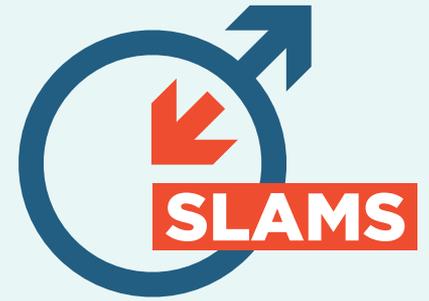


VOL. 01 | ENE-ABR
Nº 01 | 2012

ReLAMMS

REVISTA LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL



EDITORIAL: ¿QUÉ PASA
EN LA MEDICINA SEXUAL?

ANÁLISE PROSPECTIVA
DA RESPOSTA SEXUAL
FEMININA NA GESTAÇÃO

A FORÇA MUSCULAR
DO ASSOALHO PÉLVICO
E A SATISFAÇÃO SEXUAL
FEMININA

DEPRESIÓN
Y SEXUALIDAD
FEMENINA

VALE A PENA USAR
ESCORES NA AVALIAÇÃO
DA SEXUALIDADE?

INFECCIÓN DE
IMPLANTES PENEANOS:
CORTA REVISIÓN

UNIVERSO
DA SEXUALIDADE
NA INDÚSTRIA
DE MEDICAMENTOS:
DIONÍSIOS E AFRODITES

PANEL DE OPINIONES



PALABRAS DEL PRESIDENTE

SIDNEY GLINA

Lo que no hace falta en la vida de los profesionales relacionados con el área de la Salud son las asociaciones de clase y de especialidad. Sean sociedades en la ciudad en que viven, en su estado, nacionales e internacionales. Todas buscan representarlos, complementar su educación y actualizarlos.

Es muy difícil para los dirigentes de estas asociaciones definir cuál es su misión junto a sus asociados. ¿Por qué esta multiplicidad de organizaciones precisa existir? Esto se refleja en la gran dificultad que existe en el mantenimiento del cuadro de miembros, la mayoría renuncia debido a la falta de interés.

Empiezo esta reflexión justamente para presentar a la comunidad latinoamericana vinculada a la Medicina y a la Salud Sexual en general, la ReLAMS - la Revista Latinoamericana de Medicina Sexual. En este momento, los lectores ya deben estar pensando, aquí viene otra revista más de otra sociedad. Pero la SLAMS, es una sociedad un poco diferente de las demás, primero por estar vinculada a la Medicina Sexual y segundo por ser una entidad que abarca toda América Latina.

En este mundo globalizado y con la información surgiendo en segundos por los *Twitters* y *Faces* de la vida, aún carecemos de una entidad latina. Sabemos cómo la disfunción eréctil impacta en el americano, en el europeo e incluso sabemos cuánto tiempo le toma a un ruso para eyacular, pero sabemos muy poco acerca de lo que sucede en nuestro continente. ¿Como el hombre costarricense enfrenta a una falta de libido? ¿Por qué la vasectomía es tan poco practicada en los países andinos y tan realizada en Brasil? Vivimos en un mundo que tiene sus propias características y debemos tener un poco más de interés en el.

Una sociedad latinoamericana es un foro ideal para que esos conocimientos se puedan intercambiar. Ella sufre menos influencias políticas nacionales y puede estar abierta a todos sus miembros. Por otro lado, tiene más restricciones económicas porque la América Latina es un territorio vasto, repartido por empresas nacionales y las oficinas latinoamericanas tienen un presupuesto limitado, lo que dificulta los patrocinios.

Por esta razón hemos decidido crear la ReLAMS con la finalidad de facilitar ese intercambio en nuestras lenguas nativas de una forma muy económica, a través de Internet. Inicialmente el acceso será libre para toda la comunidad latinoamericana y futuramente solo para los miembros de la SLAMS/ISSM.

El propósito de la ReLAMS es ser un vehículo abierto, que saldrá cada 4 meses y que publicará las manifestaciones y los artículos de la comunidad Latinoamericana de Medicina y Salud Sexual. El objetivo no es ser una revista científica para los artículos originales, para esto contamos con el *Journal of Sexual Medicine*, sino es facilitar la educación continuada de los profesionales y dar salida a las ideas de nuestros autores.

Agradezco el empeño de los tres editores Cila, Lucia y Fernando, que trabajaron mucho en los últimos meses para poner en práctica esta idea. Se creó un Consejo Editorial que representa a toda América Latina y que tendrá la misión de conducir el destino de la ReLAMS, con la generación de ideas, captación de artículos y colaboración a la revista.

Como ya he dicho, la ReLAMS es un vehículo abierto a todos y pronto deberá ser un buen motivo para que más personas se asocien a SLAMS, justificando más aun la razón de su existencia.

¡Buena lectura!

Sidney Glina
Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual - SLAMS

LINKS DIRECTOS NAVEGAÇÃO EXPRESSA

HACER CLIC EN LA MATERIA Y VAYA A LA PÁGINA CLIQUE NA MATÉRIA E VÁ PARA A PÁGINA.

EDITORIAL

¿Qué Pasa en la Medicina Sexual?
Edgardo F. Becher

ARTICULOS ARTIGOS

Análise Prospectiva da Resposta Sexual Feminina na Gestaçã
Valéria D. M. Costa

A Força Muscular do Assoalho Pélvico e a Satisfação Sexual Feminina
Ana Terra A. Ribeiro

Depresión y Sexualidad Femenina
Teresita Blanco L.

Vale a Pena usar Escores na Avaliação da Sexualidade?
Rosane R. C. Thiel

Universo da Sexualidade na Indústria de Medicamentos: Dionísios e Afrodites
Márcia G. L. Ferrara

Infección de Implantes Peneanos: Corta Revisión
Alejandro Carvajal O.

PANEL DE OPINIONES PAINEL DE OPINIÕES

Mauricio Delgado G. João L. Schiavini William Uzcategui Ramiro Fragas V. Leonardo E. Messina

EQUIPO EDITORIAL EXPEDIENTE

Editores responsables Editores responsáveis

Cila Ankier, Fernando Nestor Facio, Lúcia Pesca

Consejo Editorial Comitê editorial

Eusebio Rubio Auriolés Gomez Reynaldo Guillermo Gueglio Isbelia Segnini Julio Ferrer Silvia Acosta Flores Teresita Blanco

Desarrollo Web Webmaster

Bernardo Signori

Diagramación y Diseño Grafico Diagramação e Projeto Gráfico



www.zupidesign.com

Instrucciones a los autores

Instruções aos autores

www.slamsnet.org/relams

Contacto

Contato

Av. Santa Fe 2926, piso 3D, 1425 - Buenos Aires, Argentina tel. +54 11 4822.1350 | fax +54 11 4826.2832 relams@slamsnet.org

Junta Directiva SLAMS Diretoria SLAMS

Presidente
Sidney Glina

Vice-Presidente
Isbelia Segnini

Tesorero Tesoureiro
Afif Abdo

Secretário
Adrian Momesso

Los editores no tienen responsabilidad por las informaciones de los artículos firmados. Se permite la reproducción de parte o del contenido completo de esta publicación, siempre que la fuente y el autor sean citados, sin cambiar el contenido.

Os editores não têm responsabilidade pelas informações dos artigos assinados. É permitida a reprodução de parte ou do conteúdo inteiro dessa publicação, desde que a fonte e o autor sejam citados, sem alterar o conteúdo.

EDITORIAL: ¿QUÉ PASA EN LA MEDICINA SEXUAL?

EDGARDO F. BECHER



Muchos piensan que como en los últimos 10 años no han habido lanzamientos de nuevas drogas para la DE a nivel global, el campo de la Medicina Sexual está desapareciendo. Muy por el contrario, de hecho hay 3 nuevos IPDE5 en el mercado en algunas regiones (Iodenaflil en Brasil, mirodenafil y udenafil en Asia) y otros en fases avanzadas de investigación como el avanafil. Pero más importante es el crecimiento constante del interés de nuestra disciplina.

Nuestra SLAMS es una de las cinco sociedades afiliadas con ISSM incluyendo la nueva MESSM (Sociedad de Medicina Sexual de Medio Oriente) y otras están siendo evaluadas como las ASSM (África) y otras posibilidades en el Sudeste Asiático.

Nuestro *Journal of Sexual Medicine* (JSM) es hoy por lejos la mayor publicación del tema, primera en el *ranking de impact factor* en el campo y en 2011 ha recibido número record de trabajos (900+). El *Board of Directors* de la ISSM ha aprobado la creación de dos nuevas publicaciones que se están evaluando en estos momentos incluyendo

un nuevo Journal en formato *Open Access* y otro dedicado a trabajos de revisión.

La ISSM, que se inició prácticamente como un club de amigos, hoy cuenta con más de 2300 socios y sus sociedades afiliadas como SLAMS producen constantemente actividades científicas de valor en la región. Un tema que debemos mejorar, entre otros, es nuestra presencia en el JSM. Vemos muy buena producción en nuestros congresos que no llegan a publicarse a nivel internacional y probablemente sea este uno de los puntos a fortalecer en nuestra sociedad.

Espero que el 2012 nos encuentre con salud, prosperidad y con crecimiento profesional.

*Edgardo F. Becher
Presidente de la International Society for Sexual Medicine - ISSM*



ANÁLISE PROSPECTIVA DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA NA GESTAÇÃO

VALÉRIA DÓRIA MENDES DA COSTA,
MARIA JAQUELINE COELHO PINTO

RESUMO

A gestação é um momento delicado, de maior vulnerabilidade da mulher. Nesse período, pode ocorrer mudança no interesse e no comportamento sexual, decorrente dos fatores físicos - náuseas, vômitos, crescimento abdominal, sensibilidade mamária, etc., e psicológicos como: ansiedade, medos, etc. que acompanham a gravidez, sendo necessária uma orientação direcionada para esse aspecto, durante a consulta pré-natal. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a resposta sexual das gestantes, contemplando os seguintes domínios da sexualidade: desejo e interesse sexual, preliminares, excitação e sintonia com o parceiro, conforto, e orgasmo e satisfação sexual; a fim de ampliar o conhecimento sobre a sexualidade na gestação. Para isso, foi realizado um estudo prospectivo, no qual sessenta mulheres, no curso de uma gestação normal, assistidas em clínica privada, em São José do Rio Preto, foram convidadas a responder o questionário Quociente Sexual - Versão Feminina. Os dados

coletados foram avaliados por estatística descritiva e comparados por testes estatísticos interferenciais não-paramétricos. Concluiu-se que a vida sexual na gestação, apesar de apresentar algumas modificações nos três trimestres, pode ser saudável e prazerosa, e deve ser um assunto abordado nas consultas de pré-natal.

Palavras-chave: Gestação; Saúde da Mulher; Sexualidade.

INTRODUÇÃO

A resposta sexual feminina, por se tratar de um fenômeno complexo, influenciado por múltiplos fatores, tem sido alvo frequente de muitas conjecturas. Os costumes sexuais novos e diversificados das sociedades contemporâneas, tanto ocidentais como orientais, aliados aos conhecimentos recentes acerca da relação entre libido e paradigmas socioculturais, tornaram o entendimento da sexualidade feminina um grande desafio cercado de crenças, mitos, e valores religiosos e morais (La-

TIPO TRIFÁSICO

FASE DO DESEJO

FASE DA EXCITAÇÃO

FASE DO ORGASMO

Figura 1. Resposta sexual humana.

zar, 2002; Carvalho *et al.*, 2007; Leite, 2007; Thiel *et al.*, 2008; Borges e Medeiros, 2009).

As fases da resposta sexual humana são: apetência, excitação, orgasmo e relaxamento (Cavalcanti e Cavalcanti, 2006). Com a evolução do conhecimento médico e fisiológico da resposta sexual humana, passou a ser adotado o modelo trifásico (Figura 1) de Helen Kaplan (Lopes e Vale, 2010).

Quando o indivíduo se vê diante de estímulos sexuais positivos pode ser desencadeado um aquecimento do apetite sexual (desejo, libido, apetência). Esse processo estendendo-se e sendo gratificante se traduzirá em

excitação sexual. A continuação desse fenômeno pode culminar em resposta orgásmica (Lopes e Vale, 2010).

Atualmente não se aceita mais um modelo de resposta unisséxual, acredita-se nas particularidades na resposta sexual feminina (RSF). Um novo modelo foi elaborado por Rosemary Basson, que propõe mover o foco do desejo sexual espontâneo (primeira fase do modelo trifásico de Kaplan), ao considerar-se que a maioria das mulheres perde tal desejo após algum tempo de relacionamento. É um modelo cíclico e não linear, portanto não começa pelo desejo. Na opinião de Basson, o desejo sexual espontâneo existiria apenas em



novidade de parceria, reatamento da relação e em determinados dias do ciclo menstrual. No modelo proposto, a RSF se inicia por um estado de neutralidade sexual e se alterará de acordo com a motivação baseada na intimidade. Retira-se o foco da genitalidade e valoriza-se a satisfação sexual e a intimidade emocional. Cada vez mais a sexualidade é enfocada como um todo, em um contexto integral, principalmente em relação à RSF e não só ao sexo genital, pois para um “bom sexo” é necessário que haja uma boa integração entre os parceiros (Basson, 2011).

Nos últimos anos, o interesse crescente pelo estudo da sexualidade feminina tem favorecido muitos avanços nessa área. E, conseqüentemente, a relação entre satisfação sexual e qualidade de vida tem sido cada vez mais reconhecida pelos profissionais

que assistem a saúde da mulher (Edwards e Coleman, 2004). Não há mais dúvida que dificuldades ou disfunções sexuais, persistentes ou esporádicas, interferem na qualidade de vida da mulher, reduzem sua autoestima e prejudicam as relações interpessoais, causando desgaste emocional.

As disfunções sexuais, segundo Kaplan (1997), podem ser divididas em sete categorias: [1] transtornos do desejo sexual; [2] transtornos da excitação sexual; [3] transtornos do orgasmo; [4] transtornos de dor sexual; [5] disfunção sexual associada a uma condição médica; [6] disfunção sexual induzida por medicação; e [7] disfunção sexual sem outra especificação. Dessas, as mais comuns entre as mulheres são: a falta do desejo sexual, a dor na relação (dispareunia) e os transtornos do orgasmo (Abdo *et al.*, 2002).

No Brasil, aproximadamente, 1/3 das mulheres em idade reprodutiva tem desejo sexual hipoativo, 29% não atinge o orgasmo e 19% tem dispareunia (Abdo, 2006).

Estudos recentes revelaram que a gestação, bem como a infertilidade, representam um dos períodos de maior dificuldade da avaliação da resposta sexual feminina, devido às alterações que ocorrem nessa fase (Malarewicz *et al.*, 2006). Aparentemente, na gestação, há uma associação significativa entre disfunção sexual e baixos sentimentos de satisfação física e emocional (Bartellas *et al.*, 2000; Dejudicibus e McCabe, 2002; Lazar, 2002; Lech e Martins, 2003; Aslan *et al.*, 2005; Fok *et al.*, 2005; Leite *et al.*, 2007).

Cerca de 80 a 100% dos casais permanecem sexualmente ativos durante a gestação.

Cerca de 80 a 100% dos casais permanecem sexualmente ativos durante a gestação (Leite *et al.*, 2007), entretanto, as frequências de atividade sexual e de orgasmo costumam sofrer uma redução de 20 a 60% (Robson *et al.*, 1981; Reamy *et al.*, 1982; Ryding, 1984; Bogren, 1991; Flores, 2007). E muitos estudos apontam que, para a maioria das mulheres, a satisfação com o relacionamento diminui, expressivamente, durante a gravidez e após o nascimento do primeiro filho (Hyde *et al.*, 1996; Von Sydow, 1999).

Na literatura, há evidências de que a frequência coital e a satisfação sexual diminuem no

primeiro trimestre de gestação, mantêm-se praticamente inalteradas no segundo trimestre e diminuem, novamente, no terceiro (Morris, 1975; Tolor e Digrazia, 1976; Lumley, 1978; Reamy *et al.*, 1982; Masters e Johnson, 1984; Ryding, 1984; Von Sydow, 1999; Dejudicibus e McCabe, 2002; Sacomori e Cardoso, 2008).

• *Primeiro trimestre de gestação:* a diminuição da atividade sexual pode refletir sentimentos de rejeição, desconfortos físicos e medos (Falicov, 1973; Solberg *et al.*, 1973; Teixeira, 2002).

• *Segundo trimestre:* muitos dos desconfortos físicos associados à gravidez desaparecem e algumas mulheres consideram esse momento mais prazeroso ao sexo, enquanto outras experimentam diminuição da frequência de coito, libido e erotismo (Perkins, 1982; Masters e Johnson, 1984; Atputharajah, 1987; Al-Bustan *et al.*, 1995; Haines *et al.*, 1996).

• *Terceiro trimestre:* há uma redução acentuada da frequência coital e muitos casais usam métodos alternativos para a obtenção do prazer (Perkins, 1982; Haines *et al.*, 1996; Oruç *et al.*, 1999).

Em geral, o interesse sexual das mulheres apresenta um declínio ligeiro no primeiro trimestre e uma redução significativa no último trimestre de gestação. Porém, a vivência da sexualidade depende, em parte, de como a mulher “se percebe, avalia e valoriza”, o que envolve sua autoestima, fatores externos (socioeconômicos), grau de aceitação da gravidez e

o tipo de relação que tem com seu parceiro, desde o período pré-gravídico (Perkins, 1982; Lazar 2002; Flores, 2007).

Dependendo de sua autoestima, a mulher poderá se satisfazer com a mesma quantidade de carinho recebida antes da gravidez ou, então, sentir-se carente, mesmo diante da constância das atenções de seu companheiro (Adinma, 1995; Bartellas *et al.*, 2000; Teixeira, 2002). Nesse último caso, flutuações “normais” da atividade sexual podem ser associadas à carência de afeto ou sentimentos do parceiro, quando na verdade estão relacionadas, principalmente (Bogren, 1991; Von Sydow, 1999; Dejudicibus e McCabe, 2002):

• ao desconforto físico relacionado aos sintomas da gravidez;

• ao surgimento de questões emocionais, como a ansiedade relacionada à data do nascimento;

• à má orientação em termos da sexualidade na gestação;

• ao medo de machucar o bebê durante a relação ou desencadear um parto prematuro; e

• aos sentimentos de responsabilidade paterna e materna que começam a surgir, entre outros.

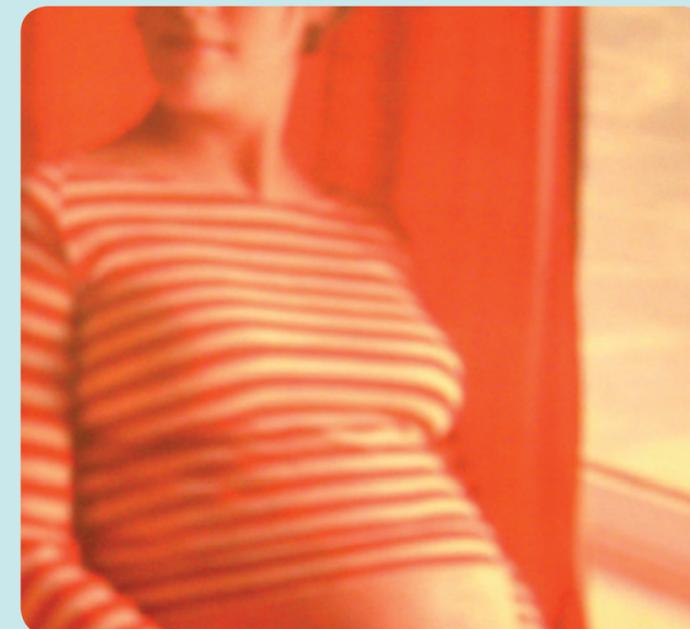
Em suma, na vida da mulher, a transição para a parentalidade é um momento delicado, de maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades sexuais preexistentes ou emergentes. Na gestação, parece existir uma mudança da atividade sexual (Sacomori e Cardoso, 2008) associada aos fatores físicos e

psicológicos já mencionados, assim, é necessária uma orientação direcionada para esse aspecto da vida, durante a consulta pré-natal.

Quando o casal não é capaz de se adaptar às mudanças da atividade sexual, dentro do período gestacional, pode surgir um “ciclo vicioso” de dificuldades conjugais. Um dos pontos importantes dessa observação seria que a médio e longo prazo, essas dificuldades conjugais poderiam afetar negativamente o bem-estar do casal, promovendo uma “crise de vínculo ou relacionamento” (Figueiredo *et al.*, 2006). Sob esse aspecto, médicos, psicólogos e educadores sexuais, são unânimes em afirmar que conhecer, cientificamente, as diferentes assunções ao nível dos conceitos, premissas e dificuldades sexuais, na gestação, lhes possibilitaria informar, corretamente, sobre a flutuação “normal” da atividade sexual nesse período, considerando possíveis sentimentos, medos e dificuldades que possam surgir; e alertar para outras formas de experimentar a sexualidade.

É providencial que a questão da sexualidade feminina na gestação seja investigada; porém, muitos profissionais da área da saúde, que assistem à mulher durante esse período, se atêm às modificações físicas e fisiológicas que as envolvem e negligenciam suas necessidades emocionais e sexuais (Al-Bustan *et al.*, 1995).

Como a gravidez tem grande influência sobre a atividade sexual feminina, um instrumento para medir quantitativamente a função sexual da gestante per-



mitará avaliar a dimensão desse impacto sobre sua qualidade de vida, facilitará a comparação de estudos realizados em diversos locais, em populações semelhantes, e ajudará os profissionais da assistência pré-natal no manejo das questões sexuais (Leite *et al.*, 2007).

Portanto, o presente estudo justifica-se pela importância do conhecimento teórico sobre a resposta sexual feminina na gestação.

METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO

Estudo prospectivo com 60 mulheres no curso de uma gestação normal, atendidas em uma clínica privada, na cidade de São José do Ribeião Preto, no interior do Estado de São Paulo, entre agosto e dezembro de 2010. Todas foram abordadas pela pesquisadora res-

ponsável pelo estudo, durante a consulta pré-natal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina de São José do Ribeião Preto - FAMERP (Protocolo 356/2010).

Gestantes que apresentassem morbidades que contra-indicavam a atividade sexual ou alterações musculoesqueléticas com limitação dos movimentos ou, ainda, em uso de medicamentos que pudessem afetar a função sexual, não foram arroladas na pesquisa.

Todas as mulheres, que preencheram os critérios de inclusão: estavam no curso de uma gestação normal e concordaram em participar da pesquisa; assinaram um termo de adesão à mesma e de consentimento pós-informação. O caráter confidencial das informações lhes foi assegurado, bem como o direito da mulher de abandonar o estudo, em qualquer momento, sem prejuízos ao seu atendimento.

COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS

Todas as coletas de dados foram realizadas em salas reservadas, apenas com a presença da pesquisadora e da gestante. Foram providenciadas condições para garantir à gestante total privacidade e clima de confiança e relaxamento.

O questionário Quociente Sexual - Versão Feminina - QS-F (Anexo A), validado no Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Abdo, 2006), foi utilizado para a coleta dos dados. O QS-F é um instrumento de fácil manuseio, composto por 10 questões autor-responsivas que abordam cinco domínios da resposta sexual feminina: [1] desejo e interesse sexual (questões 1,2 e 8), [2] preliminares (questão 3), [3] excitação e sintonia com o parceiro (questões 4, 5 e 6), [4] conforto (questões 6 e 7), e [5] orgasmo e satisfação sexual (questões 9 e 10).

Para a análise das respostas foi utilizado o escore de 0 a 5: 0 - indica "nunca", 1 - indica "raramente", 2 - indica "às vezes", 3 - indica "aproximadamente 50% das vezes", 4 - indica "a maioria das vezes", e 5 - indica "sempre". O escore total do QS-F resulta da soma simples de todas as questões multiplicadas por dois. Desse modo, as escalas foram transformadas em dimensões de zero a 100, sendo que 100 indica a condição mais favorável (melhor função sexual) e 0 a menos favorável (pior função sexual).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em virtude da grande importância da satisfação sexual na manutenção da autoestima e dos relacionamentos interpessoais da grávida, o obstetra deve avaliar, atentamente, o impacto da gestação sobre a função sexual feminina. Para isso, deve preferir questionários específicos para o assunto em questão, que lhe permitam analisar com segurança e praticidade a mulher no período gestacional (Leite *et al.*, 2007).

Os questionários preenchidos foram revisados e arquivados em ordem numérica. A entrada das respostas (no computador) foi realizada por um digitador e conferida pela pesquisadora responsável, a fim de detectar e corrigir eventuais erros. As variáveis abordadas nesse trabalho foram descritas como proporções, em gráficos e tabelas. Os dados foram avaliados por estatística descritiva e comparados por testes estatísticos interferenciais não-paramétricos.

O perfil social das 60 gestantes entrevistadas (Figura 2) foi:

- *estado civil*: 90% casadas, 8% solteiras e 2% divorciadas;

- *idade*: 50% entre 20 e 30 anos e 50% entre 31 e 45 anos;

- *número de parceiros*: 33% apenas um parceiro e 67% mais de dois parceiros;

- *idade da primeira relação sexual*: 63% antes dos 18 anos e 37% com 19 anos ou mais.

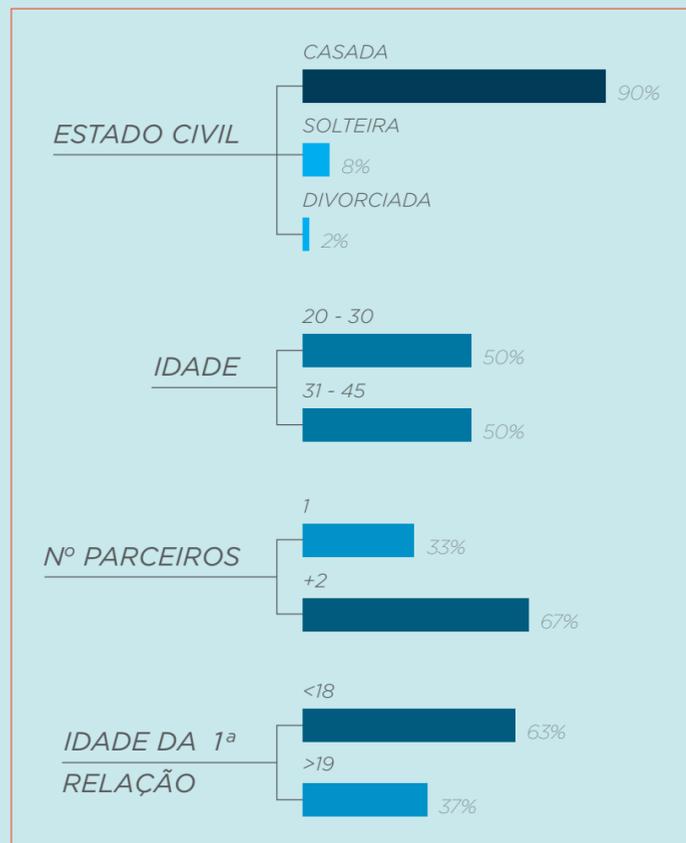


Figura 2. Perfil social das gestantes entrevistadas.

Mais do que se descobrir grávida, o descobrir a si mesma sentindo desejo sexual durante a gravidez, independente da idade gestacional, gera dúvidas e angústias relacionadas aos fatores culturais fortemente influenciadores que impregnam o emocional das gestantes, principalmente se houver falta de conhecimentos científicos por parte delas (Mouta *et al.*, 2008). Além disso, ainda é possível identificar o reflexo remoto da influência das três instituições dominantes: o estado, a igreja e a medicina; que ainda têm poder sobre o corpo feminino (Salvador *et al.*, 2008). Nesse âmbito, os mitos estão relacionados à concepção de impureza e fragilidade do corpo feminino, vistas como fonte de poluição (Ressel e

Silva, 2001) e, quando atreladas à gestação, deixam a gestante insegura em exercer sua sexualidade na gravidez (Camacho *et al.*, 2010).

Por outro lado, há mulheres que sentem prazer durante a gravidez e não se deixam influenciar por fatores externos impostos pela sociedade sobre a sexualidade e a exercem sem nenhum problema (Oriá *et al.*, 2004). Para essas mulheres a consciência desses mitos movimentou-se em busca de recursos que lhes permitissem vivenciar essa nova realidade em suas vidas: "estou grávida e ao mesmo tempo sinto desejo sexual" (Camacho *et al.*, 2010).

No presente estudo, a maioria das gestantes vivenciou sua sexualidade positivamente, provando

que grande parte delas considera normal o sexo na gravidez e, mesmo sofrendo influências populares, socioculturais e religiosas, se permite vivenciar a sexualidade. Acredita-se que um pré-natal adequado é fator determinante para tal fato, sendo que todas as gestantes dessa pesquisa fizeram dez ou mais consultas e foram orientadas quanto à atividade sexual nesse período. Esse fato vem ao encontro do conceito de que, quando o casal tem um bom relacionamento afetivo, está bem informado sobre as alterações orgânicas que ocorrem durante o ciclo gravídico puerperal e tem esclarecimento para suas dúvidas, fantasias e superstições, superam as dificuldades que surgem nesse período e adaptam-se melhor à nova situação, que é passageira e circunstancial (Santana, 2007).

Dessa forma, é possível manter a sexualidade com a mesma intensidade, interesse e vivência que do período pré-concepcional (Oriá *et al.*, 2004).

É nesse contexto que se insere o profissional obstetra, ao promover o bem-estar da gestante, participando com ela essas transformações e adaptações que estão acontecendo, orientando-a da melhor forma, eliminando tabus e preconceitos para que ela possa usufruir todos os momentos da fase gestacional.

Estudos já comprovaram que cerca de 80 a 100% dos casais permanecem sexualmente ativos na gestação e alguns trabalhos mostram melhoria significativa na sexualidade básica, não apenas na comparação com o primeiro trimestre de gravidez, bem como além do próprio conceito usual, previamente estabe-

lecido, para a realização sexual no estado grávido (Masters e Johnson, 1984).

Os resultados dessa pesquisa vêm de encontro a esses estudos, pois nesse grupo de 60 gestantes, por intermédio do questionário QS-F, verificou-se que 24 mulheres (40%) atingiram o escore entre 82-100, e 29 (48%) atingiram o escore entre 62-80, ou seja, 88% das entrevistadas indica uma condição favorável da função sexual durante a gestação, como mostra a figura 3.

Com relação ao desejo e interesse sexual, abordados pelas questões 1, 2 e 8, verificou-se que 43% das gestantes às vezes pensam espontaneamente em sexo, 38% responderam que na maioria das vezes o interesse por sexo é suficiente para participar da relação com vontade e 48% responderam que na maioria das vezes consegue se envolver, sem se distrair durante a relação sexual (Tabela 1).

Vitiello *et al.*, (1972) constataram diminuição do desejo sexual em 41% das gestantes estudadas. O trabalho analisou a resposta sexual de 224 pacientes com idade gestacional entre 28 semanas e o termo, que tinham resposta sexual normal antes da gravidez. Encontraram disfunções em 54,9%, com alterações mais frequentes no segundo trimestre. Em 50,4% houve diminuição da libido e do orgasmo e em 4,5% houve aumento da tensão sexual. Porém, outros estudos mostraram que gestantes tiveram a libido mais acentuada, sentindo vontade de fazer sexo com mais frequência do que antes da gravidez, e em alguns casos, a mulher passou a con-

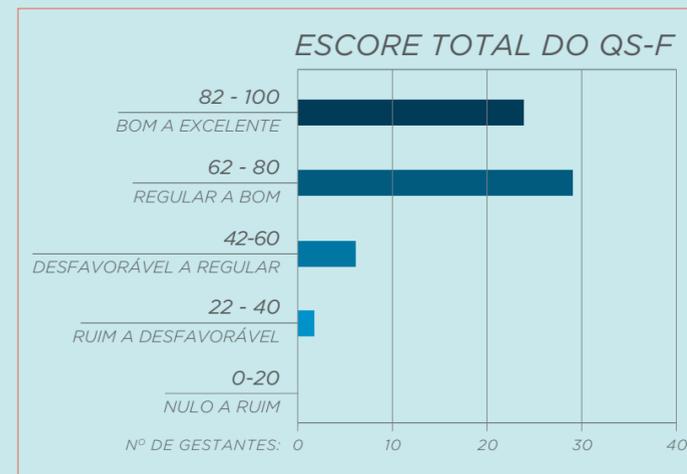


Figura 3. Escore total do questionário QS-F - Quociente Sexual - Versão Feminina.

Tabela 1. Porcentagem da pontuação das respostas obtidas às perguntas referentes ao domínio sobre desejo e interesse sexual.

Pontuação	0	1	2	3	4	5
Questões	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	APROX. 50% DAS VEZES	A MAIORIA	SEMPRE
1 - Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?	3%	13%	43%	15%	13%	12%
2 - O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação com vontade?	0%	3%	15%	10%	38%	33%
8 - Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração) durante a relação sexual?	2%	3%	15%	12%	48%	20%

siderar desfavorável a relação sexual, pelo fato de o parceiro não ter respeito ao seu corpo grávido e muito menos ao seu estado emocional (Camacho *et al.*, 2010).

Em resposta à questão 3, 67% das gestantes disse que as preliminares as estimulam a continuar a relação sexual (Tabela 2).

Na excitação e sintonia com o parceiro, questões 4, 5 e 6: 40% respondeu que, na maioria das vezes, costuma ficar lubrificada durante a relação sexual; 53% sempre se sente estimulada para o sexo durante a rela-

ção, à medida que a excitação do parceiro vai aumentando; e 43% disse que, na maioria das vezes, relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis durante a relação sexual (Tabela 3).

Estudos mostram que no fim do primeiro trimestre, todas as mulheres estudadas apresentaram um nítido aumento na produção da lubrificação vaginal que continuou durante a gravidez (Masters e Johnson, 1984).

Com relação ao conforto, abordado nas questões 6 e 7: 43% disse que, na maioria das ve-

Tabela 2. Porcentagem da pontuação das respostas obtidas à pergunta referente ao domínio sobre preliminares.

Pontuação	0	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	APROX. 50% DAS VEZES	A MAIORIA	SEMPRE
Questões						
3 - As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?	0%	0%	3%	2%	28%	67%

Tabela 3. Porcentagem da pontuação das respostas obtidas às perguntas referentes ao domínio sobre excitação e sintonia com parceiro.

Pontuação	0	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	APROX. 50% DAS VEZES	A MAIORIA	SEMPRE
Questões						
4 - Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?	0%	3%	5%	12%	40%	38%
5 - Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?	0%	2%	8%	7%	30%	53%
6 - Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	0%	3%	5%	10%	43%	37%

Tabela 4. Porcentagem da pontuação das respostas obtidas às perguntas referentes ao domínio sobre conforto.

Pontuação	0	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	APROX. 50% DAS VEZES	A MAIORIA	SEMPRE
Questões						
6 - Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?	0%	3%	5%	10%	43%	37%
7 - Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?	15%	25%	40%	10%	2%	7%

Tabela 5. Porcentagem da pontuação das respostas obtidas às perguntas referentes ao domínio sobre orgasmo e satisfação sexual.

Pontuação	0	1	2	3	4	5
	NUNCA	RARAMENTE	AS VEZES	APROX. 50% DAS VEZES	A MAIORIA	SEMPRE
Questões						
9 - Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?	0%	7%	13%	18%	38%	23%
10 - O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?	2%	3%	13%	8%	32%	42%

zes, relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis durante a relação sexual; e 40% respondeu que às vezes costuma sentir dor durante a relação sexual quando o pênis penetra em sua vagina (Tabela 4).

Com relação ao orgasmo e à satisfação sexual, questões 9 e 10: 38% disse que, na maioria das vezes, consegue atingir o orgasmo nas relações sexuais que realiza; e 42% respondeu que sempre o grau de satisfação que consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias (Tabela 5).

Estudiosos comprovaram que as contrações uterinas na fase orgásmica, mesmo no terceiro trimestre, não acarretam perturbação fetal, nem aumentam a frequência de prematuridade e que, durante a gestação, existem alterações significativas da libido e do orgasmo; afirmam ser frequente a detecção de disfunções sexuais nesse período (Masters e Johnson, 1979). Constataram em suas pesquisas o aumento significativo da sexualidade durante o segundo trimestre em 80% das gestantes. Observaram, também, a presença de orgasmos múltiplos em algumas grávidas estudadas (Santana, 2007).

O QS-F pode ser interpretado em termos de escore total, avaliando a qualidade geral do desempenho/satisfação sexual da mulher. Por outro lado, como abrange todas as fases do ciclo de resposta sexual, além de domínios correlatos, é também um instrumento que indica em quais aspectos dessa resposta situa(m)-se a(s) dificuldade(s) de cada paciente.

Escore baixo para as questões de números 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta às preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escores baixos para essas questões significam pouca capacidade de envolvimento e pouca resposta ao estímulo sexual. Escore alto para a pergunta 7 confirma presença de dor à relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos para as questões 9 e 10 (Abdo, 2009).

Na literatura, encontramos que a maioria das mulheres gestantes apresenta uma diminuição do desejo sexual, da excitação e do orgasmo. Essas mudanças na resposta sexual durante a gravidez não se justificam pelas alterações somáticas decorrentes do estado gestacional. A maioria dos autores encontrou uma diminuição do interesse sexual no primeiro e terceiro trimestres da gravidez, com uma melhora no segundo, alcançando, algu-

mas vezes, os padrões pré-gravídicos (Falicov, 1973; Masters e Johnson, 1979; Lopes, 1993). Outros autores encontraram um decréscimo progressivo do interesse sexual durante toda a gravidez (Solberg *et al.*, 1973; Viggiano, 1984).

A vida sexual, presente durante a gravidez, vai muito além do genital. Traz comprometimento e aceitação do outro, com benefícios significativos para os dois. O sexo e a sexualidade podem e devem desenvolver o erotismo na mulher, mesmo grávida, fazendo com que ela possa continuar se sentindo sexualmente desejada, mesmo com as alterações de seu corpo, nesse processo que a tornará mãe (Senkumwong *et al.*, 2006).

Estudos desenvolvidos nas últimas décadas demonstraram que é possível observar melhora do relacionamento conjugal, com sentimentos de feminilidade aguçada e com maior prazer sexual, quando há liberdade de expressão da sexualidade e de práticas sexuais durante a gestação. Em contrapartida, também é possível observar o abandono do parceiro, violência não física e diminuição da atividade sexual (Camacho *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos resultados obtidos ao questionário Quociente Sexual – Versão Feminina – QS-F, pode-se avaliar a resposta sexual das gestantes contemplando os domínios

da sexualidade, e observar que mais de 80% delas permanecem sexualmente ativas durante a gestação, indicando uma melhor função sexual neste período.

Conclui-se que a vida sexual na gestação, apesar de apresentar algumas modificações nos três trimestres, pode ser saudável e prazerosa e deve ser um assunto a ser abordado nas consultas de pré-natal. Sendo de fundamental importância para um bom exercício da sexualidade na gestação, a realização de um pré-natal adequado com orientações para o casal sobre esse assunto.

Mais estudos são necessários para um total conhecimento da sexualidade na gestação, para que o obstetra possa orientar esses casais nesse período.



REFERÊNCIAS

- Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina; uma escala para avaliar a função sexual da mulher. Rev Bras Med. 2006;63(9):477-482.
- Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. Rev Bras Med. 2002;59(4):250-257.
- Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Diagn Tratamento. 2009;14(2):89-91.
- Adinma JIB. Sexuality in Nigerian pregnancy women: perceptions and practice. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1995;35:290-293.
- al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti Women. Arch Sex Behav. 1995;24(2):207-215.
- Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res. 2005;17(2):154-157.
- Atputharajah, V. Some aspects of sexual knowledge and sexual behavior of local women. Sing Med J. 1987;28:225-230.
- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG. 2000;107(8):964-968.
- Basson R. Transtorno da excitação/desejo sexual em mulheres. In: Leiblum SR. Princípios e prática da terapia sexual. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2011.
- Bogren LY. Changes in sexuality in woman and men during pregnancy. Arch Sex Behav. 1991;20:35-45.
- Borges VLF, Medeiros SF. Validação de questionário para avaliar a função sexual feminina na menopausa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(26):293-299.

Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. Rev Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2010;18(1):32-37.

Carvalho ACR, Tenório IM, Araújo EC. Idéias, crenças e valores que as mulheres grávidas têm a respeito da própria sexualidade. Rev Enferm. UFPE. 2007;1(2):104-110.

Cavalcanti R, Cavalcanti M. Fases biológicas da resposta sexual humana. In: Cavalcanti R, Cavalcanti M (eds). Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006. p. 51-54.

Dejudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. J Sex Res. 2002;39(2):94-103.

Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch Sex Behav. 2004;33(3):189-195.

Falicov CJ. Sexual adjustment during pregnancy and post partum. Am J Obstet Gynecol. 1973;117:991-1000.

Figueiredo B, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática. 2006;11(1):3-25.

Flores ALGCT, Amorim VCO. Sexualidade na gestação: mitos e tabus. Rev Científica Psicol. Alagoas. 2007;1(1):16-44.

Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(10):934-938.

Haines CJ, Shan YO, Kuen CL, Leung DH, Chung TK, Chin R. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong chinese women. J Psychosom Res. 1996;40(3):299-304.

Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Sex Res. 1996;33(2):143-151.

Kaplan H. Sexualidade humana. In: Kaplan H. Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 1997.

Lazar MCS. Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Tese de Doutorado (Unicamp), 2002.

Lech MB, Martins PCR. Oscilações do desejo sexual no período gestacional. Est Psicol. 2003;20(3):37-46.

Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(8):396-401.

Lopes G. Sexualidade humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

Lopes G, Vale F. Sexualidade feminina: resposta sexual feminina e conceitos básicos. Fasc 1. São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2010.

Lumley J. Sexual feelings in pregnancy and after childbirth. Australian and New Zealand. J Obstetr Gynecol. 1978;18:114-117.

Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Sexuality of pregnant women. Ginekol Pol. 2006;77(9):733-739.

Masters WH, Johnson VE. A conduta sexual humana. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca, 1984.

Morris NM. The frequency of sexual intercourse during pregnancy. Arch Sex Behav. 1975;4:501-507.

Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relações entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. Rev Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2008;16(4):477-481.

Oriá MOB, Alves MDS, Silva RM. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. Rev Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2004;12(2):160-165.

Oruç S, Esen A, Laçin S, Adigtizel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1999;39(1):48-50.

Perkins RP. Sexuality in pregnancy: what determines behaviour? Obstet Gynecol. 1982;59(2):189-198.

Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine ES. Sexuality and pregnancy: a prospective study. J Reprod Med. 1982;27(6):321-327.

Ressel LB, Silva MJP. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. Rev Esc Enferm. USP. 2001;35:150-154.

Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. Br J Obstet Gynaecol. 1981;88(9):882-889.
Ryding E. Sexuality during and after pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 1984;63(8):679-682.

Sacomori C, Cardoso FL. Práticas sexuais de gestantes bralilenãs. Rev Chil Obst Ginecol. 2008;73(5):313-317.

Salvador RT, Vargens OMC, Progianti JM. Sexualidade e histerectomia: mitos e realidade. Rev Gaúcha Enferm. Porte Alegre. 2008;29(2):320-323.

Santana TGM. Sexualidade no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura UM (eds). Psicologia na prática obstétrica – abordagem interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2007. p.32-37.

Senkumwong N, Chaovitsaree S, Ruggao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai. 2006;89(Suppl 4):S124-129.

Solberg DA, Butler J, Wagner N. Sexual behavior in pregnancy. New Engl J Med. 1973;228:1098-1103.

Teixeira I. Gravidez e sexo. [documento na internet] [acesso em 01 de Março de 2002. Disponível em <http://www.saudenainternet.com.br>.

Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(10):504-510.

Tolor A, Digrazia PV. Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. Arch Sex Behav. 1976;5:539-551.

Viggiano MGC. Sexualidade e gravidez. In: Cavalcanti RC, Vitiello N (eds). Sexologia. São Paulo: Fundo Editorial Febrasgo, 1984.

Vitiello N, Cunha ACM, Verrone M, Vitiello MT. Distúrbios da libido e do orgasmo. G O. 1972;6(12):27.

Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. J Psychos Res. 1999;47:27-49.



Valéria Dória Mendes da Costa: Médica Ginecologista e Obstetra da clínica Vivendas; aluna do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Sexualidade da FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.
E-mail: valdoria@terra.com.br

Maria Jaqueline Coelho Pinto: Psicóloga; Coordenadora do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Sexualidade e Docente da FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

Anexo A. Questionário Quociente Sexual – Versão Feminina

Estado Civil:	Idade (anos): ()
E-mail:	Quantos (as) parceiros (as) sexuais teve até hoje: ()
Relaciona-se sexualmente com: () homem, () mulher, () ambos	1 - Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo? ()
Considere a seguinte pontuação:	2 - O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação com vontade? ()
0 = nunca	3 - As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual? ()
1 = raramente	4 - Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual? ()
2 = às vezes	5 - Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo? ()
3 = aproximadamente 50% das vezes	6 - Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis? ()
4 = a maioria das vezes	7 - Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina? ()
5 = sempre	8 - Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração) durante a relação sexual? ()
	9 - Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza? ()
	10 - O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias? ()

A RELAÇÃO DO GRAU DE FORÇA MUSCULAR DO ASSOALHO PÉLVICO COM A SATISFAÇÃO SEXUAL FEMININA

ANA TERRA ANDRADE RIBEIRO,
CILA ANKIER

RESUMO

Na maioria das vezes, a busca pela satisfação sexual vem desvinculada do conhecimento do próprio corpo e da prática sexual. O assoalho pélvico é uma rede muscular que fecha a parte inferior da pelve e tem por função exercer o controle sobre a continência urinária, fecal e a atividade sexual. A sexualidade está diretamente ligada a essa musculatura, pois ela é responsável pela dinâmica vaginal que contribui para o aumento das sensações de prazer tanto para a mulher quanto para o parceiro, o que permite uma maior satisfação nas relações sexuais. Foram estudadas 19 mulheres sexualmente ativas e nuligestas com o objetivo de investigar a relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina. A força muscular foi avaliada por meio do toque bidigital que seguiu o método PERFECT e o emprego do aparelho biofeedback manométrico; e a satisfação sexual, pelo questionário GRISS - Inventário de Satisfação Sexual de Colombok e Rust, que avalia o

comportamento e o funcionamento sexual. Observou-se que quanto mais baixa foi a graduação de força muscular (Graus II, III e IV) maior foi a incidência das queixas sexuais que, no GRISS, se caracterizaram por infrequência sexual, vaginismo e anorgasmia. De acordo com o PERFECT, as mulheres com força muscular máxima (Grau V) não apresentaram nenhuma queixa sexual. O que permitiu concluir que a musculatura pélvica estando saudável e forte propicia maior satisfação sexual.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a sexualidade vem sendo reconhecida como um dos pilares da qualidade de vida tanto dos homens quanto das mulheres, e cada vez mais desperta o interesse dos profissionais da saúde e aumenta seu cuidado em abordar o tema com seus pacientes. Na mulher, seu papel é fundamental para a saúde, pois tem reflexos em sua autoestima, sua personalidade e seu relacionamento com o parceiro. Dessa forma, a busca e a manutenção

de uma relação sexual e afetiva adequadas são ações importantes para a manifestação e a percepção do bem-estar.

Os aspectos envolvidos na função e na expressão da sexualidade humana estão relacionados aos fatores biológicos, sócio-culturais e psicológicos. Ainda hoje, a mulher tem sua vida sexual prejudicada por causas culturais e tabus que geram vergonha e culpa, isso faz com que ela conheça pouco ou nada sobre sua anatomia genital e o que pode levá-la ao prazer e à satisfação sexual. O desempenho sexual não se refere apenas às técnicas de relacionamento e à estimulação entre os parceiros, mas também à propriocepção e à habilidade física da ação muscular individual do assoalho pélvico. Músculos genitais sadios e volumosos contraídos de forma consciente e voluntária ajudam a aumentar as sensações vaginais durante o ato e a trazer maior satisfação sexual (Etienne e Waitman, 2006; Círico, 2007; Gotardo, 2007; Piasarolli *et al.*, 2010).

ASSOALHO PÉLVICO

O assoalho pélvico é formado pelos tecidos que preenchem o espaço entre o púbis e o cóccix, assim como os outros músculos esqueléticos, caracterizam-se por serem controlados voluntariamente (Grazziottin e Giraldi, 2006; Círico, 2007; Gotardo, 2007; Palma e Portugal, 2009).

Os músculos do assoalho pélvico (AP) têm a função de conter e manter os órgãos abdominais e pélvicos em seu lugar, exercer o controle sobre a continência urinária, fecal e a atividade sexual e equilibrar os efeitos da pressão intra-abdominal e vaginal. É composto das seguintes estruturas tubulares: uretra e vagina (na parte anterior) e o ânus (na parte posterior); e dos seguintes músculos (Silva e Silva, 2003; Gotardo, 2007):

- *bulbo-esponjosos*: que envolvem o orifício da vagina, estão inseridos na base do corpo do clitóris, na atividade sexual, quando contraídos, puxam o clitóris para baixo, comprimem a veia dorsal profunda, faz com que ele aumente de tamanho e facilite a ereção de seus tecidos;

- *ísquio-cavernoso*: que encobre a superfície da crura clitoridiana, ao comprimi-la, retarda a saída do fluxo sanguíneo durante a excitação sexual, com isso mantém a ereção do clitóris;

- *transversos perineais e esfínter uretral*: que desempenham a mesma função;

- *pubococcígeos e coccígeos*: que formam o diafragma muscular que dá apoio às vísceras;

- *levantadores do ânus*: que colaboram para manter o tônus vaginal.

O entendimento dessas funções é importante para que se possa reconhecer a musculatura normal, seu papel no ato sexual e sua contribuição na expressão motora da resposta sexual.

A integridade ou não dos músculos da região perineal influencia a função sexual. Por exemplo: hipertonia está associada com vaginismo, dispareunia adquirida, vestibulite e dificuldades para obter orgasmo durante a relação sexual; hipotonia e debilidade contribuem para a incapacidade orgástica; lesão nas fibras do pubococígeo (principalmente quando ocorre durante o parto) pode afetar a sensibilidade da vagina e provocar dificuldades orgásticas; a redução da musculatura perivaginal pode interferir na experiência orgástica; pressão vaginal inferior a 30 mmHg ao exame com o *biofeedback* pode ser um indicativo de que há disfunção sexual (Graziottin e Giraldi, 2006; Da Ros *et al.*, 2009; Piasarolli *et al.*, 2010).



Os músculos do AP são formados por fibras musculares estriadas esqueléticas de dois tipos (Rett *et al.*, 2005; Círico, 2007; Gotardo, 2007):

- *Tipo I*: são responsáveis pelas contrações lentas, têm melhor suprimento de sangue (fibras vermelhas, tônicas), na fadiga são altamente resistentes a exercícios aeróbios prolongados;

- *Tipo II*: apresentam contrações rápidas, têm menos suprimento de sangue (fibras brancas – fásicas), de fadiga mais rápida, são estimuladas quando há contrações musculares intensas e atividades rápidas que durem pouco. Esta é a fibra que está diretamente relacionada com o momento do orgasmo.

Porém, ambas têm sua importância na atividade sexual visto que é necessário um melhor trofismo para obter melhor atrito

do canal vaginal com o pênis. Dessa forma, como qualquer outro músculo esquelético, eles têm a propriedade de aumentar o tônus e a resistência das fibras tônicas e a força de resposta rápida das fibras fásicas.

A maioria das mulheres são incapazes de contrair voluntariamente os músculos do assoalho pélvico, sob demanda, uma vez que raramente os utilizam de forma consciente, assim, na fisioterapia foram desenvolvidos métodos de alta qualidade tanto para medir a função e a força dessa musculatura, quanto para tratá-los quando necessário. Estudos apontam que mais de 30% das mulheres não fazem a contração correta na primeira vez. O erro mais comum é contrair os músculos acessórios como os glúteos, adutores e abdominais. Por isso é imprescindível que elas sejam treinadas em como fazer a contração correta e a for-

ça muscular seja medida antes e após o treinamento para se ter um parâmetro diferencial (Bø e Sherburn, 2005).

O estado de maior prazer sentido durante o ato sexual ou a masturbação é o orgasmo, que é um reflexo sensório-motor caracterizado por contração vigorosa do assoalho pélvico e contração involuntária do músculo levantador do ânus, são esses fatores que determinam o grau de força muscular. Assim, conhecer o próprio corpo e explorar a região perineal aumenta a percepção e favorece a intensificação do desejo sexual e do orgasmo (Bianco e Braz, 2004; Gotardo, 2007; Da Ros *et al.*, 2009).

AValiação FISIOTERAPÊUTICA

O método fisioterapêutico mais utilizado para avaliar e medir a habilidade da força de contração muscular perineal, consiste em:

- *Exame físico*: verifica a função do AP em repouso e durante as atividades com relação à coordenação, tônus e força, e avalia o grau da contração (voluntária e involuntária) e do relaxamento dos músculos; e é realizado por palpação intravaginal. O fisioterapeuta introduz um ou dois dedos no terço distal da vagina e pede para a paciente contrair os músculos em torno do(s) dedo(s) com a maior força possível e mantê-la (Berghmans, 2009).

- *Avaliação com biofeedback eletromiográfico ou manométrico*: mede a atividade dos músculos durante a contração: o de eletromiografia mede a atividade elétrica do músculo e

o manométrico, a pressão da contração; o intramuscular com eletrodos detecta a atividade dos músculos pequenos e profundos e o de superfície, dos músculos grandes e superficiais em repouso (o tônus basal do músculo) e em contração voluntária (a máxima amplitude e a curta duração das fibras fásicas; e a menor amplitude e o maior tempo de duração das fibras tônicas). O fato de a paciente ver na tela do computador o gráfico (no modelo eletromiográfico), os sinais luminosos (no modelo manométrico) da atividade dos músculos durante as contrações e/ou ouvir o sinal sonoro emitido pelos sensores, auxilia sua percepção cinestésica do movimento e a diferenciação da contração tanto dos músculos solicitados quanto dos indesejados (como glúteos, adutores ou abdominais) (Bø e Sherburn, 2005; Rett *et al.*, 2005; Capelini *et al.*, 2006; Nascimento, 2009).

INVESTIGAÇÃO SEXUAL

Ao investigar a satisfação e os problemas sexuais dos pacientes, um aspecto importante a ser levado em conta é se os parceiros apresentam algum tipo de disfunção, a qual pode ser tanto a causa quanto a consequência. O processo pode começar com uma insatisfação, seguir com uma disfunção, e se desenvolver até chegar a uma patologia severa. Assim, a insatisfação pode ser o prenúncio e a satisfação a consequência do tratamento bem sucedido da disfunção (Althof *et al.*, 2006; Graziottin *et al.*, 2006).

Dessa forma, quando os homens forem avaliados, verificar se as parceiras apresentam: desejo hipoativo, aversão sexual, distúrbios de orgasmo e/ou excitação, dispareunia, vaginismo, se sofreram algum tipo de abuso sexual, entre os mais importantes e frequentes (Abdo, 2000; Torres *et al.*, 2002; Althof *et al.*, 2006; Graziottin *et al.*, 2006).

E quando as mulheres forem avaliadas, verificar se os parceiros apresentam: disfunção erétil, desordens de ejaculação (precoce/rápida, retardada, anejaculação), doença de Peyronie, desejo hipoativo, priapismo, dispareunia, disfunções após procedimentos cirúrgicos e/ou seus tratamentos (exemplo: prostatectomia radical), DAEM – Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (também chamada de andropausa), entre os mais importantes e frequentes (Abdo, 2000; Torres *et al.*, 2002; Althof *et al.*, 2006; Graziottin *et al.*, 2006).

Diante dessas considerações, o objetivo desse trabalho foi investigar a relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina.

Quando avaliar a vida sexual de um homem e/ou de uma mulher investigue se suas parcerias apresentam algum tipo de disfunção sexual que pode estar interferindo na qualidade de vida de ambos.



MÉTODOS

AMOSTRA

Foram encaminhadas à clínica escola CASA, do Centro Universitário da Bahia, localizado na cidade de Salvador, Brasil, para avaliação, 35 mulheres sexualmente ativas, com idade entre 20 e 35 anos.

Os critérios de exclusão foram: presença de distopia genital, cirurgia ginecológica realizada, usuárias de qualquer medicamento de uso contínuo e alterações cognitivas que pudessem impedir a interação com a examinadora e a avaliação funcional.

Os critérios de inclusão foram: mulheres saudáveis, nuligestas, com pelo menos um ano de vida sexual ativa e relacionamento estável.

Das 35 mulheres encaminhadas, aquelas que preencheram os critérios de inclusão, assinaram o termo de consentimento, e fizeram parte do estudo foram 19, com idades entre 20 e 32 anos (média de 24 anos).

A avaliação do grau de força muscular e da satisfação sexual seguiu a seguinte ordem: primeiro foi realizada uma anamnese com entrevista semiestruturada; depois, o exame físico com toque bidigital e aparelho de *biofeedback* manométrico, quando foram estabelecidos os graus de força muscular por meio do método PERFECT; e no final, a aplicação do questionário de satisfação sexual GRISS.

AVALIAÇÃO

1. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Durante a entrevista, com roteiro semiestruturado, foram coletadas informações sobre: o tempo de vida sexual ativa; a frequência sexual semanal; as queixas sobre a vida sexual; a qualidade do relacionamento com o parceiro.

2. EXAME FÍSICO

O exame físico de todas as mulheres foi realizado pela mesma examinadora fisioterapeuta por meio de toque bidigital para avaliar a sensibilidade da região pélvico-genital; os reflexos clitoriano, bulbocavernoso e anulocutâneo; e a consciência perineal.

A paciente era posicionada em decúbito dorsal com os membros inferiores em flexão do quadril a aproximadamente 60° e flexão dos joelhos a 45°.

O exame de toque bidigital iniciou com a introdução dos dedos indicador e médio (com uso de luva e gel lubrificante) na vagina, aproximadamente de 4 a 6 cm, e posicionados a 60° à direita e 60° à esquerda; para monitorar a atividade muscular, foi realizada uma pressão moderada na massa para orientar o início da contração muscular adequada e investigar a presença de pontos de tensão. Posteriormente foi solicitado para que ela contraísse e mantivesse a contração somente dos músculos perineais ao redor dos dedos (como se fosse segurar “um gás”). A capacidade da força de contra-

ção dessa musculatura foi graduada com o valor de 0 a 5, de acordo com a escala do PERFECT.

3. BIOFEEDBACK

O aparelho de *biofeedback* utilizado para medir a força muscular perineal foi o Perina 996® (QUARK), manométrico, com graduação de 0 a 46,4 mmHg, equipado com sonda uroginecológica em látex revestida com o preservativo masculino Olla® (Microtex) sem lubrificação e devidamente lubrificado com o lubrificante vaginal KY® (Johnson) que avaliou apenas as fibras musculares fásicas.

Antes da realização do exame foi feito um treinamento para que a paciente obtivesse total consciência sobre a manobra a ser solicitada. A finalidade foi mensurar a pressão dos músculos perineais de forma isolada (sem compensação de outros músculos acessórios como glúteo, abdômen e adutores que normalmente acontece quando a paciente não conhece o movimento ou não tem força).

Para o exame, a sonda foi posicionada no canal vaginal, insuflada de acordo com a sensibilidade de cada paciente; aguardava-se alguns segundos para ocorrer a adaptação e o ajuste da temperatura corporal ao equipamento.

O procedimento de avaliação pressórica com a voluntária posicionada, foi realizado da seguinte maneira: foi solicitado que ela fizesse três contrações rápidas (com a força máxima do períneo), mantivesse-as por dois segundos; entre a contração e

o relaxamento ela descansava por 4 segundos, depois ela seguia para uma nova contração. Foi considerada a contração de maior pressão.

4. MÉTODO PERFECT

O PERFECT é um acrônimo para o método de avaliação dos componentes contráteis dos músculos do assoalho pélvico (Laycock e Jerwood, 2001; Bø e Sherburn, 2006):

P = Power/pressure: é a medida da força muscular ao se usar um aparelho de *biofeedback* manométrico e/ou o toque digital durante a contração voluntária máxima, segundo a escala modificada de Oxford em:

Grau 0 - sem contração perineal visível, nem à palpação (ausência de contração);

Grau 1 - sem contração perineal visível, contração reconhecível somente à palpação;

Grau 2 - contração perineal fraca, contração fraca à palpação;

Grau 3 - contração perineal presente e resistência não opositora à palpação;

Grau 4 - contração perineal presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação; e

Grau 5 - contração perineal presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação.

E = Endurance (duração): a quantidade de tempo que a contração

é mantida e sustentada, preferencialmente, acima de 10 segundos, antes que a força seja reduzida em 35% ou mais;

R = Repetição: número de contrações mantidas, por exemplo Grau 2, com manutenção de 3 segundos, repetidas 6 vezes, com 4 segundos de descanso entre elas;

F = Fast: número das contrações rápidas (contração e relaxamento o mais rápido e o mais forte possível), medido após, pelo menos um minuto de descanso, e acima de 10 contrações;

E = Every, C = Contractions, T = Timed: para o examinador medir e registrar o tempo e a sequência dos eventos pela crono-

metragem de todas as contrações. Cabe ao fisioterapeuta monitorar a habilidade de relaxamento rápido e completo. Um relaxamento parcial ou muito lento significa uma coordenação insatisfatória e um relaxamento total e rápido significa uma coordenação satisfatória; esse teste completa o exame vaginal.

5. INVENTÁRIO GRISS

O GRISS (Golombock Rust Inventory of Sexual Satisfaction) Inventário de Satisfação Sexual de Colombok e Rust – versão feminina – avalia o comportamento e o funcionamento sexual da mulher (Golombock e Rust, 1986).



Ele é composto de 28 perguntas que visam: medir a função, a resposta e a satisfação feminina; fornecer dados para o diagnóstico clínico e psíquico da paciente; e verificar a qualidade do relacionamento com o parceiro e como ele afeta a vida da mulher.

Há um escore geral e escores específicos para os seguintes aspectos:

INF: infrequência sexual, quantidade semanal de relações sexuais do casal;

NCO: não há comunicação sexual, qual a capacidade do casal falar sobre qualquer problema sexual;

DISF: insatisfação sexual, o quanto a mulher está insatisfeita com seu parceiro sexual;

AVF: evitação sexual, o quanto a mulher ativamente evita a relação sexual;

NSF: falta de expressão de sensualidade, o quanto a mulher obtém prazer com o toque e as carícias;

VAG: vaginismo, qualquer tensão em torno da vagina que interfira com o sexo;

ANORG: anorgasmia, qual a capacidade da mulher obter orgasmo.

A nota dada para cada aspecto varia de 0 a 9, refere-se à frequência (nunca, quase nunca, ocasionalmente, geralmente, sempre) e à intensidade dos eventos observados e experimentados (de nenhuma até a mais alta).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

APRESENTAÇÃO GERAL

Na tabela 1 e figura 1 observa-se a distribuição das 19 mulheres desse estudo de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico avaliado pelo

biofeedback e exame físico. A maioria (36,84% - 7/19) pertence ao grupo Grau III e a minoria (15,79 - 3/19) ao Grau II, ambos os grupos representam um pouco mais da metade (52,63% - 10/19) correspondendo à força muscular mais fraca (mmHg médio de 10,60 e 18,28). Aquelas que apresentaram o maior grau de força (V) representam 21,05% da amostra, com o maior valor médio de 32,60 mmHg.

Das sete áreas de satisfação sexual classificadas pelo GRISS, nessa amostra, houve respostas em apenas três: vaginismo, infrequência sexual e anorgasmia. Porém, vale ressaltar que embora os resultados do GRISS apresentem vaginismo, foi possível fazer o toque vaginal e usar o *biofeedback* em todas as mulheres; e foi avaliado pela examinadora que elas apresentavam apenas dor e desconforto durante a relação sexual. Nesse estudo, observou-se que em termos percentuais, quanto menor foi o grau de força muscular, maior foi a taxa de respostas do GRISS que levaram à classificação de vaginismo, de 67% no Grau II (menos força) para 40% no Grau IV (mais força). Quanto à frequência sexual, ocorreu o mesmo, de 100% no Grau II (menos força) para 20% no Grau IV (mais força). Em toda a amostra, apenas uma mulher, do grupo Grau III, apresentou anorgasmia (14%) (Tabela 2).

Comparando-se os dados apresentados na tabela 1 com os da tabela 2, verifica-se que o maior grau de força muscular (Grau V = 32,60 mmHg), correspondeu a nenhuma queixa sexual (Grau V = vaginismo, infrequência sexual e anorgasmia (0)); enquanto o

Tabela 1. Distribuição das mulheres desse estudo pelos grupos de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico medido pelo *biofeedback*.

Grupo	Número	%	Biofeedback mmHg (média)
Grau 0	0	/	/
Grau I	0	/	/
Grau II	3	15,79	10,60
Grau III	7	36,84	18,28
Grau IV	5	26,32	26,00
Grau V	4	21,05	32,60
Total	19	100,00	/

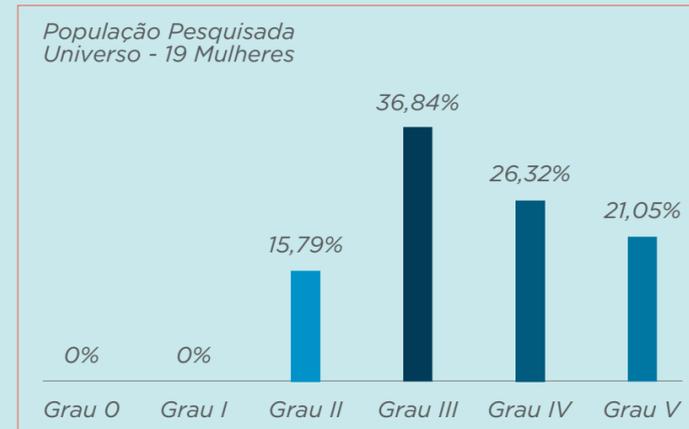


Figura 1. Distribuição da população estudada de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico medido pelo *biofeedback* e exame físico.

Tabela 2. Distribuição das mulheres desse estudo pelos grupos de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico e suas respostas ao questionário GRISS.

Grupo	Nº	Vaginismo N(%)	Infrequência sexual N(%)	Anorgasmia N(%)
Grau 0	/	/	/	/
Grau I	/	/	/	/
Grau II	3	2(67)	3(100)	/
Grau III	7	4(57)	5(71)	1(14)
Grau IV	5	2(40)	1(20)	/
Grau V	4	/	/	/

menor grau de força (Grau II = 10,60 mmHg) correspondeu às maiores taxas de queixas sexuais (Grau II = vaginismo (67%), infrequência sexual (100%)).

APRESENTAÇÃO POR GRAU DE FORÇA

O Grupo Grau II caracteriza-se pela presença de contração de pequena intensidade, mas que é sustentada (segundo o PERFECT). Nesse grupo, o tempo de vida sexual ativa apresentou média de 2,6 anos; a frequência sexual semanal média foi de 1,33 vezes; e a média do grau de força muscular medido pelo *biofeedback* correspondeu a 10,6 mmHg.

A queixa sexual mais frequente apresentada nesse grupo foi relacionada à frequência sexual, que no GRISS é avaliada pelas seguintes perguntas:

- 3 “Existem semanas que você não tem nenhuma relação sexual?”
- 15 “Você tem relação sexual mais que duas vezes por semana?”

A soma da pontuação das respostas a essas duas perguntas foi inferior a cinco caracterizando infrequência sexual que correspondeu a 100% (3/3), o que representa um desinteresse sexual e/ou uma prática sexual reduzida (Figura 2).

Embora as desordens de desejo sexual sejam relacionadas a problemas orgânicos (como doenças sistêmicas, deficiência de testosterona e uso de medicamentos ou mesmo de causa psicológica, influências sociais e culturais), nesse estudo, foi pos-

sível correlacionar a queixa com a idade média das voluntárias e o tempo de iniciação sexual, visto que são mulheres jovens, com idade média de 24 anos e vida sexual de 2,6 anos, o que muitas vezes justifica a baixa oportunidade dos eventos sexuais e até mesmo experiências pouco prazerosas pelo pouco conhecimento do próprio corpo. A relação do grau de força muscular e a satisfação sexual nesse grupo pode se justificar pelo relato de Gotardo (2007) que defende que o número de relações sexuais mantidas semanalmente influencia no grau de força muscular do assoalho pélvico.

Outra queixa evidenciada nesse grupo foi de dor e/ou desconforto à penetração que correspondeu a 67% (2/3 das mulheres) e não foi encontrada nenhuma queixa que correspondesse a um diagnóstico de anorgasmia (Figura 2).

O Grupo Grau III caracteriza-se pela contração moderada, porém incapaz de vencer a resistência (segundo o PERFECT). Nesse grupo, o tempo de vida sexual ativa apresentou média de 7,4 anos; a frequência sexual semanal média foi de 1,42 vezes; e o grau de força muscular medido pelo *biofeedback* apresentou média de 18,28 mmHg.

Esse foi o único grupo que apresentou a queixa sexual de anorgasmia. No GRISS as seguintes perguntas avaliam a capacidade orgástica:

- 8 “Você consegue ter orgasmo com seu parceiro?”
- 14 “Você acha impossível ter um orgasmo?”

Grau II - Disfunções Encontradas

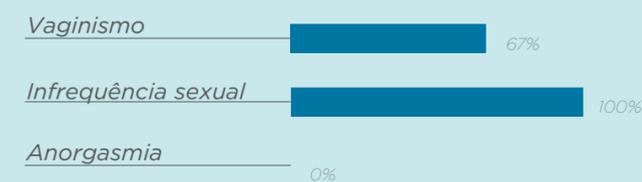


Figura 2. Relação da força muscular Grau II com as disfunções sexuais encontradas na população desse grupo.

Grau III - Disfunções Encontradas

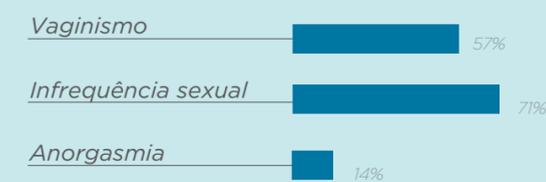


Figura 3. Relação da força muscular Grau III com as disfunções sexuais encontradas nesse grupo.

- 21 “Você consegue ter orgasmo quando seu parceiro estimula seu clitóris durante as carícias iniciais?”
- 28 “Acontece de você não ter orgasmo durante a penetração?”

A soma da pontuação dessas quatro respostas foi inferior ao valor de cinco que caracteriza anorgasmia apresentada por apenas uma mulher (14%).

Como o prazer e a sensibilidade vaginais são fisicamente dependentes do tônus dos músculos perivaginais, sua força e seu tônus podem interferir na experiência orgástica. Além disso, as mulheres jovens são mais passíveis de não ter orgasmo por causa do início precoce de sua vida sexual, assim como de sua inexperiência e desconhecimento de seu corpo que dificultam a

chegada ao clímax. Porém, com o passar do tempo, uma vida sexual ativa, com a experiência, elas aprendem a desenvolver sua capacidade orgástica e a conhecer melhor seu corpo (Bianco e Braz, 2004; Da Ros *et al.*, 2009).

Embora a faixa etária das mulheres dessa amostra seja jovem (de 20 a 32 anos), o fato de apenas uma mulher ter se queixado de anorgasmia, talvez possa ser explicado pelo tempo de vida sexual ativa, média de 7,4 anos, que contribuiu com uma maior experiência e um melhor conhecimento do corpo.

Além da anorgasmia, foi identificado que 71% (5/7) da população desse grupo apresentou baixa frequência sexual e 57% (4/7) referiu dor e/ou desconforto à penetração (Figura 3).

O Grupo Grau IV caracteriza-se pela contração satisfatória (segundo o PERFECT); tempo de vida sexual ativa correspondente a 4,6 anos; frequência sexual de 2,6 vezes por semana; e média do *biofeedback* igual a 26 mmHg.

A queixa sexual mais frequente apresentada nesse grupo foi relacionada ao vaginismo, cuja classificação no GRISS é verificada pelas seguintes perguntas:

- 6 “Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode entrar?”
- 11 “É possível colocar seu dedo em sua vagina sem desconforto?”
- 17 “Seu parceiro consegue por seu pênis em sua vagina sem desconforto?”
- 24 “Você acha que sua vagina é tão apertada que seu parceiro não pode penetrar muito fundo?”

A soma da pontuação dada a essas quatro respostas foi inferior a cinco caracterizando vaginismo, que correspondeu a 40% (2/5) da população desse grupo.

As disfunções sexuais que envolvem dor relacionam-se à dispareunia e ao vaginismo. A dispareunia ocorre quando a relação sexual é caracterizada pela dor genital recorrente ou persistente. O vaginismo é um espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço externo da vagina que impede a penetração e normalmente é desencadeado pelo medo da penetração, com etiologia consciente ou inconsciente (Da Ros *et al.*, 2009).

Para algumas mulheres, o coito, ao invés de trazer gratificação sensorial e emocional, é marcado pelo desconforto e pela dor. Para Costa (2006), o componente básico do vaginismo é o medo, pois não há nenhuma alteração anatômica ou patologia orgânica. A contração perineal seria como um “reflexo de defesa”, cujas origens estariam nas experiências traumáticas anteriores, educação severa em relação ao sexo, a falta de conhecimento do próprio corpo, ou seja, vivências e concepções negativas estão na causa do problema, levando à ansiedade, medo, contração e dor.

Embora a análise do GRISS nesse grupo tenha indicado que 40% das mulheres tenha apresentado vaginismo, em todas foi possível realizar a avaliação do assoalho pélvico tanto com o toque bidigital, quanto com o *biofeedback* manométrico, no entanto, observou-se uma grande queixa de dor e desconforto à penetração.

A baixa frequência sexual representou 20% (1/5) e ninguém apresentou anorgasmia (Figura 4).

O Grupo Grau V caracteriza-se por contração forte (segundo o PERFECT); tempo de vida sexual ativa média de 8 anos; frequência sexual semanal correspondente a 3,25 vezes; e no *biofeedback* 32,6 mmHg médio.

Na avaliação da satisfação sexual (GRISS) desse grupo não foi encontrada nenhuma queixa sexual com relevância estatística (Figura 5). Esse achado vai de encontro a alguns autores como Silva e Silva (2003), que em seu estudo sugerem que os músculos sádios são volumosos, o que os torna capacitados a suportar

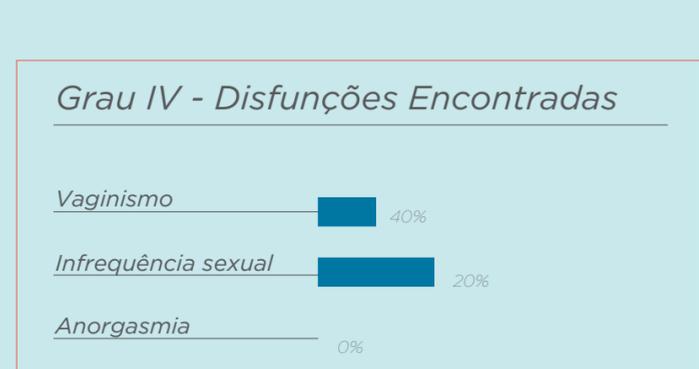


Figura 4. Relação da força muscular Grau IV com as disfunções sexuais encontradas nesse grupo.

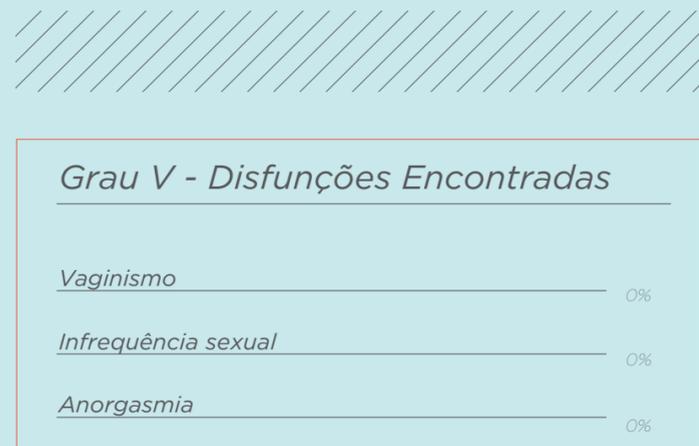


Figura 5. Relação da força muscular Grau V com as disfunções sexuais encontradas nesse grupo.

as paredes da vagina tão bem como aumentar a satisfação na relação para ambos os parceiros.

Os músculos do assoalho pélvico são responsáveis por conferirem a sensibilidade proprioceptiva que contribui para o prazer sexual, já que a vagina possui pouquíssimas

fibras nervosas sensoriais. Me-deiros e Braz (2003) afirmam que quando esses músculos estão hipertrofiados, proporcionam uma vagina menor e um maior atrito contra o pênis durante a relação sexual, resultando em mais terminações nervosas e sensação agradável durante a relação sexual.

CONCLUSÕES

Embora a amostra desse estudo tenha sido pequena, apenas 19 mulheres, foi possível constatar que aquelas com força muscular máxima do assoalho pélvico (Grau V, de acordo com os métodos de avaliação empregados – *biofeedback* e PERFECT) não apresentaram queixa sexual (entrevista semiestruturada e respostas ao questionário GRISS), e demonstraram estar satisfeitas tanto com sua vida sexual quanto com seus parceiros. Por outro lado, nas mulheres com graus de força muscular inferiores - II, III e IV - foi identificada insatisfação nos quesitos frequência sexual e dor e desconforto à penetração.

Esses resultados levam à conclusão de que a saúde do assoalho pélvico está relacionada à consciência, à força e à resistência da musculatura perineal, de modo que essa estrutura consiga desempenhar suas funções biológicas e sexuais com êxito.

A saúde sexual representa um aspecto importante e inseparável da qualidade de vida das mulheres e por isso tem sido alvo de muitos estudos. Essa pesquisa forneceu dados que permitem concluir que o grau da força muscular contribui sobremaneira para a satisfação sexual.



REFERÊNCIAS

- Abdo CHN. Aspectos classificatórios, diagnósticos e terapêuticos dos transtornos da sexualidade. In: Abdo CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.31-51.
- Althof SE, Rosen R, Rubio-Aurioles E, Earle C, Chevret-Measson M. Psychologic and interpersonal aspects and their management. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.18-30.
- Berghmans B. Novas perspectivas de fisioterapia do assoalho pélvico. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.499-512.
- Bianco G, Braz MM. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. Artigo Original, Universidade do Sul de Santa Catarina, 2004.
- Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*. 2005;85(3):269-282.
- Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol*. 2006;32(4):462-469.
- Círico C. Avaliação fisioterapêutica e a satisfação sexual feminina [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cascavel, PR: Faculdade Assis Gurgacz; 2007. Acessado em 2008, Ago 30. Disponível em http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/avaliacao_fisioterapica_e_a_satisfacao_sexual_feminina.pdf
- Costa AC. Disfunções sexuais femininas: dor. *Revista Científica, Florianópolis*. 2006;36.
- Da Ros CT, Graziottin TM, Lopes GP. Disfunção sexual feminina. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.473-482.
- Etienne MA, Waitman MC. Disfunções Sexuais Femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.
- Golombok S, Rust J. The Golombok and Rust inventory of sexual satisfaction. London: NFER-Nelson; 1986.
- Gotardo, P. Avaliação do grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres com diferentes frequências de relações sexuais feminina [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cascavel, PR: Faculdade Assis Gurgacz; 2007. Acessado em 2008, Ago 30. Disponível em http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/a_avaliacao_do_grau_de_forca_muscular_no_assoalho_pelvico_em_mulheres_com_diferentes_frequencias_de_relacoes_sexuais.pdf.
- Graziottin A, Dennerstein L, Alexander J, Girdali A, Whipple B. Classification, etiology, and key issues in female sexual disorders. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.305-314.



Grazziottin A, Giraldi A. Anatomy and Physiology of women's sexual function. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.289-304.

Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. Physiotherapy. 2001;87(12):631-642.

Medeiros WM, Braz MM. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. Artigo Original. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2003.

Nascimento SM. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço após cirurgia de Wertheim-Meigs: revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2009;55(2):157-163.

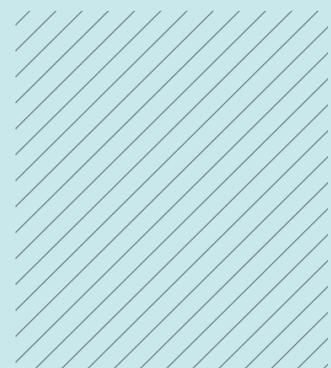
Palma PCR, Portugal HSP. Anatomia do assoalho pélvico. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.25-37.

Piassarolli V, Hardy E, Andrade NV, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):234-240.

Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Marques AA, Morais SS. Existe diferença na contratilidade da musculatura do assoalho pélvico feminino em diversas posições? Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(1): 20-3.

Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro. 2003;4(3):205-211.

Torres LO, Ugarte-Romano F, Glina S (coord.). I Consenso Latinoamericano de Disfunção Erétil. 1ª ed. São Paulo: BG Cultural; 2002.



Ana Terra Andrade Ribeiro: Fisioterapeuta; Especialista em Fisioterapia Uroginecológica pelo Centro Educacional CBES/SP; Fisioterapeuta da Clínica Fisioterape-Reabilitação do Assoalho Pélvico. Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: atpandrade@hotmail.com

Cila Anker: Psicóloga, tradutora e revisora; Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Editora da Revista Latinoamericana de Medicina Sexual; Revisora das revistas Gestão e Projetos da Universidade Nove de Julho e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

DEPRESIÓN Y SEXUALIDAD FEMENINA

TERESITA BLANCO LANZILLOTTI

RESUMEN

La Depresión es una enfermedad orgánica y sistémica, de gran prevalencia, que afecta las capacidades adaptativas del cerebro provoca alteraciones profundas en los circuitos neuronales del cerebro emocional que se manifiesta por neurotoxicidad y disminución de neurogénesis. Es una enfermedad sistémica, y múltiples investigaciones demuestran que influye en la génesis de numerosas enfermedades crónicas: Cardiovasculares, Diabetes, Cáncer, Demencia, etc. Los avances en Neurociencias han demostrado cambios neurobiológicos mayores que involucran 3 grandes sistemas en el cerebro: 1) el eje HHA (eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal) y el sistema CRH, (hormona liberadora de corticotrofina); 2) el hipocampo; y 3) el sistema noradrenérgico. Muchos antidepressivos, al actuar sobre estos sistemas, afectan negativamente la Función Sexual. La RMF (Resonancia Magnética Funcional) permite identificar las áreas del cerebro afectadas por esta enfermedad que coinciden con las áreas activadas por estímulos eróticos en

mujeres estudiadas. Hay mayor prevalencia de Depresión en la mujer que en el varón, según algunos autores, por acción de los estrógenos que potencian la actividad del eje HHA al stress y por factores socioculturales a los que la mujer es más sensible, y hay situaciones de cambios hormonales que parecen predisponer o estar asociados. Evaluar la presencia de Depresión es imprescindible en toda paciente que consulta por Disfunción Sexual y viceversa.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad orgánica y sistémica. Es orgánica pues produce cambios funcionales y estructurales en las redes neurales de distintas zonas del cerebro que tienen que ver con los sistemas de alarma (stress) y de recompensa. De esta manera afecta a las capacidades adaptativas del cerebro provocando alteraciones profundas en los circuitos neuronales del sistema límbico, o cerebro emocional ubicado por debajo de la corteza cerebral o zonas subcorticales:

tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, núcleo accumbens, septum y sustancia gris periacueductal y zonas corticales: corteza prefrontal media y orbital.

La depresión provoca en estas áreas, marcada disminución del número de sinapsis y neuronas y una profunda alteración de la capacidad plástica (adaptativa) celular y molecular de las neuronas, o sea neurotoxicidad y disminución de la neurogénesis.

Los cambios neurobiológicos mayores involucran tres grandes sistemas en el cerebro:

- el eje HHA (hipotálamo-hipófiso-adrenal) y el sistema CRH (hormona liberadora de corticotrofina),
- el hipocampo, y
- el sistema noradrenérgico.

La CRH es secretada por neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo transportada vía circulación portal a la hipófisis anterior, donde estimula la secreción de hormona adrenocorticotrofina (ACTH). La ACTH entra entonces a la circulación periférica y estimula la secreción de catecolaminas.

Los avances en neuroimagen han señalado al córtex cingulado anterior de la corteza prefrontal, que modula la respuesta emocional, como una de las áreas cerebrales alteradas en la depresión, además de la amígdala, el núcleo estriado y el tálamo. Allí se observa una marcada disminución en el número de neuronas en zonas específicas de la corteza órbito-frontal, ventromedial y cingulada del cerebro como también en la corteza prefrontal y a nivel límbico-hipotálamo-hipófisis. El sistema límbico es el centro de las emociones y motivaciones por lo que es considerado como el cerebro emocional.

La depresión es una enfermedad sistémica heterogénea, que involucra un conjunto de neurotransmisores diferentes, neurohormonas y vías neuronales. Los factores neurobiológicos y genéticos, cumplen un rol fundamental en la etiopatogenia de esta enfermedad.

Entre ellos se destacan los factores genéticos, aunque no se ha descubierto un gen determinante, la depresión puede resultar de una interacción compleja en-

tre: una predisposición genética o herencia de la vulnerabilidad y eventos vitales traumatogénicos tempranos como el abuso infantil, el descuido del niño/niña por pérdida temprana de los padres, falta de protección, nutrición o apoyo emocional. Son considerados factores de riesgo para el ulterior desarrollo de trastornos depresivos.

Tales interacciones inducen cambios significativos en el sistema nervioso central (SNC) que generan hiperactividad en los sistemas de NE (norepinefrina) y CRF (hormona liberadora de corticotrofina), principales mediadores de la respuesta al estrés.

Los sistemas de CRF y NE ejercen amplias influencias sobre múltiples regiones del sistema nervioso central y periférico, a través del eje hipotálamo hipofiso adrenal y del sistema nervioso autónomo. Los glucocorticoides, o cortisol generan una retroalimentación negativa sobre la hipófisis anterior, el hipotálamo y el hipocampo, a través de receptores glucocorticoides, lo que normalmente mantiene los niveles de cortisol dentro del rango esperado.

Es además una enfermedad sistémica porque afecta al organismo en su conjunto y no sólo al SNC, siendo un factor de riesgo en patología cardiovascular, endócrina (favoreciendo la aparición de enfermedades como diabetes o hipotiroidismo); inmunológica, disminuyendo los mecanismos de defensa favoreciendo la aparición de tumores malignos; también la depresión es un factor que no tratado adecuadamente puede provocar diferentes formas de demencia.

DEPRESIÓN ES FACTOR DE RIESGO MAYOR, EN TRANSTORNOS SEXUALES FEMENINOS Y MASCULINOS

La importancia de abordar este tema está dada por la alta prevalencia tanto de la depresión como de los trastornos sexuales en la mujer. Se acepta que la relación entre el estado de ánimo depresivo y disfunción sexual es bidireccional.

El reporte anual de OMS en 2001 la situaba en 4º lugar y pronostica para 2020 un 2º lugar. En Uruguay la encuesta realizada por el Dr. Álvaro Lista Varela (2008), mostró que afecta un 18% de mujeres y un 11% de varones. Hay que tener en cuenta además, alto porcentaje de casos, no diagnosticados ni tratados.

Esta patología impacta gravemente al paciente, su pareja y su familia, implicando un elemento de alto impacto en la sociedad y los sistemas de salud.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas de la enfermedad depresiva son la última expresión de las alteraciones que se producen en los distintos niveles fisiopatológicos causantes de la depresión, que van desde las alteraciones moleculares, pasando por la disregulación de la neurotransmisión neuroendocrinológica y neuroinmune, has-

ta las manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de la enfermedad.

Se manifiesta por una suma de síntomas somáticos, psicológicos y cognitivos que se expresan por un humor depresivo o tristeza profunda, sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer por todo aquello que antes se disfrutaba (entre ello la actividad sexual), disminución de la energía, fatiga, agotamiento; apatía; dificultad para concentrarse y recordar; a menudo dolor físico, disminución de la capacidad en la toma de decisiones; alteraciones del sueño ya sea insomnio o hipersomnia; anorexia y pérdida de peso o hiperorexia con el consecuente aumento de peso; falta de proyectos de futuro; todo lo cual conduce a pensamientos de muerte o suicidio que se manifiestan en IAE (intento de autoeliminación) a veces pueden ser desesperados llamados de atención y que en otros casos se concretan definitivamente.

DEPRESIÓN EN LA MUJER

Toda la literatura científica muestra que las mujeres padecen más depresión que los varones. Hay controversia entre los diferentes autores sobre el rol de los estrógenos.

Álvaro Lista Varela escribe que los estrógenos potencian la actividad del eje HHA y producen una resistencia al *feedback* del cortisol sobre los RGC (receptores glucocorticoides) aumentan la vulnerabilidad al *stress* y la depresión, ante una situación traumatogénica crónica. Otros

autores opinan que el descenso de los estrógenos favorece la depresión.

Pero no influyen solo los factores biológicos: hormonales, neurológicos, etc. que activan los mecanismos del estrés, sino que los factores socioculturales, vinculares y sucesos traumatógenicos pueden contribuir a la incidencia creciente de depresión en mujeres.

Si bien la depresión puede darse en cualquier momento de la vida, hay situaciones de cambios hormonales que parecen predisponer o estar asociados: depresión premenstrual, depresión e infertilidad, depresión post-aborto, depresión post-parto, depresión y menopausia, depresión de la adulta mayor.

DEPRESIÓN PREMENSTRUAL

En la última semana del ciclo menstrual y en la mayoría de los ciclos, mejorando luego de la menstruación. Puede presentar un humor triste marcado, ansiedad, irritabilidad, lo que lleva a un aumento de los conflictos interpersonales y de pareja. Concomitantemente disminuye el deseo sexual y se asocian síntomas físicos de tensión premenstrual.

DEPRESIÓN E INFERTILIDAD

Es importante tenerla en cuenta por su frecuencia. La infertilidad genera depresión y a la vez ansiedad y depresión influyen en la infertilidad. El “mandato social” que condiciona a la MUJER a ser MADRE hace que

quien presente un problema de infertilidad sienta gran frustración, *stress* emocional, sentimiento de incapacidad, ira, culpa y resentimiento. Estos cambios emocionales van generando conflictos con la pareja, que deriva en disfunción sexual. El tratamiento psiquiátrico-psicológico es imprescindible para la mujer y el apoyo psicológico necesario para la pareja.

Desde el punto de vista médico y sexológico se debe orientar a la pareja con respecto a los avances en las nuevas técnicas de fertilización asistida que son cada vez más accesibles y en casos en que esto no sea posible la valoración de la adopción como una opción a tener en cuenta.

DEPRESIÓN POST-ABORTO

Puede ser inmediata o incluso meses después del aborto. Es un factor desencadenante de depresión, ansiedad, sentimiento de culpa por el aborto u otras manifestaciones. En situaciones extremas puede llevar a conductas autodestructivas (tendencias suicidas, abuso de alcohol u otras drogas psicoactivas).

Interfiere en las relaciones interpersonales y sexuales, especialmente de pareja, particularmente con el padre de la criatura abortada. Amerita un tratamiento individual y de pareja.

DEPRESIÓN POST-PARTO

Muchas madres, casi 50%, están llorosas, desanimadas e inseguras en el 3º o 4º día tras el parto. Es el «*maternity blues*»



o depresión del 3º día que dura de unas horas a un par de días y que pronto desaparece *y no debe confundirse con la verdadera depresión post-parto* que aparece en el primer mes o hasta 6 meses más tarde, en un 10 a 15% de las parturientas y en la que la

sintomatología empeora día tras día. Lo preocupante es que no siempre es diagnosticada.

Presentan la sintomatología descrita para la depresión. En la esfera sexual hay una inhibición del deseo, rechazan todo contacto sexual y generan gran tensión en la pareja. A esto se suman sentimientos negativos (rechazo) hacia el bebé, acompañado de ansiedad. El tratamiento psiquiátrico-psicológico es urgente por el bienestar tanto de la madre como del bebé, fundamental para proteger el vínculo madre-hijo, clave para la salud mental del niño, evitando una situación traumatogénica temprana y también por la salud vincular y sexual de la pareja.

DEPRESIÓN Y MENOPAUSIA

En la medida que la sociedad va perdiendo la visión desvalorizadora sobre la menopausia, ya no está claro si la menopausia se asocia siempre a depresión. Así, vemos que hay mujeres que sobre todo en la perimenopausia pueden presentar depresión y pérdida del deseo sexual, teniendo mayor riesgo aquellas mujeres con síndrome climatérico. Otras en cambio, aumentan su actividad sexual al no tener que cuidarse de un embarazo no deseado. Esto depende de la interacción de múltiples factores bio-psico-socioculturales, vinculares y de la resiliencia de cada mujer.

DEPRESIÓN DE LA ADULTA MAYOR

Es una etapa de la vida en la que se producen grandes cambios físicos, en el estado de salud, genitales, sexuales y sociales. Es

una etapa de pérdidas (desde la independencia hasta la de seres queridos, entre ellos puede ocurrir el de la pareja) y de deterioro de la calidad de vida, lo que se manifiesta en cambios psicológicos y vinculares.

Frente a esta situación de cambios, la forma de afrontarlos dependerá de la actitud individual de cada mujer, en la cual influyen múltiples factores. La depresión se presenta más frecuentemente en mujeres con antecedentes previos de cuadros depresivos.

DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER

La respuesta sexual femenina surge de una compleja interacción de factores biológicos, fisiológicos y patológicos; factores psicológicos, socioculturales, vivenciales y vinculares.

Desde 1960 se ha encontrado que la mayoría de las pacientes con estado de ánimo deprimido presentan inhibición del deseo. El 50% de las mujeres con depresión mayor sufren inhibición de deseo – excitación, bajo interés sexual, falta de energía, baja autoestima, así como anhedonia.

En el modelo circular de respuesta sexual femenina de Basson (2005), la depresión es uno de los factores biológicos que afectan la acción de los estímulos tornándolos poco eficaces y se interponen en el camino hacia el deseo-excitación. Según este modelo de respuesta cuando hay una depresión la mujer tiene poca motivación para iniciar

o aceptar la actividad sexual, no existe deseo sexual espontáneo, el estímulo es insuficiente, no conduce a lograr la excitación subjetiva ni satisfacción sexual, lo que la va desmotivando a repetir la experiencia.

DEPRESIÓN Y FACTORES VINCULARES

En las mujeres es muy importante la relación entre la calidad del vínculo afectivo sexual, la intimidad con la pareja y el despertar del deseo – excitación. Las mujeres son más sensibles a los conflictos en la relación.

Los conflictos de pareja explícitos o subyacentes, la infelicidad conyugal crónica, van generando depresión y actúan inhibiendo la función sexual de ella y su pareja. Inhibición del deseo y distanciamiento progresivo de ambos.

Una situación bastante común, que sufren las mujeres es la infidelidad reiterada, con consecuencias devastadoras sobre la autoestima, genera depresión, ansiedad y desconfianza, ira - hostilidad, incoordinación y resentimiento.

La violencia de género: emocional, cultural, económica, física, es fuente importante de depresión.



RELACIÓN DEPRESIÓN Y RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Los estudios presentados con RMF muestran una clara coincidencia de zonas afectadas por la depresión y las correspondientes al deseo sexual femenino. Estas zonas son las ya descritas y que integran el *sistema límbico o cerebro emocional*.

Estudios de BOLD (*blood oxygenation level-dependent*) MRF muestran múltiples áreas cerebrales activadas por estímulos eróticos visuales en un grupo de mujeres heterosexuales.

Las áreas activadas incluyen lóbulos temporales anteriores, amígdala derecha, hipotálamo, corteza temporo-parietal bilateral, núcleo caudado derecho, giro cingulado anterior y corteza prefrontal dorso lateral derecha.

En otros tres estudios con videos eróticos y video de control, se vió mayor captación a nivel de: corteza visual, lóbulo parietal inferior, corteza fronto-orbital, giro cingulado anterior, núcleo estriado ventral, y la amígdala (Giraldi *et al.*, 2009).

Yang *et al.* (2008) reportaron que las mujeres deprimidas presentan baja actividad en áreas cerebrales como: hipotálamo, septum, giro cingulado anterior y giro parahipocampo.

Arnou *et al.* (2009) hallaron que mujeres sin historia de disfunción sexual mostraron una activación significativa

mente mayor en la corteza bilateral que mujeres con deseo sexual hipoactivo.

Estos estudios muestran la coincidencia de zonas afectadas por la depresión y las correspondientes al deseo sexual femenino.

La depresión actúa alterando el equilibrio de los neurotransmisores, aumenta la serotonina y la noradrenalina y disminuye la dopamina

En condiciones normales la dopamina actúa como facilitador de la función sexual de los antagonistas de los receptores de dopamina y disminuyen el interés y la excitación sexual.

La serotonina es el inhibidor más importante, inhibe el deseo sexual y el orgasmo. Los tratamientos con agonistas de serotonina disminuyen deseo sexual, mientras que los tratamientos que inhiben la acción de la serotonina aumentan el deseo sexual.

En la depresión el aumento de la serotonina y descenso de la dopamina inhiben la función sexual.

Además, la reducción de la actividad dopaminérgica produce disminución de las capacidades hedónicas del cerebro por lo que hay incapacidad de experimentar placer.

También la hiperactividad CRH reduce la actividad sexual.

En el sistema noradrenérgico hay hiper-respuesta: aumenta la actividad simpática y disminuye la parasimpática. El parasimpá-

tico que produce vasodilatación es responsable de la ingurgitación genital: clítoris, labios y vagina y la lubricación vaginal. El simpático de la vasoconstricción que lleva a sequedad vaginal y dispareunia.



Evaluar la presencia de depresión es imprescindible en toda paciente que consulta por disfunción sexual y viceversa.



REFERENCIAS CONSULTADAS Y RECOMENDADAS

Arnou BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, Lightbody A, Watson C, Banner L, Smart T, Buchanan T, Desmond JE. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*. 2009;158:484-502.

Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med*. 2005;2(3):291-300.

Bocchino S. Depresión: una enfermedad sistemática. Presentación Desayunos de Trabajo 2011 en la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay. 2011; marzo 19. Acceso en 23 febrero 2012. Disponible en <http://www.spbu.com.uy>.

Burnett AL, Goldstein I, Andersson KE, Argiolas A, Christ G, Park K, Xin ZC. Future sexual medicine physiological treatment targets. *J Sex Med*. 2010;7(10):3269-3304.

Goldstein I, Goldstein AT, Guay A, Kim N. 055PG: medical and surgical management of FSD: Update 2011. Allied Healthcare Professional Course. AUA; 2011.

Goldstein I, Goldstein AT, Kellog-Spadt S, Sutherland SE. Sexual medicine: management of female sexual dysfunction. AUA Course. 2011; dec 1.

Lista Varela A. MD. Ciencia de la Depresión. Waslala, Nicaragua: Psicolibros; 2008.

McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(1 pt 2):327-336.

Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, McCarthy MM. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med*. 2010;7(8):2637-2660.

Yang JC, Park K, Eun SJ, Lee MS, Yoon JS, Shin IS, Kim YK, Chung TW, Kang HK, Jeong GW. Assessment of cerebrocortical areas associated with sexual arousal in depressive women using functional MR imaging. *J Sex Med* 2008;5:602-609.



Teresita Blanco Lanzillotti : Médica Sexóloga; Coordinadora, Profesora de cursos de FLASSES; Fundadora, Coordinadora y Sexóloga de la Unidad de Sexología de la Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. e-mail: blanter@montevideo.com.uy

Con la colaboración de Humberto Gutiérrez Regal: Sócio de SUS y de la Sociedad Uruguaya de Medicina Interna.

VALE A PENA USAR ESCORES NA AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE?

ROSANE DO ROCIO CORDEIRO THIEL

RESUMO

Diante da nova proposta da resposta sexual feminina novos instrumentos específicos foram criados para auxiliar em sua investigação. Vários autores ressaltam a eficácia de questionários autoaplicáveis que avaliam os aspectos subjetivos dos indivíduos, também têm baixo custo na utilização e não são métodos invasivos. Além disso eles apresentam alto grau de confiabilidade e validade. São de fácil aplicação e compreensão. A escolha do mais adequado deve levar em conta a proposta do questionário em relação ao objetivo da investigação. Os questionários são um método discreto e reprodutível para avaliar a saúde sexual.

Palavras-chave: sexualidade, resposta sexual, questionários

INTRODUÇÃO

A resposta sexual é uma condição multifatorial, um dos componentes da saúde geral e deve ser investigada porque suas perdas causam impacto à qualidade de vida (WHOQOL Group 1994, Berman 2003).

O crescente interesse pelo estudo da sexualidade tem sido limitado pela dificuldade de avaliar os diferentes aspectos da resposta sexual (Bernhard, 2002) e pela diversidade de métodos, o que dificulta a generalização de informações e compromete as propostas de tratamento (Pasqualotto *et al.*, 2005).

A utilização de diferentes definições da resposta sexual limitou o desenvolvimento de pesquisas nessa área porque muitas investigações foram embasadas num modelo linear de resposta, com sequência definida e constituída de fases comuns para ambos os sexos (Tiefer, 2002). Por esse motivo, em um consenso internacional e multidisciplinar de especialistas, tendo em vista o conceito de disfunção, as definições relacionadas à função sexual foram padronizadas e a melhor maneira de realizar sua avaliação foi discutida (Task Force, 1991; Berman, 2004).

Propostas atuais contestam o modelo anterior e sugerem que a resposta sexual não é linear e tão pouco tem uma sequência definida, além de ser diferente em homens e mulheres (Basson, 2004). Por esse motivo, o uso de instrumentos específicos e objetivos,

mais sensíveis a aspectos vinculares, emocionais e psicossociais têm sido indicados na avaliação da resposta sexual (Althof, 2005).

Diversos autores também ressaltam que questionários de autoaplicação são instrumentos mais adequados para essa avaliação, porque além de avaliar aspectos subjetivos da resposta sexual, apresentam alto grau de confiabilidade e validade. Além disso, esses instrumentos são sensíveis às alterações relativas às intervenções (Rosen, 2002).

AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE

Atualmente, grande variedade de questionários tem sido desenvolvida para avaliar a sexualidade (Taylor *et al.*, 1994; Rosen, 2000; Quirk *et al.*, 2002; Rellini, 2006). Uma revisão sistemática, publicada em 2002, identificou 14 questionários autoadministráveis, validados para avaliação da resposta sexual de homens e mulheres (Daker-White, 2002; Barber, 2007).

Hoje, a utilização de questionários é uma estratégia recomendada

na avaliação de pacientes, porque além de proporcionarem acesso à visão subjetiva dos indivíduos sobre sua condição, têm baixo custo na utilização e não são métodos invasivos. No entanto, ainda não existe um índice perfeito e a escolha do instrumento deverá aproximar a proposta do questionário aos objetivos da investigação (Deyo, 1991).

Quanto às suas características, os instrumentos devem apresentar-se em formato simples, com tempo de administração apropriado e serem de fácil aplicação e compreensão. Além disso, suas normas devem estar publicadas e os níveis de interpretação dos escores (por domínios e total) devem estar descritos.

Bons instrumentos apresentam propriedades estabelecidas por princípios da psicometria (ciência que mede respostas de fenômenos que não são facilmente quantificáveis). São confiáveis, válidos (desenvolvidos e validados para o objetivo que se propõe investigar), são capazes de distinguir pacientes com e sem o problema e de mensurar mínimas alterações significativas devido ao tratamento (Fletcher, 2006).

Nem todos os questionários têm sido submetidos a todos os aspectos do processo de validação. Quando um questionário é utilizado em uma nova população, é importante reavaliá-lo, principalmente se o questionário será utilizado em uma população culturalmente distinta ou quando é necessário desenvolver uma versão em outra língua. Isso porque, a tradução literal de um questionário não garante a manutenção de suas propriedades psicométricas. A validação de um questionário é um processo contínuo, sendo assim, os instrumentos devem ser avaliados e reavaliados em diferentes situações, em diversos centros de pesquisa e por diferentes pesquisadores em populações variadas. Devem ser feitas análises da validade do teste, tanto de sua estrutura interna (consistência interna e fator de estrutura), quanto da sua relação com instrumentos de análise semelhantes. Processos estatísticos são usados para acessar a validade da medida e verificar os critérios de validade. O teste ideal é aquele que é aplicado em todas as pessoas de uma população selecionada e tem a possibilidade de pegar amostras dessa população com ou sem a doença (Cronbach, 1990).

Instrumentos de maior sucesso são aqueles em que os autores têm a responsabilidade e o compromisso de melhorarem o refinamento do método (Schwager, 1991). Sendo assim, a utilização e o desenvolvimento de medidas internacionais proporcionam a concentração de esforços com a possibilidade de comparação direta dos resultados obtidos em diferentes amostras, facilitando o acúmulo de conhecimento que caracteriza o avanço científico (McGraw, 1992).

CONCLUSÃO

Atualmente, tanto os profissionais clínicos quanto pesquisadores reconhecem a importância da coleta de informações sobre a resposta sexual dos pacientes de forma não-tendenciosa e reprodutível. E já há um consenso de que a melhor maneira de avaliar a resposta sexual é por meio de instrumentos que investiguem seus domínios específicos. Questionários fornecem um método discreto e reprodutível para avaliar a saúde sexual. Portanto, desde que o instrumento utilizado seja bem escolhido, este é adequado aos objetivos do profissional e seja um dos recursos de seu método de investigação, vale a pena utilizar escores na avaliação da sexualidade.



Rosane do Rocio Cordeiro Thiel: Psicóloga; Especialista em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo – USP; Doutora em Pesquisa Experimental pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. E-mail: rosanethiel@gmail.com



REFERÊNCIAS

- Althof SE, Rosen RC, Derogatis L, Corty E, Quirk F, Symonds T. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:153-166.
- Barber M. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J.* 2007;18(4):461-465.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, *et al.* Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1:40.
- Berman JR, Berman LA, Kanaly KA. Female sexual dysfunction: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *EAU Update Series.* 2003;1(3):166-177.
- Berman JR, Alexander JL. The relationship between female urology and sexual medicine: what urologists need to know about menopause, lower urinary tract and sexual function complaints in women. *Instructional and Postgraduate AM and PM Course Handouts. AUA /04, San Francisco, USA. Annual Meeting.* 8 -13 May 2004.
- Bernhard LA. Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45(4):1089-1098.
- Cronbach LI, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin.* 1990;52:281-302.
- Daker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys) function: a systematic review. *Arch Sex Behav.* 2002;31:197-209.
- Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures: statistics and strategies for evaluations. *Controlled Clin Trials.* 1991;12:34.
- Fletcher RW, Fletcher SE. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 388p.
- McGraw KO, Wong SP. A common language effect size statistic. *Psychological Bulletin.* 1992;111:361-365.
- Pasqualotto EB, Pasqualato FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female sexual dysfunction: the important points to remember. *Clinics.* 2005;60(1):51-60.
- Quirk FH, Heiman J, Rosen R, Laane E, Smith M, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11:331-333.
- Rellini A, Meston C. The sensitivity of event logs, self-administered questionnaires and photoplethysmography to detect treatment-induced changes in female sexual arousal disorder (FSAD) diagnosis. *J Sex Med.* 2006;3:283-291.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Mar Ther.* 2000; 26: 191-208.
- Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertil Steril.* 2002;77:S89-93.
- Schwager KW. The representational theory of measurement: An assessment. *Psychological Bulletin.* 1991;110: 618-626.
- Task Force on Standards for Measurement in Physical Therapy. Standards for tests and measurements in physical therapy. *Phys Ther.* 1991;71:589-622.
- Taylor JE, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W). *Arch Sex Behav.* 1994; 23:627-643.
- Tiefer L, Hall M, Tavris C. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther.* 2002;28:225-232.
- World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL GROUP). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-60.

O UNIVERSO DA SEXUALIDADE NA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS: TRILHANDO OS ARQUÉTIPOS DE DIONÍSIOS E AFRODITES

MÁRCIA GAUDIE LEY FERRARA

Há muitos anos trabalho em indústrias farmacêuticas, na área de marketing. E o que faz um departamento de marketing nesse tipo de empresa? Entre inúmeras atividades, disponibiliza informações sobre os diferenciais de cada um dos medicamentos e sobre as patologias e problemas para os quais uma série de drogas se destinam.

O marketing procura construir marcas, dar suporte às necessidades da classe médica, que orienta pacientes e prescreve os medicamentos das indústrias farmacêuticas.

Parece simples, mas as marcas, sejam elas quais forem, devem possuir uma “personalidade”, um “jeito de ser”. Elas ocupam espaços e imagens distintas na mente de seus prescritores ou usuários. Construí-las demanda planejamento e cuidado. Diferentemente do que muitos tendem a pensar, esse mundo não fica restrito aos aspectos médicos e administrativos.

No departamento de marketing de uma indústria farmacêutica é possível fazer incur-

sões em inúmeras outras áreas do conhecimento, tudo dependerá, é claro, da natureza desse produto.

Muitos mundos, como o dos medicamentos chamados “*life style*”, que melhoram a qualidade de vida, e são mais amplamente utilizados, são quase inesgotáveis, como foi o Viagra em minha carreira.

O Viagra extrapolava as fronteiras de um medicamento. Para lançá-lo e “inaugurar” a nova classe de medicamentos à qual ele pertencia, a de produtos para “disfunção erétil” ou “dificuldades de ereção”, foi necessário conhecer um pouco da natureza humana, vários aspectos da antropologia, sociologia e psicologia. Não apenas a masculina, mas também a psicologia feminina, pois as mulheres eram as “atrizes coadjuvantes”. Se não fossem devidamente envolvidas nas mensagens das propagandas, poderiam interferir negativamente no interesse pelo Viagra.

Junto ao Viagra vieram as buscas por alternativas seguras de reposição hormonal. Afinal, as

mulheres tinham de acompanhar essa evolução da sexualidade masculina, elas não poderiam mais se resignar com alguns sintomas da menopausa que limitavam a sua busca pelo prazer.

Muitas outras áreas, igualmente, tiveram grande importância e não podiam deixar de ser contempladas como, por exemplo, a imprensa, ávida por informações, a da propaganda (mídia paga) em revistas e TV pois fomentavam na sociedade discussões sobre um problema que, no lançamento do Viagra, era cercado de tabus.

As propagandas tiveram que ser planejadas. Primeiramente, utilizaram o termo “impotência” para que se fizessem entender. Depois, passaram a utilizar as palavras “disfunção erétil” para medicalizar o problema e incentivar a busca por auxílio especializado. Mais tarde, se referiram às “dificuldades de ereção” para não estigmatizar os usuários ao caracterizá-los como doentes. Por fim, falava-se em “melhoria do desempenho sexual” uma vez que os graus do pro-

blema eram variáveis, podiam ser leves, moderados e severos e atingir muitas faixas etárias.

Nesse trabalho, foi fundamental ter um grande envolvimento com a classe médica, transmitindo informações às várias especialidades como urologia, cardiologia, endocrinologia, clínica geral e etc. de modo a habilitar esses médicos a lidar com o Viagra. Era importante fazer um diagnóstico preciso, solicitar os exames necessários e, principalmente, ajudá-los a responder às inúmeras perguntas que os pacientes faziam.

Era imprescindível que o médico conhecesse a origem dos problemas de ereção, os problemas físicos, como a diabetes, a hipertensão entre outros, os efeitos colaterais de outros medicamentos nas ereções, mas também os problemas psicológicos. Todos poderiam interferir na função sexual dos pacientes interessados no Viagra.

Os psiquiatras e os psicólogos foram fundamentais nesse trabalho, pois a classe médica em 1999 tinha, em sua maior parte, conhecimentos mais restritos.



A grande maioria limitava-se a investigar aspectos circulatórios, conheciam apenas a reprodução humana e muito pouco sobre sexualidade. Os psicólogos e os psiquiatras colaboraram muito, pois dominavam a “psique”, responsável pela maior parte das disfunções.

Ao deixar a Pfizer, fui convidada para trabalhar na antiga Organon, atual MSD, com outro produto fantástico: o anel anticonceptivo Nuvaring, que oferece às mulheres a praticidade de ser administrado uma vez por mês, ter baixas dosagens hormonais e muita segurança. Mais uma vez, era necessário dar suporte aos médicos para que as mulheres pudessem conhecer melhor seu próprio corpo e quebrar tabus.

Sinto-me privilegiada por ter percorrido direta e indiretamente todo esse mundo que envolve os aspectos sensoriais, o mundo de Dionísio e de Afrodite. Como dizia Anais Nin, escritora francesa dos anos 1900, o erotismo é uma das bases do conhecimento de nós próprios e é tão indispen-

sável como a poesia. Ela possui excelentes livros, não menos atuais, que exploram o universo da sexualidade. Ela costumava dizer: “Não me adaptarei ao mundo. Me adapto a mim mesma”. Esse caminho sensorial leva ao caminho da “individuação”, termo e conceito criado pelo psicólogo Carl Gustav Jung.

A individuação é um processo por intermédio do qual o ser humano evolui rumo a uma ampliação da sua consciência. Por esse processo, o indivíduo se identifica menos com as condutas e valores encorajados pelo meio no qual se encontra, e mais com as orientações emanadas do “si-mesmo” rumo à totalidade. Jung entende que atingir a consciência dessa totalidade é a meta de desenvolvimento da psique. E, entre os passos necessários para essa “individuação” estariam a assimilação das sensações, do pensamento, da intuição e principalmente do sentimento. E o universo da sexualidade colabora para tudo isso. Belo não?



Márcia Gaudie Ley Ferrara: Engenheira; Pós-Graduada em Marketing na Escola Superior de Propaganda e Marketing em São Paulo; gerenciou “blockbusters” e produtos inovadores em indústrias farmacêuticas; é “brand manager” de marcas para cardiologia e ginecologia na MSD.

INFECCIÓN DE IMPLANTES PENEANOS: CORTA REVISIÓN

ALEJANDRO CARVAJAL OBANDO

RESUMEN

Las prótesis peneanas continúan siendo una excelente alternativa de tratamiento para los pacientes que sufren disfunción eréctil refractaria a las diferentes alternativas de tratamiento médico. A pesar del conocimiento adquirido en indicaciones y técnicas quirúrgicas para el implante de las mismas, la infección protésica continúa siendo una terrible complicación que ha motivado a cirujanos y fabricantes de las prótesis a crear mecanismos para la prevención de estos eventos.

INTRODUCCIÓN

Los implantes peneanos tienen un conocido papel dentro de las opciones terapéuticas de la disfunción eréctil. El incremento en la detección y tratamiento de patologías como el cáncer de próstata visto en las últimas décadas es uno de los posibles responsables de la generación de un gran número de pacientes que sufren una disfunción eréctil refractaria a los tratamientos más conservadores y que se benefician de dichos dispositivos. A pesar de las altas tasas de satisfacción descritas por los pacientes y sus parejas, las complicaciones que se presentan principalmente en el seguimiento de los pacientes (siendo la infección la más temida y frecuente) hacen que algunos urólogos no las consideren como parte de su armamentario terapéutico y muchos pacientes no puedan beneficiarse de ellas.

DESARROLLO DEL TEMA

Los avances en la ingeniería de diseño y los nuevos materiales de fabricación minimizaron el riesgo de falla de los dispositivos, sumado a los nuevos componentes como modificación de cilindros, reservorios y diferentes mecanismos de activación-desactivación de bombas. Teniendo en cuenta lo anterior, la infección es la más frecuente y temida complicación de los implantes protésicos peneanos, que en la mayoría de los casos tiene como consecuencia el explante del dispositivo y la morbilidad de la infección local o sistémica según el paciente y la patogenicidad de la bacteria implicada. Wilson en 1995 revisó retrospectivamente 1337 pacientes implantados por el mismo equipo quirúrgico y encontró una tasa de infección en 823 implantes “vírgenes” del 1% para los pacientes no diabéticos y de 3% en los diabéticos, subiendo a 8 y 18% en los mismos grupos cuando se trataba de cirugías de revisión (Wilson y Delk, 1995). Otros estudios hablan de una tasa de infección de 3 a 5% para implantes vírgenes y hasta del 8% para diabéticos (Mulcahy y Carson, 2011).

En el pasado existía incertidumbre por el funcionamiento de las prótesis, dado la gran cantidad de complicaciones que se presentaron por falla mecánica de las mismas o malfuncionamiento, pero los avances en la

ingeniería de diseño y los nuevos materiales de fabricación minimizaron el riesgo de falla de los dispositivos, sumado a los nuevos componentes como modificación de cilindros, reservorios y diferentes mecanismos de activación-desactivación de bombas. Teniendo en cuenta lo anterior, la infección es la más frecuente y temida complicación de los implantes protésicos peneanos, que en la mayoría de los casos tiene como consecuencia el explante del dispositivo y la morbilidad de la infección local o sistémica según el paciente y la patogenicidad de la bacteria implicada. Wilson en 1995 revisó retrospectivamente 1337 pacientes implantados por el mismo equipo quirúrgico y encontró una tasa de infección en 823 implantes “vírgenes” del 1% para los pacientes no diabéticos y de 3% en los diabéticos, subiendo a 8 y 18% en los mismos grupos cuando se trataba de cirugías de revisión (Wilson y Delk, 1995). Otros estudios hablan de una tasa de infección de 3 a 5% para implantes vírgenes y hasta del 8% para diabéticos (Mulcahy y Carson, 2011).

Durante muchos años se pensaba que la colonización de los implantes por microorganismos patógenos era debida a la contaminación por bacterias que se encontraban en la sala quirúrgica o en las manos del cirujano, pero después se encontró que en muchos casos las bacterias que se aislaron de cultivos del material protésico eran gérmenes que vivían en la piel del huésped (Darouiche *et al.*, 2010).

Bacterias como el *estafilococo epidermidis* son los microorganismos más frecuentemente involucrados en las infecciones. El reconocimiento y estudio de las bacterias más frecuentemente implicadas en infección hicieron que se diseñaran protocolos para la erradicación de las mismas, comenzando por las técnicas de aseo de las salas quirúrgicas, utilización de flujo laminar, restricción del personal circulando en la sala, y otros protocolos de aseo que involucran el lavado quirúrgico del paciente y del cirujano, así como las soluciones utilizadas y el tiempo de lavado (Carrión *et al.*, 2007).

Un importante factor a tener en cuenta es el tiempo quirúrgico utilizado en la cirugía, demostrado en la mayor tasa de infec-

ciones en cirugías más prolongadas y de mayor complejidad, principalmente cuando se trataba de fibrosis de los cuerpos cavernosos que requerían procedimientos más complejos y con mayor manipulación. Jarow encontró una tasa de infección de 1.8% en implantes vírgenes y una del 21% en casos que requirieron algún tipo de reconstrucción peneana (Jarow 1996).

Es interesante anotar que estudios previos han demostrado la inevitable colonización bacteriana de los implantes en el acto quirúrgico y la creación por parte de estos microorganismos del una “capa” que cubre la superficie protésica y que hace a este inóculo bacteriano mucho menos susceptible de la acción de los diferentes antibióticos y la erradicación del germen. La cantidad de bacterias en el implante puede depender de las condiciones de la sala quirúrgica, del huésped y del cirujano y es probable que sea proporcional a la capacidad para producir la “capa”. Dicha “capa” en algunos casos es la responsable de que los cultivos de material protésico explantado sean negativos, teniendo una clara evidencia de una infección clínica que desencadenó la extracción del dispositivo y no encontrando un microorganismo responsable de la infección (Wilson *et al.*, 2011; Wilson y Costerton, 2012).

Un interesante estudio comparó las tendencias en uso de terapias antibióticas entre urólogos que pertenecían o no a la sociedad de medicina sexual. Se encontró que aunque la mayoría usaban antibióticos intraoperatorios, un porcentaje importante no lo hacía después del egreso del pa-

ciente, y además existía diferentes preferencias en las terapias usadas, siendo la más frecuente la combinación entre vancomicina y gentamicina (Wosnitzer y Greenfield, 2011).

Después de años de investigación e innovación de los modelos protésicos, se diseñaron cambios en la estructura del dispositivo para impactar los datos de infección con la creación de películas que envuelven la estructura del implante y que dificultan la colonización y crecimiento bacteriano en las mismas y el desarrollo de una infección clínica. Se trata de coberturas de la prótesis que retardan o evitan la aparición de infección. El primer diseño fue una cubierta antibiótica que combina rifampicina y minociclina conocida como inhibizone (American Medical Systems, Minnetonka, 2001) con unos medicamentos que demostraron una importante sinergia contra el *estafilococo epidermidis* y una objetiva disminución en las tasas de infección protésicos en pacientes inmunocompetentes y también en los que tienen alguna alteración de la respuesta inmune, como los diabéticos (Wosnitzer y Greenfield, 2011).

El otro diseño fue una película hidrofílica de los implantes Mentor (hoy Coloplast) que recubren toda la prótesis y que facilitan la adherencia del antibiótico de preferencia del cirujano al irrigar la misma con una solución preparada, además de crear una barrera que al hidratarse evita el paso de los microorganismos. Inicialmente algunos cirujanos utilizaron las mismas soluciones antimicrobianas que utiliza el inhibizone, aunque se



han utilizado otras combinaciones de antibióticos que incluyen la polimixina, bacitracina, gentamicina y el trimetoprim sulfametoxazol, que tienen cubrimiento para bacterias más patógenas como los *enterococos*, *escherichia coli* y *pseudomonas*. Dichas cubiertas protésicas lograron una reducción de la infección del 1% aproximadamente en los casos de primera vez. Es indudable que la nueva era de las prótesis peneanas “cubiertas” tienen un impacto notable en las tasas de infección y de retiro de las mismas y que su uso rutinario se recomienda no solo en el paciente con factores de riesgo como la inmunosupresión o las patologías de base como la diabetes o el cáncer, sino que es una excelente opción en el paciente “virgen” que quiere evitar tan temida complicación (Wilson y Costerton, 2012).

Es importante conocer la incidencia local de colonización o infección clínica de los diferentes patógenos que afectan las prótesis peneanas, así como su comportamiento y sensibilidad a los antimicrobianos, para así tener más herramientas en el momento de enfrentar esa temida complicación. Desafortunadamente, los datos de tipificación de microorganismos y estudio de material de prótesis solo se conocen en grandes centros de referencia de implan-

tación, lo que hace difícil conocer la tendencia de bacterias encontradas en otros sitios y el manejo de las mismas, para crear un protocolo estandarizado de manejo del paciente que va a cirugía de prótesis peneana.

CONCLUSIÓN

Las prótesis peneanas son dispositivos médicos para manejo de pacientes sin otras alternativas de manejo menos invasivas y con disfunción eréctil severa. Aunque las tasas de satisfacción de los pacientes y sus parejas son elevadas, el seguimiento de estos casos determina que la complicación más frecuente es la infección, que usualmente termina con el retiro del material. Es fundamental por lo tanto la adecuada selección del paciente, manejo perioperatorio y conocimiento de aspectos como soluciones de lavado preoperatorio, protocolo de antibiótico pre y postquirúrgico y tipo de dispositivo a implantar, teniendo en cuenta la disponibilidad de los “implantes cubiertos”.



REFERENCIAS

Carrion RF, Hamoui O, Webster JC, Carrion H. Comparison of skin cultures before and after skin preparation using betadine, hibiclens and chloraprep prior to penile prosthesis surgery. *J Sex Med.* 2007;98:393.

Darouiche RO, Wall MJ, Itani KMJ, Otterson MF, Webb AL, Carrick MM, *et al.* Chlorhexidine alcohol vs povidone iodine for surgical site antisepsis. *N Engl J Med.* 2010;362:18-26.

Jarow JP. Risk factors for penile prosthetic infection. *J Urol.* 1996;156:402-404.

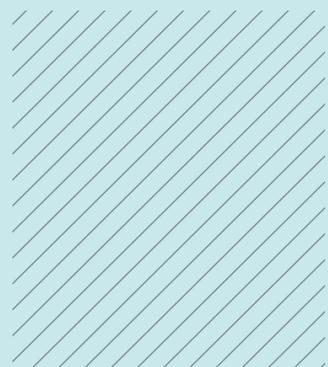
Mulcahy J, Carson CC. Long-term infection rates in diabetic patients implanted with antibiotic-impregnated versus nonimpregnated inflatable penile prosthesis: 7-year outcomes. *Eur Urol.* 2011;60:167-172.

Wilson SK, Costerton JW. Biofilm and penile prosthesis infections in the era of coated implant: a review. *J Sex Med.* 2012;9:44-53.

Wilson SK, Delk JR. Inflatable penile implant infection: predisposing factors and treatment suggestions. *J Urol.* 1995;153:659-661.

Wilson SK, Salem EA, Costerton JW. Anti-infection dip sugestions for the coloplast titan inflatable penile prosthesis. *Sex Med.* 2011;8:2647-2654.

Wosnitzer MS, Greenfield JM. Antibiotic patterns with inflatable penile prosthesis insertion. *J Sex Med.* 2011;8:1521-1528.



Alejandro Carvajal Obando: Urólogo-Andrólogo, Hospital Universitario San Vicente de Paúl Fundación. Medellín, Colombia. Email: sexualidadyfertilidad@gmail.com



PANEL DE OPINIONES PAINEL DE OPINIÕES

Esta sección de la revista está dedicada a la publicación de las opiniones, observaciones y comentarios breves, en las diferentes áreas de la Sexualidad Humana desde las novedades diagnósticas, las nuevas terapias y/o terapéuticas de aplicación actual (drogas), con el objetivo de comentar o discutir su punto de vista y/o trabajos publicados en esta o en otras revistas, o las opiniones expresadas por los autores en esta sección del Panel.

Essa seção da revista está destinada à publicação de opiniões, comentários e revisões breves, nas diferentes áreas da Sexualidade Humana desde novidades diagnósticas, novas terapias e/ou terapêuticas de aplicação corrente (drogas), com o objetivo de comentar ou discutir seu ponto de vista e/ou trabalhos publicados nessa ou em outras revistas, ou opiniões expressas pelos autores na própria seção do Painel.



REFLEXIONES EN LA PROS- TATECTOMIA RADICAL

Desde el inicio masivo de la prostatectomía radical como tratamiento base para el cáncer de próstata localizado, demostrando excelentes resultados oncológicos, estamos cada día viendo estudios mejor diseñados cuyos reportes muestran la verdadera incidencia de disfunción eréctil (DE) en el postoperatorio. Cuando realizábamos prostatectomía radical abierta y no obteníamos la preservación de la erección en nuestros pacientes y viendo en la literatura generosos reportes estadísticos de preservación de la erección en centros de excelencia y en las páginas web de cirugía robótica, dudábamos que estuviésemos haciendo la cirugía adecuadamente. Hoy sabemos que la DE es la regla y no la excepción. Los daños ocurridos con todas las técnicas existentes ya sea injuria nerviosa o vascular o aun la neuropraxia y sus consecuencias, llevan a daños irreversibles donde las terapias orales no han demostrado hoy una adecuada prevención clínica. Cambios aun de acortamiento de pene y fibrosis no son reversibles hoy



con los diferentes manejos aconsejados. Si además de la pérdida de la calidad de la erección, le agregamos no eyaculación, trastornos del orgasmo y en mayor o menor grado alteraciones de la libido, debemos reflexionar sobre el severo impacto que esta cirugía produce sobre la sexualidad. Si bien es cierto, que un porcentaje de pacientes acude a consulta y encuentra un profesional con capacidad de ofrecer todas las opciones para tratar la DE y motiva a su paciente para recuperar su vida sexual, también debemos decir que esto infortunadamente, ocurre pocas veces. Las terapias orales dadas tempranamente ayudan muy poco, llevando al paciente a tratamientos con poca adherencia y malos resultados, terminando en un paciente con DE de mas difícil manejo. ¿Sera que debemos usar la terapia intracavernosa (TIC) temprana como manejo de primera línea en estos

pacientes? ¿O posterior al inicio de la TIC, pasado algunos meses? ¿Sera la terapia oral más efectiva? ¿Podrá el paciente conociendo ambas alternativas definir su tratamiento final? ¿Además de educar al paciente desde el punto de vista sexológico y aun mostrarle el funcionamiento de un implante peneano? No me queda duda que más temprano que tarde la prostatectomía radical dejara de ser el *gold estándar* en el manejo del cáncer localizado de la prostata, dando paso a nuevas tecnologías igual de efectivas y con menos daños en el área sexual.

Mauricio Delgado G.: Urólogo; miembro fundador de la Academia Internacional de Sexología Médica. Bogotá, Colombia. Email: maudelga@hotmail.com

EREÇÃO E DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL: MITOS E VERDADES

Recentemente John Mulhall (2009), em uma metanálise sobre esse assunto, encontrou grande discrepância na literatura. Taxas da disfunção erétil (DE) pós-operatória parecem maiores nas séries multicêntricas, com múltiplos cirurgões, comparando com um único centro e cirurgião. Nos 24 artigos selecionados, houve grande variação: na natureza das populações estudadas, na aquisição e relato dos dados, na definição adequada da função erétil na linha de base e no pós-operatório. A tentativa de preservar a função erétil no pós-operatório sofre influência de condições predisponentes, como a prevalência da DE na população geral e a faixa etária coincidente do câncer de próstata e DE, de condições determinantes, como o volume prostático e tumoral e as dificuldades técnicas em poupar nervos e de condições agravantes, como a expectativa do paciente e a relação médico/paciente. Uma abordagem realista, menos comprometedora, é desejável (Mulhall, 2010). É leve informar aos pacientes índices de DE pós-operatórios relatados por outrem. Compensa discutir com o paciente sobre a real prevalência da DE pré e pós-operatória, a fisiopatologia da DE pós-operatória, os preditores de recuperação da função erétil e os fatores que comprometem a intenção de poupar nervos. Um grande volume prostático dificulta a dissecação fina, assim como as dimensões e a localização do câncer. Há eventos a evitar para

poupar nervos e vasos, como a percussão, tração, cauterização e transecção dos feixes vasculonervosos. Uma melhor avaliação para orientar adequadamente se beneficia do uso de instrumentos validados de avaliação da DE com *cut-offs* para normalidade. Assim se poderá discutir melhor os aspectos da reabilitação com os pacientes e informá-los dos potenciais e prováveis, mas reais, benefícios associados à reabilitação da função erétil.

Mulhall JP. Defining and reporting erectile function outcomes after radical prostatectomy: challenges and misconceptions. *J Urol*. 2009;181:462-471.

Mulhall JP, Bella AJ, Briganti A, McCulloch A, Brock G. Erectile function rehabilitation in the radical prostatectomy patient. *J Sex Med*. 2010;7:1687-1698.

João Luiz Schiavini: Urologista; Chefe da Clínica de Urologia e Professor Adjunto de Urologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Professor Adjunto de Urologia da Universidade Gama Filho; Assistente Doutor do Serviço de Urologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Email: joaoschiavini@gmail.com

DISFUNCION ERECTIL: ORGANICA O PSICOGENA

La controversia si la disfunción erétil correspondía a causa orgánica o psicógena fue un reto para los científicos de especialistas sexólogos, urólogos, psiquiatras que a mediados del siglo pasado se debatían entre reconocer los trastornos psíquicos como causa fundamental en el desarrollo del trastorno o atribuirle a factores orgánicos la causa del problema. Investigadores como Masters y Johnson reconocían en los años 1960 que el 90% de los pacientes con impotencia era por causa psicógena, que lejos estaban estos de saber que con los avances en investigación en los últimos años, con el despliegue de métodos diagnósticos como *ecodopler* de pene, procedimientos neurofisiológicos y radioinmunoológicos y el desarrollo en la investigación del papel del óxido nítrico y el endotelio vascular en la erección podemos afirmar en la actualidad que la etiología de la disfunción erétil es predominantemente orgánica, aunque reconocemos que el apoyo terapéutico sexológico es fundamental para el tratamiento eficaz de la impotencia.

William Uzcategui: Cirujano urólogo; Instituto Docente de Urologia. Valencia, Venezuela. Email: williamuzcategui55@cantv.net

LA CIRUGÍA PROTÉSICA PENEANA MALEABLE UNA “SOLUCIÓN DE BAJO COSTO”. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CUBA*

Las prótesis peneanas, constituyen la tercera línea de tratamiento para la disfunción erétil (DE), en casos aptos física y mentalmente. En Cuba es accesible para todos los pacientes. Durante UROLOGÍA 2009, se presentaron una serie de trabajos que constituyen la salida del protocolo nacional de la cirugía protésica peneana en pacientes con DE. Aunque no constituye toda la experiencia cubana, nuestra casuística (1995 – 2009) estuvo constituida por 536 pacientes operados: hidráulicas 1%, el 99% (maleables). Siempre que fue posible, preservamos el tejido erétil, para lograr una “erección más fisiológica” y minimizar el riesgo de infección. Usamos la vía penoescrotal (85%), subcoronal (14%) e infrapúbica (1%). Etiología de la DE: diabetes mellitus (28%), riesgo arterial (22%), enfermedad veno-oclusiva (16%), enfermedad de Peyronie (14%), fibrosis post priapismo, entre otras causas. Las complicaciones: edema/hematoma (3%), retención urinaria (2%), infección peri-protésica (2%), erosión de la prótesis (2%), neuralgia (2%), lesión del tabique o uretra (1.5%), perforación de la crura (0.5%), fallecidos (0.5%) (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica), sin complicaciones (90%) (482 pacientes). El implante protésico peneano maleable constituye una buena opción terapéutica

en pacientes con DE severa, refractarias a otros tratamientos, siendo “una solución de bajo costo”. Los pacientes con fibrosis post priapismo, hipotrofia del pene, enfermedad de Peyronie, operados de cáncer de próstata son grupos especiales de riesgo que requieren cuidados extremos. Las complicaciones pueden ser evitadas, cumpliendo las normas técnicas de esta cirugía, incluida la profilaxis antibiótica. Los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica, son un grupo de alto riesgo de letalidad, que requieren una atención clínica y anestésica especial. El acompañamiento psicológico, la consejería y el consentimiento informado fue muy útil para lograr buena satisfacción de los pacientes y sus parejas (95%).

*Estudio Multicéntrico. Coordinado por el Grupo Nacional de Sexología, cuyos resultados fueron presentados en UROLOGÍA 2009 (XII Congreso Centroamericano y Caribeño de Urología y XIX Congreso Cubano de Urología).

Ramiro Fragas Valdés: Máster en Sexualidad y Profesor Auxiliar de Urología del Hospital Universitario “Comde Manuel Fajardo” y la Clínica Central “Cira García”. La Habana, Cuba. Email: rfragas@infomed.sld.cu

EJACULACIÓN RÁPIDA O PRECOCE

A Ejaculación Rápida (ER) é frequente nas disfunções sexuais, acometendo de 25 a 40% dos homens em algum período da vida. Para o diagnóstico da ejaculação rápida devem ser obtidas informações quanto ao início, frequência e duração do quadro. Com o advento dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), houve um ganho no tratamento da ER, tanto pela melhora observada nos sintomas como pela diminuição dos efeitos colaterais. Os mais utilizados são: paroxetina (10-40 mg), fluoxetina (20-40 mg), sertralina (50-100 mg) e citalopram (20-40 mg). Essas doses podem ser individualizadas e devemos usar a menor quantidade possível para atingir o efeito desejado. O início de ação dos ISRSs varia entre 5 e 10 dias após o início da terapia e os efeitos colaterais (fadiga, náuseas, diarreia, sonolência, boca seca, redução da libido e diminuição moderada da rigidez peniana – que é reversível) são mais intensos na primeira semana de tratamento, com decréscimo após 2 a 3 semanas de uso. A suspensão abrupta dos ISRSs pode

causar náuseas, vômitos, vertigem, dor de cabeça, letargia, agitação, ansiedade e insônia. Esses sintomas começam a partir de 1 a 3 dias após a interrupção da medicação e podem durar mais de uma semana. Os efeitos secundários geralmente são revertidos com a reintrodução dos ISRSs. Quando for indicada a descontinuação desses medicamentos, a retirada deve ser gradual durante 3 a 4 semanas.

Leonardo E. Messina: Membro Titular Sociedade Brasileira de Urologia; Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo; Diretor do Instituto de Sexualidade e Urologia de Sorocaba; Delegado da Sociedade Brasileira de Urologia – SP. Sorocaba (SP), Brasil. E-mail: leonardo@messina.med.br

