

# Saúde Sexual Feminina e Masculina



**Dr. Almeida Nunes**  
Especialista em Medicina Interna.  
Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa.  
CLIMI, Lisboa

**D. Almeida Nunes** - No âmbito da consulta ao Médico, a sexualidade raramente é tema de conversa; normalmente o clínico não aborda esta área e muitas vezes o doente não fala por inibição e/ou por considerar que está tudo bem...“tenho 60 anos e a minha vida sexual acabou, é normal...” Gostava que comentasse estes factos.

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - Caro amigo, de facto, grande parte das vezes somos nós, enquanto profissionais de saúde, que acabamos por não saber ajudar os nossos doentes do ponto de vista da sua saúde sexual. Falo em saúde sexual pois temos a tendência para esquecer que esta saúde também está reconhecida como uma parte importante da nossa saúde global. Infelizmente, a formação médica acaba por deixar para segundo plano a sexualidade. Penso que não seja de propósito, mas há uma tendência para nos limitarem enquanto formandos-aprendizes de médico, para olhar para o doente como uma amálgama de “coisas” orgânicas. A doença física prevalece sobre a doença psíquica e estas duas prevalecem sobre a saúde sexual. Penso que tenha que ver muito com a nossa sociedade, os nossos dogmas culturais e muita influência da religião sobre todo o nosso com-

portamento. Por outro lado, a sociedade ocidental não cultiva o valor do envelhecimento, sendo fácil olhar para um indivíduo como um fardo que, já não sendo capaz de produzir riqueza material, é apenas visto como alguém sem valor actual. Quando, pelo contrário, o geronte é uma mais valia para qualquer sociedade, quer pela sua experiência de vida, quer pela capacidade de transmitir valores e outras riquezas imateriais. A sexualidade não tem idades, as idades é que têm diferentes sexualidades. Há que as conhecer e saber auxiliar em cada fase e em cada obstáculo. Por último, todo o profissional de saúde tem por dever questionar sobre a sexualidade do seu/sua doente, de forma aberta e sem preconceitos, mostrando total e genuína disponibilidade para ajudar.

**Dr. Almeida Nunes** - No homem a queixa mais comum será a disfunção erétil, na mulher será?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - Na mulher, a disfunção sexual mais prevalente é o desejo sexual hipoactivo – ou seja, a dificuldade persistente ou recorrente da mulher em sentir desejo sexual ou libido. A prevalência desta situação rondará os 33-45% da população feminina com idades entre os 18 e os 59 anos.

**Dr. Almeida Nunes** - Desejo sexual hipoactivo, perturbação da excitação sexual, perturbação orgástica, dispareunia/vaginismo. Fale-nos um pouco das principais causas destas perturbações; o contributo psicogénico está sempre presente?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - De facto, a sexualidade feminina é substancialmente mais complexa do que a masculina. Os *inputs* emocionais, a qualidade da relação afectiva, o grau de intimidade com o/a parceiro/a, a rotina diária, o cansaço profissional e a importância da auto-imagem (por exemplo no envelhecimento ou no pós parto), afectam muito mais a mulher na vivência da sua sexualidade. As próprias definições de disfunção sexual para a mulher são alvo de muita confusão entre a comunidade



**Dr. Sérgio Tavares dos Santos**  
Médico Urologista, MD, FEBU, FECSM.  
Hospital CUF, Cascais.

científica pois há pouco conhecimento verdadeiro sobre a sua sexualidade. Quando me pergunta se o contributo psicogénico está sempre presente, não posso afirmar com essa segurança, mas posso adiantar que tendo em conta a elevada complexidade dos processos motivacionais e cognitivos para o acto sexual da mulher, é bem provável que a componente psíquica tenha um forte peso na balança. Exemplo disso são as situações de vaginismo e dispareunia, em que há uma forte contração muscular pélvica e até dor intensa aquando da tentativa de penetração vaginal, impossibilitando esta penetração. Estas situações estão frequentemente associadas a eventos traumáticos sexuais anteriores, como no caso de violação ou abuso sexual. Já quanto à perturbação do orgasmo, penso que grande parte das mulheres acaba por não conhecer bem o seu próprio corpo e não aprende a estimular da melhor forma a sua sexualidade. Obviamente, há factores físicos e psíquicos importantes que não conhecemos integralmente, pois há mulheres que só atingem o orgasmo através da penetração vaginal, outras apenas com estimulação clitoriana, mas o aspecto de auto-descoberta do prazer, a importância da masturbação feminina é relevante. Por outro lado, se o

parceiro apenas estiver focado na penetração, reduzindo a sexualidade a este acto, será mais difícil para a mulher atingir o orgasmo. Por fim, a perturbação da excitação sexual tem como causas principais as alterações hormonais decorrentes da menopausa, a deficiente lubrificação vaginal e até a utilização de algumas pílulas contraceptivas.

**Dr. Almeida Nunes** - Uma RTU-P causa disfunção sexual? E uma histerectomia?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - A RTU-P é uma abreviatura para Ressecção Trans Uretral Prostática. Trata-se duma cirurgia muito comum, endoscópica, realizada através da uretra para remover a parte central da próstata nos casos em que esta é obstrutiva (como na hipertrofia benigna prostática). De longe, a complicação mais frequente desta cirurgia tem implicação na vida sexual masculina pois condiciona o aparecimento potencial de ejaculação retrógrada. Ou seja, afecta a capacidade do homem conseguir expulsar o esperma durante a ejaculação, de forma definitiva. Por outro lado, pode também estar associada ao aparecimento de disfunção eréctil, embora com muito menor frequência. Quanto à histerectomia, ou seja, à remoção cirúrgica do útero, é evidente que acabará por produzir alterações anatómicas essencialmente musculares e ligamentares na bacia (pavimento pélvico), as quais poderão conduzir a disfunção sexual feminina, quando, por ex. a bexiga descai (cistocele).

**Dr. Almeida Nunes** - Após a prostatectomia radical a disfunção eréctil não é rara, qual a melhor terapêutica? Alprostadil injectável é de eleição?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - A prostatectomia radical é um procedimento cirúrgico de grande porte, no qual se remove a totalidade da próstata, vesículas seminais e até uma pequena parte da uretra. Esta cirurgia está indicada em alguns casos de cancro prostático (principalmente se este estiver localizado na próstata e não metastizado). Infelizmente, embora a próstata não nos faça falta para a erecção (interessa apenas para a fertilidade), os danos colaterais nos nervos e vasos que acontecem durante esta cirurgia conduzem, com muita frequência, a disfunção eréctil (DE). Mesmo utilizado técnicas poupadoras de nervos e até a, muito na moda,

robótica, a possibilidade de surgir DE é muito grande. A terapêutica assenta na utilização precoce dos inibidores da 5-fosfodiesterase (como o caso do Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil e Avanafil). Não havendo consenso nesta área, admite-se que a idade jovem e a “boa forma” sexual, são factores de melhor prognóstico nesta recuperação pós cirúrgica. Em alguns casos, o alprostadil injectável ou até intra-uretral são também armas eficazes. O truque está na precocidade da reabilitação peniana de forma a evitar a fibrose e aumentar a oxigenação dos tecidos erécteis penianos.

**Dr. Almeida Nunes** - Inibidores da PDE-5, mitos e realidades, contra indicações.

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - Esta era uma questão que dava para ficarmos a falar o resto da tarde. Os inibidores da 5-fosfodiesterase (sendo o pioneiro o velho Viagra® em 1986), são fármacos excelentes, com elevada eficácia e segurança cardiovascular. Já me referi a estes na questão anterior. São fármacos muito utilizados por esse mundo fora, tendo estudos pós introdução no mercado com elevadas amostras e robustez científica. Como qualquer coisa que toque na nossa sexualidade, foram alvo de muita especulação inicial. Ficou o medo de morrer por causa destes fármacos. Na realidade, o que nos mata não é o medicamento mas sim a nossa tolerância pessoal ao esforço físico. Obviamente que há contraindicações. A mais comum é a toma de medicação com nitratos. Mas qualquer homem que tenha tido um enfarte cardíaco ou angina de peito instável recente (há menos de 6 meses) deve evitar esta toma até indicação médica. Apesar de seguros e eficazes, apresentam ligeiras diferenças no seu comportamento – tempo para início de acção, tipo de efeitos acessórios mais comuns ou tempo de duração de possibilidade de acção – que explicam porque razão devem ser sempre prescritos por um médico e não tomados à experiência. Estes fármacos não são milagreiros nem afrodisíacos, não produzem erecções apenas porque se tomam, necessitam de toda a sexualidade e excitação erótica. São uma espécie de pólvora, mas a responsabilidade do tiro é nossa...

**Dr. Almeida Nunes** - Morte durante o coito, frequente ou raro, como evitar?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - A morte durante o acto sexual é muito rara. Estudos apontam para um risco de 0,8% de morte durante o acto sexual. É mais fácil morrer a conduzir nas estradas portuguesas. O risco de morte por enfarte cardíaco ou trombose cerebral (AVC) durante o acto sexual tem que ver com a nossa capacidade prévia para tolerar o esforço físico. Não se pode pedir a alguém que corra a maratona quando nem sequer está habituado a andar. Para além disso, o sexo faz bem a quase tudo.

**Dr. Almeida Nunes** - Sexo após o enfarte (homem e mulher), que cautelas?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - A larga maioria dos doentes que teve um enfarte acaba por achar que a sua vida sexual terminou pois têm medo de morrer durante o acto sexual. De facto, vários estudos mostraram que o risco de morte por acidente vascular coronário agudo é semelhante entre os homens que já tiveram um enfarte prévio e os que nunca tiveram nada cardíaco. Desde que o cardiologista tenha avaliado a condição física e cardíaca daquele coração pós enfarte e perceba que a revascularização se fez de forma eficaz, não há qualquer lógica em evitar o acto sexual. Até mesmo em utilizar os fármacos para auxílio da erecção. É essencial desmistificar este receio que está a retirar tanta qualidade de vida a tanta gente. Se tem aptidão cardíaca funcional para actividade física, pode retomar a sua vida sexual.

**Dr. Almeida Nunes** - Disfunção eréctil como sinal precoce de doença vascular isquémica?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - Quanto mais se percebe sobre as causas e factores de risco para a disfunção eréctil (DE), mais se entende que estes são quase totalmente coincidentes e até sobreponíveis com os da doença vascular arterial isquémica. Por essa razão, vimos alertando toda a comunidade médica para o facto do aparecimento de DE ser um importante sinal de alarme para eventual acidente isquémico vascular agudo e/ou diabetes dentro de 3-5 anos. Na realidade, o que se passa é que a mesma doença que está a atingir várias artérias em todo o corpo tem, na erecção peniana, uma evidente disfunção que é verificável e facilmente identificável. Assim, costume dizer que a melhor atitude que um médico pode ter face a um homem

que apresenta vários factores de risco para doença vascular isquémica e que se queixa de DE, é não ficar focado apenas no pénis mas sim em todo o endotélio.

**Dr. Almeida Nunes** - Duas palavras sobre ejaculação prematura?

**Dr. Sérgio Tavares dos Santos** - A ejaculação prematura (EP) é uma disfunção sexual masculina de muito elevada prevalência, estimando-se

que cerca de 1 em cada 4 homens sofra desta situação. Traduz-se essencialmente por uma incapacidade em controlar o momento ejaculatório, sendo que o tempo desde a penetração até à ejaculação pode ser inferior a 2 minutos. Associada a estas duas características existe ainda um sofrimento pessoal intenso causado pela EP, o qual afecta a saúde sexual do casal. Há inúmeras causas mas as mais comuns incluem a infecção uro-genital (balanite fúngica; prostatite,

etc), a ansiedade, a disfunção eréctil e o hipertiroidismo. O tratamento médico consiste na administração oral do único fármaco aprovado pela FDA e EMA para esta patologia – a Dapoxetine – um potente inibidor da recaptção selectiva de serotonina com curta biodisponibilidade e elevada eficácia. Este deve ser coadjuvado por apoio psicológico especializado em sexologia. ▲

## ► CONHECEM O MAGNÉSIO? – UM CATIÃO FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR...

A ausência de uma revisão actualizada, em língua portuguesa, sobre o potencial papel do magnésio na prevenção da doença cardiovascular e dos seus factores de risco *major* (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus*) levou o Tecnifar a patrocinar a edição da brochura “Conhecem o magnésio? – Um Catião Fundamental na Prevenção Cardiovascular...”, que tem como primeiro autor o Dr. Pedro Marques da Silva (Consultor de Medicina Interna e Especialista de Hipertensão Clínica e Farmacologia Clínica, Responsável do Núcleo de Investigação Arterial e Coordenador da Consulta de Hipertensão Arterial e Dislipidemias do Serviço de Medicina 4, Hospital de Santa Marta, CHLC, Lisboa) e como segundo autor o Dr. Carlos Pina e Brito (Médico. Director da “Anamnesis”).

Nas palavras do Dr. Pedro Marques da Silva, no Intróito desta brochura, “o magnésio (Mg<sup>2+</sup>) é um dos mais importantes e essenciais catiões do organismo – e o segundo ião intracelular mais abundante, depois do potássio – e tem um papel fundamental no apoio e subsistência da vida e da saúde” porque “está envolvido em vários processos reguladores celulares, bioquímicos e fisiológicos da função cardiovascular. Desempenha um papel crítico na modulação do tono do músculo liso vascular, da função endotelial e da excitabilidade miocárdica, estando – direta ou indiretamente – relatado na patogénese de várias doenças cardiovasculares (e.g. hipertensão arterial, aterosclerose, doença coronária e falência cardíaca e, a par com a hipocaliemia, contribui para o desencadear de arritmias cardíacas e de “torsade de pointes” iatrogénica). Com propriedades vasodilatadoras, anti-inflamatórias, anti-isquémicas e antiarrítmicas, o Mg<sup>2+</sup> pode ter um papel na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. Além disso, a suplementação com Mg<sup>2+</sup> pode ser benéfica no tratamento de várias patologias (e.g. pré-eclâmpsia, diabetes e síndrome metabólica e depressão).”

“No entanto, a ingestão diária deste catião tem abrandado, de forma progressiva e iterada, com o maior consumo de alimentos processados e de refeições rápidas (fastfood); admite-se que cerca de metade da população americana mantém, atualmente, uma ingestão média deficitária em Mg<sup>2+</sup>, com anticope na maior incidência de doenças crónicas arroladas à hipomagnesemia, mais ou menos marcada (...).”

“A hipomagnesemia é relativamente comum, com uma prevalência estimada na população de 2,5 a 15%. Quando a deficiência de Mg<sup>2+</sup> ocorre de forma aguda, os sintomas são, geralmente, óbvios, axiomáticos e graves. No entanto, nos défices crónicos de Mg<sup>2+</sup> os sintomas são, muito comumente, insidiosos, menos graves e inespecíficos. A deficiência pode resultar da ingestão inadequada (comum), da diminuição da absorção (e.g. em algumas doenças gastrointestinais – afetando o intestino delgado – colestase, insuficiência pancreática ou uso crónico, prolongado (> 1 ano) – muitas vezes injustificado! – de inibidores da bomba de protões) e do aumento da excreção renal (e.g. alcoolismo, diabetes *mellitus*, doenças renais, hipertiroidismo, hiperaldosteronismo ou induzida por fármacos, de que os diuréticos de ansa são o melhor paradigma).”

Ainda de acordo com o Dr. Pedro Marques da Silva “esta brochura pretende prover uma visão geral – necessariamente sumária, pretensamente estimulante – da fisiologia do Mg<sup>2+</sup> e da sua relação com a saúde humana e algumas doenças, em particular do foro cardiovascular. Tem por base uma apresentação feita no 16º Simpósio Anual da Fundação Portuguesa de Cardiologia ‘Novas Perspetivas na Prevenção Cardiovascular’, Lisboa, em Novembro de 2014.”

Com primeira edição em Setembro de 2016, esta brochura, em formato A5 e com 48 páginas, é de distribuição exclusiva à classe médica, por parte da Tecnifar.



Dr. Pedro Marques da Silva