

COORDENAÇÃO  
MANUEL MENDES SILVA

# EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



ANDROLOGIA  
GINECOLOGIA  
MEDICINA DA REPRODUÇÃO  
NEFROLOGIA  
SEXOLOGIA FEMININA  
SEXOLOGIA MASCULINA  
TRANSPLANTAÇÃO RENAL  
UROLOGIA



# ÍNDICE

Autores .....	V
Prefácio – <i>Miguel Guimarães</i> .....	VII
Siglas e abreviaturas .....	IX
Introdução – <i>Manuel Mendes Silva</i> .....	XIII
Capítulo 1 Educação para a Saúde em Urologia .....	1
<i>Manuel Mendes Silva</i>	
Capítulo 2 Educação para a Saúde em Nefrologia .....	31
<i>Pedro Ponce</i>	
Capítulo 3 Transplantação Renal .....	67
<i>Alfredo Mota</i>	
Capítulo 4 Educação para a Saúde em Ginecologia e Mama .....	87
<i>Ana Gomes da Costa, Luís Mendes da Graça</i>	
Capítulo 5 Sexualidade Feminina .....	107
<i>Maria do Céu Santo</i>	
Capítulo 6 Sexualidade Masculina .....	133
<i>Nuno Monteiro Pereira</i>	
Capítulo 7 Infertilidade Conjugal .....	151
<i>A. M. Pereira Coelho</i>	
Índice Remissivo .....	165

# AUTORES

## **Manuel Mendes Silva**

Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia e *Fellow* do European Board of Urology. Ex-Presidente da Associação Portuguesa de Urologia, APU, da Associação Lusófona de Urologia, ALU, do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos, do Conselho Disciplinar Sul da Ordem dos Médicos e da Oficina de Ética da Confederação Americana de Urologia, CAU. Presidente do Conselho Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos e Presidente da Comissão de Ética da Associação Portuguesa de Urologia. Presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa. Académico Honorário Estrangeiro da Academia Nacional de Medicina do Brasil e Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Urologia

## **Ana Gomes da Costa**

Interna do 6.º ano do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE.

## **Luís Mendes da Graça**

Professor Catedrático Jubilado de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal.

## **Nuno Monteiro Pereira**

Licenciado em Medicina, Mestre em Sexologia, Doutorado em Urologia.

Professor Associado da Universidade Lusófona.

Antigo Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia.

Coordenador do Colégio da Competência de Sexologia da Ordem dos Médicos.

## **Alfredo Mota**

Ex-Diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, CHUC, EPE.

Professor Jubilado de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Diploma Honorário em Cirurgia da Transplantação do European Board of Surgery.

## **A.M. Pereira Coelho**

Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE.

Professor Associado da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos – 2011/2014.

**Pedro Ponce**

Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos – Hospital CUF Infante Santo.  
Diretor Médico Nacional da Nephrocare Portugal.

**Maria do Céu Santo**

Médica Ginecologista e Obstetra – Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE, e Hospital da Luz.  
Pós-Graduada em Medicina Anti-envelhecimento e em Medicina Sexual.  
Competência em Sexologia Clínica pela Ordem dos Médicos.  
Coordenadora do Núcleo de Medicina Sexual da Sociedade Portuguesa de Ginecologia.

## PREFÁCIO

O Dr. Manuel Mendes Silva, meu querido amigo, é um notável urologista e um Homem de dimensão humana e ética invulgar. A sua permanente preocupação em contribuir para uma sociedade mais justa, mais informada, mais saudável e mais feliz, tem constituído ao longo destes anos uma forte imagem de marca da sua personalidade multidimensional.

O carinho indisfarçável que transporta para as obras que constrói ou ajuda a construir diz muito sobre a origem da solidez do seu carácter. Os valores e princípios que abraça, servem de alicerces às homenagens que cada uma das suas obras de arte nos transmite. Seja uma homenagem à família ou aos amigos, seja um tributo aos doentes, aos médicos ou à sociedade.

E este livro, *Educação para a Saúde*, oferece ao leitor uma reflexão serena e breve sobre vários aspetos da prática médica, numa escrita elegante e suave que transporta a liderança de uma equipa robusta, cientificamente irrepreensível. Ao longo destes anos aprendi muito com o Dr. Manuel Mendes Silva. E sinto-me honrado por ter recebido o benefício da sua influência.

Neste *Educação para a Saúde*, a partilha de conhecimento é parte de uma visão global e profundamente humana da arte de bem servir os outros. De contribuir para a sua educação e literacia. De dar mais um passo em frente na procura da verdade e no caminho da solidariedade.

Os autores conseguem transmitir o saber da medicina e da saúde, e transportar uma palavra de incentivo para a sua própria equipa e uma palavra de esperança para os seus doentes. Neste maravilhoso texto é fácil aprender e registar na memória os seus momentos principais. E dar mais vida à vida.

Estou convencido de que a leitura atenta deste livro contribui para estabelecer pontes que unem conhecimentos, tornando a medicina uma fonte de aprendizagem e desenvolvimento para o futuro da saúde das pessoas.

Termino agradecendo a toda a excelente equipa que trabalhou neste projeto e ao seu coordenador, que não para de nos surpreender.

*Miguel Guimarães*  
Bastonário da Ordem dos Médicos

# INTRODUÇÃO

Uma das vertentes em que os médicos se devem empenhar nas sociedades atuais, assim como as suas associações científicas e profissionais, é na transmissão para a população de conceitos, conhecimentos, comportamentos, práticas, hábitos, atitudes, experiências, conselhos, recomendações e exemplos relacionados com a promoção da saúde e a prevenção das doenças, informando também sobre a sua história natural e os seus efeitos, promovendo diagnósticos precoces e tratamentos adequados, melhorando a qualidade e a quantidade de vida. É o que chamamos de “Educação para a Saúde”, incluída no amplo conceito de “Literacia em Saúde”. Neste livro iremos abordar alguns aspetos relacionados com os aparelhos urinário e sexual masculino e feminino, que compreendem as especialidades médicas de Urologia, Nefrologia, Transplantação renal, Ginecologia, Sexologia feminina e masculina, e Medicina da Reprodução fazendo algumas reflexões e transmitindo informações e mensagens, de uma forma simples e pragmática, que servirão de base para desenvolvimentos complementares. Elas são dirigidas aos profissionais de saúde, médicos de Medicina Geral e Familiar, mas também médicos não especialistas no tema, estudantes de Medicina, e até profissionais não médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, bem como, através dos Médicos de Família, para o público, para os utentes de serviços de saúde, para os (já) doentes e para os seus cuidadores.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e ecológico, e não apenas a ausência de doença ou deformidade. Apesar de discutível e muito discutida, esta definição encara a saúde em diversos dos seus aspetos pela positiva e não pela negativa, transmitindo desde logo essa importante mensagem que há alguns anos foi revolucionária.

Como qualquer educação, a educação para a saúde consiste na transmissão e aquisição de conhecimentos, atitudes, práticas, hábitos e condições, relacionados com a (boa) saúde. Essa transmissão deve ser efetuada por pessoa ou instituição qualificada (a Internet pode ser muito útil mas também muito perigosa...), deve ser baseada em critérios científicos comprovados, independentemente de tradições, preconceitos, modas, avanços não suficientemente testados que possam originar falsas expectativas, e deve ser isenta de quaisquer interesses individuais ou coletivos que não sejam a honesta e sensata divulgação e promoção da (boa) saúde e do combate à doença e aos seus efeitos.

Aspetos práticos da educação para a saúde respeitam às condições (ambiente, economia, organização social e cultural, tradições, saneamento básico, combate à pobreza, combate à iliteracia, etc.), e aos hábitos (higiene, dieta, *stress*, exercício

físico, postura, sexualidade, fumo, adições, tradições, etc.), promovendo o fornecimento de condições salutaras, transmitindo hábitos saudáveis, mas também transmitindo uma cultura de prevenção e de cuidados básicos; e prevenir não é impedir ou proibir; é prever, informar, criar (bons) hábitos, despistar... Por outro lado, há que também transmitir noções básicas das doenças, das suas causas, da sua prevenção específica, da sua história natural, dos seus sintomas, diagnóstico, tratamento e reabilitação, e educar para uma maior quantidade, mas também, e sobretudo, para uma melhor qualidade de vida.

Assim sendo, na literacia e na educação para a saúde devem estar incluídos, como aspetos práticos:

- As condições e hábitos de vida e saúde;
- A prevenção de riscos para a saúde;
- A prevenção de acidentes frequentes;
- Os cuidados com a saúde e a prevenção primária, secundária e terciária das doenças (por exemplo conselhos, normas, estilos, vacinas, diagnósticos precoces, tratamentos adequados);
- A avaliação dos sintomas de doenças mais frequentes e da sua história natural;
- O conhecimento da essência, dos benefícios e riscos das ações diagnósticas e terapêuticas e das tecnologias na saúde, e as recomendações de atitudes e tratamentos proporcionados (prevenção quaternária nos utentes e nos médicos).

Enfim, educar para, sem excessos, com naturalidade e bom senso, prevenir, tratar (curando ou melhorando), reabilitar, acompanhar, confortar, transmitindo noções de quantidade e duração, mas também de qualidade de vida.

A educação para a saúde, tendo por objeto final o público, os utentes, os doentes, os cuidadores, mas também os profissionais de saúde, necessita da ação concertada de todos, dos próprios profissionais de saúde a vários níveis (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, etc.), de professores e pedagogos, de universidades e escolas, de instituições de saúde (hospitais, centros de saúde, saúde pública, etc.), de associações científicas e profissionais, de associações de doentes, de pais, família, amigos, de jornalistas, de políticos, da comunicação social e seus vários órgãos, de livros, revistas e panfletos, da Internet, de linhas telefónicas, etc., que devem atuar em diálogo e colaboração, concertadamente, para que os objetivos sejam eficientemente atingidos.

Esperamos estar a contribuir para esses objetivos através desta obra, a primeira de uma coleção que se irá completando com o tempo. E é nosso dever aqui registar uma palavra de agradecimento à Associação Portuguesa de Urologia que a patrocinou e à Lidel que a editou; e sobretudo aos autores que tão brilhantemente contribuíram com o seu trabalho e o seu talento, os seus conhecimentos e a sua experiência.

*Manuel Mendes Silva*  
(Coordenador)



# EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM UROLOGIA

Manuel Mendes Silva

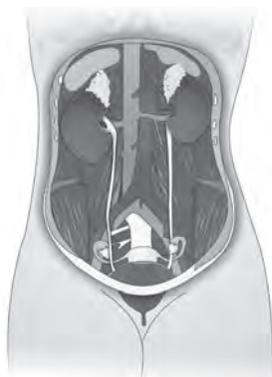
# 1

A educação para a saúde consiste na transmissão e aquisição de conhecimentos, atitudes, práticas e hábitos relacionados com a (boa) saúde, incluindo também informação sobre os principais problemas de saúde e sobre as doenças, o que está incluído no amplo conceito de literacia em saúde.

Os aspetos da educação para a saúde relacionados com a Urologia que iremos analisar incluem as seguintes vertentes: 1) Educação miccional; 2) Educação sexual; 3) Cuidados com os genitais externos; 4) Educação alimentar e de ingestão líquida; 5) Educação intestinal; 6) Educação postural e de exercício físico; 7) Educação mental e social; 8) Informação sobre os principais problemas e doenças urológicas com impacto público: conhecimentos, atitudes, práticas e hábitos, na prevenção, na doença, na sua história natural, no seu diagnóstico precoce e principais tratamentos, na sua reabilitação, assim como o seu impacto na quantidade e na qualidade de vida. Essas informações, transmitidas de forma simples e pragmática, servirão de base para desenvolvimentos complementares.

Terminaremos com uma súpula de recomendações sobre as rotinas de observação médica em Urologia.

## EDUCAÇÃO MICCIONAL



**Figura 1.1** Anatomia do aparelho urinário (Fonte: Mendes Silva, 2012).

Há muito tempo vimos defendendo o termo “educação miccional” por analogia aos mais conhecidos termos de “educação sexual” e “educação alimentar”.

geral. A educação dos profissionais de saúde, a diferentes níveis, é fundamental, para que eles a possam transmitir à população e aos utentes/doentes.

## **EDUCAÇÃO ALIMENTAR E DE INGESTA LÍQUIDA**

A educação alimentar está hoje também muito na moda e na comunicação social, nem sempre pelos melhores motivos e nem sempre transmitindo conceitos corretos. Embora atualmente exista, associado à beleza, o “culto” da magreza, com os seus excessos “negativos”, o facto é que nunca houve como agora, nas sociedades desenvolvidas “da abundância”, tantos excessos e erros alimentares condicionando doenças metabólicas, nomeadamente obesidade e diabetes, e também arteriosclerose, doenças cardio e cerebrovasculares, nefroangioesclerose e hipertensão arterial (HTA), e eventualmente cancros. Esses excessos e erros alimentares podem ser importantes em vários problemas e doenças urológicos, como a litíase urinária, certas neoplasias (próstata), a congestão pélvica, as infeções urinárias, estando também a disfunção sexual e a disfunção miccional associadas à síndrome metabólica e à arteriosclerose. Recomenda-se, pois, uma alimentação variada, sem excessos, não demasiadamente condimentada, de confeção saudável (preferência dos cozidos e grelhados em relação aos fritos). A nossa tradicional dieta mediterrânica (assim como a dieta oriental) é considerada uma boa dieta, pelo que há que implementá-la, combatendo a *fastfood* e a “dieta da abundância”. Há que promover o consumo de fibra (fruta, vegetais, etc.) e evitar excessos de sal, açúcar, farináceos, lacticínios, gorduras animais, peixes gordos (embora alguns possam ser aconselhados pelos ácidos gordos ómega-3), carnes vermelhas, ovos, vísceras, mariscos, entre outros. Há que dar preferência à gordura vegetal (óleos, azeite). Os condimentos, os picantes, as especiarias, os avinagrados, os citrinos, o chocolate, assim como o café, o chá preto e o álcool, devem ser consumidos com moderação, e há que renunciar ao tabaco e às drogas de adição. Os suplementos alimentares, antioxidantes, oligoelementos, vitaminas, minerais estão apenas indicados em situações especiais, podendo o seu uso indevido ser prejudicial.

A ingesta líquida deve ser adequada em quantidade, distribuição horária e qualidade, para uma diurese de 1,5 a 2 litros. Recomenda-se o consumo desse volume diário de líquidos, no nosso clima, em condições normais (mais quantidade de ingesta líquida, podendo chegar a vários litros, se houver calor ambiente, exposição solar e exercício físico). A ingesta líquida deve ser preferivelmente de água, podendo ser acompanhada de infusões, tisanas e chás ou de sopa. Na nossa sociedade, a “água da torneira” está convenientemente tratada, mas há quem prefira o consumo de água mineral engarrafada, mais “leve” e de consumo mais “fácil” conforme as preferências. Os refrigerantes, sobretudo se gaseificados e/ou açucarados, deverão ser condicionados, e a cerveja e o vinho consumidos com moderação.

Estes conceitos deverão ser transmitidos e assimilados de uma forma individual, mas também na família, na escola, no local de trabalho e na sociedade em geral.

## **EDUCAÇÃO INTESTINAL**

O bom funcionamento intestinal e a adequada consistência das fezes são importantes para evitar a congestão pélvica, combatendo as disfunções miccionais e as infecções urinárias. Sobretudo nos idosos não é rara a disfunção miccional causada pelo impacto fecal endurecido e volumoso, o “fecaloma”. Assim, há que promover o consumo de fibra, fruta e vegetais verdes, combater o sedentarismo e educar o intestino a um funcionamento regular e horário, evitando e eventualmente tratando a obstipação e outras disfunções e doenças intestinais e anorretais.

## **EDUCAÇÃO POSTURAL E DE EXERCÍCIO FÍSICO**

Uma postura correta no trabalho e no lazer evita cargas e esforços a nível osteo-articular e muscular, sobretudo a nível da coluna vertebral, que podem gerar dor e contratura muscular, muitas vezes erradamente percecionadas e descritas como “dores nos rins”.

Por outro lado, há que evitar posições que provoquem congestão pélvica, como o estar muito tempo sentado, o que acontece em alguns trabalhos e profissões, em viagens, e em alguns lazeres, como no sofá a ler ou “em frente da televisão”, ou sentado “em frente do computador”. Nessas situações aconselha-se o levantar e a deambulação periódicos (mais ou menos de hora a hora, ou de 90 em 90 minutos), ainda que por pouco tempo.

Importante nos dias de hoje nas “sociedades do consumo e da abundância” é a prevenção, com exercício físico, da síndrome metabólica, do *stress* oxidativo, de mediadores inflamatórios. Há que prevenir, através de dieta apropriada (como atrás referido), de descontinuação de álcool e tabaco, e de combate ao *stress* e ao sedentarismo, com exercício físico, essa síndrome metabólica, que cursa com obesidade, dislipidemia, intolerância à glucose, hipertensão, arteriosclerose e que pode condicionar também, na vertente urológica, hiperplasia benigna da próstata (HBP), carcinogénese prostática, disfunção miccional, disfunção sexual e “andropausa” precoce.

## **EDUCAÇÃO MENTAL E SOCIAL**

Este tipo de educação para a saúde passa em primeiro lugar por estimular, inteligentemente, a visão positiva dos factos e acontecimentos, sobretudo os relacionados com a saúde (e até com a doença), promovendo atitudes e comportamentos



## RECOMENDAÇÕES NAS INFECÇÕES URINÁRIAS

- Beba muitos líquidos, nomeadamente água, distribuídos por todo o dia (cerca de 1,5 a 2 litros diários, no inverno; mais no verão, conforme o calor, se fizer exercício físico, se transpirar, ou por outra eventual razão que proporcione diminuição da diurese). Pode ser água da torneira ou mineral, sem ser muito ácida ou alcalina. Pode ser água “chalada” ou infusões. Refrigerantes, sobretudo gaseificados, devem ser condicionados;
- Tenha uma alimentação saudável e variada, sem excessos. Evite excessos de condimentos, picantes, especiarias, aperitivos, salgados, avinagrados, “petiscos”, citrinos, bebidas alcoólicas, com exceção de um a dois copos de vinho tinto, acompanhando as refeições. Café e chá preto devem ser de consumo moderado. Outros chás, tisanas ou infusões são de consumo à vontade, alguns chás e sumos poderão ser eventualmente benéficos (chá de barbas de milho, sumo de arando). Alimentos, frutos, sumos, ou produtos/ medicamentos muito ácidos ou alcalinos são de evitar;
- Evite a congestão pélvica. Não esteja muito tempo sentado(a), sobretudo em sofás e poltronas fundas. Levante-se periodicamente (de hora a hora) e deambule um pouco. Nas viagens grandes de automóvel, autocarro, moto, etc., faça paragens periódicas e deambule, urinando com mais frequência e evacuando se o não fez antes. No avião, em grandes viagens, passeie quando para tal houver condições, e esvazie regularmente a bexiga e o intestino. À noite, a ver televisão, no computador, a ler ou a conversar, evite os sofás mais fundos e levante-se a intervalos. Nos espetáculos, levante-se e deambule nos intervalos. Nas reuniões faça (ou peça que façam) intervalos para deambular. Se tem um trabalho sedentário, estando muito sentado(a) à secretária, e/ou se conduz ou se viaja muito, procure defender-se seguindo estes conselhos, e não tendo a bexiga e o intestino cheios;
- Não retenha a urina. Urine “antes de” nas situações em que dificilmente pode urinar (viagens, aulas, reuniões, espetáculos, refeições prolongadas, antes de deitar, etc.). Urine com a frequência necessária, não “prenda”. Urine até ao fim, despejando toda a bexiga, não interrompendo, e eventualmente, se for caso disso, facilitando o seu esvaziamento através da posição “de côcoras” ou com nova micção a seguir. Aguarde ou promova o esvaziamento da uretra. Contrariamente ao que muitos pensam, as infeções urinárias não se apanham nas casas de banho, embora uma grande falta de higiene possa ser fator predisponente;
- Faça uma vida sexual saudável, regular e sem excessos. Urine depois das relações sexuais. É importante, no sexo feminino, que tenha uma boa lubrificação genital e uma boa troficidade vaginal, se não, há que corrigir essas

(continua)

## **Dieta**

Devemos resistir à tentação de compensar as perdas de proteinúria com suplementação proteica, que só iria agravar a proteinúria e, neste contexto, acelerar a progressão da insuficiência renal. Apontamos para uma ração de 0,8 g/kg/dia de proteínas.

## **TERAPÊUTICA ESPECÍFICA DA DOENÇA GLOMERULAR**

O tratamento específico de cada tipo de doença glomerular deve ser orientado por nefrologista. A maioria dos esquemas propostos envolve imunomodulação, tem benefícios controversos e muitas vezes marginais, efeitos indesejáveis potencialmente graves, com avaliações de custo-benefício que devem ser personalizadas ao momento.

## **PROGNÓSTICO**

O prognóstico da doença glomerular é incerto, a resposta à terapêutica é imprevisível, muitas vezes negativa. Induzimos uma imunossupressão agressiva, sujeita a complicações infecciosas ou hemorrágicas que condicionam negativamente o prognóstico.

A esperança de parar a progressão esperada para a insuficiência renal crônica é tanto mais bem-sucedida quanto menor a creatinina sérica e a proteinúria à data do diagnóstico, quanto menores os indicadores de cronicidade na biopsia (fibrose intersticial, esclerose glomerular, atrofia tubular), e depende da nossa capacidade de reduzirmos a proteinúria para valores inferiores a 1 g/dia.

O prognóstico da anomalia urinária assintomática isolada, que frequentemente nos chega à consulta na sequência de inspeções militares, de medicina desportiva, de medicina no trabalho, ou por exames de rotina solicitados por seguradoras em indivíduos aparentemente saudáveis, é muito variável. Se a proteinúria for < 500 mg/dia, ou a albuminúria < 300 mg/dia, e que, por definição, estejam associadas a pressão arterial e a função renal normais, o prognóstico é excelente, devendo estes doentes ser acompanhados nos primeiros anos a cada 6 a 12 meses do ponto de vista clínico e laboratorial.

## **DOENÇA RENAL CRÔNICA**

A DRC consome grande parte do quotidiano de um nefrologista, sendo esta síndrome o estágio final para o qual evoluem muitos dos doentes das outras nove síndromes descritas.

A DRC é definida como uma doença com a presença de um dos seguintes



# TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Alfredo Mota

# 3

## NOÇÕES BÁSICAS

A transplantação renal (TR) é, reconhecidamente, a melhor terapêutica substitutiva renal para os doentes com insuficiência renal terminal que dela necessitam. “Quando é tarde para prevenir, quando nem a medicina nem a cirurgia são capazes de curar o órgão ou o tecido lesados, só há uma solução, substituir a parte doente por outra em melhor estado”. No caso do rim e da falência renal, a diálise, nas suas duas formas, a diálise peritoneal (DP) e a hemodiálise (HD), é a terapêutica substitutiva mais praticada, embora a TR seja a mais desejada porque permite uma vida praticamente normal.

A TR foi, no contexto das transplantações de órgãos sólidos, a pioneira; é a mais praticada e a que apresenta melhores resultados. Os transplantes constituíram uma verdadeira revolução na medicina e um dos seus maiores progressos de todos os tempos. Desde logo e sob o ponto de vista concetual, a transplantação caracterizou-se por trazer à Medicina, com uma história de mais de 2000 anos, uma inovação como até aí nunca tinha acontecido, que foi a introdução de um terceiro elemento, o dador/órgão, na clássica relação a dois, médico-doente. Mas, paradoxalmente, foi esta novidade que se tornou a sua maior limitação, já que a escassez de órgãos continua a impedir que milhares de doentes que aguardam o seu transplante o vejam concretizado. Na verdade, só cerca de 25% dos doentes em lista de espera são transplantados em cada ano, o que é manifestamente insuficiente. No nosso país, o número de transplantes renais por ano tem andado à volta dos 450, isto é, 45 por milhão de habitante (pmh), o que é uma das melhores taxas a nível mundial.

## CANDIDATOS A TRANSPLANTE RENAL

Os candidatos a TR são os doentes com doença renal crónica (DRC) que necessitam de terapêutica de substituição renal. Aquela divide-se em cinco estádios, sendo o mais grave e terminal o estádio 5 – DRC 5, que se caracteriza por uma taxa de filtração glomerular (TFG) < 15 ml/min, o que é uma indicação para o início da terapêutica substitutiva da função renal. Para além desta referência da TFG, as indicações para terapêutica de substituição renal incluem as seguintes situações não controláveis com a terapêutica médica: hipercaliemia, acidose, edema agudo

calendário. A taxa de insucesso deste método é alta (cerca de 35%). Para além deste método, pode ser utilizado o método de avaliação da temperatura basal, vaginal ou retal (após a ovulação há um ligeiro aumento da temperatura basal entre 0,2 e 0,4 °C).

### **PRESERVATIVO MASCULINO**

Método eficaz e que protege contra DST, incluindo infeção VIH e HPV. Pode ser produzido com látex, poliuretano ou silicone. No entanto, as taxas de insucesso variam entre os 10-30%, durante o primeiro ano, principalmente pela utilização incorreta. A associação com lubrificantes deve estar limitada aos de origem aquosa, evitando a danificação do preservativo ou a rutura.

### **PRESERVATIVO FEMININO**

Consiste numa bolsa aplicada pela mulher, formada por um material fino, de poliuretano com dois anéis nas extremidades (um dos anéis encaixa na porção mais profunda da vagina e o outro próximo do introito). Pode ser colocado antes do início da relação sexual e permanecer mais tempo na vagina comparativamente com o preservativo masculino. Pode ser reutilizado (cerca de oito vezes).

### **DIAFRAGMA VAGINAL**

São anéis circulares com cerca de 50-105 mm de diâmetro. Adaptam-se e cobrem o colo do útero, necessitando de aprendizagem relativamente à colocação por parte da mulher. Pode ser colocado 6 horas antes da relação sexual (RS) e deve permanecer 6-24 horas após a RS. Podem provocar irritação vaginal e aumentar o risco de ITU. Uma vez que já estão disponíveis métodos com melhor perfil de segurança e facilidade de colocação, a utilização do diafragma vaginal é atualmente limitada. Oferecem alguma proteção contra as DST.

### **DIAFRAGMA CERVICAL**

Consiste num dispositivo de borracha que é aplicado sobre o colo do útero e mantido em posição por sucção. Requer aprendizagem para colocação e é atualmente pouco utilizado. Não deverá permanecer mais de 48 horas na vagina e a sua correta aplicação deve ser confirmada através do autoexame.

### **ESPERMICIDAS**

Têm um efeito tóxico para o sémen e atuam como barreira à entrada do sémen do canal cervical. O nonoxinol-9 é o mais conhecido e pode ser utilizado juntamente

## SEXO NA GRAVIDEZ

Nos primeiros três meses da gravidez, o desejo da mulher está, geralmente, diminuído. Ela encontra-se nauseada, por vezes com vômitos, tem mais sono do que o normal, frequentemente tonturas, e as mamas aumentam de volume, tornando-se dolorosas. Nestas circunstâncias, é frequente que a mulher não tenha muita disponibilidade para fazer amor. Entre o terceiro e o sexto mês, a libido da mulher, geralmente, volta aos níveis normais. Os vômitos, as náuseas e tonturas desapareceram, as mamas tornam-se menos dolorosas e até o sono diminuiu. Estes três meses são considerados a fase dourada da gravidez: a barriga ainda está pequena, a mulher sente-se bem e o casal só precisa de um pouco de imaginação para conseguir algumas posições mais confortáveis. Nos últimos três meses, os casais geralmente reduzem a frequência com que fazem amor. A barriga cresceu muito, o número de posições sexuais fica mais reduzido.

O parto é o momento mágico na vida de um casal, em que o bebé virtual, imaginado e observado na ecografia se torna real.

Após o nascimento, não há apenas um recém-nascido, nasce também uma recém-mãe e um recém-pai. A ligação entre a mãe e o bebé tende a ser tão forte que quase a anestesia em relação ao resto do mundo (infelizmente, muitas vezes, do pai também!). Ocorrem várias transformações físicas e emocionais que têm impacto na vida diária da mulher, nas suas rotinas e, naturalmente, na relação do casal. A hormona responsável pela produção do leite é a prolactina, hormona essa que bloqueia ou diminui a ovulação e, conseqüentemente, a libido. Se acrescentarmos a esta diminuição, o efeito da pílula (que também diminui a libido), os horários incertos, as longas noites sem dormir e a grande preocupação com o bebé, não resta muito espaço na vida da mulher para o casal e para a sua sexualidade.

## FAZER AMOR DEPOIS DO PARTO

Após a gravidez, surgem muitos receios sobre o momento e a forma adequadas de retomar a atividade sexual. Geralmente, pode ser iniciada cerca de quatro semanas após o parto, quer seja por via vaginal ou cesariana. Após um parto por via vaginal, o início das relações sexuais pode ser doloroso, sendo necessário por vezes utilizar um lubrificante antes e um creme após (por exemplo, o mesmo que utiliza no assado do bebé quando muda a fralda). É habitual que a mulher tenha hemorragia vaginal (lóquios) no primeiro mês a seguir ao parto. Quanto menos vezes fizer amor, mais irá prolongar a inicial sensação de incómodo ou ardor e após várias semanas sem fazer amor, a mucosa vaginal está mais fragilizada e precisa de ser “utilizada” para voltar à resistência normal.

passa por reduzir a ansiedade, por utilizar técnicas de relaxamento, por ultrapassar os pensamentos negativos.

## DISFUNÇÃO ERÉTIL

A disfunção erétil é a incapacidade persistente para obter ou manter uma ereção peniana que permita a um homem ter relações sexuais satisfatórias. Significa o mesmo que “impotência sexual”, embora este termo seja menos utilizado pela comunidade científica, exceto quando descreve um grau extremo de disfunção erétil.

Quando os impulsos cerebrais originados pelo estímulo erótico chegam ao tecido cavernoso peniano, uma série de acontecimentos bioquímicos determina o relaxamento das fibras musculares lisas. É esse fator que obriga a que o sangue arterial comece a encher os espaços abertos. O sangue, cada vez em maior quantidade, faz com que o pênis entumeça e expanda. Cria-se assim uma pressão intracavernosa cada vez maior, que vai comprimir as pequenas veias periféricas de encontro à túnica albugínea. É esse mecanismo que encerra as veias, o que permite o estabelecimento e a manutenção da rigidez peniana, indispensáveis para a ereção.

A disfunção erétil pode surgir sempre que houver interrupção ou perturbação de qualquer dos acontecimentos fisiológicos atrás sumarizados. Ou pode surgir por razões psicogénicas.

Cerca de 10 a 20% dos casos de disfunção erétil devem-se exclusivamente a fatores psicológicos. Entre eles encontram-se a ansiedade, a depressão, a falta de autoestima, o sentido de culpa, o medo de falhar. Mas a maior parte dos fatores psicológicos existe em associação com as causas orgânicas ou, melhor dizendo, surge como reação secundária às causas físicas. Esse grupo pode atingir 80% das situações.

As causas físicas são principalmente de dois tipos: neurológicas como, por exemplo, os casos de interrupção da condução nervosa periférica por cirurgias radicais de remoção do reto, da próstata e da bexiga; ou vasculares, quando a circulação sanguínea do pênis está perturbada.

A causa mais frequente de disfunção erétil é precisamente a insuficiência arterial, que é responsável por cerca de 60-70% das causas orgânicas de disfunção. Uma série de doenças crónicas – aterosclerose, HTA, diabetes, alcoolismo, tabagismo – provoca alterações da parede dos vasos sanguíneos, obstruindo o seu interior ou diminuindo a elasticidade da sua parede. Isso pode determinar uma diminuição do aporte sanguíneo.

Menos frequente é a insuficiência venosa, que acontece em cerca de 20% dos casos orgânicos de disfunção erétil e pode dever-se a malformação congénita ou a

Do ponto de vista terapêutico, devem ser tomados em consideração quadros em que deparamos com espermatozoides no limite inferior da normalidade e que, não devendo ser considerados anormais, beneficiam o prognóstico de outras atuações terapêuticas em curso, nomeadamente inseminações intracervicais, sem tratamento de esperma.

## **ABORTO HABITUAL**

Por definição, considera-se aborto uma interrupção espontânea de gravidez, ocorrendo antes das 20 semanas a partir do primeiro dia da última menstruação.

Em geral, considera-se que a taxa de aborto se situa à volta de 15% do total de gravidezes reconhecidas clinicamente, podendo estas situações ser mais frequentes se entrarmos em linha de conta com as perdas que ocorrem antes da data prevista da menstruação.

Aborto habitual é a situação clínica em que se verifica uma perda de, no mínimo, três gravidezes consecutivas, sendo que, com base nesta definição, se torna muito mais provável a ocorrência de ulteriores abortos.

Do ponto de vista etiopatogénico, considera-se que a quase totalidade destes casos está relacionada com anomalias cromossómicas embrionárias ou fetais, não decorrendo de anomalias parentais, destacando-se as trissomias dos cromossomas 13, 16, 18, 21 e 22.

A percentagem de outras etiologias não cromossómicas é consideravelmente mais baixa e pode depender de problemas anatómicos, ambientais, endócrinos, infecciosos e imunológicos. Estas causas, todavia, só raramente poderão conduzir às situações de aborto habitual.

Como já tivemos oportunidade de referir, as anomalias anatómicas uterinas, particularmente os úteros septados, também contribuem significativamente (10-15%) para uma maior incidência de abortos, mas com o recurso à histeroscopia cirúrgica é relativamente fácil corrigir este problema.

## **PROcriação Medicamente Assistida**

Procriação Medicamente Assistida (PMA) é atualmente a designação generalizada das técnicas que tiveram como base mais marcante a Fertilização *in vitro* (FIV), a variante que popularizou o recurso à fecundação extracorporal, que veio permitir resolver uma série de problemas causadores de infertilidade conjugal até então insuscetíveis de tratamento eficaz.

Idealizada em algumas das suas linhas gerais muitos anos antes da sua aplicação terapêutica, tornou-se, num curto prazo, a solução para essas situações, mas

# EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Uma das vertentes em que os médicos se devem empenhar nas sociedades atuais, assim como as suas associações científicas e profissionais, é na transmissão à população de conhecimentos, comportamentos, hábitos, atitudes, recomendações e exemplos relacionados com a promoção da saúde e a prevenção das doenças, informando também sobre a sua história natural e os seus efeitos, promovendo diagnósticos precoces e tratamentos adequados, melhorando a qualidade e a quantidade de vida. É o que chamamos de “Educação para a Saúde” incluída no amplo conceito de “Literacia em Saúde”.

Neste livro iremos abordar alguns aspetos relacionados com os aparelhos urinário e sexual masculino e feminino, que compreendem as especialidades médicas de Urologia, Andrologia, Nefrologia, Transplantação renal, Ginecologia, Sexologia feminina e masculina, e Medicina da Reprodução, fazendo algumas reflexões e transmitindo informações e mensagens, de uma forma simples e pragmática, que servirão de base para desenvolvimentos complementares. Elas são dirigidas aos profissionais de saúde, médicos de Medicina Geral e Familiar, mas também a médicos não especialistas no tema, estudantes de Medicina, e até profissionais não médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, bem como, através dos Médicos de Família, para o público, para os utentes de serviços de saúde, para os [já] doentes e para os seus cuidadores.

## MANUEL MENDES SILVA

Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia e *Fellow* do European Board of Urology. Ex-Presidente da Associação Portuguesa de Urologia, da Associação Lusófona de Urologia, do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos, do Conselho Disciplinar Sul da Ordem dos Médicos e da Oficina de Ética da Confederación Americana de Urología. Presidente do Conselho Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos e Presidente da Comissão de Ética da Associação Portuguesa de Urologia.



ISBN 978-989-752-267-3



[www.lidel.pt](http://www.lidel.pt)