

# SaúdeSexual



Seção  
**São Paulo**

Archimedes Nardoza Júnior  
Adriano Fregonesi  
Aguinaldo César Nardi  
Carmita Abdo  
Renato Falci Júnior



COLEÇÃO  
SAÚDE DO HOMEM

Iniciativa e Realização:





# SaúdeSexual

## Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia:

Secção São Paulo – Biênio 2008/2009

**Presidente:** Ubirajara Ferreira

**Vice-Presidente:** Rodolfo Borges dos Reis

**1º Secretário:** Wagner Eduardo Matheus

**2º Secretário:** Rodrigo Sousa Madeira Campos

**1º Tesoureiro:** Archimedes Nardoza Júnior

**2º Tesoureiro:** Fabiano André Simões

### Delegados:

Celso Gromatzky

Douglas Otto Verndl

José Carlos Souza Trindade Filho

Limirio Leal da Fonseca Filho

Miguel Zerati Filho

Renato Falci Júnior

### Suplentes Delegados:

Antonio Corrêa Lopes Neto

César Nardy Zillo

Sérgio Félix Ximenes

Walter Antonio Melarato Júnior

### Expediente

Coordenação do Projeto: Wagner Eduardo Matheus • Ubirajara Ferreira

Coordenação Editorial: Archimedes Nardoza Júnior

Projeto Visual Gráfico: Lado a Lado comunicação & marketing

(11) 3057 3962 • [www.ladoalado.com.br](http://www.ladoalado.com.br)





# Editorial

Aos colegas urologistas,

Desde o começo desta gestão, sempre estivemos preocupados em ampliar o campo de trabalho da classe urológica.

Aproveitando o direcionamento da política de saúde do homem em Brasília, a Sociedade Brasileira de Urologia – secção São Paulo (SBU-SP) está empenhada em transformar o urologista no “Médico do homem”.

Pensando nisso, criamos o Projeto de Saúde do Homem, que será composto de quatro fascículos distribuídos da seguinte forma: Saúde Sexual, Cânceres, Perfil Laboratorial do Homem e Tudo Sobre o Check-Up.

Os fascículos serão distribuídos bimestralmente, e o último será entregue no evento de Saúde do Homem, em agosto de 2009.

Com isso, esperamos estar contribuindo na formação dos colegas neste novo papel do urologista.

**Dr. Ubirajara Ferreira**  
Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia – Secção São Paulo

**Dr. Wagner Eduardo Matheus**  
Coordenador do Projeto Saúde do Homem



# Sumário

|  |    |
|--|----|
| I. Distúrbios do Desejo.....                 | 6  |
| • Diminuição da Libido.....                  | 6  |
| • Aumento da Libido.....                     | 7  |
| II. Distúrbios de Ereção .....               | 9  |
| • Doença de Peyronie .....                   | 15 |
| III. Distúrbios do Orgasmo e Ejaculação..... | 17 |
| • Ejaculação Precoce .....                   | 17 |
| • Ejaculação Retrógrada .....                | 19 |
| • Anejaculação .....                         | 21 |
| • Ejaculação Retardada e Anorgasmia .....    | 21 |
| IV. DAEM e Hipogonadismo .....               | 22 |
| V. Tamanho do Pênis.....                     | 27 |
| Referências .....                            | 30 |





# I. Distúrbios do Desejo

## Diminuição da Libido

### 1. Tratamento da depressão, se esta for a causa:

- inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) (dosagem variável);
- psicoterapia/terapia sexual – em casos de disfunção psicogênica ou mista.

Antídotos para disfunção sexual induzida por antidepressivo, s/n:

- bupropiona (150 a 300 mg/dia);
- inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) [ver agentes orais para disfunção erétil (DE)].

### 2. Terapia androgênica (em caso de homem com hipogonadismo do adulto)

- Testosterona (oral, gel, injetável, adesivo transdérmico).
  - ▶ A terapia hormonal masculina só é indicada quando houver quadro clínico característico de distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM) e níveis de testosterona abaixo do normal (menos de 300 ng/dL).
  - ▶ Benefícios e riscos devem ser monitorados a cada três meses.
  - ▶ Todas as opções de tratamento devem ser discutidas com o paciente.
  - ▶ Devem ser observadas as contraindicações relativas e absolutas para a terapia hormonal:
    - **Absolutas:** câncer de próstata não tratado; câncer de mama em homens; hipertrofia prostática não tratada.
    - **Relativas:** apneia do sono; doença pulmonar obstrutiva crônica; insuficiência cardíaca congestiva; doenças renais (síndrome nefrótica); hepatopatias; hiperprolactinemia.



- Tipos

| Forma de reposição     | Via          | Dose                       | Duração |
|------------------------|--------------|----------------------------|---------|
| Undecanoato            | IM           | 1.000 mg/3 meses           | 90 d    |
| Cipionato              | IM           | 200-400 mg/<br>2-4 semanas | 12 d    |
| Propionato/isocaproato | IM           | 250 mg/2-4 semanas         | 10 d    |
| Adesivos               | transdérmica | 5 mg/dia                   | 24 h    |
| Gel (1%)               | transdérmica | 5-10 mg/dia                | 24 h    |
| Metiltestosterona      | oral         | 10-30 mg/dia               | 6-10 h  |
| Undecanoato (cp)       | oral         | 40-160 mg/dia              | 3-4 h   |
| Mesterolona (cp)       | oral         | 50-75 mg/dia               | 8 h     |

## Aumento da Libido

Um programa abrangente, envolvendo farmacoterapia, psicoterapia individual ou de grupo, terapia de casal ou familiar, deve ser oferecido e mantido por tempo indeterminado, dependendo da gravidade do quadro e das possíveis complicações.

### ■ Medicamentoso

- Fármacos mais indicados são os ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina) e os estabilizadores de humor.
- Os fármacos de ação antiandrogênica, como o acetato de medroxiprogesterona não são utilizados para este fim, no Brasil.
- É recomendável tatear a dose terapêutica, instruindo o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais e dando a este a incumbência de alcançar a dose que cause alívio, sem aplacar completamente a libido.

Os esquemas mais recomendados são:

#### 1. Inibidores da recaptação da serotonina (ISRS):

- ▶ fluoxetina apresenta boa resolutividade, baixo custo e manejo conhecido; é utilizada entre 20 e 80 mg/dia (tatear a dose, pois a inibição completa do desejo sexual interfere negativamente na adesão terapêutica);
- ▶ sertralina é indicada para pacientes com sintomas físicos e que façam uso de outros medicamentos (menor índice de interação medicamentosa); dose de 100 a 200 mg/dia;





- ▶ paroxetina em casos com significativos sintomas ansiosos; 20 a 60 mg/dia, conforme a intensidade da sintomatologia.

## 2. Estabilizadores de humor

Alterações de humor e não resposta aos ISRS indicam a prescrição deste grupo farmacológico como primeira escolha:

- ▶ topiramato – na dose de 200 mg/dia;
- ▶ lamotrigina – nas dosagens de 200 a 400 mg/dia.

3. **Associação de ISRS e estabilizador de humor:** nos casos de ausência ou insuficiência de resposta terapêutica esperada ao ISRS ou na concomitância de alterações de humor significativas (depressão, irritabilidade e excitação).

4. **ISRS e naltrexona:** recomendam-se doses de 150 mg/dia; nessa dosagem, é fundamental solicitar controles séricos das enzimas hepáticas.

## ■ Psicoterápico

Fortalece os mecanismos de autorregulação e a capacidade para estabelecer relações interpessoais significativas e estáveis. Basicamente três são os principais medos dos portadores de compulsão sexual (da intimidade; da perda do controle e de ficar só), os quais norteiam a condução da psicoterapia desses sujeitos.

### 1. Psicoterapia psicodinâmica individual

Tem como principais metas: ampliar o autocontrole do indivíduo e desenvolver a capacidade de estabelecer relações afetivas significantes.

### 2. Psicoterapia psicodinâmica de grupo

Segue as etapas da psicoterapia individual. O grupo favorece a constituição de ambiente terapêutico acolhedor e de cumplicidade, propicia a convivência com outras pessoas com histórico e mecanismos de ação semelhantes, possibilitando a identificação do problema e dificultando a manutenção da negação, exatamente pela integração do sujeito ao grupo.

### 3. Psicoterapia de casal ou família

O estímulo à compulsão pode vir da família, quando esta apresenta psicodinâmicas relacionais disfuncionais, codependentes e de muito sofrimento. A dinâmica codependente do casal e dos familiares também precisa ser enfrentada, como uma oposição à terapêutica.

### 4. Grupos de autoajuda

Como adjuvantes do tratamento das compulsões.





## II. Distúrbios de Ereção

### Definição

É a incapacidade permanente ou recorrente de o homem ter ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual. É aceito que o tempo para o estabelecimento do diagnóstico da DE seja de três meses, exceto nos casos induzidos por trauma ou cirurgia quando esse período pode ser menor que o tempo estipulado anteriormente.

As principais causas são:

#### ■ Orgânicas:

##### 1. Vasculogênica

###### a. Arterial

- i. Hipertensão
- ii. Dislipidemia
- iii. Sedentarismo
- iv. Tabagismo
- v. Obesidade
- vi. Doença coronariana
- vii. Doença arterial oclusiva periférica

###### b. Cavernosa

- i. Disfunção veno-oclusiva
- ii. Fibrose cavernosa (pós-priapismo, por exemplo)

###### c. Mista





## 2. Neurogênica:

- a. Acidente vascular cerebral (AVC)
- b. Mal de Parkinson
- c. Trauma raquimedular
- d. Neuropatias periféricas
- e. Esclerose múltipla

## 3. Fatores endócrinos

- a. Diabetes melito tipo 2
- b. Diabetes melito tipo 1
- c. Hipogonadismo
- d. Hiperprolactinemia
- e. Hipo e hipertireoidismo

## 4. Iatrogênica

- a. Induzida por medicamentos.
- b. Pós-cirúrgica (prostatectomia radical, por exemplo)
- c. Pós-radioterapia

## 5. Outras doenças

- a. Sintomas do trato urinário inferior
- b. Insuficiência hepática
- c. Doenças respiratórias e apneia do sono
- d. Insuficiência renal
- e. Insuficiência cardíaca

## 6. Outros fatores

- a. Idade
- b. Alcoolismo
- c. Drogadição
- d. Pós-trauma de bacia ou de pênis





### ■ Psicogênicas:

- Estresse emocional
- Coerção sexual
- Coerção pré-puberal
- Problemas de relacionamento: conflitos conjugais, separação.
- Problemas com o emprego: desemprego, diminuição de renda.
- Depressão
- Insatisfação com a vida
- Atitude pessimista

## Diagnóstico e exames complementares

O diagnóstico da DE é eminentemente clínico, ou seja, com base nos dados de história médica e exame físico.

A medida sérica da testosterona, a glicemia de jejum e o perfil lipídico são a avaliação básica da DE. O ideal seria a medida da testosterona livre por método dialítico, no entanto, é muito caro e pouco disponível. O índice de testosterona livre calculado segundo Vermeullen é uma boa alternativa nessa avaliação. Não havendo possibilidade desse exame, a testosterona total deve ser utilizada.

Exames mais específicos como cavernosografia, cavernosometria, testes neurológicos e outros são relegados a casos muito especiais por motivos médicos legais ou quando o paciente deseja saber a causa da DE.

O US Doppler colorido com ereção fármaco induzida prévia tem sido utilizado para avaliar baixo fluxo arterial e disfunção veno-oclusiva também em casos especiais.

## Tratamento

O tratamento muitas das vezes se faz apenas por orientação do homem ou do casal sobre sua sexualidade ou de ambos.

Se o paciente apresentar baixos níveis de testosterona, medidos duas vezes consecutivas, a conduta é a reposição hormonal.

Não havendo sucesso na orientação do paciente e da parceira, e os exames da investigação mínima da DE estando normais, instaura-se o tratamento propriamente dito.





---

O paciente deve ser orientado que não é a intenção desse tratamento a cura da DE e, sim, seu controle.

Em algumas situações especiais, a DE acaba sendo curada, são elas:

- reposição hormonal com melhora da DE;
- problemas psicossociais transitórios (conflito conjugal, por exemplo);
- colocação de prótese peniana.

O tratamento deve ser escalonado, do menos invasivo e mais tolerado para o mais invasivo e menos tolerado.

Algumas drogas via oral já foram utilizadas para tratar a DE, no entanto, nenhuma classe foi tão efetiva, segura e com tão poucos efeitos colaterais quanto os inibidores de PDE.

Atualmente, temos quatro dessas drogas no mercado. A pioneira foi a sildenafil, vieram a seguir a tadalafila, a vardenafila e alodenafila.

Todas apresentam mecanismo de ação semelhante. Diferem na farmacocinética, sendo que a meia-vida da tadalafila é em torno de 18 horas e das outras três drogas, em torno de quatro horas.

Os principais efeitos colaterais desses medicamentos são relacionados ao relaxamento da musculatura lisa de vasos ou órgãos ocos: cefaleia, rubor facial, congestão nasal e pirose. Dores lombares ou musculares podem ocorrer mais frequentemente com a tadalafila. No entanto, a taxa de abandono do medicamento relacionado aos efeitos colaterais é baixa.

Nenhum desses medicamentos deve ser utilizado quando o paciente estiver usando nitratos de qualquer natureza e sob qualquer via.

Os inibidores da PDE não são efetivos quando o impulso nervoso do nervo eferente não consegue chegar aos corpos cavernosos, por exemplo, secção dos nervos erigentes na prostatectomia radical e na neuropatia diabética. Pacientes que apresentam corpos cavernosos com grande percentual de fibrose também não responderão adequadamente aos inibidores da PDE.

Quando não existe resposta satisfatória aos inibidores da PDE, o passo seguinte é a injeção intracavernosa de drogas vasoativas. Tais medicamentos relaxam ou interferem na contração da musculatura lisa cavernosa.

Os principais medicamentos que relaxam a musculatura lisa são a prostaglandina E1 (alprostadil), a papaverina, a clorpromazina e a fentolamina. Essas medicações podem ser utilizadas isoladamente ou em associações:



1. Bimix (papaverina + fentolamina ou papaverina + alprostadil).
2. Trimix (papaverina + fentolamina + alprostadil ou papaverina + clorpromazina + alprostadil).

Alguns cuidados devem ser tomados quando se escolher esse método:

- Tomar muito cuidado em pacientes com coagulopatias pelo risco de hematoma e com história de priapismo, pelo risco de novamente vir a desenvolver o quadro.
- Orientar o paciente muito bem sobre a forma de se usar o medicamento e onde aplicá-lo. Explicar que a injeção só pode ser aplicada na face lateral do pênis, nunca na face dorsal, ventral e na glândula. O paciente só deve sair do consultório para usar o medicamento se estiver sem dúvidas sobre o uso.
- Orientá-lo sobre ereção prolongada. Se a ereção se prolongar por mais de quatro horas, procurar pronto-socorro.
- Explicar ao paciente que esse tipo de tratamento pode evoluir com fibrose do corpo cavernoso, sendo assim, é prudente o paciente ser avaliado frequentemente pelo urologista.



## Próteses penianas

Quando não houve sucesso em nenhuma terapia anterior, o paciente pode ser submetido à colocação de prótese peniana.

É de suma importância a orientação do paciente:

- Sempre obter consentimento informado.
- Explicar que o pênis dele poderá reduzir de tamanho.
- Orientar sobre a irreversibilidade da cirurgia por causa da destruição dos corpos cavernosos.
- Não haverá alteração de libido e orgasmo.
- Poderá haver alteração da sensibilidade, dependendo da abordagem cirúrgica.
- A cirurgia poderá ser realizada sob anestesia local, bloqueio espinal ou até mesmo anestesia geral.

Existem dois tipos de próteses penianas: as maleáveis e as infláveis. As infláveis, por sua vez, têm dois modelos: de dois e três volumes.

Algumas complicações podem acontecer durante ou após a colocação das próteses. Mas a mais temida é a infecção. Para preveni-la, devemos tomar alguns cuidados:

- Uso profilático de antibióticos. A melhor alternativa é a vancomicina, no entanto, outros antibióticos têm sido usados com sucesso, como é o caso de fluoroquinolonas e aminoglicosídeos.





- Antissepsia rigorosa e técnica cirúrgica asséptica.
- Evitar contato da luva e da prótese com a pele do paciente.
- Não operar o paciente diabético descompensado (avaliado pela hemoglobina glicada).
- Não operar o paciente com algum foco infeccioso, principalmente próximo ao sítio cirúrgico.

Quando existe infecção da prótese, algumas condutas podem ser tomadas:

- Antibioticoterapia apenas se não houver sinal de comprometimento sistêmico, principalmente em pacientes diabéticos, ou local (presença de grande quantidade de pus e sinais de necrose).
- Retirada das próteses e recolocação após três meses.
- Retirada das próteses e recolocação de outra na mesma internação após lavagem contínua com antibióticos (conduta de exceção e realizada apenas por equipe ou cirurgião experiente com a técnica).





---

# Doença de Peyronie

---

Caracteriza-se por formação de placas fibrosas na túnica albugínea. Estima-se que a incidência seja próxima a 1% nos homens. A idade média de aparecimento dos primeiros sintomas é 53 anos.

## Diagnóstico

**Clínico:** apresenta-se em duas fases, a aguda e a crônica, sem divisão precisa de tempo entre elas.

**Fase aguda:** representada pela fase inicial, ocasião em que o paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: ereções dolorosas, tortuosidade peniana ou placa palpável.

**Fase crônica:** segue a fase aguda. Caracteriza-se pela diminuição da dor (até um terço dos pacientes pode passar por ambas as fases sem manifestar dor) e estabilização da curvatura. A placa geralmente é dorsal, local da inserção das fibras do septo dos corpos cavernosos. Considera-se a que a doença está estável somente após um período de 12 a 18 meses após os primeiros sintomas. Portanto, somente após esse período, deve-se avaliar a seqüela e planejar sua eventual correção.

**Imagem:** pode-se identificar a placa de fibrose acompanhada de calcificação por radiografia em filme de mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética.

**Tratamento clínico:** a história natural e o espectro da doença dificultam a avaliação da eficácia das diferentes drogas. Isso é confirmado pelo fato de pacientes com doença de Peyronie seguidos por cinco anos sem tratamento apresentarem até 14% de resolução espontânea e até 46% da redução da curvatura.

### Tratamento sistêmico:

- Vitamina E: utilizada na dose de 600 mg por dia não mostrou ser melhor que o placebo quanto ao resultado final. No entanto, estudos não controlados demonstraram melhora da dor quando usada na fase inicial.
- Colchicina: na dose de 2 mg/dia, associada a 400 mg de vitamina E. Essa associação mostrou-se benéfica em relação ao placebo, havendo melhora da curvatura peniana e diminuição da placa. No entanto, a colchicina pode apresentar efeitos colaterais como diarreia, náuseas, elevação das enzimas hepática e leucopenia.
- Para-aminobenzoato de potássio: nos estudos controlados, não mostrou eficácia tanto na fase aguda quanto na crônica.
- Em síntese, as evidências apontam eventual benefício no uso da associação de colchicina e vitamina E na fase inicial da doença.

