevereiro 12, 2014, em <http://dre.pt/pdf1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>
20. LEI n. 59/2008 - Aprova o regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas. *Diário da República* n.º 176 - 1.ª Série - 11 de Setembro de 2008. Acedido Fevereiro 12, 2014, em <http://www.dre.pt/pdf1s/2008/09/17600/0652406630.pdf>
21. Mayhew, C & Duncan, C (2003). Workplace Violence in the Health Sector - A Case Study in Australia. *The Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand*, 19(6), p. Acedido Fevereiro 9, 2014, em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_australia.pdf
22. Mcphaul, K & Lipscomb, J (2004). Workplace violence in Health care: Recognized but not regulated. *Online Journal of issues in nursing*, 9 (3), Manuscript 6. Acedido Fevereiro 7, 2014, em <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.html>
23. Milczarek, M (2010). Workplace Violence and Harassment: a European Picture. European Risk Observatory Report [em linha]. *European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) Web site*. Acedido Janeiro 27, 2014, em <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>
24. Ministério da Economia e do Emprego. Comissão Para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2013). Prevenção e combate de situações de assédio no local de trabalho: um instrumento de apoio à autorregulação. Assédio no trabalho: conhecer, prevenir, combater [em linha]. *Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE) Web site*. Acedido Janeiro 27, 2014, em http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/guia_informativoCITE.pdf
24. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º ciclo - 2013/2017. Lisboa: DGS, 2013.
25. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde. (2012). Relatório 2011. Acedido Fevereiro 7, 2014, em <http://www.dgs.pt/?cr=23350>
26. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2006): Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais. Circular informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006.
27. National Advisory Council on Nurse Education and Practice (2007). Violence against nurses. An assessment of the causes and impacts of violence in nursing education and practice. Fifth report to the secretary of health services and the congress [em linha]. *National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEP) Web site*. Acedido Fevereiro 7, 2014, em <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/nacnep/reports/fifthreport.pdf>

28. National Institute for Occupational Safety and Health (2002-101). Violence Occupational Hazards in Hospitals [em linha]. *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) Web site*. Acedido Janeiro 27, 2014, em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/>
29. Registered Nurses' Association of Ontario (2008). Position Statement violence against nurses-'zero' tolerance for violence against nurses and nursing students. Disponível <http://rnao.ca/policy/position-statements/violence-against-nurses> Acedido Fevereiro 9, 2014.
30. Shoghi, M.,Sanjari,M.,Shirazi,F.,Heidari,S.,Salemi,S & Mirzabeigi,G (2008). Workplace Violence and abuse against Nurses in Hospital in Iran. *Advanced Nursing Research*,2 (3).September 2008,p.184-193. Acedido Fevereiro 9, 2014, em http://www.kan.or.kr/kor/shop_sun/files/anr_img/200803/184.pdf

XXII

DIREITO E SEXUALIDADEE

DIREITO E SEXUALIDADE

Miguel Assis Raimundo

Advogado

Professor Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

1. Direito e Sexualidade – eis um tema invulgar ou mesmo inédito na literatura jurídica portuguesa. Não que o tratamento de múltiplas questões relativas à relação entre aquelas duas realidades esteja ausente da doutrina. Porém, nos casos em que se abordam questões jurídicas relativas à sexualidade, a perspectiva não é de sistema, mas sempre sectorial: o sexo ou a orientação sexual como factores de discriminação, alguns actos sexuais como ilícitos criminais e outros tópicos que revelam a relevância jurídica do tema – ou não fosse a sexualidade parte da vida, e não apenas da vida interior, mas da vida em comum¹. Ora, como se sabe, o Direito interessa-se por tudo o que é humano, tudo o que tem a ver com as pessoas e as suas relações.

2. Não existe, naturalmente, com autonomia científica e dogmática, uma disciplina ou um ramo do Direito com a designação de “Direito da Sexualidade”. Porém, isso não retira interesse a uma tentativa de procurar organizar os diversos tópicos de conexão entre os temas, para efeitos descritivos, informativos e pedagógicos. Isso parece pertinente, do ponto de vista do estudo da realidade, e é sem dúvida oportuno, no contexto de uma reflexão global sobre Medicina Sexual, como é a que tem lugar neste livro.

3. Começando pelo princípio, pode dizer-se que a sexualidade é lugar de direitos humanos ou direitos fundamentais. O próprio corpo é um dos suportes da *dignidade da pessoa*, realidade de referência para o Direito e em particular para os direitos humanos, e que, por determinação expressa da Constituição, constitui a base primeira do Estado (v. artigo 1º). Isto tem várias consequências importantes.

4. Assim, desde logo, a sexualidade e a sua expressão assumem-se como uma esfera de *liberdade*, reservando à pessoa um espaço livre de coacção externa, permitindo que esta dimensão da personalidade humana se desenvolva, em cada indivíduo, de uma forma particular. Aqui se baseiam, por exemplo, os direitos fundamentais de constituir família e de contrair casamento², sendo aliás um campo de estudo recente e em crescimento o dos chamados *direitos reprodutivos*, que historicamente foi alvo de forte intervenção estatal (e ainda é, como o prova o exemplo chinês) e também de discriminação da mulher³. Ainda como decorrência de uma ideia de liberdade e de esfera livre da intervenção estatal, as pessoas têm direito a que a sua esfera íntima, da qual faz parte a sexualidade, seja preservada como tal: daí, por exemplo, as fortes limitações à recolha e tratamento de dados pessoais relativos à vida privada⁴.

5. Os pontos acabados de referir logo deixam perceber a conflitualidade latente nas dimensões de regulação jurídica da sexualidade. Essa tensão revela-se, desde logo, no próprio tratamento jurídico da construção da identidade. A sexualidade é o espaço de uma liberdade da pessoa; mas essa liberdade abrange a definição do próprio sexo, ou, colocada a questão mais rigorosamente, há uma margem de indeterminação sobre o sexo de uma pessoa, dependente de valorações subjectivas, designadamente, da própria? O facto de fazermos estas perguntas revela que o próprio ponto de partida da diferenciação sexual está, hoje, sujeito a discussão, na medida em que pode ser posta em causa a correspondência estrita entre *corporeidade e sexualidade*⁵: a ciência afirma que uma pessoa que fisionomicamente é um homem pode sentir-se, e querer ser, e transformar-se,

numa mulher, o que, independentemente de qualquer posicionamento valorativo sobre o tema, coloca sempre desafios difíceis ao Direito, como se verifica com a controversa questão de saber se existirá o direito a ver reconhecida a mudança de sexo em termos de registo civil e nos demais aspectos de relacionamento com os poderes públicos⁶. Outros aspectos revelam de modo inequívoco esta conflitualidade no que concerne ao tratamento da sexualidade, por exemplo na sua faceta de orientação sexual, questionando bases e institutos até aqui solidamente arraigados na cultura jurídica, como é amplamente revelado pela questão do alargamento do instituto do casamento às uniões homossexuais⁷; pode mesmo perguntar-se se a protecção da dignidade humana não deve levar mesmo a negar, em certos domínios, que a liberdade individual seja suficiente para legitimar certos comportamentos (pense-se na discussão sobre a validade de contratos de participação em *reality shows*, onde os participantes expressamente prescindem da sua intimidade, mesmo sexual).

6. A sexualidade não pode ser utilizada enquanto índice ou factor de discriminação por parte do poder público. Também aqui, a História mostrou que a sexualidade e a orientação sexual (além da etnia, condição social e outras) são duas das categorias suspeitas em sede de igualdade, ou seja, dois factores que, segundo as normas que tutelam o princípio ou direito à igualdade, são potencialmente geradores de discriminações atentatórias dos direitos humanos⁸. O princípio da igualdade não proíbe o tratamento desigual de situações desiguais (pense-se no tratamento da maternidade e da paternidade em termos laborais): porém, a diferenciação de regimes com base em índices como o sexo ou a orientação sexual é, justificadamente, problemática, e precisará sempre de ser rigorosamente fundamentada.

7. Ainda na relação com o Estado, um outro campo emerge com grande relevância. Na maioria dos Estados ocidentais, os cidadãos não têm apenas o direito a que o Estado respeite a sua liberdade e identidade e que os trate igualitariamente: têm ainda direito à protecção da sua saúde. Este direito – que é também um direito fundamental – concretiza-se num dever de o Estado criar ou promover a existência permanente de um conjunto de meios destinados a proporcionar prestações de saúde aos cidadãos⁹. No caso português, o principal meio de cumprimento dessa obrigação é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que por imposição constitucional, deve sempre apresentar as características de *universalidade* no acesso, *generalidade* nos cuidados de saúde proporcionados e *tendencial gratuidade* no contacto com o utente¹⁰. Por via do carácter geral do SNS, o mesmo deve estar organizado de modo a proporcionar cuidados de saúde sexual e reprodutiva, ou pelo menos, a financiar os utentes por forma a que lhes consigam aceder, sob pena de o Estado se encontrar em falta com a sua obrigação de proporcionar as prestações de saúde necessárias à prevenção e ao tratamento da doença. A questão ganha relevância particular perante a nova Directiva dos direitos dos utentes¹¹, que garante aos cidadãos da União Europeia a possibilidade de, em determinadas condições, recorrerem aos serviços de saúde de prestadores públicos ou privados de outros Estados membros, sendo os respectivos custos financiados pelo Estado de origem¹².

8. Neste enunciado dos tópicos mais relevantes de contacto entre Direito e Sexualidade, vale a pena referir aquele que porventura é o conjunto de problemas mais *tradicional* nesta matéria: aquilo a que pode chamar-se a regulação jurídica da resposta ao estímulo sexual. Pode ter-se uma primeira e intuitiva estranheza sobre a própria existência de um tal campo de regulação jurídica: e sem dúvida, tem de reconhecer-se que há uma linha que não pode ser ultrapassada nesta matéria. Por força dos direitos de liberdade que protegem o indivíduo e a sua sexualidade de intromissões indevidas do poder público – e mesmo de outros indivíduos – o Direito só pode intervir naqueles aspectos da resposta ao estímulo sexual onde se vislumbra um *interesse colectivo* que o imponha.

9. Feita essa ressalva, a verdade é que se encontram múltiplos exemplos de campos onde existe (ou pelo menos, se tem considerado até agora existir) esse interesse colectivo. Adoptando uma dicotomia tradicional, dir-se-á que, por um lado, o Direito Civil se interessa pela matéria, regulando-a no quadro das relações familiares e em particular no quadro do casamento, de cujo regime constam normas, sempre controversas no seu sentido e nas formas de garantia da sua *efectividade jurídica*, que não apenas proíbem aos cônjuges terem relações sexuais com terceiros, mas chegam a estabelecer um dever de manter relações sexuais entre si¹³.

10. Por outro lado, revelando aquela que é uma particular e crescente *susceptibilidade* do nosso tempo às questões da sexualidade¹⁴, a resposta ao estímulo sexual surge igualmente regulada de forma importante no Direito Penal ou Criminal, o que se manifesta, mesmo, na autonomização de um extenso capítulo do Código Penal, dedicado aos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual (artigos 163º a 179º)¹⁵. Alguns dos debates mais acesos sobre a regulação jurídica da sexualidade têm aqui lugar.

11. Desde logo, como a doutrina tem sublinhado e é confirmado pelas diversas reformas do Código Penal português, as últimas décadas têm assistido à “desmontagem” de um sistema de Direito Penal sexual que conferia prevalência à tutela de uma certa moral sexual, considerada como um bem em si¹⁶. Actualmente, enfatiza-se a ideia de que a função do Direito Penal não é a de promover uma determinada moral, antes se destina à tutela de bens jurídicos de natureza individual, o que surge com clareza na actual denominação dos crimes sexuais como crimes contra a *liberdade* e a *autodeterminação* sexuais.

12. Este processo de afastamento de uma certa compreensão e função do Direito Penal traduz-se em profundas alterações na estrutura dos tipos penais sexuais, observando-se, por exemplo, a descriminalização de condutas (como o adultério) ou a introdução de modificações aos tipos penais de modo a eliminar diferenças de tratamento hoje consideradas questionáveis. Nesta última linha, são expressivos os casos do alargamento do crime de violação para abranger vítimas do sexo masculino, ou, para um exemplo muito próximo no tempo, a recente alteração ao Código Penal que deixou de tratar de modo diferenciado (mais severo) a prática de actos homossexuais de maiores com adolescentes face aos actos sexuais heterossexuais. Com efeito, até 2007, os artigos 174º e 175º do Código Penal distinguiram, respectivamente, os actos heterossexuais com adolescentes e os actos homossexuais com adolescentes¹⁷, resultando dessa redacção do artigo 175º que os actos homossexuais nessas condições eram sempre penalizados, enquanto os actos heterossexuais só o seriam se na obtenção do consentimento do menor o adulto se tivesse aproveitado da inexperiência daquele. A doutrina via nesta diferenciação uma tomada de posição do legislador sobre o carácter socialmente censurável da homossexualidade, e colocou-se em causa a constitucionalidade da solução à luz do princípio da igualdade, até à alteração da solução legal.

13. Pode, contudo, questionar-se se é totalmente sustentável a concepção que vê no Direito Penal sexual um ramo do Direito que só se justifica para a tutela de bens individuais. A esse respeito, o crime de lenocínio (actualmente previsto no artigo 169º do Código Penal) continua a ser um bom exemplo: ter como profissão a promoção, facilitação e aproveitamento da prostituição de outrem continua, actualmente, a ser crime, mesmo que aquela(e) que se prostitui o faça livremente. Não há, nessa conduta, uma vítima imediata, e no entanto, o consenso social ainda vai no sentido de punir com pena de prisão essa conduta, considerada atentatória, precisamente, de certas valorações morais. Por outro lado, e por muito que se diga o contrário, o sistema social de valores continua a ser fundamental para densificar e aplicar certos conceitos utilizados nas normas jurídico-penais: pense-se, por exemplo, nos conceitos de “acto sexual de relevo” ou na noção de “importunação sexual”. São conceitos que, embora exijam uma atenção às valorações individuais da vítima e à sua susceptibilidade perante o sexo, não podem deixar de atender tam-

bém às representações sociais sobre o sentido (e a gravidade) de certas condutas.

14. Estas últimas referências espelham de modo bastante claro que o Direito cumpre aqui uma função de *selecção e separação entre respostas ao estímulo sexual consideradas adequadas e desadequadas*. Trata-se, obviamente, de uma função delicada, perturbada por diversos factores. Desde logo, pelo conhecimento científico: o aprofundamento do conhecimento sobre certas patologias sexuais coloca muitos comportamentos na zona de fronteira entre o juridicamente censurável e a inimputabilidade (pense-se, por exemplo, no crime de importunação sexual, que pode consistir em actos de exibicionismo, e em certas perturbações, como as parafilias).

15. Por outro lado, essa função desempenhada pelo Direito é cada vez mais exigente em sociedades plurais, onde a diferença cultural se traduz, muitas vezes, na existência, numa mesma sociedade, de diversos grupos de pessoas que, por razões culturais, têm visões altamente diferenciadas sobre a expressão da sexualidade (por exemplo, há visões diferentes, entre os grupos sociais, sobre a idade em que se atinge a plena maturidade sexual, ou sobre aquilo que é considerado uma importunação com conteúdo e sentido sexuais). Também aqui, cabe ao sistema normativo que é o Direito saber encontrar critérios de solução que, sem ignorar as diferenças culturais, não esqueçam que há aspectos de dignidade da pessoa dos quais um Estado de Direitos Humanos não pode, em circunstância alguma, prescindir.

NOTAS

1. Luis Muñoz Sabaté, *Sexualidad y Derecho. Elementos de Sexología Jurídica*, Barcelona: Editorial Hispano-Europea, 1976.
2. Artigo 36º, n.º 1 da Constituição e artigo 16º, n.º 1, da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão (DUDH).
3. Sobre isto, Roger Raupp Rios, “Para um Direito Democrático da Sexualidade”, *Horizontes Antropológicos*, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a04v1226.pdf>.
4. Artigo 35º, n.º 3, da Constituição, artigo 8º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE), artigo 7º da Lei de Protecção de Dados (Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro), artigo 6º, n.º 5, da Lei de Acesso aos Dados Administrativos (Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto e Regime Jurídico da Informação de Saúde (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro).
5. Sobre isto, desenvolvidamente, Salvatore Amato, *Sessualità e Corporeità. I limiti dell'identificazione giuridica*, Milano: Giuffrè, 1985.
6. A questão agitou a jurisprudência portuguesa, como pode ver-se pelo acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa de 22-06-2004 (Folque de Magalhães), proc. 2518/2004-1, e antes dele, por anteriores decisões do mesmo Tribunal e do Supremo Tribunal de Justiça (sobre isso, veja-se J. Remédio Marques, “Transexualidade o reconhecimento judicial da mudança de sexo e o direito português. Alguns problemas”, *Tribuna da Justiça*, n.º 36, Dezembro de 1987, p. 11 a 14; n.º 37, Janeiro de 1988, p. 10 a 13; n.º 38, Fevereiro de 1988, p. 10 a 13; n.º 39, Março de 1988, p. 9 a 11; n.º 40, Abril de 1988, p. 11 a 15). A questão ganhou uma dimensão internacional com o acórdão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem de 11-07-2002 (*Christine Goodwin c. Reino Unido*), disponível em www.echr.coe.int, que considerou aquele direito intrínseco ao direito ao livre desenvolvimento da personalidade.
7. Veja-se o acórdão do Tribunal Constitucional n.º 121/2010, publicado no *Diário da República*, 2ª Série, n.º 82, de 28 de Abril de 2010, pp. 22367 e ss.
8. Artigo 13º da Constituição e artigo 21º da CDFUE.
9. Cf. artigo 64º da Constituição e artigo 35º da CDFUE. Sobre o conteúdo do direito à saúde (ou à protecção da saúde), veja-se José Manuel Sérvulo Correia, “Introdução ao Direito da Saúde”, in AA/VV, *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa: Lex, 1991, pp. 39 ss.; João Carlos Loureiro, *Direito à (protecção da) saúde, separata de Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Marcello Caetano*, Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2006, e também o que escrevemos em Miguel Assis Raimundo, “A administração da saúde em tempos de crise”, in Pedro Gonçalves/Carla Amado Gomes/Helena Melo/Filipa Calvão (Coords.), *A Crise e o Direito Público (VI Encontro de Professores portugueses de Direito público)*, Lisboa: ICJP, 2013, pp. 133 ss.
10. Cf. o artigo 64º, n.º 2, alínea a), da Constituição.
11. Directiva n.º 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, publicada no JOUE de 4 de Abril de 2011, L 88/45.
12. Sobre este importante tema, Sara Vera Jardim, “A Europa dos consumidores de cuidados de saúde”, in Jorge Simões (Coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde - Um percurso comentado*, Coimbra: Almedina, 2010, pp. 601 ss.; Wolf Sauter, “Harmonisation in Healthcare: The EU Patients’ Rights Directive”, *TILEC Discussion Paper*, (2011-030), 2011, disponível em SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1859251>.
13. O artigo 1672º do Código Civil estabelece os deveres de fidelidade e coabitação (que inclui a coabitação sexual). Sobre o ponto, na doutrina portuguesa, a referência essencial é a obra de Jorge Duarte Pinheiro, *O núcleo intangível da comunhão conjugal: os deveres conjugais sexuais*, Coimbra: Almedina, 2004. Saliente-se que embora a partir de 2008 a violação dos deveres conjugais tenha deixado de constituir fundamento para o divórcio litigioso (com culpa de um dos cônjuges), os deveres continuam a ter eficácia, podendo a sua violação gerar, por exemplo, responsabilidade civil entre os cônjuges.

14. Já o notava René König, *Delitos contra la honestidad y problemas de la conformación de la vida sexual en la Sociedad del presente*, in AA/VV, *Sexualidad y crimen* (trad. espanhola do original alemão), Madrid: Reus, 1969, p. 365.
15. Inês Ferreira Leite, “A tutela penal da liberdade sexual”, *Revista portuguesa de ciência criminal*, Ano 21, n.º 1 (Jan.-Mar. 2011), pp. 29-94.
16. Sobre isto, além da referência citada na nota anterior, veja-se o *Comentário Conimbricense do Código Penal, Parte Especial*, dirigido por Jorge de Figueiredo Dias, tomo I, 2ª ed., 2012, nas anotações dos artigos 163º e seguintes.
17. Estamos a falar de actos sexuais consentidos, note-se, senão entrariam em jogo outros tipos penais.

XXIII O TABU DAS DOENÇAS SEXUAIS - REFLEXÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA

O TABU DAS DOENÇAS SEXUAIS - REFLEXÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Filomena Vicente

Consultora de Medicina Geral e Familiar da UCSP de Torres Vedras

Paula Malvar

Consultora de Medicina Geral e Familiar da USF ARANDIS de Torres Vedras

As doenças do foro sexual são ainda um tabu. A falta de conhecimentos científicos e o imaginário popular criaram, ao longo dos tempos, uma série de ideias que se foram cristalizando como verdades absolutas, formando mitos ou preconceitos relacionados com determinados assuntos que são transmitidos de geração em geração, criando medos, inseguranças, inibições e impedindo o desempenho de uma sexualidade aberta e esclarecida sem grande impacto negativo na qualidade de vida. Como dizia a sexóloga Marta Crawford “falemos de sexo sem tabus”.

O utente sente-se muitas vezes inibido de abordar este tema com o médico de família, tendo dificuldade em expressar verbalmente as suas verdadeiras queixas e disfunções sexuais, apresentando sintomas de outros órgãos (somatização) e/ou do psicológico (como por exemplo depressão, ansiedade) como manifestação principal.

Nestes casos, o médico deverá estar atento a estes sinais, deve procurar, por detrás destes, o motivo não expresso da consulta.

Nos casais, a mulher é, por vezes, a “porta-voz” do problema. É ela que verbaliza, numa consulta em que o companheiro não está presente, as queixas por ele sentidas e mesmo o problema que estas poderão ter no relacionamento. Solicita geralmente “segredo”, mas, ao mesmo tempo, pede que abordemos o assunto, com discrição, na próxima vinda do homem à consulta.

Outras vezes é o próprio homem que expõe o assunto, nem sempre de uma maneira directa, mas utilizando formas subtis e pouco habituais de comunicação, até mesmo expondo o assunto como se este fosse o de outra pessoa e não dele. Apresentamos o exemplo de uma situação ocorrida na nossa consulta. O utente usou uma carta, de que mostramos um pequeno excerto.

...”encontro-me fraco sobre riação de relações. Não sei se há ô não algum remédio que me desperte mais força. Será dos comprimidos que eu tomo? já lá vai 3 anos que eu me encontro caído”...

As cartas são usadas habitualmente com o objectivo de representar ou exprimir experiências de vida. São uma versão da realidade construída, ajudando a exteriorização dos problemas. A apresentação da carta é uma estratégia de exposição do problema principal, a disfunção sexual, e ao mesmo tempo resolve a dificuldade de comunicação.

As utentes mais velhas, habitualmente, não reconhecem as queixas de disfunção sexual, por culturalmente verem a mulher como um “objecto de prazer”. A geração mais nova, pelo contrário, valoriza a sua sexualidade e aborda este tema com naturalidade com o médico de família.

As consultas de planeamento familiar e menopausa existentes nos Cuidados de Saúde Primários, têm um papel facilitador na comunicação entre médico e utente. A sexualidade da mulher e do casal é questionada directamente nestas consultas.

Nem sempre a expressão verbal (falada ou escrita), a forma de comunicação mais utilizada no

contexto da consulta médica, é eficaz. Muitas vezes o utente utiliza palavras que não são compreendidas pelo médico, associando frequentemente a comunicação não-verbal para melhor se fazer compreender.

O médico não se pode esquecer que é no invisível que o visível mais se vê. Deve por isso, ter em conta, a comunicação não-verbal, pois os canais não-verbais, comportam mais informação e são mais credíveis que a comunicação meramente verbal, transmitindo com maior veracidade as emoções e sentimentos. Na abordagem destas patologias, é importante o médico estar atento a estes sinais para melhor entender e compreender o utente.

A comunicação não-verbal não utiliza palavras, sendo constituída pela comunicação corporal (como a aparência, postura e movimentos corporais, gestos, expressão facial, movimento dos olhos e contacto visual) e pela comunicação paraverbal (qualidade da voz e características vocais), e o médico deve tê-la em conta no contacto com o utente. Pode substituir uma palavra ou frase, acompanhar a conversa, completando-a ou ilustrando-a ou até mesmo contradizer o que se diz em palavras.

O médico de família é geralmente o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde, encontrando-se, pela sua proximidade, numa posição privilegiada, que pode ser facilitadora da relação médico-utente e simplificar a comunicação.

Nos últimos anos, tem-se notado uma maior abertura na abordagem das queixas sexuais pelos utentes, pelo seu maior esclarecimento, pela informação passada através dos meios de comunicação e pela queda de alguns tabus.

O médico de família deve estar sensibilizado para este tema, inquirindo directamente o utente sobre estas questões, em qualquer consulta, e mostrar-se empático.

É importante que na história clínica as queixas sexuais não sejam esquecidas. Deve englobar os hábitos tabágicos, alcoólicos e medicamentosos, que podem ser a causa destas patologias. Os antecedentes pessoais do utente, as suas doenças, donde se salienta a diabetes e outras doenças endocrinológicas, a hipertensão arterial, a isquémia do miocárdio, as doenças neurológicas e psicológicas, entre outras, devem ser pesquisadas, assim como cirurgias anteriores. A avaliação cardiovascular é essencial.

Na observação clínica é fundamental a observação dos genitais, incluindo o exame prostático. Os meios complementares de diagnóstico (como análises e exames de imagem) podem ser fulcrais no diagnóstico.

Como já referimos, o médico de família tem aqui um papel único, por estar mais próximo do utente e da sua família. Deve estar disponível para escutar o utente, pô-lo à vontade, facilitar o diálogo, dar-lhe tempo e oportunidade para poder exprimir os seus problemas, receios e frustrações, e tentar compreendê-lo.

A relação que se estabelece entre o médico de família e o seu utente vai-se aprofundando ao longo dos anos, havendo pouco a pouco um maior conhecimento do utente e da sua família.

A sua missão não é a de tratar apenas a doença, mas sim o doente.

O utente deve ser considerado como um todo, no contexto bio-psico-social e cultural, devendo o médico focar-se naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito.

XXIV REFLEXÃO SOBRE FORMAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM NA ÁREA DE MEDICINA SEXUAL

REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO MÉDICA EM MEDICINA SEXUAL

João Real Dias

Chefe de Serviço de Urologia
Hospital CUF Descobertas

Foi com muito gosto que aceitei o convite para escrever umas linhas sobre o ensino médico da Andrologia/Medicina Sexual para urologistas e médicos que se dedicam a esta área do conhecimento médico. É um tema que me tem interessado particularmente, e os princípios que defendo são fruto de reflexão e baseados na experiência de uma vida profissional de mais de 25 anos, dedicada à especialidade, no decurso da qual dirigi, durante cerca de 20 anos, um Serviço de Urologia, com idoneidade formativa. A minha visão sobre estes assuntos foi ainda enriquecida pela actividade que desenvolvi integrado no Colégio de Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos, durante 6 anos.

Por definição a Andrologia faz parte integrante da especialidade da Urologia, já o termo Medicina Sexual, muito mais abrangente e moderno, engloba áreas do saber tais como a Disfunção Sexual Feminina e outros temas da Sexualidade, partilhando com outras especialidades a sua abordagem e tratamento. Os avanços científicos verificados nos últimos anos na área andrológica, fizeram com que a mesma adquirisse uma preponderância tal, que se admitiu a criação da subespecialidade. Este tema foi em tempos debatido no seio da comunidade urológica e especialidades afins, ao nível da Ordem dos Médicos tendo sido recusada a sua constituição.

Na segunda metade do século passado, mercê de vários factores, entre eles, alterações significativas nas sociedades civis, com liberalização de mentalidades, condutas e estilos de vida, aliados a descobertas científicas importantes, tais como a utilização por *Virag* da Papaverina para desencadear uma erecção, o aparecimento da Prostaglandina PgE2 e os estudos que levaram a uma compreensão da fisiologia e fisiopatologia da erecção, os conhecimentos adquiridos na área da fertilidade, e ainda os avanços nas técnicas cirúrgicas, nomeadamente da microcirurgia, originaram que ao nível dos grandes serviços de urologia, tivessem sido criadas verdadeiras unidades de andrologia, sendo de destacar a actividade no Porto, de Adriano Pimenta e Alexandre Moreira, em Coimbra António Requixa e em Lisboa Rocha Mendes.

No final do século passado houve mais um avanço significativo com a descoberta dos inibidores da fosfodiesterase 5, e o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas que permitiram o desenvolvimento da cirurgia reparadora, estética e funcional do aparelho genital.

É neste contexto que surge a andrologia moderna e que se assiste ao ensino e formação médica nesta área. Nos últimos anos temos assistido ao aparecimento de jovens urologistas, principalmente agregados a serviços universitários, com trabalhos científicos na área andrológica e que têm sido premiados quer nacional quer internacionalmente.

Do que atrás referi, fácil será concluir que o ensino médico deverá ter lugar nestas unidades, complementado com especialidades afins, entre as quais me permito destacar a Psicologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, e ainda cursos de aperfeiçoamento e especialização, dos quais já temos no nosso país alguns e de muito qualidade. Defendo que o internato de urologia venha a contemplar um período de formação específica nesta área, a ter

lugar no final do referido internato.

Dada a dimensão do país, recursos económicos e casuística, não será previsível o aparecimento da Andrologia/Medicina Sexual como especialidade independente ou até como subespecialidade, pelo que deverão continuar a existir algumas unidades, umas mais diferenciadas do que outras, para ministrar o ensino da Andrologia/Medicina Sexual, sendo que seria desejável uma cooperação mais estreita entre algumas especialidades, nomeadamente a ginecologia e outras especialidades por forma a que a taxa de sucesso seja cada vez maior.

A evolução dos conceitos, bem como os avanços verificados na área da medicina sexual, faz com que seja possível no futuro próximo, o aparecimento de algumas áreas de diferenciação, umas mais ligadas à área médica outras mais próximas da área cirúrgica, mas todas elas convergindo e contribuindo para uma melhoria global dos resultados, possibilitando responder da melhor forma aos constantes desafios nesta área da saúde.

REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE SEXUAL

Lucília Nunes

Professora Coordenadora

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

I.

Enfermagem é uma profissão intelectual e científica¹, auto-regulada desde a criação da Ordem dos Enfermeiros. A formação integrou o sistema nacional de ensino superior² em 1988, tendo-se tornado licenciatura em 1999, cabendo ao curso “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais”³. Este diploma criou também os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE), que viriam a ser regulamentados em 2002. O primeiro mestrado⁴ de enfermagem iniciou-se em 1991 e o primeiro doutoramento em 2001.

Assim, atualmente existe formação para enfermagem de cuidados gerais (licenciatura) e especializada⁵ (CPLEE) em saúde infantil e pediátrica, saúde mental e psiquiátrica, médico-cirúrgica, saúde materna e obstétrica, reabilitação e saúde pública, bem como mestrados e doutoramentos, que têm contribuído de modo relevante para a construção do conhecimento.

II.

Considerar o ensino de enfermagem implica ter presente o enquadramento profissional, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros⁶ e o Estatuto da Ordem⁷, o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais bem como o Enquadramento conceptual e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Mercê da adequação ao processo de Bolonha, os cursos de licenciatura cumprem os objetivos definidos para o 1º ciclo, a que se adicionam, necessariamente, os requisitos da Directiva Europeia⁸, transpostos para a lei nacional⁹. Assim, a formação do enfermeiro responsável por cuidados gerais “compreende, pelo menos, três anos de estudos ou 4 600 horas de ensino teórico e clínico, representando a duração do ensino teórico pelo menos um terço e a do ensino clínico pelo menos metade da duração mínima da formação”¹⁰, compreendendo matérias específicas, definidas na Directiva, quanto a conhecimentos, competências e programa de estudos¹¹, num mínimo denominador comum.

III.

A enfermagem é uma disciplina do conhecimento, com um campo de intervenção profissional próprio, tendo por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida – assim, os “cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”¹². Neste contexto

procura-se¹³, ao longo de todo o ciclo vital, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. No global, o “exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”¹⁴ e o exercício da actividade de enfermagem, além da prática clínica, considera as áreas de gestão, docência, formação e assessoria, suportadas pela investigação.

IV.

Procurando os tópicos de saúde sexual, no quadro da legislação e do programa de estudos, a formação de enfermagem requer “princípios gerais de saúde e de cuidados de enfermagem” bem como “cuidados a prestar às crianças e pediatria”, “cuidados a prestar à mãe e ao recém-nascido”. A saúde sexual e reprodutiva é considerada uma necessidade humana fundamental e incluída, habitualmente, nos currícula da Licenciatura, tanto nos fundamentos de enfermagem, como na abordagem da saúde reprodutiva e enfermagem da criança e adolescente. Entendemos que, de forma transversal, está presente no ensino dos instrumentos básicos – por exemplo, no exame físico, na observação, na colheita de dados – bem como nos diagnósticos de enfermagem e no planeamento (e avaliação) dos cuidados. Algumas matérias são leccionadas em unidades curriculares de anatomofisiologia e fisiopatologia bem como nas unidades curriculares associadas a cuidados em ambiente cirúrgico ou perioperatório. Alguns temas são abordados nas unidades curriculares de bio-ética, quando cruzam a reflexão articulada com o desenvolvimento das biotecnologias. Da nossa reflexão, a saúde sexual pode ter uma abordagem científica e técnica eventualmente mais centrada na saúde reprodutiva e nas disfunções e doenças mas muitos temas estão associados à promoção da saúde nas diferentes etapas do desenvolvimento humano – por exemplo, na saúde escolar, com o planeamento familiar, informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de doenças sexualmente transmissíveis, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério. Assim, cruzam-se nas abordagens da saúde escolar, a educação para a saúde, a educação sexual, a saúde sexual e reprodutiva. No global, no ensino teórico as matérias estão consideradas, ainda que as unidades curriculares não tenham, propriamente, designação de «saúde sexual».

Quanto aos ensinamentos clínicos, realizam-se em contextos hospitalares e em cuidados de saúde primários – e pode acontecer que as oportunidades de desenvolvimento dos estudantes sejam diferentes conformes os contextos de aprendizagem clínica; há unidades funcionais dos ACES que desenvolvem ações de promoção de saúde no âmbito da saúde escolar; há preparação de sessões de educação para a saúde que têm em vista a capacitação para questões relacionadas com a promoção, proteção e manutenção da saúde e prevenção do risco de doença, também de acordo com as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem.

Considere-se que alguns estudos apresentaram como resultados que, em contexto de cuidados de saúde primários, “a maioria dos enfermeiros considera que a sua escola não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade”¹⁵; e que, na sua maioria, realizaram formação na área da saúde sexual em formações pós-graduadas (especialidades ou mestrados).

No que se refere às especialidades, algumas aparentam ter maior vinculação nesta área – será o caso da Saúde Materna e Obstétrica, em que o especialista estabelece “um plano individual de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de intervenção,

de planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade”¹⁶, ou da Saúde Infantil e Pediátrica, com a saúde escolar e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes e jovens – mas a saúde sexual surge na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na médico-cirúrgica, na comunitária e na reabilitação. Ou seja, de forma transversal, em toda a formação especializada, conforme as transições da vida das pessoas e a gestão dos processos de saúde-doença.

BIBLIOGRAFIA

1. Classificação Nacional das Profissões, capítulo dos «Especialistas das profissões intelectuais e científicas».
2. A publicação do Decreto-lei n.º 480/88 de 27 de Agosto criou o curso superior de Enfermagem (bacharelato) e os cursos de estudos superiores especializados em Enfermagem (CESEE).
3. Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro, Art.º 5º, n.º 1.
4. Em 1991 iniciou-se o Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa e, em 1992, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
5. Cada especialidade tem perfil de competências comuns e específicas da especialidade, aprovados em Assembleia Geral e publicados em Diário da República.
6. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
7. Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Primeira alteração na Lei n.º 119/2009 de 16 de setembro.
8. Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais no domínio das profissões regulamentadas, agrupando as três directivas relativas ao sistema geral (Directivas 89/48/CEE e 92/51/CEE do Conselho, a Directiva 1999/42/CE do Parlamento Europeu e do Conselho), a Directiva 2001/19/CE (SLIM) e as doze directivas sectoriais, abrangendo as profissões: enfermeiro responsável por cuidados gerais, médico, dentista, parteira, veterinário, farmacêutico e arquitecto. Não sendo dirigida à formação propriamente, definiu os mínimos necessários para o reconhecimento automático dos títulos de formação na UE.
9. Lei n.º 9/2009 de 4 de março.
10. Directiva 2005/36/CE. Formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais, Artigo 31, n.º 3.
11. Idem, Anexo 2.2.
12. Ordem dos Enfermeiros (2002) Enquadramento conceptual. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
13. Conselho de Enfermagem (2003) Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, p. 51.
14. REPE, Artigo 8º.
15. Brás, Manuel; Azeredo, Zaida; Nobre, João; Parente, Tiago (2009) – Formação sobre sexualidade dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários: estudo de factores a ela associados. Servir. ISSN 0871-2379. 57:1-2, p.28-36
16. Parecer N.º 03/2010 Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. http://www.ordemenfermeiros.pt/colégios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdfsua violação gerar, por exemplo, responsabilidade civil entre os cônjuges.

XXV

NOTAS FINAIS

NOTAS FINAIS

Gabriela Moita

Presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica

Psicóloga. Doutorada em Ciências Biomédicas

Quero iniciar estas notas finais felicitando a Sociedade Portuguesa de Andrologia pela preocupação com a disponibilização desta informação, tão necessária a tantos profissionais que trabalham na área clínica e tão necessária a todos aqueles que dela beneficiarão. Felicito ainda os autores e autoras de cada artigo pela dedicação com que o fizeram.

Não poderia deixar de referir a dinâmica e a abertura que a Sociedade Portuguesa de Andrologia revela ao convocar as Sociedades parceiras, a Associação Portuguesa de Urologia a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica para, respectivamente, abrir e fechar este livro. Faz assim jus às excelentes relações de proximidade e partilha que historicamente caracterizam as nossas práticas, sublinhando ainda a interdisciplinaridade desta área do saber, aspecto salientado por quase todos os autores dos textos que compõem este manual.

É vasto o espectro que estes artigos contemplam, refletindo problemáticas e perspectivas de diferentes especialidades da medicina ao apoio da enfermagem e da intervenção psicológica, não descurando a visão jurídica, oferecendo a perspectiva interdisciplinar que caracteriza o estudo da sexualidade humana.

O que a leitura deste manual deixa também claro é que a implicação da intervenção médica na sexualidade é muito grande. Podemos, com segurança, afirmar que esta implicação se manterá quando alargarmos a reflexão a outros sistemas de análise (aqui, estivemos apenas com o sistema sexual), sendo disso exemplo o artigo de Luís Galhanas sobre *Doença psicológica e sexualidade*.

A importância da sexualidade na vida humana é comumente assumida por diferentes áreas do saber. Francisco Rolo Oliveira inaugura este manual com um artigo sobre Saúde Sexual, explanando o conceito definido pela OMS. Miguel Assis Raimundo no seu artigo sobre *Direito e Sexualidade* considera “a sexualidade parte da vida e não apenas da vida interior, mas da vida em comum”, dando um enfoque não apenas pessoal mas relacional e colectivo à sexualidade. Cláudia Marques, ao falar sobre *Tumores Ginecológicos*, sublinha, referindo-se especificamente ao casal, ser “a sexualidade do casal um assunto fundamental para a qualidade de vida”. Tendo a sexualidade esta centralidade na vida humana, não se compreende como tarda a integrar, como disciplina autónoma, os curricula das formações académicas das áreas da saúde. A sua abordagem fica à mercê dos que leccionam disciplinas onde podem integrar informação sobre estas temáticas, e por sua vez, dependente da formação complementar que os próprios formadores foram fazendo.

João Real Dias, dá-nos conta desta falta na sua *Reflexão sobre a formação médica em medicina sexual*. Além de referir que é uma discussão que se vem fazendo há décadas, clarifica que em alguns casos, durante o internato de algumas especialidades, como é o caso da Urologia, vão-se criando núcleos de formação, ainda que mais uma vez, esta formação esteja dependente dos interesses do serviço.

As Sociedades Científicas aqui presentes têm assumido a oferta desta formação específica em sexualidade humana, quer com um programa extenso em formato de pós-graduação,

quer mais pontual e mais específica em forma de workshop. Nos últimos anos veem proliferando empresas de formação que sublinham esta necessidade ainda existente.

Se uma nota saliente neste manual é o avanço da ciência farmacológica, o que tem oferecido novas e mais possibilidades à intervenção, o mesmo não se pode dizer em relação ao desenvolvimento de mentalidades. Em muitos destes artigos observamos como indicação terapêutica a necessidade de informação sobre sexualidade e educação sexual.

A visão hegemónica da sexualidade é ainda uma visão redutora da sua expressão. Por este motivo, quando se é confrontado com alguma impossibilidade, a vivência da sexualidade torna-se mais difícil e muitas vezes problemática; é como se perdesse a possibilidade da sexualidade no seu todo e não apenas uma forma de a exprimir.

Vários pacientes são confrontados apenas no momento de uma perda com o facto de ser “sempre possível alguma forma de expressão sexual” (Cláudia Marques). Quando escutada apenas nesse momento, esta informação surge quase como uma agressão, pois é contrária ao discurso hegemónico sobre sexualidade saudável. Assim, torna-se mais difícil alterar a perspectiva anterior e criar abertura para outras formas de expressão do afecto e do prazer. Tais formas que sempre estiveram presentes, ao não terem sido valorizadas, são consideradas menores e de substituição.

Felizmente a plasticidade da sexualidade é uma realidade. Recordo as palavras de uma Senhora ostomizada aos cerca de 60 anos, que num congresso de oncologia afirmou da plateia “a minha sexualidade no sentido verdadeiro do prazer só começou depois da ostomia. Até aí eu sentia-me obrigada a fazer tudo como devia. E não tinha graça nenhuma. Depois da ostomia passei a ser livre e a procurar o meu prazer. Agora tenho sexualidade e tenho tanta pena de não ter podido conhecer-me mais cedo.”

Importa ajudar todos(as) a perceber que a sexualidade não se resume à expressão de uma prática (a existência de penetração do pénis na vagina) e a ideia romântica de que essa prática corresponde à expressão maior de prazer e intimidade.

Uma exceção à afirmação feita anteriormente de que não se observa mudança de mentalidades, é a forma como atualmente já é entendida a vivência da sexualidade entre pessoas do mesmo sexo. Ana Delgado, ao referir que “(os casais homossexuais) parecem ter um reportório mais variado da atividade sexual porque a penetração nem sempre é o foco maior da atividade sexual, nem para homens, nem para mulheres”, e que “muitos homossexuais sentem o orgasmo verdadeiramente da sua responsabilidade, não existindo a falsa crença romântica, de ser o parceiro que conduz ao orgasmo”, aponta para a reflexão que a visibilidade desta vivência permite ao entendimento da sexualidade humana.

O estudo destas temáticas é, como diz Júlio Silveira Nunes, o estudo da liberdade. Esta perspectiva torna-se também evidente nas exposições e reflexões que são oferecidas neste manual.

NOTAS

1. Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
2. Almeida, L. B. (2009). *A Educação dos Genes*. Gradiva Publicações
3. Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência*. Ciclo de Leitores
4. Das, A. (2014). Sexuality education in India: examining the rhetoric, rethinking the future. *Sex Education*, 14(2), 210-224.
5. Fonseca, L., Araújo, H. C., & Santos, S. A. (2012). Sexualities, teenage pregnancy and educational life histories in Portugal: experiencing sexual citizenship?. *Gender & Education*, 24(6), 647-664.
6. Gomes, A., & Nunes, C. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. (Portuguese). *Análise Psicológica*, 29(4), 489-503.
7. Fagulha, T., Goncalves, B., & Ferreira, A. (2011). A Population-Based Assessment of Midlife Portuguese Women's Experience of Perimenopause and Menopause. *Health Care For Women International*, 32(7), 559-580

NOTAS FINAIS

Antunes Nabais

Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Coordenador da Área de Pedopsiquiatria
C.H.L.C. - Hospital D. Estefânia

A saúde sexual e a dimensão da sexualidade humana sendo influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais, requer um estudo multidisciplinar e multiprofissional, onde a subsidiariedade das diferentes disciplinas e profissões conduzem a uma intervenção transdisciplinar em contexto de saúde. Pensar a intervenção em saúde sexual requer organizar as respostas e os cuidados de saúde tendo em conta o ciclo de vida e as múltiplas transições vividas⁽¹⁾, emergindo nas diferentes etapas e papéis vividos processos de saúde – doença não elegíveis em protocolos de tratamento e diagnóstico circunscrito a uma única profissão ou especialidade.

As múltiplas transições de desenvolvimento, da infância para a adolescência, de adolescente para adulto e de adulto para idoso, requerem processos singulares de adaptação, onde a constituição biológica e genética como condicionante á essência da natureza humana⁽²⁾ é modulada pelo ambiente vivido em contexto social e cultural.

São as interações seguras e gratificantes vividas em ambiente familiar, escolar e social que permite na infância e na transição para a adolescência construir uma identidade que proporcione iniciar durante a adolescência e na transição para a idade adulta experiências sexuais agradáveis, seguras e livres.

É a construção da identidade e a organização de uma matriz de personalidade estável que permite desenvolver a consciência alargada ou autobiográfica⁽³⁾ enquanto adulto, possibilitando uma abordagem positiva da sexualidade e das relações sexuais.

Mantendo-se a saúde sexual em todas as etapas do ciclo de vida, é no idoso e na transição para esta etapa que frequentemente se anula a sexualidade, quer por serem necessárias mais horas de cuidados para as pessoas de grande idade com múltipla patologia, medicação e maior incapacidade, quer pela representação do corpo velho, doente ou mutilado ser desprovido de sexualidade. Em gerontologia a sexualidade requer uma preocupação acrescida na promoção, prevenção e identificação de problemas de saúde, obrigando a uma preocupação pelo respeito da intimidade e privacidade durante a prestação de cuidados.

A forma como planeamos os cuidados na área da saúde sexual ao longo da vida requer a desconstrução de dogmas e representações sobre o género e sexo só possíveis com a implementação de uma investigação que integre a dimensão biológica, humana e social. A construção social do género, o condicionamento ambiental na edificação da identidade e personalidade, a qualidade das relações sexuais são alguns desafios para a clínica e planeamento das respostas em saúde. Integrar a biologia e cultura e a sua íntima interação transporta novos conhecimentos para a sexualidade, que devem ser integrados na formação dos profissionais de saúde, no desenvolvimento da clínica e na organização dos serviços de saúde.

A escola enquanto espaço pensado para a criança e adolescente é o contexto privilegiado para desenvolver programas de saúde escolar que integrem a saúde sexual, embora em múltiplas culturas se mantenha uma enorme dificuldade em disponibilizar programas de educação sexual

para jovens⁽⁴⁾. Em Portugal é urgente desenvolver estes programas de forma a promover uma cidadania sexual onde seja possível debater a sexualidade de forma mais significativa, evitando a retórica sobre a moral e o que é socialmente aceitável ou dando conselhos sobre abstinência sexual⁽⁵⁾, continuando a assistir-se ao aumento do número de jovens adultos em Portugal com infeções por HIV de transmissão sexual em contactos sexuais desprotegidos⁽⁶⁾.

Sendo na idade adulta o maior período de produção de trabalho, a saúde ocupacional e a medicina do trabalho devem ter uma atenção particular com os seus colaboradores na vigilância de saúde em função do género, assim como nos riscos psicossociais a que estão expostos.

Sendo estes dois contextos (escola e trabalho) elegíveis para desenvolver intervenções de saúde que integrem a saúde sexual, é na Unidade de Saúde Familiar (USF) que se realiza um acompanhamento e vigilância de saúde sexual a toda a família. As pessoas vivem transições situacionais como a menarca, início das relações sexuais, gravidez, maternidade, parentalidade ou menopausa, entre outras, que requerem cuidados em saúde sexual diferenciados de forma a prevenir situações como na actualidade em Portugal vivem as mulheres pós – menopausa, em que aumenta significativamente a ingestão de tranquilizantes/ sedativos e medicamentos soporíferos, em particular nas mulheres com baixo nível de escolaridade⁽⁷⁾.

A existência de equipas especializadas em saúde sexual, multidisciplinares e multiprofissionais são essenciais para desenvolver o conhecimento e trabalho clínico diferenciado, desenvolvendo-se em contexto hospitalar, e dando respostas às situações de maior complexidade e diferenciação, realizando um trabalho de consultoria com outras equipas e clínico com os clientes, na área médica, cirúrgica ou psiquiátrica.

A elaboração e construção destes manuais para os profissionais de saúde são essenciais para concentrar a informação essencial nas respostas em saúde sexual e permitir realizar um diagnóstico diferencial sobre as respostas e encaminhamentos a realizar, numa área da saúde onde não existem muitos recursos em contraponto a muitas crenças e mitos ainda presentes sobre sexo e género.

NOTAS

1. Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
2. Almeida, L. B. (2009). *A Educação dos Genes*. Gradiva Publicações
3. Damásio, A (2010). *O Livro da Consciência*. Ciclo de Leitores
4. Das, A. (2014). Sexuality education in India: examining the rhetoric, rethinking the future. *Sex Education*, 14(2), 210-224.
5. Fonseca, L., Araújo, H. C., & Santos, S. A. (2012). Sexualities, teenage pregnancy and educational life histories in Portugal: experiencing sexual citizenship?. *Gender & Education*, 24(6), 647-664.
6. Gomes, A., & Nunes, C. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. (Portuguese). *Análise Psicológica*, 29(4), 489-503.
7. Fagulha, T., Goncalves, B., & Ferreira, A. (2011). A Population-Based Assessment of Midlife Portuguese Women's Experience of Perimenopause and Menopause. *Health Care For Women International*, 32(7), 559-580

FICHA TÉCNICA

Coordenação Editorial



geral@hsj-consultores.pt

Apoio Científico



Patrocínio Exclusivo



A. MENARINI PORTUGAL

Data

Junho de 2014

Tiragem

1.500 exemplares

Notas Finais

Por opção dos autores, alguns artigos estão redigidos de acordo com as regras do Novo Acordo Ortográfico.

