

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

# Abordagem biopsicossocial da dor sexual no sexo masculino – a dor como causa de disfunção sexual no homem

Beatriz Frias Augusto Lopes

**M**

2018



ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## **“Abordagem biopsicossocial da dor sexual no sexo masculino – a dor como causa de disfunção sexual no homem”**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

### **Beatriz Frias Augusto Lopes**

Aluna nº201104998 do Mestrado Integrado em Medicina | 6º Ano Profissionalizante  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar | Universidade do Porto  
Morada: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto – Portugal  
E-mail: beatriz.frias.lopes@gmail.com

### **Dr. Nuno Rossano Monteiro Louro**

Categoria: Assistente Hospitalar de Urologia  
Assistente Convidado da Unidade Curricular de Urologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto  
Afiliação: Centro Hospitalar do Porto e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
Largo do Professor Abel Salazar, 4099-001 Porto – Portugal

**“Abordagem biopsicossocial da dor sexual no sexo masculino – a dor como causa de disfunção sexual no homem”**

Mestrado Integrado em Medicina  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

A estudante:

Beatriz Juas Augusto Lopes

O orientador:

Alma Rosário Monteiro Lopes

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Nuno Louro, pela orientação científica deste trabalho, disponibilidade e ajuda, bem como pela sua boa disposição e amizade.  
Ao Marco, por todo o amor e paciência, e sobretudo por me inspirar com o seu exemplo a querer ser e fazer sempre melhor.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por tudo o que nem consigo aqui mencionar.

Aos meus amigos, por serem isso mesmo, amigos, quando mais preciso.  
E a todos aqueles que nunca duvidaram que eu seria capaz e que me ajudam a projetar-me diariamente num futuro brilhante que virá.

## RESUMO

A dor sexual no género masculino é um sintoma ao qual tem sido dada pouca atenção na literatura médica. De igual forma, a dor enquanto causa de disfunção sexual masculina, é uma temática pouco divulgada. A estas duas junta-se ainda como problemática o facto de não haver uma definição universal da condição. Neste seguimento, e dada a relevância multidimensional deste sintoma, serão abordadas as principais causas, implicações, classificação, critérios diagnósticos, contexto psicossocial e abordagem do doente do sexo masculino com dor sexual.

Serão discutidas a ereção e ejaculação dolorosas, dor pélvica crónica e prostatite, fimose, doença de Peyronie, patologias cutâneas da genitália e infeções sexualmente transmissíveis, freio prepucial curto, contexto pós-cirúrgico de prostatectomia radical, anodispareunia e hispareunia.

O objetivo desta revisão bibliográfica é reunir a informação mais relevante até então escrita sobre o tema, de modo a clarificar os conceitos envolvidos e sumarizar as diretivas da abordagem destes doentes numa perspetiva biopsicossocial, bem como incentivar uma maior investigação nesta área da saúde sexual. Para isso recorreu-se à recolha de informação científica, utilizando como motores de busca o *PubMed* e o *ScienceDirect*, e também diretamente em algumas revistas científicas relacionadas com o tema.

Sabe-se que este sintoma doloroso afeta negativamente a função sexual do homem e que, além de impacto biológico, tem também implicações significativas na qualidade de vida dos doentes, associando-se a uma redução da qualidade de vida, bem como a uma diminuição do bem-estar emocional e aumento dos níveis de ansiedade e depressão.

De modo geral, esta revisão pretende fazer ressalva para a dor sexual masculina enquanto problemática de saúde e salientar a importância das variáveis biológicas, bem como psicossociais na vivência da dor sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Relação Sexual Dolorosa, Dispareunia no homem, Hispareunia, Disorgasmia no homem, Disfunções Orgásmicas, Dor Ejaculatória, Anodispareunia, Disfunções sexuais dolorosas, Dor Pélvica Crónica.

## ABSTRACT

*Sexual pain in men is a well-recognized symptom that has not received enough attention in the medical literature, as well as pain resulting in sexual dysfunction. Moreover, reports of male sexual pain lack the use of a uniform definition for the condition. Following this, and due to the multidimensional importance of this sexual health topic, main causes, implications, classification, diagnostic criteria, psychosocial context and approaches will be discussed.*

*The major causes of pain that will be discussed are painful erection and ejaculation, chronic pelvic pain and prostatitis, phimosis, Peyronie's disease, cutaneous pathologies and sexually transmitted infections, short frenulum, post-surgical context of radical prostatectomy, anodyspareunia and hyspareunia.*

*The main objective of this review is to summarize the most important information published so far about this topic, in order to clarify the concepts involved in a biopsychosocial perspective, as well as to encourage further investigation in this field of sexual health. The scientific information collected using PubMed and ScienceDirect as search engines, and also from scientific magazines related to the same topic.*

*It is known that this painful symptom negatively affects the sexual function of man and that, in addition to its biological impact, it also has significant implications on patients' quality of life, being associated with a reduction in quality of life as well as a decrease emotional well-being and increased levels of anxiety and depression.*

*Overall, this review article recognizes male sexual pain as a health issue and emphasizes the relevance of the biological as well as the psychosocial aspects in the explanation of male sexual pain.*

*KEY WORDS: Painful Intercourse, Male Dyspareunia, Hispareunia, Male Dysorgasmia, Orgasmic Disorders, Ejaculatory Pain, Anodyspareunia, Sexual Pain Disorders, Chronic Pelvic Pain.*

## ABREVIATURAS

CP/PPS - Prostatite Crónica/Síndrome da dor pélvica crónica  
CPSI – Chronic Prostatitis Symptom Index  
DE - Disfunção Erétil  
DP - Doença de Peyronie  
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
EAU - European Association of Urology  
EP - Ejaculação Prematura  
HBP - Hiperplasia Benigna da Próstata  
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana  
IASP - International Association for the Study of Pain  
ICSM - International Consultation on Sexual Medicine  
IIEF – International Index of Erectile Function  
IPSS - International Prostatic Symptom Score  
NIDDK - National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases  
NIH - National Institutes of Health  
NIH-CPSI - National Institute of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index  
NATSAL – British National Survey of Sexual Attitudes  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
REM – Rapid Eye Movement  
SRPE - Sleep-Related Painful Erections

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS .....	1
MATERIAIS E MÉTODOS .....	1
DOR.....	3
DOR SEXUAL MASCULINA .....	3
CARÁCTER BIOPSISSOCIAL DA DOR SEXUAL MASCULINA .....	4
A DOR COMO CAUSA DE DISFUNÇÃO .....	5
CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS .....	6
EPIDEMIOLOGIA.....	6
CAUSAS DE DOR SEXUAL MASCULINA .....	8
EREÇÃO DOLOROSA.....	8
DOENÇA DE PEYRONIE .....	10
EJACULAÇÃO DOLOROSA/DISORGASMIA.....	11
PROSTATITE CRÓNICA/SÍNDROME DA DOR PÉLVICA CRÓNICA .....	13
FIMOSE .....	15
PATOLOGIAS CUTÂNEAS DA GENITÁLIA MASCULINA E INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....	16
FREIO PREPUCIAL CURTO .....	16
PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL .....	17
ANODISPAREUNIA.....	19
HISPAREUNIA – DISPAREUNIA IATROGÉNICA DO PARCEIRO DO SEXO MASCULINO .....	22
ABORDAGEM DO DOENTE DO SEXO MASCULINO COM DOR SEXUAL.....	25
CONCLUSÕES.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	29
ANEXOS.....	35

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Algoritmo de tratamento da Doença de Peyronie da EAU, adaptado de EAU Guidelines. Male sexual disfunctions. (2018). Disponível em: <a href="http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3_3">http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3_3</a> . ....	35
Figura 2 - Algoritmo diagnóstico de Dor Pélvica Crónica da EAU, adaptado de: EAU Guidelines. Chronic Pelvic Pain. (2018). Disponível em: <a href="http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/">http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/</a> . ....	36
Figura 3 - Algoritmo para o diagnóstico e tratamento da ICSM-5, adaptado de: Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. J Sex Med. 2013; 10(1): 26-35. ....	37

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de Prostatite da NIH. Adaptado de: Krieger JN, Nyberg L Jr, N. J. NIH consensus definition and classification of prostatitis. (1999). ....	38
Tabela 2 - Síndromes de dor urológica. Adaptado de EAU Guidelines. Chronic Pelvic Pain. (2018). Disponível em: <a href="http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/">http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/</a> . ....	39

## INTRODUÇÃO

Segundo a definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é uma “experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”<sup>1</sup>. Tal descrição parece significar que a dor não é apenas uma sensação, mas sim um fenómeno complexo, que deve ser compreendido à luz de uma perspectiva mais abrangente, nomeadamente no contexto de um modelo envolvendo as vertentes biológica, psicológica e social.

Quando associada ao contexto sexual, vários trabalhos de investigação sobre a dor afirmam que este sintoma afeta negativamente a função sexual<sup>2,3</sup>. No entanto, a dor sexual masculina tem sido alvo de pouca atenção na literatura médica, sendo raramente mencionada como causa de disfunção sexual. De facto, verifica-se que há uma grande disparidade da informação existente relativa a este tema nos diferentes sexos. Em adição, constata-se não haver atualmente uma definição específica e uniforme da condição do doente do sexo masculino com dor sexual, estando deste modo dificultado o seu correto reconhecimento e sua posterior abordagem.

A dor associada à atividade sexual tem implicações significativas na qualidade de vida do doente, salientando-se o facto de que o aumento dos níveis de ansiedade e depressão poderão ser tanto a causa como também a consequência da disfunção sexual no homem<sup>4</sup>, podendo até levar o indivíduo a evitar situações de intimidade sexual. Assim sendo, parece importante reconhecer a dor sexual masculina enquanto problemática de saúde bem como discutir a conceptualização e avaliação da mesma.

## OBJETIVOS

Esta revisão bibliográfica pretende reunir a informação mais relevante publicada sobre o tema, tendo como objetivos clarificar os conceitos envolvidos e sumarizar as diretivas da abordagem destes doentes, bem como incentivar uma maior investigação nesta área da saúde sexual. Ao mesmo tempo pretende tratar o tópico de forma mais abrangente, abordando-o segundo uma perspectiva biopsicossocial, e não apenas à luz da mais simplista visão biomédica.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração desta dissertação foi recolhida informação científica incluída em artigos de estudos primários, revisões sistemáticas e meta-análises, escritos em inglês e português, e publicados na sua maioria entre 2002 e 2017, sendo que artigos anteriores a estes limites foram seletivamente incluídos por serem especialmente relevantes.

Para a pesquisa foram utilizados como motores de busca o *PubMed* e o *ScienceDirect*, e esta também foi realizada diretamente em algumas revistas científicas, nomeadamente o *The Journal of Sexual Medicine* e o *Journal of Sex & Marital Therapy*. A procura de artigos foi feita com base nos seguintes termos: *male painful intercourse, male dyspareunia, male dysorgasmia, orgasmic disorders, ejaculatory pain, hispareunia, anodyspareunia, sexual pain disorders, sexual disfunctions, partner dyspareunia, chronic pelvic pain, painful sex, prostatitis*, entre outros. E, especificamente ao nível do Pubmed, a pesquisa foi realizada com base na seguinte fórmula de palavras Mesh: "Pain"[Mesh] AND "Dyspareunia"[Mesh] AND "Male genital diseases"[Mesh] AND "Psychological sexual disfunctions"[Mesh] AND "Sexual disorders"[Mesh] AND "Orgasmic disorders"[Mesh] AND "Pelvic pain"[Mesh] AND "Sexual behavior"[Mesh] AND "Sexual health"[Mesh] AND "DMS-V"[Mesh].

A recolha de dados terminou em abril de 2018.

## DOR

A dor surge como um fenómeno fundamental para a manutenção da integridade física dos indivíduos, uma vez que está relacionado com a capacidade que o sistema nociceptivo tem de detetar estímulos lesivos e desencadear respostas reflexas que evitem o aparecimento de lesões ou previnam o seu agravamento. Este sintoma funciona assim como um sistema de alarme sendo que, além desta função vital, não tem mais nenhuma vantagem fisiológica, constituindo motivo de sofrimento e redução da qualidade de vida em muitos indivíduos<sup>5</sup>.

A dor é um sintoma bastante complexo, na medida em que se trata, por um lado, de um fenómeno multidimensional que envolve vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, e por outro, porque é um fenómeno subjetivo, sendo que poderá ser descrito apenas pela pessoa que o sente<sup>6</sup>. De facto, uma mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse preciso momento<sup>7</sup>. Assim, depreende-se que esta afeta o indivíduo na sua globalidade, devendo por isso a sua abordagem ser multidimensional, tendo em conta os aspetos sensoriais, psicológicos, sociais e culturais que a ela se associam<sup>5</sup>.

A dor constitui o principal motivo de procura de cuidados de saúde<sup>8</sup>, também daí a sua importância enquanto sintoma. No entanto, esta deixa de ser um sintoma e passa a ser uma doença em si mesma quando passamos a falar de dor crónica, geralmente definida como uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 6 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem<sup>7</sup>.

Devido à sua elevada frequência e potencial para causar incapacidades, a dor constitui um verdadeiro problema de saúde pública que justifica uma atuação planeada, organizada e cientificamente validada, de modo a promover a redução das desigualdades, a qualidade de vida e a humanização dos cuidados de saúde<sup>9</sup>. Assim, o controlo da dor deve ser considerado uma prioridade na abordagem em saúde, sendo que acarreta consigo implicações a muitos outros níveis, nomeadamente a nível inter-relacional, laboral e socioeconómico, entre outros<sup>10</sup>.

## DOR SEXUAL MASCULINA

Quando associada ao contexto sexual masculino, a definição e estratégias de avaliação e abordagem da dor não são tão fáceis de explicitar, uma vez que se trata de uma área pouco abordada pela investigação. Contudo, com base na definição proposta por Luzzi<sup>11</sup>, o quadro clínico de dor sexual masculina é definido como a presença de dor recorrente ou persistente há pelo menos 3 meses, associada à atividade sexual, e em

homens com mais de 18 anos. Sabe-se também que se trata de uma questão de etiologia multifatorial<sup>12</sup>, não sendo ainda clara a forma como os fatores cognitivos, afetivos e sociais contribuem para o desenvolvimento de quadros de dor no contexto sexual masculino, apesar de haver já estudos que referem tais fatores como contribuintes<sup>13</sup>.

## CARÁCTER BIOPSIKOSSOCIAL DA DOR SEXUAL MASCULINA

A dor sexual masculina pode ter efeitos devastadores nos doentes, afetando tanto o próprio indivíduo como os seus relacionamentos<sup>14</sup>.

No âmbito da investigação no contexto da dor, Turk<sup>15</sup> refere que esta se trata de um fenómeno multidimensional e biopsicossocial, para o qual interagem fatores cognitivos, afetivos e comportamentais, que influenciam todo o processo de perceção, manutenção e exacerbação da dor, bem como a sua resposta ao tratamento. Como fatores influenciadores nomeia, entre outros, o evitamento, vulnerabilidade e ansiedade. Um outro trabalho<sup>16</sup>, também este no âmbito da dor sexual, mas relativo ao sexo feminino, veio propor que a dor seja encarada como um modelo integrativo de fatores de ordem fisiológica, psicológica e sociocultural. Os autores referem como fatores fisiológicos os genéticos e os neuronais, como fatores psicológicos os cognitivos e afetivos, e como fatores socioculturais os relacionais. Estas condicionantes vão interagir entre si de forma a desenvolver o quadro de dor como sendo uma espécie de ciclo vicioso no qual a componente emocional influencia e é influenciada de forma a alterar a sintomatologia e o desconforto geral do doente em relação a esta.

A propósito do impacto sociocultural deste tema, Garcia e Cano<sup>17</sup> demonstraram uma relação positiva entre satisfação sexual e satisfação conjugal, levando-nos a pensar que a satisfação sexual tem um papel na manutenção de relações conjugais satisfatórias e que, assim sendo, a sua ausência terá um papel contrário, disruptivo.

A dor genital tem influência na atividade sexual, referiram Aubin *et al*<sup>8</sup> no seu estudo em homens com síndrome da dor pélvica crónica, no qual verificaram que a atividade sexual diminuía quando associada a depressão, bem como a excitação e a ereção diminuía quando a dor e a ansiedade se associavam ao quadro. Assim, realça-se que estudos no âmbito da síndrome da dor crónica pélvica demonstraram a influência não só dos fatores orgânicos, mas também dos fatores psicológicos na dor crónica. No caso concreto da depressão, sabe-se que os sintomas depressivos têm um impacto negativo tanto na frequência da atividade sexual como no atingimento do orgasmo<sup>3</sup>.

A dor sexual masculina está ligada a uma redução da qualidade de vida dos homens, reportando os homens sintomáticos maiores níveis de depressão e de insatisfação sexual quando comparados com os assintomáticos<sup>3</sup>.

Torna-se cada vez mais claro que fatores psicológicos, interpessoais e socioculturais desempenham um importante papel tanto no desenvolvimento como na manutenção de disfunções sexuais<sup>4</sup>. Neste sentido, surge a perspectiva biopsicossocial da dor, que é um modelo mais abrangente quando comparada com a mais simplista perspectiva do modelo dito biomédico. Este, o modelo biomédico, concebe a dor como unidimensional, fisiológico-sensorial, como sendo um mecanismo direto e como se tratando de uma resposta automática a um fator externo. Esta visão simplista tem sido muito contestada<sup>18</sup> e tornou-se cada vez mais claro que o modelo biomédico não seria capaz de explicar o desenvolvimento e manutenção da dor crónica, pelo que surgiu o modelo biopsicossocial, com vista a incorporar os diversos fatores que poderão estar associados à complexidade da dor. Este último, avalia a interação complexa e dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, que despoletam, perpetuam e agravam algumas manifestações clínicas. Comparativamente com o tradicional modelo biomédico, esta abordagem biopsicossocial envolve uma perspectiva multidimensional e complexa sobre a dor, adequando-se melhor às evidências que defendem a relevância da dimensão psicossocial na dor genital masculina<sup>19</sup>.

## A DOR COMO CAUSA DE DISFUNÇÃO

Vários trabalhos de investigação afirmam que sintomas de dor afetam negativamente a função sexual. Esta ideia é, de certa forma, descrita no estudo de Lutz *et al*<sup>2</sup>, no qual se constatou que a dor testicular perturba o desejo e a satisfação sexuais, bem como que a presença de dor perineal aumenta a probabilidade dos homens classificarem a sua disfunção sexual como importante. Num outro estudo, a dor foi associada a ansiedade em contexto sexual, falta de interesse em ter relações sexuais e ainda a dificuldades relacionadas com o orgasmo e com a ereção<sup>20</sup>. Também Aubin *et al*<sup>6</sup> reportou uma diminuição do desejo sexual e um aumento de disfunção sexual nos homens com dor pélvica crónica.

De facto, a função sexual foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um indicador de saúde e, neste seguimento, a disfunção sexual passou a ser vista como um problema de saúde<sup>21</sup>, tornando-se assim imperativo que a dor seja definida de forma coerente em saúde sexual, para um mais correto reconhecimento e posterior abordagem mais efetiva.

## CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

No antigo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) a dor sexual masculina surgia no contexto das perturbações de dor sexual, inserida no quadro de dispareunia, e sendo definida como uma dor genital persistente ou recorrente, associada a dois critérios diagnósticos que são a penetração como critério A, e o impacto na qualidade de vida como critério B<sup>22</sup>. Já no atual manual em vigor, publicada em 2013 (DSM-5), a dor sexual masculina deixa de aparecer, surgindo apenas a dor sexual aplicada ao sexo feminino por se considerar não existirem dados científicos suficientes para justificar a aplicabilidade do diagnóstico no caso do sexo masculino<sup>23</sup>. No caso do homem, o diagnóstico poderá eventualmente vir a ser incluído nos critérios de “Outra disfunção sexual especificada” ou ainda “Disfunção sexual não especificada”<sup>23</sup>, até novas investigações na área.

O que se propõe também nesta mesma avaliação é que as definições serão tanto mais precisas quanto mais específicas forem os critérios da sua duração e frequência e, neste contexto, no DSM-5 estabeleceu-se que uma duração superior a 6 meses combinada com a descrição “bastante frequente” que significa que ocorre em pelo menos 75% dos encontros sexuais, são critérios que descrevem uma disfunção sexual e a distinguem de uma simples dificuldade sexual ou de outros problemas transitórios. Fica ainda a ressalva para a ausência de critérios que descrevam a dor sexual no caso dos homossexuais ou dos heterossexuais com atividade sexual que não envolva apenas a penetração vaginal<sup>23</sup>. Neste sentido, é importante incentivar a investigação, com o intuito de aperfeiçoar os critérios de diagnóstico existentes, que parecem não ser sempre satisfatórios na resposta ao doente com este tipo de disfunção sexual.

Ainda sobre a classificação, uma ressalva para a reunião de consensos em Medicina Sexual realizada em 2015, que teve por objetivo definir e apresentar as novas definições relativas a disfunções sexuais no homem e na mulher adotadas pelo *Fourth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM)*<sup>24</sup>. Nesta reunião definiram-se, no caso específico do homem, o conceito de ejaculação ou orgasmo doloroso, que será discutido mais adiante nesta dissertação. No geral, as definições adotadas são as mais fortemente suportadas pela literatura atual, tendo sido deixado em aberto a possibilidade da sua atualização, se a evidência científica o justificar.

## EPIDEMIOLOGIA

Devido ao estigma social que existe em relação às disfunções sexuais masculinas, o número de casos reportados de sintomas associados a dor sexual masculina é geralmente

subestimado. No entanto, com o número crescente de informação publicada sobre disfunções sexuais e devido à maior abertura relativamente ao tema que se tem notado nos últimos anos, verificou-se um aumento do número de homens que discute sintomas de cariz sexual com o seu médico de família, podendo deste modo estar a alterar-se a tendência que levará a uma quantificação epidemiológica mais realista<sup>25</sup>.

Num estudo realizado em 2008 na Austrália que envolveu mais de 4000 homens, 5% sofriam de dor associada à relação sexual<sup>20</sup>. E na literatura mais recente, realce para um estudo realizado nos Estados Unidos em 2015 que documentou não só a prevalência, mas também as características da dor durante as relações sexuais vaginais e anais em homens e mulheres na sua mais recente relação, no qual a percentagem de homens com dor durante as relações sexuais vaginais foi de 7%, sendo estes episódios de dor descritos como de curta duração. Quanto aos resultados em relações sexuais anais esta percentagem sobe para os 15%, classificando esta dor como moderada e de duração variável. Realce ainda para o facto de a maioria dos americanos não relatar os episódios de dor ao seu parceiro sexual<sup>26</sup>.

Um estudo realizado em Portugal no ano de 2016<sup>19</sup>, pretendeu avaliar a influência das componentes psicossociais numa amostra de homens com dor sexual, comparando-os com homens com outras disfunções e sem quaisquer problemas sexuais. Foram usados questionários para avaliar uma amostra de 134 homens, dos quais 30 tinham dor sexual, 34 uma outra disfunção sexual e 72 não tinham qualquer dificuldade. Após aplicação dos questionários seleccionados, constatou-se que um terço dos participantes com dor tinham dor sempre ou quase sempre presente e dois terços tinham dor menos frequentemente. Além disto, 62,5% tinham dor durante ou após a ejaculação e 65% tinham sensação de ardor durante a micção. Relativamente à localização da dor, em 73,3% dos casos era no pénis, 46,6% nos testículos e um terço referia dor de localizações múltiplas. Na maioria dos homens (88%) o sintoma não surgia associado à atividade sexual, mas em 30,8% ocorria em contexto sexual, com ou sem ocorrência de penetração. 27,3% descreveu a sua dor como constante e 19,4% como intermitente. 24% dos doentes com dor referiram níveis de ansiedade moderados a elevados associados a este sintoma e 27,3% reportou níveis também moderados a elevados de interferência da dor na sua rotina de vida diária. Os resultados obtidos revelaram que há uma maior influência de fatores psicológicos, como de antecipação do fracasso e preocupação com o seu desempenho sexual, nos homens com dor sexual ou com outra disfunção sexual, comparativamente com os homens sem qualquer disfunção sexual. E ainda que os dois primeiros têm menores níveis de função erétil e orgásmica, e menor grau de satisfação sexual e geral em comparação com os últimos. Além disto, constatou-se que os homens com dor sexual têm níveis de desânimo superiores. No entanto, mostrou-se também que o desejo sexual se mantém semelhante

nos grupos com dor sexual e com outras disfunções. Este estudo, por fim, “reconhece a dor sexual masculina enquanto problemática de saúde e salienta a importância de diferentes variáveis psicossociais na vivência da dor”<sup>19</sup>, reforçando a necessidade da realização de mais estudos que relacionem a dor com disfunção sexual, bem como da criação de protocolos para a abordagem deste sintoma.

Surge uma outra condicionante pertinente de ser referida no âmbito da epidemiologia da dor sexual masculina, que se prende com o facto de haver pouca acuidade na estimativa da incidência e prevalência destes achados como consequência de uma má definição dos conceitos envolvidos<sup>24</sup>.

## CAUSAS DE DOR SEXUAL MASCULINA

As etiologias de dor sexual masculina são diversas e, nesta revisão, serão apenas abordadas algumas por serem as mais frequentes e as consideradas mais relevantes na literatura existente até ao momento. Estas podem ser pré-sexuais das quais fazem parte a ereção dolorosa, per sexuais das quais é exemplo a ejaculação dolorosa/disorgasmia, e pós-sexuais envolvendo a dor pélvica crónica. Esta classificação é, no entanto, um pouco ténue, podendo a dor abranger toda a temporalidade associada ao ato sexual. Inseridas nas etiologias estão ainda as relacionadas com a anatomia peniana, que inclui patologias como a doença de Peyronie, a fimose e o freio curto, as patologias cutâneas do pénis, e ainda infeções sexuais, que podem afetar todos os órgãos do aparelho sexual e urinário masculino, causando nomeadamente prostatite, uretrite, epididimite, entre outras. Irão também ser abordados outros tipos de dor sexual masculina, que não são geralmente muito discutidas e que são importantes na relação conjugal não só heterossexual, mas também homossexual, nomeadamente a hispareunia e a anodispareunia. Além destas, há ainda causas não orgânicas, as ditas psicogénicas, que não serão referenciadas de forma individualizada, estando inseridas no âmbito do modelo biopsicossocial da dor sexual que será retratado ao longo deste trabalho de revisão. Outras causas como as iatrogénicas, como é exemplo a dor pós prostatectomia radical no contexto do tratamento do cancro da próstata serão também discutidas.

## EREÇÃO DOLOROSA

A dor sexual masculina pode ser descrita no contexto da excitação sexual, nomeadamente quando associada à ereção. Um exemplo de ereções dolorosas são aquelas relacionadas com o sono (*Sleep-Related Painful Erections - SRPE*), parassónia estabelecida mas não muito comum, na qual ocorre uma tumescência peniana noturna

recorrente acompanhada de dor, sem que haja patologia do pênis conhecida, e que ocorre durante a fase de *Rapid Eye Movement* (REM) do sono<sup>27</sup>. Esta condição tem sido caracterizada por 5 a 7 episódios de tumescência peniana durante as horas de sono, associada a dor, ardor e perda de sensibilidade penianas e pélvicas durante o dia<sup>28</sup>. Salienta-se ainda que, pelo facto de fazer com que os indivíduos acordem várias vezes durante a noite, a falta de sono, fadiga crónica, ansiedade moderada, falta de concentração, capacidade de trabalho reduzida e irritabilidade são fatores associados a esta condição. As ereções fora do período de sono ocorrem normalmente, sem que haja dor associada<sup>27</sup>.

Apesar destes números poderem ser subestimados, pensa-se que esta doença represente menos de 1% dos doentes com problemas sexuais<sup>29</sup>. O fenómeno de SRPE não está bem esclarecido, havendo diversas teorias acerca da sua patofisiologia se poder relacionar com aumento dos níveis de testosterona, alterações na função autonómica, coexistência de síndrome da apneia obstrutiva do sono, com fatores psicossomáticos, entre outros<sup>30</sup>. Apenas os achado polissonográficos mostraram dados concretos, ao nível da fragmentação e diminuição da eficácia do sono nestes doentes<sup>29</sup>. Relativamente ao tratamento da patologia e com base na evidência<sup>30</sup>, foram testados múltiplos agentes, tendo o baclofeno e, em menor grau, o clonazepam mostrado resultados consideráveis pela sua ação no sistema do ácido gama-aminobutírico, bem como na supressão da libertação do glutamato. Além disto, o baclofeno também relaxa os músculos isquiocavernoso e bulboesponjoso, que estão envolvidos na ereção. No entanto, são ainda necessárias mais investigações no âmbito do tratamento desta patologia de modo a garantir a segurança e eficácia a longo prazo do uso destes fármacos.

Um case-report de 2010<sup>31</sup> descreveu o uso de cinitapride, modulador central dos neurotransmissores que regulam a ereção, no tratamento de um homem com SRPE, mostrando-se este fármaco muito efetivo na redução dos episódios de ereção noturna e melhoria da qualidade de sono, com manutenção de uma atividade sexual normal. Um outro estudo mais recente<sup>28</sup> mostrou que uma dose diária de 300mg de gabapentina em combinação com 1mg de clonazepam ao deitar é também efetiva no tratamento, com igual melhoria da sintomatologia e da qualidade do sono. Saliento que os dados sobre o tratamento desta patologia se baseiam sobretudo em case-reports e, muito menos, em casos-controlo randomizados, sendo, portanto, necessário haver um maior investimento nesta área<sup>30</sup>.

A ereção dolorosa, por sua vez, pode ter relação com a Disfunção Erétil (DE), sendo que qualquer interrupção ou perturbação que ocorra em qualquer uma das fases da ereção pode provocar DE. A avaliação dos doentes com DE poderá ter por base o *International Index of Erectile Function* (IIEF), que é um instrumento de medida usado para avaliação

clínica da disfunção erétil. É constituído por 15 questões que avaliam cinco áreas relevantes da função sexual masculina: ereção, orgasmo, desejo sexual, satisfação com o ato sexual e satisfação global<sup>32</sup>. Sabe-se que 10 a 20% dos casos de DE se devem a causas psicogénicas<sup>33</sup>, tendo tal etiologia especial relevância em quadro de dor sexual no homem.

## DOENÇA DE PEYRONIE

A Doença de Peyronie (DP) caracteriza-se pelo aparecimento de uma placa fibrosa sobre a túnica albugínea, que condiciona uma deformidade do pénis frequentemente acompanhada de dor, curvatura, encurtamento e de disfunção erétil<sup>34</sup>. A sua incidência foi reportada em alguns estudos como variando de 3 a 9%, sendo mais elevada em indivíduos com determinadas comorbilidades<sup>35</sup>, e é mais comum em indivíduos de meia idade e idosos, apesar de também estar algumas vezes descrita em doentes jovens<sup>36</sup>. O trauma microvascular ou pequenos traumatismos repetidos do pénis derivados de estimulação sexual parecem ser a principal causa que despoleta esta condição<sup>37</sup>. No entanto, a maioria dos indivíduos não reporta qualquer história de dano peniano, pelo que a patofisiologia pode residir num defeito da deposição do colagénio, estando muitas vezes associada a outros destes distúrbios, como são o síndrome de Lederhosen<sup>38</sup> ou a contratura de Dupuytren<sup>39</sup>. Apesar de se aceitar como mecanismo patofisiológico para a DP a formação de placas em consequência de trauma ou por trauma microvascular repetido no pénis em ereção, a literatura refere tratar-se de uma doença com patofisiologia multifatorial, que inclui uma influência genética e posterior trauma e isquemia dos tecidos<sup>34</sup>.

O seu diagnóstico é essencialmente clínico e a forma de apresentação mais comum é a de um homem com cerca de 50 anos que se apresenta na consulta com aparecimento recente de uma curvatura peniana que se acompanha de dor moderada aquando da ereção. Quando a doença estabiliza, sem que haja grande alteração no quadro por pelo menos 3 meses, diz-se que a doença deixou de estar numa fase ativa e passa a tratar-se de uma fase quiescente da doença e a dor geralmente não está presente ou se estiver é apenas ligeira<sup>37</sup>.

A deformidade peniana requer muitas vezes intervenção<sup>37</sup>, e o seu tratamento pode passar por uma abordagem não cirúrgica ou cirúrgica, como está representado no algoritmo da *figura 1*. No entanto, e apesar de existirem muitas formas de abordagem não cirúrgica propostas e estudadas, a maioria não obteve resultados satisfatórios. A reconstrução cirúrgica está indicada quando há um período em que a doença está estável e o doente não tem dor há pelo menos 3 meses, quando há diminuição da capacidade ou total incapacidade de ter atividade sexual devido à deformidade e/ou falta de rigidez peniana, e ainda naqueles doentes que têm preferência por uma solução rápida e definitiva.

O procedimento cirúrgico de eleição nestes casos é o procedimento de Nesbit que envolve a excisão de uma elipse de túnica albugínea<sup>40</sup>. É essencial esclarecer ao doente expectativas e potenciais riscos pós-cirúrgicos, nomeadamente curvaturas recorrentes, redução da ereção, sensibilidade peniana diminuída e disfunção erétil<sup>37</sup>. Além disto, é importante clarificar que nenhum dos tratamentos propostos tem influência significativa na resolução da dor, sendo que a terapêutica cirúrgica, por exemplo, trata apenas a deformidade e não a dor.

A DP é uma patologia complexa, associada frequentemente a quadros de dor sexual no sexo masculino, que pode por isso comprometer a função sexual dos doentes e diminuir a qualidade de vida dos mesmos, sem no entanto interferir na sua sobrevivência<sup>37</sup>. Referência ainda a facto de que a DP pode associar-se ainda a quadros de dispareunia nas parceiras sexuais destes mesmos doentes.

### EJACULAÇÃO DOLOROSA/DISORGASMIA

A ejaculação dolorosa faz parte de um conjunto de distúrbios que constituem a disfunção ejaculatória. Sendo a ejaculação um processo indispensável para a dinâmica sexual e para a reprodução, esta disfunção acarreta um impacto na sexualidade do indivíduo e mesmo do casal.<sup>33</sup>

Em alguma literatura<sup>41</sup> a ejaculação dolorosa surge como sinónimo de disorgasmia ou ainda de orgasmalgia, sendo que a distinção entre os termos não é fácil, porque habitualmente os dois fenómenos são simultâneos e torna-se difícil perceber se a dor se deve à ejaculação ou ao orgasmo. O orgasmo é um fenómeno que ocorre ao nível do córtex cerebral motivado pelo neurotransmissor serotonina, e que corresponde a uma intensa sensação de prazer físico-psíquico, constituindo o clímax da atividade sexual. O orgasmo pode acompanhar a ejaculação e, neste caso, ocorre simultaneamente com a fase de expulsão do esperma. No entanto, podem existir casos em que o orgasmo é perçecionado sem que haja ejaculação, acontecendo quando se produz a fase de expulsão sem ter havido fase de emissão previamente<sup>33</sup>, ou ainda após prostatectomia radical onde são removidos a próstata, vesículas seminais e os ductos ejaculatórios, situação a que o autor Barnas<sup>42</sup> se referiu como sendo um “orgasmo seco”. Há ainda outros casos, estes mais raros, em que a ejaculação não é acompanhada de orgasmo devido a uma fase de emissão que não é sucedida da contração da musculatura perineal<sup>33</sup>.

Numa investigação multinacional realizada em 2003 concluiu-se que a ejaculação dolorosa afetava 6,7% dos homens da amostra com idade igual ou superior a 50 anos<sup>43</sup>, sendo que estes valores podem aumentar para 30-75% entre homens com prostatite crónica/síndrome da dor pélvica crónica<sup>44</sup>. E durante a criação do *National Institute of*

*Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)* , os autores detetaram 58% de casos de ejaculação dolorosa nos doentes com prostatite, 17% nos doentes com Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) e 4% nos controlos<sup>45</sup>.

Quanto às características da dor, foi estudada a sua localização, sendo que esta pode ocorrer em qualquer localização do território abrangido pelo nervo podendo, incluindo o pénis, escroto e região perineal<sup>41</sup>. Num primeiro estudo, que envolveu especificamente doentes submetidos a prostatectomia radical, Barnas<sup>42</sup> questionou os participantes sobre o local primário de dor durante o orgasmo e obteve como respostas 63% no pénis, 9% no abdómen e 24% no reto. Num segundo estudo deste mesmo autor<sup>46</sup>, as localizações mais frequentes da dor foram 72% no pénis, 12% nos testículos, 8% no reto e 4% no abdómen.

Quanto à temporalidade e duração da dor, no mais recente estudo de Barnas<sup>46</sup>, este reportou que a maioria dos doentes, cerca de 52%, tinha dor por 1 a 5 minutos após o orgasmo, 32% durante menos de um minuto, 12% por mais de 5 minutos e 4% dos homens tinham dor por mais de 15 minutos.

Em relação à frequência da dor, num estudo de doentes com síndrome de dor pélvica crónica, e relativamente aos três meses precedentes, 24% tinha dor ejaculatória regularmente, 50% de forma intermitente e apenas 26% nunca a tinham experienciado<sup>47</sup>. Num estudo europeu multicêntrico desenvolvido em 2003, a ejaculação dolorosa foi fortemente relacionada com a severidade dos sintomas do trato urinário inferior, sendo que quanto mais graves os sintomas maior será a probabilidade, cerca de 5 vezes mais que o normal, de desenvolver sintomatologia ejaculatória de dor<sup>48</sup>.

Quanto à etiologia das disfunções ejaculatórias, podemos dividi-las em causas psicológicas e orgânicas, sendo que estas últimas incluem as causas anatómicas e as neurológicas. E, especificamente falando sobre a ejaculação dolorosa, esta deve-se geralmente a processos infecciosos ou inflamatórios do aparelho genital, como as uretrites, prostatites e vesiculites, que poderão manifestar-se de forma aguda ou crónica. Para auxiliar o clínico a entender a etiologia desta dor, alguns autores sugerem que, em geral, a dor pré-ejaculatória se deve a um espasmo da próstata, a dor per-ejaculatória se deve a processos infecciosos agudos e que a dor pós-ejaculatória é geralmente de causa psicológica ou psíquica, podendo ter uma duração que dure de minutos a dias<sup>33</sup>. Além destas, várias outras condições médicas podem resultar em ejaculação dolorosa, tais como: cálculos nas vesículas seminais, infeções sexualmente transmissíveis, antidepressivos, inflamação prostática, cancro da próstata, HBP, cirurgia prostática, radioterapia pélvica e herniorrafia, entre outros<sup>49</sup>. Pode tratar-se ainda de um problema idiopático e, como referido em cima, pode também ter como etiologia fatores psicológicos, evidenciados sobretudo nos doentes que não referem este problema durante a masturbação<sup>50</sup>.

Habitualmente os doentes com disfunção ejaculatória procuram tratamento em três situações, nomeadamente por problemas de fertilidade, por terem sintomatologia ou por insatisfação sexual<sup>33</sup>. A abordagem destes doentes deve, tal como nas restantes condições médicas, iniciar-se com uma história clínica e sexual rigorosa, que poderá incluir questionários, como é o caso de: *Beck depression and anxiety scales*, *International Prostatic Symptom Score (IPSS)* e *NIH-CPSI*. Deve seguir-se um exame físico atento, que inclua pesquisa de cicatrizes de cirurgias prévias ou de radioterapia, bem como a presença de exsudado uretral purulento que poderá ser sugestivo de infeção sexualmente transmissível. O toque rectal permite a avaliação prostática, para despiste de prostatite, HBP ou cancro da próstata. Deve ainda ser realizado o exame neurológico e musculoesquelético como forma de detetar neuropatia do nervo pudendo. Se necessário, poderão realizar-se testes laboratoriais e exames de imagem para auxiliar o diagnóstico, sabendo que em alguns casos apesar da extensa investigação a etiologia permanece desconhecida<sup>49</sup>.

O tratamento deve ser dirigido para a causa etiológica, quando esta for conhecida. Quando a etiologia da disfunção for psicológica, a terapêutica a instituir deve ser comportamental, com base em psicoterapia e aconselhamento relacional, devendo apenas ponderar-se a terapêutica medicamentosa quando esta primeira falha, incluindo-se a prescrição de alfa-bloqueantes, que são umas das terapêuticas mais utilizadas, de antibióticos, de agentes anti-inflamatórios e de outros adequados. Deve também ponderar-se a suspensão de agentes suspeitos como drogas, toxinas ou radiação<sup>49</sup>. Quando a terapêutica médica falha, deve ponderar-se a cirúrgica, que pode incluir ressecção transuretral da próstata ou do ducto ejaculatório ou neurólise do nervo pudendo<sup>51</sup>.

Salienta-se que esta disfunção foi classificada como sendo um problema sério quase pela totalidade dos homens participantes no estudo de 2003 supracitado<sup>48</sup>, sendo que as suas implicações são frequentemente motivo de insatisfação conjugal e de elevado desconforto individual pelas determinantes psicológicas, sociais e culturais que envolvem, podendo levar a repercussões importantes que deverão ser atempadamente solucionadas<sup>33</sup>

## PROSTATITE CRÓNICA/SÍNDROME DA DOR PÉLVICA CRÓNICA

A dor pélvica no sexo masculino é comumente referida como prostatite crónica ou síndrome da dor pélvica crónica (CP/PPS), e trata-se de um problema comum, que se associa a um grau significativo de disfunção sexual<sup>13</sup>.

Entre 5% e 15% dos homens no mundo sofrem de dor pélvica<sup>52,53</sup>. E destes, muitos sofrem também de disfunção sexual como consequência da mesma. Para melhorar a sua

abordagem, em 1999, foi proposta uma classificação pela *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)* da *The National Institutes of Health (NIH)*, segundo a qual existem cinco categorias de prostatite<sup>54</sup>, como se mostra na *tabela 1*.

Nas mais recentes Linhas de Orientação da *European Association of Urology (EAU)*<sup>55</sup>, que estão representadas na *figura 2*, a dor pélvica crónica é definida como uma dor não maligna, sentida em estruturas relacionadas com a pélvis tanto do homem como da mulher, que deve ser contínua ou recorrente durante pelo menos 6 meses. No entanto, se estiverem bem documentados mecanismos de dor de sensibilização central não agudos, a dor pode então ser encarada como crónica, independentemente do período de tempo. Em todos os casos, está muitas vezes associada a consequências a nível cognitivo, comportamental e sexual, e muitas vezes estão presentes sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário inferior, disfunções sexuais, intestinais e do pavimento pélvico. Nestas mesmas recentes orientações<sup>55</sup>, são referenciados vários outros síndromes associados ao mesmo contexto, que se apresentam na *tabela 2*, e que partilham o facto de estarem associados a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do trato urinário, e também o facto de todos eles se associarem a ausência de infeção urinária comprovada ou outra patologia óbvia. Além disto, salienta-se que todos estes síndromes estão relacionados com a dor sexual no sexo masculino, tema desta revisão, não podendo por isso deixar de serem referidos.

A dor é então o principal sintoma da CP/CPPS, sendo que as suas características podem ser muito variáveis. No que respeita a sua localização, as mais comuns são no períneo, pênis e testículos. A dor pode também irradiar para várias áreas provocando sensação de dor na região inferior do abdómen, região superior das coxas e também lombar inferior. Este sintoma pode ser frequentemente exacerbado por várias atividades nomeadamente atividade física e sobretudo pela prática de atividade sexual<sup>56</sup>. Além da dor, é importante não esquecer os sintomas urinários também associados a esta patologia, não sendo, no entanto, o foco do presente trabalho.

Considera-se, hoje, que a dor pélvica crónica é uma condição clínica que resulta de uma interação complexa entre fatores fisiológicos e psicológicos, e que tem impacto direto na vida social, profissional e conjugal dos doentes, podendo resultar então em alguns problemas relacionados com a função sexual<sup>57</sup>. Neste contexto, sabe-se que fatores psicológicos como diminuição da autoestima, depressão e ansiedade podem contribuir para a perda de libido, e fatores fisiológicos como fadiga, náusea e dor podem levar a disfunção sexual<sup>55</sup>. Do mesmo modo, medicação prescrita para o tratamento da dor (como opióides ou inibidores seletivos dos recetores da serotonina) podem causar diminuição da libido, ejaculação retardada e ejaculação dolorosa, por mecanismos de iatrogenia medicamentosa<sup>58</sup>.

Por volta da década de 1980, foi postulada uma associação entre dor pélvica crónica e disfunção sexual<sup>55</sup>. Estes dados têm sido entretanto confirmados em estudos mais recentes, salientando-se ainda a sua relação com outras disfunções sexuais, como é o caso das perturbações ejaculatórias, como já referido no capítulo anterior.<sup>59</sup> Liang *et al*<sup>60</sup>, num estudo com homens entre os 15 e os 60 anos, e utilizando o IIEF e o NIH-CPSI, demonstrou que, na população geral do estudo, que incluía homens com e sem dor pélvica crónica, 15,3% dos participantes apresentavam ejaculação prematura (EP). E quando, nesse mesmo estudo, se avaliou a prevalência de EP, especificamente no grupo de homens com sintomas prostatite-like e no grupo de homens com prostatite crónica, esta foi de 64,1% e 36,9%, respetivamente. Assim, concluíram que a prevalência de EP é muito maior no grupo de indivíduos com quadro de dor pélvica crónica. Noutro estudo, realizado por Sönmez *et al*<sup>61</sup>, com 43 homens com dor crónica pélvica e um grupo de controlo de 20 indivíduos saudáveis, concluiu-se que os indivíduos com dor crónica pélvica possuíam pior função sexual que o grupo de controlo.

O número de estudos realizados nesta área é limitado, sendo os efeitos da dor pélvica crónica na disfunção sexual frequentemente ignorados, devido à não existência de formas padronizadas para a sua avaliação. Atualmente, a forma mais usada é o questionário IIEF<sup>32</sup>, que avalia a DE, não sendo, no entanto, capaz de avaliar a EP que é um outro sintoma muito associado ao CP/CPPS e inclui apenas uma questão relativa à satisfação sexual, não sendo por isso muito completa.

A avaliação subjetiva da doença prostática é feita com recurso ao NIH-CPSI que, apesar de avaliar dor, sintomas urinários e qualidade de vida, não inclui questões relativas à presença de disfunções sexuais<sup>45</sup>.

Sucintamente, a filosofia da abordagem e tratamento da dor pélvica crónica baseia-se no modelo biopsicossocial, envolvendo uma estratégia holística e na qual os doentes têm um papel ativo através de estratégias de “*self-management*”. Intervenções isoladas raramente surtem efeito positivo, devendo conciliar-se a combinação de intervenção psicológica, fisioterapia, farmacológica e por vezes também estratégias mais invasivas<sup>55</sup>.

## FIMOSE

A fimose é uma causa de dispareunia e corresponde à incapacidade de retração do prepúcio. Esta pode ser fisiológica até por volta dos 3 anos, idade em que cerca de 90% dos rapazes já têm um prepúcio retrátil, sendo que apenas 1% não tem um prepúcio retrátil aos 17 anos. A fimose patológica deve-se à presença de um anel fibroso, cicatricial, que contrai em torno do orifício prepucial<sup>62</sup>. A fimose pode provocar infeção e dor na ereção, e o seu tratamento padrão é a circuncisão, sendo que em alguns casos pode ser útil o uso

de curta duração de corticosteroides tópicos previamente a este procedimento cirúrgico<sup>62,63</sup>.

A causa mais frequente de fimose que aparece de novo na idade adulta é o líquen escleroso e atrófico, previamente conhecido como balanite xerótica obliterante. Como principais fatores de risco para a patologia são de referir as balanites de repetição e a má higienização do pênis e, assim sendo, a higienização correta com uma retração cuidadosa do prepúcio e limpeza cuidada durante o banho diminuem a existência de adesões prepúciais, melhorando a condição e prevenindo assim episódios de desconforto e dor<sup>63</sup>.

## PATOLOGIAS CUTÂNEAS DA GENITÁLIA MASCULINA E INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As dermatoses da genitália masculina são causa de dispareunia, podendo mesmo provocar morbidade psicológica e disfunção sexual. Entre estas condições salientam-se: eczema, psoríase, líquen plano, líquen escleroso, papulose bowenóide, pioderma gangrenoso genital, eritroplasia de Queyrat. Algumas destas relacionam-se com o desenvolvimento de fimose e parafimose que condicionam uma maior dificuldade na atividade sexual<sup>64</sup>. Além disto, dado que algumas destas lesões, como o líquen escleroso, a eritroplasia de Queyrat e a doença de Bowen, podem evoluir para neoplasia do pênis, é essencial um correto diagnóstico das mesmas, se necessário com recurso a biópsia<sup>65</sup>. Do mesmo modo, também não pode ser esquecido que as lesões que provocam as queixas do doente podem já ser malignas, como é o caso do carcinoma espinocelular, do melanoma e do sarcoma de Kaposi<sup>64</sup>, o que vai corroborar, mais uma vez, a importância e a necessidade de um diagnóstico correto.

As infeções sexualmente transmissíveis, que têm também manifestações cutâneas, podem ser causa de dispareunia no homem. Exemplos destas são a: sífilis, candidíase, herpes genital, cancroide, linfogranuloma venéreo, entre outras. A uretrite, por exemplo, é causa de dor sexual no homem, podendo ser também uma infeção contraída por transmissão sexual<sup>66</sup>.

Também a irritação ou reações alérgicas provocadas por alguma roupa, detergentes ou produtos de higiene pessoal podem ser causa de dor neste contexto<sup>64</sup>.

## FREIO PREPUCIAL CURTO

O freio prepucial consiste numa prega de pele que liga a parte inferior da glande à pele do prepúcio. Em condições normais, este deveria ser suficientemente longo e maleável para permitir a plena retração prepucial, no entanto, em alguns casos, este pode ser demasiado curto, restringindo o movimento do prepúcio e podendo mesmo impedir a sua

retração. O que acontece é que o facto de a pele ser demasiado curta pode provocar uma curvatura do pénis e, conseqüentemente, uma ereção dolorosa, prejudicando assim a atividade sexual<sup>67</sup>. Em certos casos, durante a relação sexual ou a masturbação pode mesmo ocorrer acidentalmente a rutura do freio, que resultará numa hemorragia geralmente autolimitada, que ocasionalmente pode ser persistente e requerer intervenção cirúrgica<sup>68</sup>.

O freio curto pode ser congénito ou secundário a trauma e infeções recorrentes. Na primeira situação o freio tem uma espessura normal, e, no último caso, o freio é espessado além de curto, conseqüentemente ao processo de cicatrização, agravando a situação e conduzindo a uma dor recorrente<sup>67</sup>.

Este diagnóstico deve ser ponderado como causa de dispareunia nos casos em que não há fimose ou higiene questionável e naqueles doentes que erroneamente possam ser diagnosticados com patologia do foro psicosssexual<sup>67</sup>.

Quanto ao seu tratamento, este consiste na maioria dos casos numa intervenção cirúrgica simples, na qual se faz uma incisão do freio (frenuloplastia). Num estudo realizado em Inglaterra no ano de 2006<sup>69</sup> para aferir a eficácia da frenuloplastia em 213 doentes, 26 dos quais com indicação para realização do procedimento por freio curto com queixas de dispareunia, concluiu-se que a frenuloplastia é um procedimento com muito sucesso, que pode evitar que seja preconizada a circuncisão mesmo quando parecem existir critérios para tal. Neste estudo, a taxa de circuncisões após frenuloplastia foi de 15 a 20%, números que os autores consideraram satisfatórios, apesar de referirem requerer um estudo mais aprofundado. No sentido de evitar a retração ou outras complicações que podem estar associadas à técnica de frenuloplastia clássica, têm sido propostas outras abordagens como a eletrocirurgia<sup>70</sup> ou a ablação com laser CO<sub>2</sub><sup>71</sup>, com bons resultados funcionais e estéticos.

## PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL

A disfunção sexual é comum em doentes submetidos a prostatectomia radical para tratamento do cancro da próstata<sup>72</sup>. Além dos sintomas de incontinência urinária e disfunção erétil, vários outros problemas relacionados com a função sexual foram descritos após prostatectomia radical, no entanto, em números menos prevalentes. Entre eles, estão as disfunções orgásmicas, com impacto significativo na vida sexual dos doentes<sup>73</sup>.

As alterações na função orgásmicas são experienciadas por cerca de 80% dos doentes após cirurgia<sup>72</sup>. Entre as principais disfunções orgásmicas estão: climatúria (incontinência associada ao orgasmo), percepção alterada do orgasmo, anorgasmia e disorgasmia.<sup>74</sup> No

nosso contexto, interessa-nos sobretudo discutir a presença de dor associada ao orgasmo, que se traduz então por disorgasmia. Além destas, são descritas ainda alterações ao nível do pênis, tais como o seu encurtamento ou deformação<sup>72</sup>.

Sabe-se que a dor associada ao orgasmo surge em 3,2 a 18% dos doentes<sup>74</sup>, tendo a cirurgia de prostatectomia radical com preservação da extremidade distal das vesículas seminais sido associada a um aumento para o dobro do risco associado ao desenvolvimento desta complicação<sup>75</sup>. Outros fatores como a idade também parecem estar associados a riscos de disfunção orgásmica após cirurgia prostática. No entanto, há carência de informação credível e bem fundamentada sobre esta temática. Sabe-se sim, que os profissionais de saúde devem estar bem instruídos sobre possíveis efeitos adversos, de forma a poderem aconselhar corretamente os doentes sobre potenciais alterações na sua função sexual<sup>73</sup>.

Apesar da sua etiologia e abordagem permanecerem incertas, o seu efeito na saúde sexual dos doentes não é negligenciável<sup>74</sup>, apesar de alguns estudos referirem que a sintomatologia vai reduzindo com o passar do tempo<sup>73</sup>.

Há, atualmente, propostas preventivas e terapêuticas que visam a preservação e recuperação no pós operatório de uma prostatectomia radical, e sabendo-se que a temporalidade de atuação pode ter influência no sucesso do tratamento e evicção dos efeitos adversos<sup>76</sup>. As recomendações mais bem estabelecidas são as do ICSM de 2015, que são no total nove, e em que apenas a nona recomendação se refere especificamente à possibilidade de desenvolvimento de disorgasmia bem como de deformação peniana (*“peyronie disease-like”*)<sup>77</sup>.

Um estudo relativo ao uso do alfa-bloqueador tamsulosina no tratamento da dor associada ao orgasmo<sup>46</sup>, concluiu que este fármaco reduz a sua intensidade. Os resultados obtidos neste mesmo estudo revelaram que 77% dos doentes tiveram melhoria significativa da dor e que 12% tiveram mesmo uma completa resolução. Assim, esta evidência suporta a hipótese de que a dor relacionada com o orgasmo se associa com espasmo da bexiga e/ou dos músculos do pavimento pélvico. Foi já demonstrado que além das terapias médicas e cirúrgicas, o aconselhamento psicológico e sexual desempenham também um papel importante na reabilitação e tratamento das várias formas de disfunção sexual no homem neste contexto<sup>78</sup>.

De facto, houve um considerável aumento no volume de publicações relativas às disfunções sexuais no homem após submeter-se a prostatectomia radical, no entanto, a literatura atual sobre desejo sexual hipoativo e disfunções ejaculatórias e orgásmicas é muito limitada<sup>78</sup>, incidindo sobretudo ao nível da disfunção erétil.

## ANODISPAREUNIA

Apesar de a prática de relações sexuais anais ser relativamente comum e ter sido muito publicitada, sobretudo devido à epidemia do vírus da imunodeficiência humana (VIH), na investigação em disfunção sexual a dor no sexo anal surge ainda como uma realidade desconhecida.<sup>79</sup> O sexo anal tem sido um dos principais tabus da sociedade, estando associado a variados mitos e preconceito<sup>80</sup>, sendo poucos os investigadores a trabalhar na área da anodispareunia. Causalmente há poucos dados científicos sobre a sua prevalência, manifestações e experiências subjetiva. Entre os estudos mais relevantes está um realizado em 2013 pela *British National Survey of Sexual Attitudes (NATSAL)*, um dos maiores estudos científicos sobre comportamento sexual no mundo, que envolveu 15 162 participantes (6293 homens, 8869 mulheres), dos quais 13,4% dos homens e 10,5% das mulheres reportaram ter tido sexo anal heterossexual<sup>81</sup>. Numa outra grande investigação, desta vez nos Estados Unidos da América e envolvendo 12571 homens e mulheres, 40% dos homens e 35% das mulheres reportaram ter tido sexo anal com um indivíduo do sexo oposto pelo menos uma vez na vida.<sup>82</sup> E ainda dados de relevo relativos à investigação da *UK Gay Men's Survey* realizada em 2006 com uma amostra de 14477 homens constatou-se que 70% tinham praticado sexo anal insertivo e 65% sexo anal recetivo, com um parceiro do mesmo sexo<sup>83</sup>. Apesar de o sexo anal estar muito associado aos homossexuais, a sua prática nos heterossexuais está comprovada em estudos e também clinicamente. No entanto, não se sabe qual a proporção de homens heterossexuais que têm prazer durante estimulação anal pela sua parceira do sexo feminino<sup>80</sup>.

O termo anodispareunia foi introduzido pelos investigadores da Universidade do Minnesota<sup>79</sup> para descrever a disfunção sexual associada ao sexo anal entre homossexuais do sexo masculino. Estes autores definiram anodispareunia como sendo uma dor recorrente ou persistente experienciada pelo elemento recetor durante a atividade sexual anal e, conceptualizando a penetração anal dolorosa como uma nova disfunção sexual, sugeriram a sua inclusão no DSM. Nesse estudo realizado em 1998, foram avaliadas as características da anodispareunia, nomeadamente a frequência e duração desta dor, numa amostra de 277 homens adultos, constatando-se que 24% descreveu a dor sentida por si ou pelo seu parceiro como frequente e 11% a descreveu como severa. Foram identificados fatores psicofisiológicos preditores de dor, sendo os três principais a lubrificação inadequada (41%), fatores psicológicos (30%) e a falta de estimulação digital da região do ânus antes da penetração (30%). Sendo que 12% da amostra referiu que a dor era demasiado grave para continuar o ato sexual, os autores concluíram o referido estudo defendendo que fossem criados critérios clínicos para esta disfunção semelhantes

aos usados para os restantes distúrbios de dor sexual, ressaltando a importância desta situação para a saúde sexual dos doentes. Sugerem ainda que a anodispareunia seja considerada uma problemática separadamente da dispareunia e também que seja redefinida a dispareunia para a dor durante a relação sexual e não apenas a dor genital. Num estudo anterior, com base numa amostra de 197 homens homossexuais, os mesmos investigadores constataram que a relação sexual anal dolorosa era um problema comum, até então desconhecido, sendo que 16% destes demonstraram dificuldades em lidar com este sintoma nessa época.<sup>84</sup> Damon and Rosser<sup>85</sup> continuaram o trabalho nesta área, focando-se em desenvolver critérios de diagnóstico para a condição. Neste sentido, investigaram um grupo de 404 homens que tiveram ou tentaram ter relações sexuais anais, dos quais apenas 10% cumpriam os critérios clínicos de anodispareunia e 14% cumpriam os critérios comportamentais, tendo os critérios comportamentais sido definidos pela obtenção de 6 ou 7 pontos nas escalas de Likert relativas a frequência e severidade da dor, e os clínicos sido definidos de forma semelhante aos usados da DMS-IV<sup>22</sup> para a dispareunia na mulher. Os achados deste estudo sugeriram que os quatro fatores principais que se relacionavam com a dor anal eram: psicológicos, profundidade da penetração, a falta de estimulação digito-anal e de lubrificação adequada e fatores médicos relacionados com problemas da saúde anal. Entre os fatores psicológicos estavam a incapacidade de relaxar, medo associado à possibilidade de experienciar dor, dano físico, aquisição de infeção ou problemas fecais e as implicações de ser reconhecido como homossexual. Ressalva para o facto de o medo poder atingir um patamar de fobia e interferir com o prazer sexual, conduzir a sentimentos de fracasso enquanto elemento de um relacionamento e levar ao desenvolvimento de outros sentimentos como vergonha e culpa. No que diz respeito à falta de estimulação digito-anal e de lubrificação adequada, estes são os principais fatores reportados associados a esta condição. A preparação ano-receptiva insuficiente, que é conseguida por exemplo por estimulação digital, massagem e lubrificação é muito importante no relaxamento global e especificamente da musculatura anal e, conseqüentemente, no sucesso do ato sexual<sup>85</sup>. E por fim, os fatores médicos relacionados com problemas da saúde anal, que são reportados por 19% dos que experienciaram dor anal, e que incluem hemorroidas, fissuras anais e infeções por herpes anogenital, e ainda abscessos perianais. Os autores defendem que a dor relacionada com os últimos três fatores, ou seja, excluindo os fatores psicológicos, não deve ser classificada como uma disfunção, uma vez que nestas situações, uma mudança de comportamento, educação apropriada e tratamento médico podem melhorar o quadro de dor<sup>85</sup>. Os mesmos autores referiram ainda que a anodispareunia tem muitas características em comum com a dispareunia descrita na mulher no que respeita a prevalência, conseqüências na saúde mental e influência de fatores psicológicos.

Com conclusões semelhantes, um outro artigo de revisão mais recente sobre dispareunia no sexo masculino veio demonstrar que há semelhanças entre os padrões de sensibilidade, função dos músculos do pavimento pélvico e ativação neural entre o homem e a mulher<sup>86</sup>. Também Hollows compara a anodispareunia com a dispareunia no sexo feminino, mas argumenta que as questões relativas ao sexo anal doloroso entre homens homossexuais não devem ser avaliadas conforme os padrões existentes para heterossexuais porque, segundo este especialista em medicina sexual, há diferenças que podem ser encontradas em quase todos os níveis entre as situações, como por exemplo anatómico, médico, comportamental, motivacional, psicológico e relacionado com o género em si<sup>80</sup>. Além disto, Hollows critica o facto de na classificação DSM as disfunções de dor sexual serem baseadas apenas em sintomatologia genital, enquanto salienta que dependendo do comportamento sexual, a dor pode ser experienciada em outras localizações anatómicas como por exemplo a mama, a cavidade oral ou a região anal. Um outro ponto importante na análise deste autor é a ênfase que faz ao facto de o sexo anal não se basear exclusivamente na penetração pénis-ânus, e que várias outras partes anatómicas podem ser usadas para estimular e/ou penetrar no ânus, incluindo língua, dedos, mão, entre outros, bem como variados objetos e brinquedos sexuais como vibradores, por exemplo. Neste seguimento, para estes investigadores, as futuras revisões do DSM, deverão reconhecer esta entidade como disfunção sexual.<sup>80,85</sup>

Um outro facto de relevo deste tema prende-se com a crença bastante generalizada de que o sexo anal é necessariamente doloroso porque, apesar de ser comum, esta ideia é errónea. Neste sentido, importa referir que a dor da penetração anal não deve ser inquestionavelmente aceite e que pode ser controlada com técnicas de relaxamento da musculatura do esfíncter anal, evitando assim que haja danos orgânicos<sup>85</sup>.

Para contornar a problemática da anodispareunia, nos últimos 30 anos, os nitritos inalados tornaram-se populares na população homossexual como drogas recreativas. Estas drogas, também conhecidas por “*poppers*”, têm um efeito vasodilatador, atuando também ao nível do relaxamento da musculatura anal facilitando e favorecendo as relações sexuais anais, sendo extensivamente usadas por homens que têm sexo com outros homens.<sup>87</sup> Um estudo chinês, país onde são conhecidas por “RUSH”, foi realizado recentemente com o intuito de avaliar o conhecimento dos homens homossexuais chineses sobre o uso desta droga e os seus efeitos secundários. De uma amostra de 500 homens, 40% recorreram a estas drogas pelo menos uma vez, sendo que 64% sabiam do seu efeito no aumento do prazer sexual, mas apenas 42% sabia dos seus efeitos secundários, que são diversos e de variados graus de gravidade. Os autores concluíram, assim, que deveria fomentar-se um maior conhecimento sobre o uso de drogas de recreação e do comportamento sexual em geral nesta população<sup>88</sup>. Relativamente ao papel destas drogas

no favorecimento da transmissão de infeções, nomeadamente por VIH, entre homossexuais, salienta-se que apesar de o estudo anteriormente referido não ter conseguido determiná-lo, outros há nos quais foi evidente a relação entre o uso de nitritos inalados e a transmissão do VIH entre indivíduos homossexuais desta mesma população<sup>89,90</sup>.

O reconhecimento da importância das variáveis psicológicas e dos estereótipos sociais, da homofobia e dos comportamentos aditivos e de risco no funcionamento sexual, sugere a necessidade de modificação das intervenções sexuais em relação a termos cognitivos e emocionais. Posto isto, a reabilitação destes doentes terá que incluir não só os aspetos físicos e psicológicos, mas também a abordagem dos comportamentos aditivos e de risco. Torna-se, assim, fundamental a existência de intervenções terapêuticas multidisciplinares que funcionem como coadjuvantes da terapia sexual. Sem esquecer que os profissionais envolvidos nesta reabilitação deverão exercer uma prática livre de preconceito e discriminação<sup>91</sup>.

Investigações futuras devem preocupar-se em definir corretamente anodisporeunia de modo a reconhecer a patologia e a melhor abordar o doente, minimizando o impacto negativo desta entidade na sua vida sexual e psicossocial<sup>79</sup>.

## HISPAREUNIA – DISPAREUNIA IATROGÉNICA DO PARCEIRO DO SEXO MASCULINO

A dor sexual masculina também pode estar relacionada com condições da parceira, nomeadamente as associadas ao tratamento da incontinência urinária. Sendo esta uma situação frequente (20-40% das mulheres)<sup>92</sup>, existe um número potencial elevado de casais que podem ser afetados. O tratamento da incontinência de esforço é realizado maioritariamente com colocação de *sling* suburetral, e a erosão/extrusão deste é uma complicação cirúrgica, que ocorre em cerca de 6% das doentes<sup>93</sup>. O *sling* é permanente e constituído de polipropileno, que é um material estranho ao organismo, podendo por este motivo gerar desconforto e provocar alterações na função sexual de ambos os elementos do casal<sup>94</sup>. Realce para o facto desta problemática ser raramente citada, mas muito importante em termos de consequências na saúde sexual dos doentes.

Em 2006, Brubaker<sup>95</sup> enfatizou que os cirurgiões iriam ver cada vez mais frequentemente casos deste fenómeno relativo a disporeunia no parceiro, o qual denominou de hisporeunia, devido ao uso crescente de próteses nas cirurgias reconstrutivas pélvicas. Este termo foi aplicado no contexto de uma disporeunia iatrogénica, experienciada pelo parceiro do sexo masculino de mulheres sujeitas a cirurgia

de tratamento da incontinência urinária. Hispareunia descreve assim a dispareunia no sexo masculino, não sendo o termo no entanto reconhecido cientificamente<sup>94</sup>.

É sabido que a dispareunia é uma complicação pós operatória nas doentes submetidas a este tratamento, sendo até um motivo ocasional para remoção posterior do *sling*, mas pouco se sabe sobre o seu efeito a nível sexual no parceiro do sexo masculino<sup>94</sup>.

Para melhor compreender o processo, realça-se que existem vários tipos de técnicas cirúrgicas para correção da incontinência urinária de esforço e os estudos realizados para comparar estas técnicas revelaram taxas de sucesso idênticas, superiores a 80%, sendo estas o tratamento cirúrgico de eleição nestes casos<sup>92</sup>.

Uma das complicações tardias deste tratamento cirúrgico é então a erosão ou extrusão da fita e pode ocorrer vários anos após a colocação, podendo ser até indetetável pela mulher<sup>94</sup>. Um *case-report* realizado em 2011 refere que os sintomas surgem maioritariamente entre 3 a 48 meses após a colocação do *sling*<sup>96</sup>. Num estudo retrospectivo realizado em Portugal<sup>92</sup>, detetou-se uma taxa de 2.8% de erosões da mucosa numa amostra de 363 mulheres. O que acontece é que a erosão vaginal com consequente extrusão do *sling* pode provocar no homem lesões ao nível do pénis, nomeadamente laceração e sangramento<sup>96</sup>, com sensação de desconforto e dor associadas, sendo essencial a sua deteção e correção adequadas. Além disto, há um estreitamento do canal vaginal decorrente da colocação da prótese que pode também condicionar algum desconforto ao parceiro do sexo masculino<sup>95</sup>.

Num estudo realizado na Suíça em 2011<sup>94</sup>, que recorreu ao *Brief Male Sexual Function Inventory* (BMSFI) para avaliar o efeito pós cirúrgico no parceiro do sexo masculino, demonstrou-se que as alterações na função sexual, nomeadamente ao nível da rigidez da ereção, ejaculação, desejo hipotivo e sobretudo dor, podem ser devidas à exposição/erosão do *sling* uretral da sua parceira sexual. Os resultados mostraram que de 32 homens, 29 evitaram ter relações sexuais após serem informados da erosão do *sling*, e que a maioria dos casais tinha deixado de ter relações sexuais devido à sensação dolorosa inerente, considerando-a potencialmente não saudável para continuar o ato. Os mesmos autores sugerem que a dispareunia masculina nestes casos pode ser efetivamente corrigida solucionando a exposição do *sling*. Existem vários tratamentos perante situações de erosão nomeadamente a sutura da mucosa vaginal, cobrindo a zona de erosão e a remoção total ou parcial do *sling*<sup>92,97</sup>.

Um dos estudos supracitados revelou uma melhoria da ereção, satisfação sexual e diminuição da dor nos homens nos casos em que a erosão de *sling* da sua parceira foi corrigida<sup>94</sup>, mas não do orgasmo<sup>97</sup>.

Na literatura recente, encontram-se, no entanto, também vários estudos que não referem quaisquer pontos negativos acerca deste procedimento, referindo até melhorias

tanto na mulher como no seu parceiro ao nível da atividade e satisfação sexual. Por exemplo, num estudo prospetivo publicado em 2016<sup>98</sup>, avaliaram-se os efeitos do procedimento cirúrgico TOT na função sexual de 65 mulheres e dos seus parceiros e os resultados, com base em questionários (*Female Sexual Function Index* e *Male Sexual Health Questionnaire*), demonstraram um aumento do desejo sexual, orgasmo e da satisfação de ambos os sexos, com melhoria significativa da qualidade de vida. Um outro estudo realizado em 2011<sup>99</sup>, utilizando os mesmos questionários, mas desta vez relativo a procedimentos cirúrgicos de correção de prolapso uterino, revelou que a libido, desejo e satisfação sexuais nos 64 homens envolvidos melhoraram significativamente após as suas parceiras terem sido submetidas a cirurgia de correção de prolapso uterino. No entanto a ereção, ejaculação e orgasmo permaneceram inalterados.

É essencial no contexto deste tópico discutir qual o melhor procedimento a utilizar quando é necessário recorrer a tratamento cirúrgico nas mulheres com incontinência urinária de esforço. O médico deve informar a doente e o seu parceiro das possíveis complicações da cirurgia, para evitar que sofram de sintomas inesperados e isso aumente o stresse e descontentamento entre os elementos do casal, ao contrário do que geralmente acontece quando estes são corretamente informados<sup>94</sup>. Se o doente tiver sido devidamente informado vai estar mais atento à sintomatologia que possa eventualmente surgir e vai ser mais eficaz na procura de ajuda e consequentemente realizará o tratamento mais precocemente, favorecendo a sua eficácia<sup>95</sup>.

Apesar de esta ser uma cirurgia muitas vezes realizada, é dada pouca atenção à função sexual pós procedimento, sendo por isso, e também pelo facto de se tratar de uma entidade emergente em saúde sexual, necessário que se incentive a investigação neste âmbito<sup>95,98</sup>. Como forma de melhorar a condição, autores defendem que a “hispareunia” deve ser um aspeto mensurável no controlo de qualidade pós-cirúrgico nestes casos, e devem ser consideradas técnicas cirúrgicas alternativas de forma a prevenir estas situações de dor sexual, bem como materiais alternativos aos atualmente usados. Isto porque um estudo mostrou que a exposição do *sling* era mais frequente quando o material usado não era um monofilamento macroporoso, devendo por isso ser investigadas outras possíveis alternativas de material inorgânico sintético, com características menos agressivas ao organismo<sup>100</sup>. Relativamente ao material sintético mais indicado a usar neste tipo de cirurgias ginecológicas, salienta-se que o sucesso do tratamento não depende só das características da prótese, mas também das características da doente, nomeadamente anatómicas (sendo que há menor taxa de erosão quando se trata do compartimento anterior da vagina em comparação com o posterior, estando este último mais associado a complicações), idade, níveis de estrogénio, entre outros<sup>101</sup>.

Do mesmo modo que se deve informar os doentes da possibilidade da alteração da sua função sexual, deve também ser incentivada a realização de consultas de rotina a ambos os elementos do casal<sup>94</sup>. Isto mesmo que a mulher não seja sintomática, que é o que acontece em grande parte dos casos, em que o homem sofre de dispareunia e a parceira do sexo feminino não tem qualquer sintoma<sup>96</sup>.

Ressalva para o facto de não devermos pensar nesta questão apenas em contexto de cirurgia corretiva de incontinência urinária, mas sim também em outros tipos de cirurgias de correção ao nível pélvico que envolvam uso de próteses, como é o caso da cirurgia de correção do prolapso uterino com recurso a uma malha de material inorgânico, podendo todas estas serem causa de hispareunia<sup>99</sup>, apesar de não ser tão frequente como no caso do tratamento cirúrgico da incontinência urinária.

## ABORDAGEM DO DOENTE DO SEXO MASCULINO COM DOR SEXUAL

Os homens geralmente têm dificuldade em falar sobre os sintomas relacionados com o foro sexual, sendo estes pouco relatados ao nível dos cuidados de saúde primários<sup>102</sup>.

Uma investigação realizada na Noruega<sup>103</sup>, envolvendo 1117 consultas com 22 médicos dos cuidados de saúde primários, pretendeu avaliar se os doentes recorriam ao seu médico de família por questões do foro sexual, tendo-se concluído que em 4,2% o motivo das consultas eram preocupações relacionadas com saúde sexual. No entanto, apesar da alta prevalência de problemas sexuais, constata-se que os médicos dos cuidados primários evitam discutir este género de problemáticas, sendo as principais barreiras as crenças (29%), a falta de tempo (24%) e a falta de conhecimentos e de experiência, assim como o medo de falhar (21%)<sup>104</sup>. Percebe-se facilmente a importância de o médico dos cuidados primários estar sensibilizado para esta problemática e inquirir os seus utentes sobre ela, caso contrário, a patologia em causa será facilmente subdiagnosticada por falta de iniciativa dos doentes em procurarem ajuda e levará a uma possível falha no apoio multidisciplinar a estes<sup>105</sup>. O profissional de saúde deve então estar atento a possíveis casos ocultados de dor sexual, abordando de forma simples e aberta sintomas relacionados, de forma a ganhar a confiança do doente e ser eficaz na abordagem da doença<sup>102</sup>.

Para ajudar nesta abordagem, existem já recomendações relativas à disfunção sexual no homem, que foram desenvolvidos com base na evidência e usando uma abordagem multidisciplinar, de modo a que a avaliação obedeça a uma estratégia uniforme e coerente. Um deles é o algoritmo desenvolvido pela *ICSM, de 2015*, e denominado *de ICSM-5*, representado na *figura 3*, que obedece a três princípios básicos: à adoção de uma

abordagem centrada no doente, à aplicação de uma medicina baseada na evidência no que respeita o diagnóstico e tratamento, e ao uso de uma abordagem unificada e universal em todos os doentes <sup>106</sup>.

Uma abordagem centrada no doente consiste numa abordagem holística e não apenas relativa à dimensão biológica da doença, mas abrangendo também as suas causas e implicações a nível psicológico e social. E, assim sendo, a intervenção deve preocupar-se não só com a resolução de sintomas mas também com a promoção do bem-estar geral sexual do doente<sup>107</sup>. Quanto à abordagem ser unificada, importa ressaltar que as disparidades de género podem atuar como uma barreira para que todos os doentes possam ter acesso aos cuidados de que necessitam e que é então fundamental seguir princípios unificados e equitativos<sup>107</sup>. Felizmente, a medicina sexual tem evoluído nos últimos anos e nota-se já em geral uma maior sensibilidade e atenção no que respeita a equidade de géneros quanto à saúde sexual, ainda que sobre o tema desta revisão haja maior atenção no caso do sexo feminino.

O algoritmo supracitado compreende cinco passos: avaliação básica e colheita de história clínica, avaliação da necessidade de cuidado de um especialista, educação sexual do doente, opções de tratamento e seguimento do bem-estar, e tratamento do doente<sup>108</sup>. Na primeira etapa, é essencial fazer uma história clínica completa que inclua as características da dor para perceber a sua etiologia e o seu impacto na vida do doente. A história sexual deve incluir também os sintomas do trato urinário que são frequentemente encontrados em doentes com prostatite, uma vez que esta é causa de dispareunia<sup>102</sup>. Nesta primeira fase, importa realçar o importante papel dos questionários, ressaltando, no entanto, o facto de que estas ferramentas de investigação não substituem uma colheita cuidada de história médica, sexual e psicológica<sup>107</sup>.

Depois da colheita de história clínica, segue-se o exame físico que inclui a avaliação da consistência do abdómen e pesquisa de uma bexiga palpável, e também a avaliação da genitália externa em busca de evidência de úlceras ou de patologia dermatológica (como por exemplo líquen escleroso). No exame do pénis deve atentar-se à presença de fimose, doença de Peyronie, freio curto e corrimento uretral, devendo palpar-se o escroto, testículos e cordão espermático para despiste de massas testiculares, varicocele, orquites, hidrocele, cistos do epidídimo ou hérnias inguinais. O exame físico deve ser concluído com o toque rectal de forma a avaliar se a próstata é dolorosa, a sua consistência e volume, bem como avaliar a tonicidade do esfíncter anal<sup>102</sup>.

Poderá também ser necessária investigação laboratorial e realização de exames complementares de diagnóstico para identificar a causa da dor, que incluem análises à urina para pesquisar presença de infeção urinária ou hematuria, e o despiste de uma possível doença sexualmente transmissível. No caso de ser encontrada alguma anomalia

durante a realização do exame físico do escroto e testículos, pode ser requerida ainda uma ecografia dos mesmos<sup>102</sup>.

A maioria da literatura faz a referência a uma abordagem biopsicossocial da dor sexual, sugerindo que se tenham em conta fatores relacionados com o desenvolvimento individual. Entre eles, o início da atividade sexual, experiências sexuais conjugais e extraconjugais, bem como o contexto dessas mesmas experiências, crenças, emoções e atitude face à problemática em questão. Além dos fatores de desenvolvimento, são referidos também fatores constitucionais: eventos sexuais negativos prévios, expectativas, eficácia e comorbilidades relacionadas com a saúde mental como stress, ansiedade, depressão, uso de substâncias ilícitas e fármacos, entre outros<sup>4</sup>. Uma abordagem mais abrangente envolvendo uma equipa multidisciplinar deve ser privilegiada.

Ressalva ainda para o tratamento, parte integrante da abordagem, que, pela extensão do presente trabalho de revisão, não será abordado intensivamente, além do que foi sendo referido associado a cada uma das etiologias acima descritas. Deixo apenas uma explicação breve, tendo em conta a constante referência a uma abordagem biopsicossocial da dor sexual masculina: “O processo de reabilitação terá que incluir além dos aspetos físicos e psicológicos, (...) É, assim, fundamental a existência de intervenções terapêuticas transdisciplinares que coadjuvem a terapia sexual”<sup>109</sup>.

## CONCLUSÕES

A dor sexual masculina pode ter efeitos muito negativos nos doentes, afetando os seus relacionamentos não só a nível sexual como também emocional. Assim sendo, deve ser encarada como uma problemática de saúde sexual, com impacto real na sua qualidade de vida, e como causa potencial de disfunção sexual.

Exploradas cuidadosamente as principais etiologias deste sintoma, compreende-se a enorme abrangência do tema. Entre os seus efeitos mais devastadores estão então a disfunção sexual e o aumento de níveis de stress e depressão, decorrentes de uma perda de autoestima e de capacidade de manter relacionamentos, conjugais e sexuais, saudáveis e satisfatórios.

Há de facto alguma carência de informação nesta área e a que existe é algumas vezes pouco concordante entre si, sobretudo na informação relativa a classificações, nomenclatura e sobre a própria abordagem dos doentes com patologia causadora de dor sexual. Sobre esta última, é certo que é essencial abordar o doente de forma clara, sem misticismos ou tabus, no sentido de abrir portas a um diálogo aberto e esclarecedor de sintomatologia, de modo a que o reconhecimento e posterior tratamento sejam o mais eficazes possível.

Especificamente em Portugal, os estudos sobre esta temática são ainda escassos e pouco específicos. Os resultados de muitos dos estudos revistos sugerem a importância da avaliação da qualidade e do funcionamento sexual, às quais todos os profissionais de saúde devem ter em atenção, como boa prática em saúde não só sexual, mas também global.

Posto tudo isto, espera-se que estes estudos proporcionem o aprofundamento dos conhecimentos em torno desta temática, bem como o desenvolvimento e aperfeiçoamento de modelos de atuação e de estratégias de intervenção na disfunção sexual, abrindo uma linha de investigação caracterizada pela abertura à diversidade (incluindo minorias sociais, como é o caso dos homossexuais). Em jeito de conclusão, esta revisão de literatura vem reforçar a necessidade de mais investigação, no sentido de se obter de uma visão sistémica e renovada sobre o tema.

## BIBLIOGRAFIA

1. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. 2ª edição. Seattle; 1994.
2. Lutz MC, Roberts RO, Jacobson DJ, McGree ME, Lieber MM, Jacobsen SJ. Cross-Sectional Associations of Urogenital Pain and Sexual Function in a Community Based Cohort of Older Men: Olmsted County, Minnesota. *J Urol*. 2005;174(2):624–628.
3. Aubin S, Berger RE, Heiman JR, Ciol MA. The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III. *J Sex Med*. 2008;5(3):657–667.
4. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med*. 2016;13(4):538–571.
5. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR). Publicado em 2008. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>. Consultado pela última vez em 2017/12/12.
6. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2003;106(3):337–345.
7. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). O que é a dor. Publicado em 2013. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>. Consultado pela última vez em 2017/11/26.
8. Castro-Lopes J, Saramago P, Romão, J. Paiva MM. *A Dor Crónica em Portugal*. Pain Propos. Lisboa, 2010.
9. Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Publicado em 2001. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30-plano-nacional-de-luta-contra-a-dor>. Consultado pela última vez em 2018/1/18.
10. Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Publicado em 2001. Disponível em: <http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/PlanoNacionaldeLutaContraaDor.pdf>. Consultado pela última vez em 2017/11/13.
11. Luzzi GA, Law LA. The male sexual pain syndromes. *Int J STD AIDS*. 2006; 17(11): 720-728.
12. Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning.; *J Sex Marit Ther*. 1979; 5(3): 244-81.
13. Davis SNP, Binik YM, Carrier S. Sexual dysfunction and pelvic pain in men: A male sexual pain disorder? *J Sex Marital Ther*. 2009;35(3):182–205.
14. Ribeiro JP, Santos A. Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*. 2005; 23(3): 341-49.
15. Turk, DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70(3): 678-90.
16. Asmundson GJG, Wright KD, Stein MB. Pain and PTSD symptoms in female veterans. *Eur J Pain*. 2004;8(4):345–350.
17. Andrade A, Garcia A, Cano D. Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. *Psicol Teor e Prática*. 2009;11(3):143–156.
18. Flor H, Turk DC. *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. *Cogn Behav Pract*. 2013;20(1):117–118.
19. Pereira R, Oliveira MC, Nobre P. Sexual Functioning and Cognitions During Sexual Activity in Men With Genital Pain: A Comparative Study. *J Sex Marital Ther*. 2016;42(7):602–615.
20. Pitts M, Ferris J, Smith A, Shelley J, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian Men. *J Sex Med*. 2008;5(5):1223–1229.
21. Júnior I, Capitão C. Evidências de validade da versão brasileira da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil. *Psico-USF*. 2011; 16(1): 45-55.

22. American of Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition - Text Revision.*; Washington DC, 2000.
23. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *J Sex Med.* 2014;11(2):364–373.
24. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):144–152.
25. Bancroft J. *Human Sexuality and Its Problems.* 3rd ed. Edinburgh, 2009.
26. Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Reece M, Fortenberry JD. Pain experienced during vaginal and anal intercourse with other-sex partners: Findings from a nationally representative probability study in the United States. *J Sex Med.* 2015;12(4):1040–1051.
27. American Academy of Sleep Medicine. *The international Classification of Sleep Disorders, Revised.* (One Westbrook Corporate Center, ed.). Westchester; 2005.
28. Mellado M. A case of sleep-related painful erections with chronic daytime genital discomfort. *Urologia.* 2015; 82(3): 184-186.
29. Ferini-Strambi L, Montorsi F, Zucconi M et al. Sleep-related painful erections: Clinical and polysomnographic features. *J Sleep Res.* 1996;5(3):195–197.
30. Vreugdenhil S, Weidenaar AC, de Jong IJ, van Driel MF. Sleep-Related Painful Erections: A Meta-Analysis on the Pathophysiology and Risks and Benefits of Medical Treatments. *J Sex Med.* 2018;15(1):5–19.
31. Chiner E, Sancho-Chust JN, Llombart M et al. Sleep-related painful erection in a 50-year-old man successfully treated with cinitapride. *J Sex Med.* 2010;7(11):3789–3792.
32. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(97):822–830.
33. N. Pereira, Carvalho A. Revisitar as disfunções sexuais masculinas 2014. Em: Menarini, ed. Lisboa; 2014:5–48.
34. Chung E, Ralph D, Kagioglu A et al. Evidence-Based Management Guidelines on Peyronie’s Disease. *J Sex Med.* 2016;13(6):905–923.
35. Schwarzer U, Sommer F, Klotz T, Braun M, Reifenrath B, Engelmann U. The prevalence of Peyronie’s disease: results of a large survey. *BJU Int.* 2001;88(7):727–730.
36. Tal R, Hall MS, Alex B, Choi J, Mulhall JP. Peyronie’s Disease in Teenagers. *J Sex Med.* 2012;9(1):302–308.
37. Nehra A, Alterowitz R, Culkin DJ et al. Peyronie’s disease: AUA guideline. *J Urol.* 2015;194(3):745–753.
38. Kayes O, Khad R. Recent advances in managing Peyronie’s disease. 2016;7(0):1–10.
39. Nugteren HM, Nijman JM, Jong IJ, van Driel MF. The association between Peyronie’s and Dupuytren’s disease. *Int J Impot Res.* 2011;23(4):142–145.
40. EAU Guidelines. Male sexual dysfunctions. Publicado em 2018. Disponível em: [http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3\\_3](http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3_3). Consultado pela última vez em 2018/2/15.
41. Ilie CP, Mischianu DL, Pemberton RJ. Painful ejaculation. *BJU Int.* 2007;99(6):1335–1339.
42. Barnas JL, Pierpaoli S, Ladd P et al. The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy. *BJU Int.* 2004;94(4):603–605.
43. Rosen R, Altwein J, Boyle P et al. Lower Urinary Tract Symptoms and Male Sexual Dysfunction: The Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur Urol.* 2003;44(6):637–649.
44. Wagenlehner FM, van Till JW, Magri V et al. National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts

- of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol.* 2013;63(5):953–959.
45. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol.* 1999;162(2):369–375.
  46. Barnas J, Parker M, Guhring P, Mulhall JP. The utility of tamsulosin in the management of orgasm-associated pain: A pilot analysis. *Eur Urol.* 2005;47(3):361–365.
  47. Shoskes DA, Landis JR, Wang Y, Nickel JC, Zeitlin SI, Nadler R. Impact of Post-Ejaculatory Pain in Men With Category Iii Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *J Urol.* 2004;172(2):542–547.
  48. Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *JUrol.* 2003;169(6):2257–2261.
  49. Parnham A, Serefoglu EC. Retrograde ejaculation, painful ejaculation and hematospermia. *Transl Androl Urol.* 2016;5(4):592–601.
  50. Schover LR. Psychological factors in male genital pain. *Clev Clin J Med.* 1990; 57(8): 697-700.
  51. Johnson CW, Bingham JB, Goluboff ET, Fisch H. Transurethral resection of the ejaculatory ducts for treating ejaculatory symptoms. *BJU Int.* 2005;95(1):117–119.
  52. Clemens JQ, Meenan RT, O’Keeffe Rosetti MC, Gao SY, Calhoun EA. Incidence and Clinical Characteristics of National Institutes of Health Type Iii Prostatitis in the Community. *J Urol.* 2005;174(6):2319–2322.
  53. Collins MM, Meigs JB, Barry MJ, Walker Corkery E, Giovannucci E, Kawachi I. Prevalence and Correlates of Prostatitis in the Health Professionals Follow-Up Study Cohort. *J Urol.* 2002;167(3):1363–1366.
  54. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999; 282(3): 236-237.
  55. EAU Guidelines. Chronic Pelvic Pain. Publicado em 2018. Disponível em: <http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>. Consultado pela última vez em 2018/2/15.
  56. Lee S, Cheah P, Liong M et al. Demographic and clinical characteristics of chronic prostatitis: prospective comparison of the University of Sciences Malaysia Cohort with the United States National Institutes of Health Cohort. *J Urol.* 2007;177(1):153–7; discussion 158.
  57. Ambler N, Williams AC, Hill P, Gunary R, Cratchley G. Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain.* 2001; 17(2); 137-145.
  58. Associação Portuguesa de Urologia. Disfunção Sexual Masculina – Distúrbios da Ejaculação, Orgasmo e Líbido. Publicado em 2010. Disponível em: [http://www.apurologia.pt/publico/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/publico/disturbios\\_da\\_ejaculacao\\_orgasmo\\_e\\_libido.htm](http://www.apurologia.pt/publico/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/publico/disturbios_da_ejaculacao_orgasmo_e_libido.htm). Consultado pela última vez em 2018/2/15.
  59. Lee SW, Liong ML, Yuen KH et al. Adverse Impact of Sexual Dysfunction in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Urology.* 2008;71(1):79–84.
  60. Liang CZ, Hao ZY, Li HJ et al. Prevalence of Premature Ejaculation and Its Correlation with Chronic Prostatitis in Chinese Men. *Urology.* 2010; 76(4): 962-966.
  61. Sönmez NC, Kiremit MC, Güney S, Arisan S, Akca O, Dalkılıç A. Sexual dysfunction in type III chronic prostatitis (CP) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) observed in Turkish patients. *Int Urol Nephrol.* 2011; 43(2): 309-314.
  62. Mcgregor TB, Pike JG, Leonard MP. Phimosis – a diagnostic dilemma ? *Can J Urol.* 2005;12(2):2598–2602.
  63. Mcnaughton JL. Pathologic and physiologic phimosis - clinical review. *Can Fam Physician.* 2009;55:789–796.
  64. Bunker CB. Skin conditions of the male genitalia. *Medicine (Baltimore).*

- 2010;38(6):294–299.
65. Fistarol SK, Itin PH. *Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: An update.* *Am J Clin Dermatol.* 2013;14(1):27–47.
  66. EAU Guidelines. *EAU guidelines on urological infections.* Publicado em 2017. Disponível em: <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/>. Consultado pela última vez em 2018/1/17.
  67. Whelan P. *Male dyspareunia due to short frenulum: an indication for adult circumcision.* *Br J Med.* 1977; 2(6103): 1633-1634.
  68. Yip A, Ng SK, Wong WC, Li MK, Lam KH. *Injury to the Prepuce.* *Br J Urol.* 1989;63(5):535–538.
  69. Rajan P, McNeill SA, Turner KJ. *Is frenuloplasty worthwhile? A 12-year experience.* *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88(6):583–584.
  70. Gyftopoulos K. *Male dyspareunia due to short frenulum: The suture-free, «pull and burn» method.* *J Sex Med.* 2009;6(9):2611–2614.
  71. Duarte AF, Correia O. *Laser CO2 frenuloplasty: A safe alternative treatment for a short frenulum.* *J Cosmet Laser Ther.* 2009;11(3):151–153.
  72. Frey AU, Sønksen J, Fode M. *Neglected side effects after radical prostatectomy: A systematic review.* *J Sex Med.* 2014;11(2):374–385.
  73. Capogrosso P, Ventimiglia E, Cazzaniga W, Montorsi F, Salonia A. *Orgasmic Dysfunction after Radical Prostatectomy.* *World J Mens Health.* 2017;35(1):1.
  74. Clavell-Hernández J, Martin C, Wang R. *Orgasmic Dysfunction Following Radical Prostatectomy: Review of Current Literature.* *Sex Med Rev.* 2018;6(1):124–134.
  75. Mogorovich A, Nilsson AE, Tyrizis SI et al. *Radical Prostatectomy, Sparing of the Seminal Vesicles, and Painful Orgasm.* *J Sex Med.* 2013; 10(5) :1417–1423.
  76. Salonia A, Burnett AL, Graefen M et al. *Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunctions part 1: Choosing the right patient at the right time for the right surgery.* *Eur Urol.* 2012;62(2):261–272.
  77. Salonia A, Adaikan G, Buvat J et al. *Sexual Rehabilitation After Treatment for Prostate Cancer—Part 1: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015).* *J Sex Med.* 2017;14(3):285–296.
  78. Chung E, Brock G. *Sexual Rehabilitation and Cancer Survivorship: A State of Art Review of Current Literature and Management Strategies in Male Sexual Dysfunction Among Prostate Cancer Survivors.* *J Sex Med.* 2013;10(Suppl 1):102–111.
  79. Simon Rosser BR, Short BJ, Thurmes PJ, Coleman E. *Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: A validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men.* *J Sex Marital Ther.* 1998;24(4):281–292.
  80. Hollows K. *Anodyspareunia: A novel sexual dysfunction? An exploration into anal sexuality.* *Sex Relatsh Ther.* 2007;22(4):429–443.
  81. Mercer CH, Tanton C, Prah P et al. *Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal).* *Lancet.* 2013;382(9907):1781–1794.
  82. Mosher W, Chandra A, Jones J. *Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 years of age, United States.* *Adv Data.* 2005; 15(362): 1-55.
  83. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Jessup K, Hammonds G. *Multiple chances: Findings from the United Kingdom Gay Men’s Sex Survey 2006.* *Sex Health.* Publicado em 2006. Disponível em <http://sigmaresearch.org.uk/files/report2008c.pdf>. Consultado pela última vez em 2017/11/14.
  84. Rosser BR, Metz ME, Bockting WO, Buroker T. *Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: An empirical study with implications for HIV prevention.* *J Sex Marital Ther.* 1997;23(1):61–73.
  85. Damon W, Rosser BRS. *Anodyspareunia in men who have sex with men: Prevalence, predictors, consequences and the development of DSM diagnostic criteria.* *J Sex Marital Ther.* 2005;31(2):129–141.

86. Lin GG, Scott JG. Management of Pelvic Floor Disorders: Biofeedback and More. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2014;12(4):456–467.
87. Romanelli F, Smith KM, Thornton AC, Pomeroy C. Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse. *Pharmacotherapy*. 2004;24(1):69–78.
88. Zhang Z, Zhang L, Zhou F, Li Z, Yang J. Knowledge, attitude, and status of nitrite inhalant use among men who have sex with men in Tianjin, China. *BMC Public Health*. 2017;17(1):690.
89. Chow EP, Lu KI, Fu X, Wilson DP, Zhang L. HIV and Sexually Transmissible Infections among Money Boys in China: A Data Synthesis and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2012; 7(11) :e48025.
90. Li D, Yang X, Zhang Z et al. Nitrite inhalants use and HIV infection among men who have sex with men in China. *Biomed Res Int*. 2014;2014:365261.
91. Bhugra D, Wright B. Sexual dysfunction in gay men and lesbians. *Psychiatry*. 2007;6(3):125–129.
92. Sousa A , Jesus A , Carvalho M et al. Técnicas Transobturadoras na Incontinência Urinária de Esforço Feminina. *Acta Med Port*. 2014; 27(4): 422-428.
93. Stanford EJ, Paraiso MF. A Comprehensive Review of Suburethral Sling Procedure Complications. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15(2):132–145.
94. Mohr S, Kuhn P, Mueller MD, Kuhn A. Painful Love-"Hispareunia" after Sling Erosion of the Female Partner. *J Sex Med*. 2011;8(6):1740–1746.
95. Brubaker L. Editorial: Partner dyspareunia (hispareunia). *Int Urogynecol J*. 2006;17(4):311.
96. Petri E, Ashok K. Partner dyspareunia—a report of six cases. *Int Urogynecol J*. 2012;23(1):127–129.
97. Kuhn A, Eggeman C, Burkhard F, Mueller MD. Correction of Erosion after Suburethral Sling Insertion for Stress Incontinence: Results and Related Sexual Function. *Eur Urol*. 2009;56(2):371–377.
98. Ko YH, Song CH, Choi JW, Jung HC, Song PH. Effect on Sexual Function of Patients and Patients' Spouses After Midurethral Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence: A Prospective Single Center Study. *LUTS Low Urin Tract Symptoms*. 2016;8(3):182–185.
99. Kuhn A, Brunnmayr G, Stadlmayr W, Kuhn P, Mueller MD. Male and female sexual function after surgical repair of female organ prolapse. *J Sex Med*. 2009;6(5):1324–1334.
100. Abdel-Fattah M, Sivanesan K, Ramsay I, Pringle S, Bjornsson S. How common are tape erosions? A comparison of two versions of the transobturator tension-free vaginal tape procedure. *BJU Int*. 2006;98(3):594–598.
101. Mistrangelo E, Mancuso S, Nadalini C, Lijoi D, Costantini S. Rising use of synthetic mesh in transvaginal pelvic reconstructive surgery: A review of the risk of vaginal erosion. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(5):564–569.
102. Corden C. Causes and management of dyspareunia. *InnovAiT Educ Inspir Gen Pract*. 2013;6(2):66–75.
103. Vik A, Brekke M. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(4):373–378.
104. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL et al. General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction-Results of the Portuguese SEXOS Study. *J Sex Med*. 2012;9(10):2508–2515.
105. Raquel A, Cunha F. Prostatite crónica/Síndrome de dor crónica pélvica - estado da arte. 2017.
106. Montorsi F, Adaikan G, Becher E et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med*. 2010;7(11):3572–3588.
107. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(1 PART 2):337–348.
108. Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard Operating

- Procedures for Taking a Sexual History. J Sex Med. 2013;10(1):26–35.*
109. Garrett A, Sousa M. *A disfunção sexual em homossexuais masculinos: Potencialidades e desafios. Anal Psicol. 2013;31(1):103–111.*

## ANEXOS

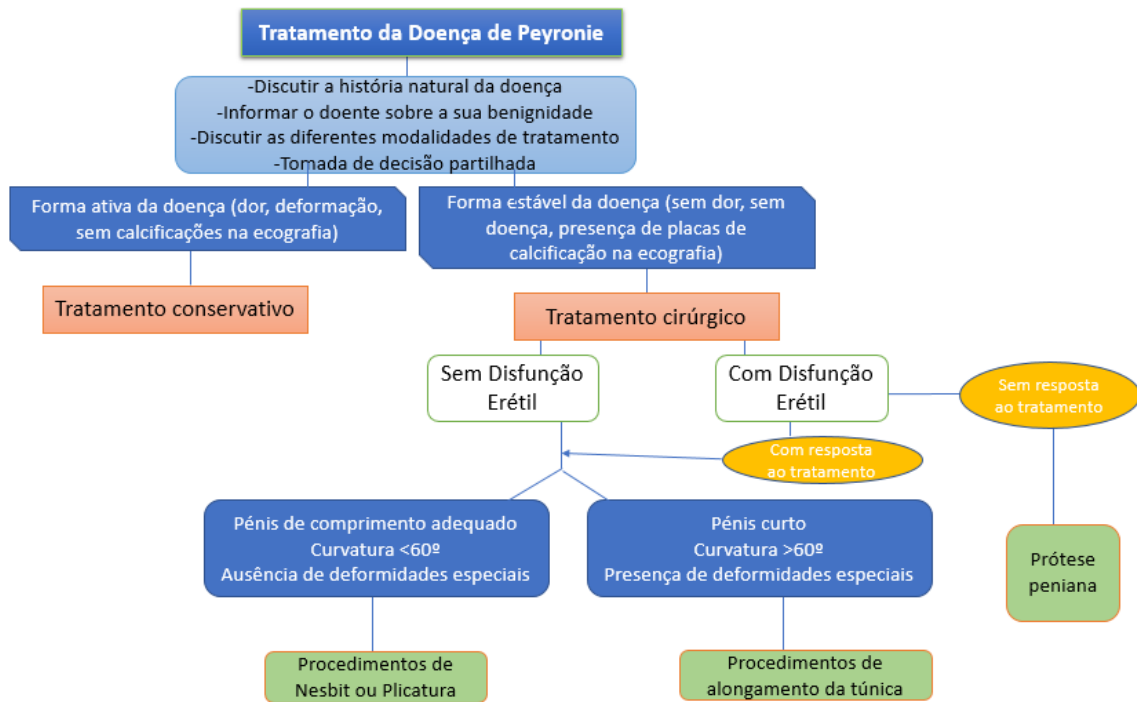


Figura 1 - Algoritmo de tratamento da Doença de Peyronie da EAU, adaptado de EAU Guidelines. Male sexual dysfunctions. (2018). Disponível em: [http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3\\_3](http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/#3_3).

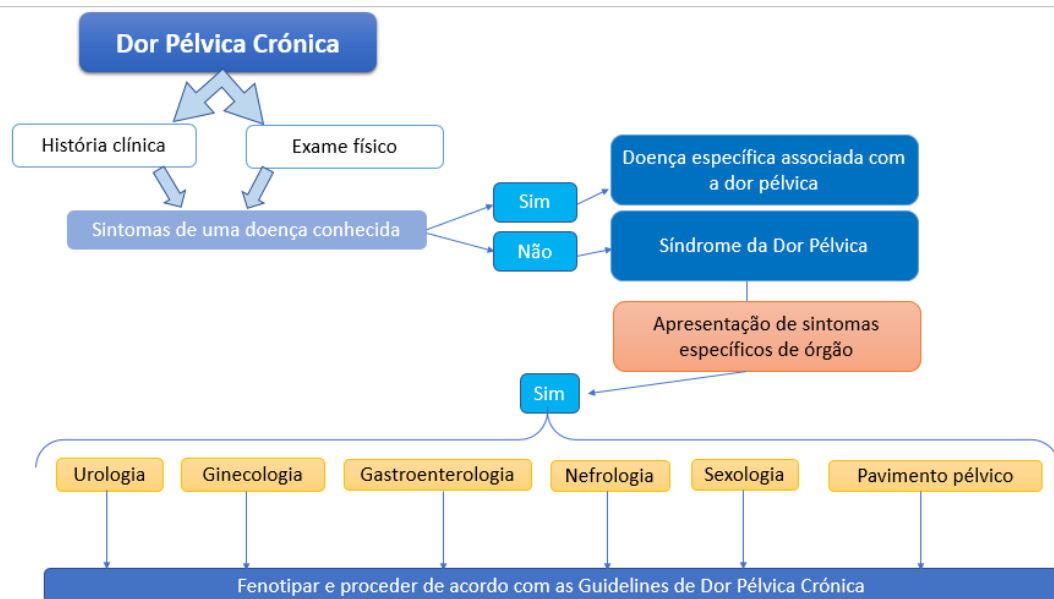


Figura 2 - Algoritmo diagnóstico de Dor Pélvica Crónica da EAU, adaptado de: EAU Guidelines. Chronic Pelvic Pain. (2018). Disponível em: <http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>.

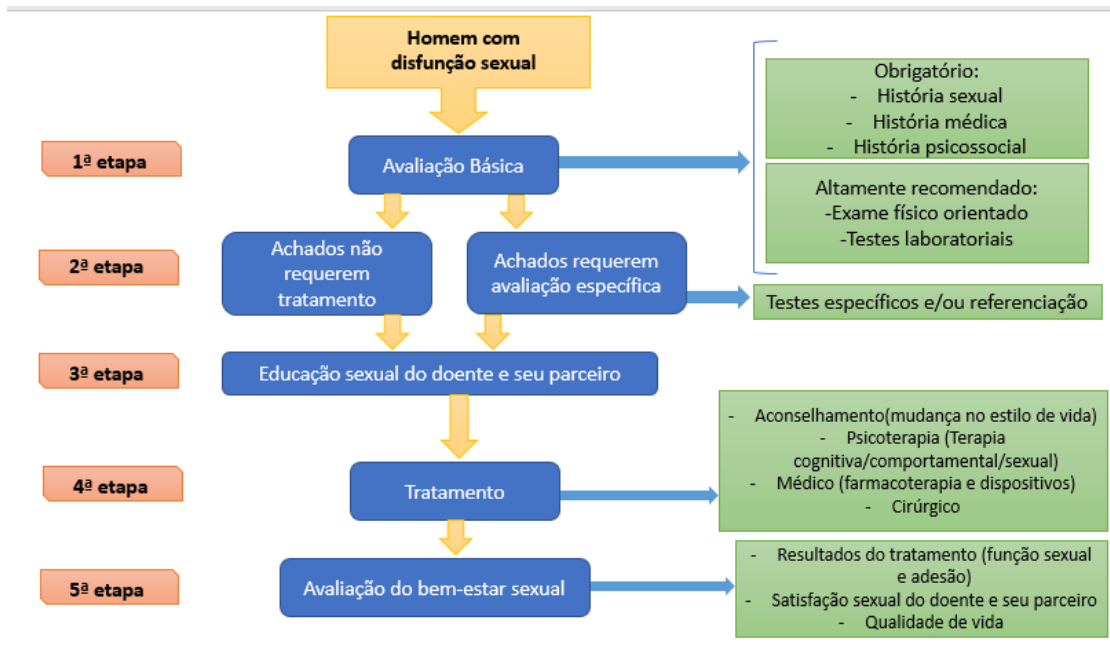


Figura 3 - Algoritmo para o diagnóstico e tratamento da ICSM-5, adaptado de: Althof SE, Rosen RC, Perelman MA, Rubio-Aurioles E. Standard operating procedures for taking a sexual history. J Sex Med. 2013; 10(1): 26-35.

Tabela 1 - Classificação de Prostatite da NIH. Adaptado de: Krieger JN, Nyberg L Jr, N. J. NIH consensus definition and classification of prostatitis. (1999).

<b>I – Prostatite Bacteriana aguda</b>	Sintomas urogenitais agudos e evidência de infecção bacteriana na próstata
<b>II – Prostatite Bacteriana Crônica</b>	Sintomas urogenitais crônicos e evidência de infecção bacteriana na próstata
<b>IIIA - Prostatite crônica/síndrome de dor pélvica crônica, inflamatória</b>	Sintomas urogenitais crônicos ou recorrentes, com evidência de inflamação e sem evidência de infecção bacteriana na próstata
<b>IIIB - Prostatite crônica/síndrome de dor pélvica crônica, não inflamatória</b>	Sintomas urogenitais crônicos ou recorrentes, sem evidência de inflamação e infecção bacteriana na próstata
<b>IV - Prostatite inflamatória assintomática</b>	Ausência de sintomas urogenitais e evidência de inflamação na próstata, descoberta de modo incidental

Tabela 2 - Síndromes de dor urológica. Adaptado de EAU Guidelines. Chronic Pelvic Pain. (2018). Disponível em: <http://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>.

<b>Síndrome de dor vesical</b>	Dor suprapúbica relacionada com o enchimento vesical, acompanhada por outros sintomas tais como aumento da frequência diurna e noturna
<b>Síndrome de dor uretral</b>	Dor uretral recorrente normalmente no esvaziamento, também com frequência diurna e noturna
<b>Síndrome de dor peniana</b>	Dor no pênis que não é primariamente na uretra
<b>Síndrome de dor prostática</b>	Dor prostática persistente ou episódica recorrente associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do trato urinário – definição esta adaptada da classificação do NIH que subdivide a síndrome da dor prostática em tipo A (inflamatória) e tipo B (não inflamatória)
<b>Síndrome de dor escrotal</b>	Dor localizada ao nível do escroto
<b>Síndrome de dor testicular</b>	Dor localizada ao nível dos testículos
<b>Síndrome de dor pós-vasectomia</b>	Dor escrotal na sequência de vasectomia
<b>Síndrome da dor epididimária</b>	Dor localizada ao nível do epidídimo
<b>Síndrome de dor anorretal</b>	Dor rectal episódica persistente ou recorrente, associada a pontos desencadeadores/sensibilidade rectal relacionados com sintomas de disfunção intestinal
<b>Síndrome de dor do nervo pudendo</b>	Dor de tipo neuropática com origem na distribuição do nervo pudendo com sintomas e sinais de disfunção rectal, sexual ou do trato urinário
<b>Síndrome de dor perineal</b>	Dor perineal episódica persistente ou recorrente, quer esteja relacionada com o ciclo miccional ou associada a sintomas que sugerem disfunção sexual ou do trato urinário
<b>Síndrome de dor dos músculos do pavimento pélvico</b>	Dor ao nível da musculatura do pavimento pélvico