

JORNAL PARANAENSE DE SEXUALIDADE HUMANA

Publicação oficial do Centro de Informações e Estudos
de Sexualidade Humana de Maringá (CIESMA) - ANO 01 - Volume 03

NESTE VOLUME

Artigos

Remédios que atrapalham a vida sexual

(Dr. Márcio de Carvalho)

Pág. 04

Existe Andropausa?

(Dr. Eduardo B. Bertero)

Pág. 03

Educação sexual na família

(Eliany Regina Mariussi)

Pág. 02

O que realmente acontece na cama

(Maria Helena Matarazzo)

Pág. 08

Viagra e Cegueira: Fatos e Verdades

(Dra. Marcia Kayath)

Pág. 06 e 07

Os perigos da automedicação

(Dr. Márcio de Carvalho)

Pág. 06

Entrevista

LAURA MULLER

Mídia e Sexualidade

Pág. 07

Visite nosso site
www.ciesma.com.br

Sexo e Amor:

A armadilha sexual feminina



Dr. Maurício Chaves Jr.
(Ginecologista)

A maioria das mulheres, independentemente da inteligência e educação tem seu comportamento sexual afetado por mitos ou falsas idéias sobre sexo. Isto gera muita infelicidade sexual, resultando em problemas, inadequações e disfunções sexuais.

É quase impossível para uma mulher crescer em nossa sociedade sem assimilar um grande número de idéias que dirigem e dirigirão sua vida pelos anos afora. Muitas dessas idéias são até ridículas ou são falsos entendimentos sobre o sexo e a vida sexual. Uma delas é atrelar o sexo ao amor é um erro histórico das mulheres. Homens jamais precisaram da desculpa do amor para admitir e concretizar uma relação sexual. Mas as mulheres frequentemente precisam. A menina na nossa cultura aprende desde cedo a ser romântica e submissa. Assim, quando se tornam adultas, já estão bem treinadas para se comportar ajustando sua imagem de acordo com as necessidades e exigências dos homens, prisioneiras que são do mito do amor romântico. Segundo Ailton Amélio da Silva, do departamento de psicologia experimental da Universidade de São Paulo, apenas 2% das mulheres conseguem dissociar sexo de amor, e as que praticam sexo casual fazem isso como 'uma fase'.

Mas há outros resultados como da pesquisa da revista Marie Claire, pesquisando suas leitoras na região sudeste, a maioria pertencente a classe AB e de alto grau de escolaridade, obteve um resultado surpreendente: 49% das

entrevistadas disseram que fazem sexo mesmo sem estar apaixonadas.

Independentemente das convicções morais ou religiosas, que, é claro, devem ser respeitadas, as conseqüências dessa idéia feminina de que o sexo só é válido quando existe também o amor, costumam ser desastrosas.

O novo, o desconhecido assusta. Entretanto, repetir o que é aprendido como verdade absoluta não é a solução. As mulheres, durante alguns milênios, foram cúmplices na perpetuação do sistema que as oprime, acreditando nessa inferioridade e transmitindo o mesmo sistema, através das gerações, aos filhos de ambos os sexos.

Especialistas acham que a descoberta conjunta e equiparada da sexualidade pode aproximar homens e mulheres também fora da cama.

Dra. Carmita afirma: "Essa geração de meninos vai dar em homens que não vêem a antiga distinção entre mulher para curtir e mulher para casar. E as meninas podem virar mulheres que não associem tanto o sexo ao amor, desfrutando com mais naturalidade". Quantas decepções poderiam ser evitadas na vida das mulheres se elas, afinal, desvinculassem o sexo do amor. Sexo com amor é muito bom, mas o sexo casual também existe, podendo proporcionar alegria, satisfação, alto nível de endorfinas no cérebro e, conseqüentemente, bom humor.

Sabem muito bem os homens disso. Tanto que se aproximam de muitas mulheres apenas com a intenção de fazer sexo. Mas as mulheres foram treinadas para ver em cada aproximação a possibilidade de um relacionamento amoroso. E, na maioria das vezes, se decepcionam quando percebem que o sujeito queria apenas fazer sexo com elas e não viver uma história de amor.

Editorial

Neste terceiro volume procuramos diversificar assuntos ligados à sexualidade, abrangendo matérias de interesse do homem, da mulher, do casal e da família. A procura crescente de pessoas comuns em se informar a respeito de vida sexual e sexualidade demonstra uma mudança cada vez mais crescente em nossa sociedade, que até pouco tempo atrás encarava estes temas como uma fonte de pecado, censuras e perigos. Hoje em dia estamos mais conscientes e conhecedores de que a sexualidade se faz presente em todas as etapas de nosso desenvolvimento como ser humano e que a resolução de qualquer distúrbio sexual nos proporciona acréscimos de autoconfiança e auto-estima melhorando a qualidade de vida e o relacionamento interpessoal e conjugal. O passado recente de tabus e preconceitos está se transformando em uma realidade com mais interesse em informações que vão certamente modificar o comportamento sexual de toda uma geração.

Dr. Márcio de Carvalho
(Urologista)

Expediente

Jornal Paranaense de Sexualidade
Publicação oficial do Centro de
Informações e Estudos de
Sexualidade Humana de Maringá
(CIESMA)

Tiragem:
5000 exemplares

Colaboradores:
Dr. Maurício Chaves Jr.
(Ginecologista - CRM 12.665)
Dr. Márcio de Carvalho
(Urologista - CRM 12.020)
Eliany Regina Mariussi
(Psicóloga - CRP 08/04751)

Editoração:
RB SUL - Propaganda
Fone: (44) 3227-9496

Jornalista responsável:
Diniz Neto

Educação sexual na família



Eliany Regina Mariussi
(Psicóloga)

Primeiramente se faz necessário delinear o que é educação sexual e o que é orientação sexual. A educação sexual contempla todas as informações, discussões e reflexões sobre valores, pré-conceitos, crenças e postura adotada frente a sexualidade. A orientação sexual vai além disso, ela propicia um espaço para "digestão" destes conteúdos, o ter liberdade de falar como está entendendo estas informações, o como está sentindo, o que passa pelos pensamentos, o que incomoda, o como se porta diante destas questões, e é justamente este espaço para reflexão individualizada que diferencia a educação da orientação sexual.

Diante disto vemos que é a família que terá mais oportunidade para fazê-la porque ela tem mais chances de abrir este espaço para o filho falar o que pensa e sente, ela detém esta proximidade, a presença diária, é por estas razões que ela consegue fazer melhor este papel do que qualquer outra instituição é ali no núcleo familiar que se pode ter mais liberdade, confiança, intimidade, sentir-se amparado, e aos pais cabe passar o respeito ao que o filho fala, honestidade com os assuntos e seriedade com os seus sentimentos.

A sexualidade se manifesta diariamente em momentos aparentes e outros não, por isso é necessária a intimidade para falar deste assunto como qualquer outro, conforme ele aparece, se fala, na linguagem do filho, usando termos que ele conhece, falar com respeito, na hora do banho, diante da nudez da criança que percorre a casa, no flagra do filho aos pais na cama, do beijo entre os pais ou mesmo da falta dele, um pai que continua abraçando e beijando seu filho depois de crescido, está passando ao filho que se pode ter afeto por outro homem sem erotizar este relacionamento, enfim o dia-a-dia possibilita muitas situações. Falar do assunto propicia mais aceitação da vida sexual, compromisso consigo mesmo, mais conforto e prazer possibilitando ao filho maior

crescimento como pessoa.

Claro que temos que levar em consideração que os pais não tiveram esta oportunidade, mas que isto não seja apoio para desculpas, hoje ocupam papel de responsáveis pela educação de seus filhos e por isso tem o dever de buscarem a melhor forma de lidar com estes assuntos, caso isto não esteja tranquilo para eles, é obrigação dos pais proporcionarem aos filhos melhor entendimento, precisam educar seus filhos para a vida e por esta razão não podem dar continuidade a uma educação dissociada onde se valoriza o intelectual, o social, o espiritual e deixam de lado o afetivo-sexual, como se isto fosse possível. Evidenciar este assunto como os outros é respeitar o filho de forma integrada e é ainda a prevenção de tantos problemas que envolvem o sexo e a sexualidade nossa e da sociedade.

Pais, não é feio buscar informações e reflexões sobre a sexualidade quando isto não é tranquilo, o que é feio é silenciar diante de tantas questões evidentes. Se precisar de uma piada para iniciar um diálogo com o filho, o faça, mas abra espaço para ele falar de si, conte uma passagem da sua vida, isso com grandes chances poderá aumentar a cumplicidade de vocês. Não permita mais que os meios de comunicação explorem estes temas com seu filho despertando nele tanta ansiedade, justamente porque não está preparado para determinadas cenas e entendimentos.

Muitos pais ainda jogam a responsabilidade na escola, esquecendo que lá também existem adultos com estas mesmas dificuldades. A escola deve sim ser cobrada em dar continuidade ao que a família já iniciou.

E cabem a vocês pais, serem instrumento para abrir este canal de comunicação, este espaço para se falar respeitosamente da sexualidade e de forma gostosa, prazerosa, criar este clima de confiança e liberdade.

A família que não convive, que não se toca, que não demonstra afeto que ignora sentimentos, deixará como herança a seus filhos a amargura, desprezo e sentimentos de inferioridade que poderão levar por toda a vida. Pai faça a sua parte!

Existe Andropausa?



Dr. Eduardo B. Bertero

A menopausa, caracterizada pela irreversível parada da ovulação na mulher, marca o fim do período fértil feminino. O análogo, ou seja, a parada da produção de espermatozoides no homem não existe. Na realidade, existem relatos de homens na nona década que conseguem reproduzir. No entanto, o homem experimenta um declínio gradual de suas funções hormonais, sobretudo na diminuição do hormônio sexual circulante e na produção de espermatozoides.

O termo andropausa não é tão recente. Werner em 1939 foi o primeiro a descrever o climatério masculino como sendo um paralelo à menopausa. Este mesmo autor descobriu que os sintomas relacionados com o processo eram secundários a alterações hormonais. Recentemente vários investigadores comprovaram que as alterações hormonais no homem ocorrem mais tardiamente em comparação com a mulher e são fenômenos mais ocasionais.

A diminuição da função testicular, associada a sinais de diminuição da virilidade como, diminuição da libido, queda de cabelo, perda de massa muscular e vigor físico, acrescidos a sinais de distonia neurovegetativa como, nervosismo e insônia podem culminar com o equivalente à menopausa na mulher, isto é, a menopausa masculina. Não acho este termo "menopausa masculina" adequado. Outras definições foram propostas como "climatério masculino" e "andropausa", mas talvez o mais apropriado seja o termo "Deficiência androgênica do envelhecimento masculino (DAEM)". Independente da terminologia utilizada é consenso de que o homem idoso apresenta uma diminuição da função testicular que ocasiona um declínio de seu hormônio sexual circulante e como conseqüência, uma série de fatores que alteram a sua qualidade de vida.

TESTOSTERONA

A testosterona é um hormônio secretado pela célula de Leydig do testículo. Este hormônio também é produzido pelas glândulas adrenais, que ficam posicionadas acima dos rins, mas o volume é baixo e de pouca importância clínica. A secreção de testosterona inicia-se na fase embrionária, com um pico em 12

semanas de gestação. Existe um outro pico logo ao nascimento e posteriormente, um nível baixo comparável à mulher até a puberdade. Nesta fase existe um aumento da produção de testosterona responsável pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários: alteração da voz, crescimento de pêlos e barba e desenvolvimento do pênis e escroto. Também tem um efeito anabolizante ao aumentar a massa muscular. Nos homens existe um decréscimo dos níveis de testosterona com a idade, cerca de 1% ao ano.

Embora seja consenso de que um declínio dos hormônios sexuais ocorre em homens idosos independentemente de seu estado de saúde, é provável que o meio ambiente traga influências positivas (estimulação) e negativas (supressão) neste processo. Estes fatores ambientais podem ser físico (temperatura, luz, ruído e irradiação), químico (tóxico), biológico (vírus e microorganismos), comportamental (alcoolismo, tabagismo e drogas alucinógenas) ou sócio-econômico (nutrição e higiene). Além do efeito agudo, a repetição e o acúmulo gerado por todos estes fatores estressantes, durante uma vida inteira, leva a uma progressiva perda das funções fisiológicas do organismo. É notório que homens com seqüelas de doenças crônicas (cardiovascular, pulmonar, hepática, etc) apresentam um efeito negativo nos níveis de testosterona e que, nestas circunstâncias, o declínio androgênico é mais acelerado.

FUNÇÃO SEXUAL

Segundo vários estudos, a incidência de disfunção erétil ou dificuldade de ereção aumenta com a idade. Embora doenças crônicas tenham um papel relevante neste incremento, alguns estudos mostram que existe um declínio da função sexual mesmo em homens saudáveis. Na realidade, a queda da atividade sexual nos homens após os 50 anos ainda não está bem esclarecida. Alguns estudos mostram que o envelhecimento e as alterações hormonais estão mais diretamente relacionadas com atividade sexual de que com libido. Desinformação, falsa expectativa e atitude derrotista são alguns fatores que podem contribuir para a disfunção sexual do idoso. A testosterona exerce um papel secundário no declínio da sexualidade masculina no idoso. Alguns agentes inespecíficos como saúde deficiente e queda de mobilidade, aumento da incidência de doenças crônicas, considera-

ções da parceira e aumento de disfunção neurológica contribuem para esta diminuição da atividade sexual do homem idoso.

REPOSIÇÃO HORMONAL

Muito tem se questionado sobre a reposição hormonal em homens da meia idade. Não existe até o momento nenhum estudo controlado que estime o risco e benefício da reposição hormonal preventiva em homens idosos. Todo homem submetido a um tratamento hormonal deve ser acompanhado para câncer de próstata. Diferentemente do que muitos pensam, a reposição com testosterona não induz a câncer de próstata, mas pode, sim, estimular a progressão de um câncer prostático latente. Existe uma variedade de formas e vias de administração de testosterona. Sumariamente, podemos dividir em terapia oral, intramuscular e transdérmica (pela pele). No Brasil utilizamos a via intramuscular por apresentar uma relação custo-benefício mais satisfatória. Os efeitos colaterais mais comumente observados incluem alterações prostáticas, aumento dos lipídeos séricos (colesterol e frações), aumento da produção de células do sangue, toxicidade ao fígado e ginecomastia (aumento da mama).

No homem idoso ocorre uma diminuição da função testicular que ocasiona um decréscimo da testosterona livre circulante. A falência testicular, semelhante ao que ocorre com o ovário, e a tão falada "andropausa" não existe. Os sintomas decorrentes da queda de andrógenos do idoso como, fadiga (física e mental), perda de energia, queda de cabelo, perda de massa muscular, depressão e diminuição da libido, constituem uma síndrome que preferimos denominar de "deficiência androgênica do envelhecimento masculino" (DAEM). Considerando os efeitos colaterais potencialmente severos, além da ausência de um estudo cientificamente válido, comparando riscos e benefícios, a reposição hormonal não deve ser adotada como terapia preventiva em todo homem idoso. Alguns casos selecionados com sintomas clínicos e laboratoriais de DAEM serão beneficiados com a reposição de testosterona.

Dr. Eduardo B. Bertero Fellow pela Universidade de Boston, EUA, Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, Médico Assistente do Departamento de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, SP

Remédios que atrapalham



Dr. Márcio de Carvalho
(Urologista)

Na medicina quando receitamos um remédio para um paciente é fundamental que ele produza o efeito que desejamos sem modificar o seu bem estar. Em alguns casos certos efeitos colaterais, como a baixa de desejo sexual (libido), podem dificultar o seguimento do tratamento. Certos pacientes chegam mesmo a abandonar seus comprimidos, colocando em risco sua própria vida. Se um medicamento prescrito parece ter um efeito negativo na função sexual, deve-se considerar uma via diferente através da troca por um outro, diminuição de doses ou um outro complemento ao tratamento inicial. Não devemos por impulso interromper o que foi inicialmente receitado sem antes consultar o médico responsável. Sabemos que cerca de 25% dos casos de impotência sexual são devido aos efeitos colaterais de determinados remédios. Da mesma forma muitas doenças podem afetar a vida sexual, tornando-se difícil estabelecer se a causa é devido ao uso destes medicamentos ou mesmo da própria doença do paciente.

Os anti-hipertensivos (remédios usados para controlar a pressão alta):

A família dos beta-bloqueadores como o Propranolol (inalderal®, propranolol®), Atenolol (atenolol®, angipress®), Pindolol (visken®), Metoprolol (lopressor®), tornam a frequência cardíaca mais lenta e ajudam o coração a funcionar melhor. Além de poder levar a disfunção erétil este grupo de remédios pode também prejudicar as 3 fases do ato sexual (desejo, excitação e orgasmo). O Propranolol tem uma ação negativa maior sobre a função sexual que o restante da família. Alto índice de disfunção erétil e problemas na ejaculação são associados com antigos simpaticolíticos Reserpina e Guanetidina (ismelina®), mas hoje praticamente não mais usados. A Clonidina (atensina®) e o alfa-metil-dopa (aldomet®) também têm causado perda do desejo sexual, disfunção erétil e dificuldade para conseguir o orgasmo.

Os bloqueadores dos canais de cálcio como a Nifedipina (adalat®) e o verapamil (dilacoron®) tem poucos efeitos sobre a função sexual se comparados aos beta-bloqueadores e diuréticos. O tratamento da hipertensão arterial com medicamentos do tipo Inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina) como Captopril (capoten®), Enalapril (renitec®), Cilazapril (vascase®) tem baixa associação de disfunções sexuais.

Diuréticos:

Eliminam o excesso de sal e água do organismo. Podem prejudicar a ereção reduzindo a quantidade de sangue que circula para o pênis. Pacientes usando diuréticos tem uma chance de 2 a 6 vezes maior de ter uma disfunção sexual que uma outra pessoa qualquer. Impotência sexual ocorre em até 32% dos pacientes em uso de diuréticos do tipo Tiazídicos como a Clortalidona (higroton®, tenoretic®), Hidroclorotiazida (clorana®, drenol®, moduretic®). O possível mecanismo seria a redução dos níveis de zinco o que interfere com a produção de testosterona (principal hormônio masculino) contribuindo também para diminuição do desejo sexual. A Espironolactona (aldactone®) pode causar dificuldades de ereção em cerca de 30% dos casos e induzir a ginecomastia (crescimento dos seios no homem) devido a seu bloqueio na produção da testosterona.

Medicações para a depressão, tranqüilizantes e neurolépticos:

Episódios de depressão são frequentemente acompanhados de uma baixa da libido (desejo sexual). Em homens com depressão grave os problemas de ereção estão presentes em 90% dos casos. Além disso, está comprovado que dificuldades de ereção podem favorecer o aparecimento da depressão. Estas duas condições estão, portanto, intimamente ligadas a tal ponto da disfunção erétil hoje ser considerada parte do ciclo vicioso da própria depressão. Certos antidepressivos são responsáveis por problemas sexuais variados como a diminuição do desejo sexual, problemas na ereção e ejaculação. Os

mais implicados são os antidepressivos tricíclicos como a Imipramina (tofranil®) e a Amitriptilina (tryptanol®). A Clomipramina (anafranil®) reduz a sensibilidade genital causando retardo na ejaculação. Medicações que aumentam a serotonina (serotoninérgicos) como a Fluoxetina (prozac®), Sertralina (zoloft®), Paroxetina (pondera®, aropax®) tem efeitos maiores sobre a ejaculação, causando retardo, sem influência maior sobre a função erétil e libido quando usados por curtos períodos. O exato mecanismo pelo qual estas substâncias causam disfunção sexual ainda não é bem conhecido. A Fluvoxamina (luvox®) seria o antidepressivo de escolha quando se deseja evitar o efeito colateral de ejaculações mais demoradas. A Trazodona (donaren®) e Bupropiona (wellbutrin®) não apresentam influência negativa sobre a atividade sexual, com alguns relatos na literatura médica de ereções prolongadas (Trazodona) e de melhora do desejo sexual com facilitação em conseguir orgasmos em homens e mulheres (Bupropiona). Os benzodiazepínicos, usados para tratamento da ansiedade (ansiolíticos), como o Diazepam (valium®), Alprazolam (frontal®), Lorazepam (lorax®), Clonazepam (rivotril®), Escitalopram (lexapro®) são responsáveis por problemas relacionados a perda do desejo sexual. Os neurolépticos ou anti-psicóticos são medicamentos utilizados em psiquiatria em casos de psicoses (esquizofrenia, manias, etc) como o Tioridazina (melleril®), Haloperidol (haldol®), Clorpromazina (ampticil®), Carbolitium®, causam problemas hormonais (aumento da prolactina com baixa da testosterona, alterações de tireóide), com repercussões sobre a libido, capacidade erétil, inibição da ejaculação e mesmo dor ao ejacular.

Medicações para o coração (cardiovasculares):

A Digoxina é um medicamento usado principalmente para aumentar a contratilidade do músculo cardíaco nos casos de insuficiência cardíaca congestiva. Ela induz a dificuldades de ereção por elevação dos níveis de estrógenos (hormônio feminino), diminuição do

a vida sexual

hormônio masculino (testosterona) e por aumento do cálcio nas células penianas, o que resulta em menos capacidade do tecido peniano se relaxar e atingir uma ereção.

Medicações usadas para baixar o colesterol:

Podem prejudicar tanto as ereções como interferir com o desejo sexual, principalmente o Clofibrato (sinteroid®, lipofacton®) e o Gemfibrozina (lopido®) e menos freqüente a Sinvastatina (zocor®). A provável razão seria a interferência com o metabolismo hepático (do fígado) dos hormônios sexuais.

Medicações para tratamento da úlcera:

A Cimetidina (tagamet®, ulcedine®), dependendo da dosagem, diminui o desejo sexual e causa impotência em 50% dos pacientes devido seu efeito anti-androgênico (diminuição dos hormônios masculinos). A Ranitidina (antak®) pode provocar aumento de prolactina levando a baixa do hormônio masculino testosterona causando baixa de libido e disfunção erétil, mas muito menos freqüente que com a Cimetidina. A Famotidina (famox®) pode causar disfunções sexuais semelhantes, mas muito menos que a Cimetidina e a Ranitidina.

Hormônios:

A importância fundamental dos hormônios masculinos na manutenção da atividade sexual normal pode ser afetada rapidamente por determinados agentes químicos. Estas substâncias são mais freqüentemente empregadas para o tratamento do câncer da próstata. Estrógenos (destilbenol®) e Análogos LHRH como a Goserelina (zoladex®) e Leuprolida (lupron®) derrubam rapidamente os níveis de testosterona para índices de castração levando a impotência, baixa de libido e aumento do seio no homem (especialmente estrógenos). Com menos intensidade, mas com reconhecidos efeitos negativos diretos no desejo sexual e função erétil estão os antiandrogênicos como a Ciproterona (androcur®). A Flutamida (eulexin®,

tecnoflut®) e a Bicalutamida (casodex®) embora não promovam um decréscimo da testosterona sanguínea, elas diminuem seu acesso às células afetando a libido, a capacidade erétil e causando aumento do seio (ginecomastia). A Finasterida (proscar®, reduscar®, finasten®, propécia®) medicação para o tratamento do crescimento benigno da próstata e para queda de cabelos leva em 6% dos pacientes tratados à redução da libido, piora das ereções penianas em 8% e diminuição da ejaculação em 4%.

Outras medicações:

O Cetoconazol (nizoral®, cetonax®), usado para tratamento de doenças fúngicas, quando em altas doses acarreta baixa de testosteronas interferindo no desejo sexual e causando disfunção erétil.

O uso prolongado de substâncias a base de Efedrina e Pseudoefedrina, usadas geralmente em descongestionantes, podem dificultar as ereções por impedir um relaxamento completo da musculatura peniana.

A Metoclopramida (plasil®) atua a nível cerebral diminuindo os níveis de dopamina, o que leva ao aumento da prolactina com conseqüente baixa da testosterona, alterando o desejo sexual.

Tratar uma disfunção sexual devido aos efeitos colaterais de medicações pode ser uma tarefa difícil.

Dependendo da medicação empregada e o tempo de uso, estes problemas podem regredir espontaneamente com o tempo. Em algumas situações poderá ser possível uma mudança para uma medicação que cause menos efeitos negativos sobre a sexualidade, por exemplo, trocar um diurético Tiazídico por um inibidor da ECA na hipertensão arterial. Outras possíveis alternativas incluem a redução da dose ou mesmo usá-la distante da relação sexual. Desta forma o médico deve sempre que possível escolher uma medicação que não tenha um efeito conhecido e marcante sobre a função sexual, o que vai implicar em uma qualidade de vida melhor ao paciente e uma continuação do tratamento proposto.

Saiba mais

Reposição Hormonal Masculina

O laboratório Schering lançou ano passado na Europa uma nova versão do Undecanoato de Testosterona chamado de Nebido® para reposição hormonal masculina. A grande novidade é que esta preparação de 1000 mg tem duração média de quatro meses graças a um mecanismo de liberação gradual. Proporciona assim uma melhor comodidade de uso e evita elevações ou picos não fisiológicos observados nas preparações disponíveis atualmente de uso mensal. Seu lançamento na América Latina está previsto para este ano.

Ejaculação precoce e impotência

Aproximadamente metade dos homens que se queixam de disfunção erétil também refere concomitante a presença de ejaculação precoce. Esta conclusão veio de um estudo que incluiu mais de 3.000 homens com idade entre 20 a 75 anos de 8 países (Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha, França, Itália, Espanha, México e Brasil) e apresentado durante o congresso da Associação Européia de Urologia realizado na Turquia em março. A incidência de ejaculação precoce, como já observado em diversos estudos, é de cerca de 30 a 40% tornando-a uma das mais comuns disfunções sexuais do homem.

AVANAFIL

É uma nova medicação para o tratamento da impotência, da família dos inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE5) que inclui Viagra, Levitra e Cialis, que está sendo desenvolvida pelo laboratório Vivus (o mesmo do supositório intra-uretral MUSE para o tratamento da impotência). Os estudos até agora demonstram que o Avanafil terá uma ação mais rápida que seus concorrentes, permitindo uma penetração após 30 minutos da sua ingestão, e ao contrário dos outros inibidores da PDE5 poderá ser tomada mais de uma vez ao dia.

Os perigos da automedicação

A intoxicação é responsável por cerca de 30% das mortes no Brasil e na maioria dos casos é efeito da automedicação. De cada 3 remédios comprados hoje 2 são adquiridos sem receita médica, muitas vezes indicados por funcionários de balcões de farmácias não preparadas para um atendimento honesto ao público.

Grande parte de nossa população tem por hábito curar seus males usando medicamentos por conta própria ou porque fez bem ao seu amigo ou vizinho. Todo o remédio é uma droga em potencial, não existe medicamento “inocente” ou seja sem produzir efeitos colaterais. Entre os diversos problemas médicos da atualidade a disfunção erétil ou impotência sexual ocupa um lugar extremamente importante na ansiedade e sofrimento do homem moderno. Esta situação, por vezes, induz a busca de soluções mais simples como a automedicação. Esta decisão vem da crença que um problema de ordem sexual não é um problema médico ou que esta situação deve passar logo não necessitando ter que “incomodar o ocupado doutor” com suas intimidades sexuais. Pessoas que tomam remédios para melhorar o desempenho sexual sem orientação médica correm sérios riscos de criar uma dependência psicológica. Ele

passa a acreditar que só vai conseguir ter boas relações sexuais e assim melhorar seu relacionamento com a parceira se tomar o remédio.

VIAGRA PARAGUAIO

Recentemente a automedicação tornou-se um problema de ordem policial, pois medicamentos para melhorar o desempenho sexual vindos do Paraguai estariam entrando no Brasil como contrabando. Chamados de “genéricos do Viagra” são eles o PRAMIL, POTENTE 75, ERECCIL E EROXIL 20 onde não conhecemos a procedência e qualidade com que estas drogas são fabricadas. A substância química indicada na fórmula seria a Sildenafil, a mesma do Viagra produzida mundialmente pelo laboratório Pfizer. O preço destas drogas paraguaias chega a ser convidativo, mas seria um investimento sem responsabilidade com a própria saúde, pois não conhecemos o laboratório, a qualidade da fabricação e o que realmente se coloca no comprimido com riscos eminentes ao nosso bem estar. A medicina se baseia no conhecimento científico procurando a verdade (ou a possível verdade) nas pesquisas científicas e que geralmente duram anos como aconteceu com chegada do Viagra em 1998, o original Sildenafil.

Devemos desconfiar de remédios que prometem milagres, principalmente na área da sexualidade humana, com chamativos sem comprovação científica. É importante entender que problemas na esfera sexual devem ser vistos como um problema de saúde como outro qualquer e que o tratamento sem orientação médica na maioria das vezes não é o mais indicado e, desta forma as principais perguntas ficam sem resposta como: porque devo usar este remédio? Quais são seus efeitos colaterais? Por quanto tempo? O meu problema é grave? Eu tenho cura? Vou ficar dependente? Só vou conseguir com o remédio? Eu posso morrer usando isto? O que ela vai pensar de mim usando remédios para o sexo? E se o remédio não funcionar para onde vou? Devemos estar atentos e não nos deixar levar por falsas facilidades até mesmo do ponto de vista financeiro onde o custo poderá ser maior depois com o tratamento das possíveis complicações. O fator automedicação coloca em destaque a importância da atuação conjunta dos conselhos regionais de medicina e farmácia para que possamos acabar com esta prática danosa atuando no controle do consumo de medicamentos no Brasil.

Dr. Márcio de Carvalho - Urologista



O citrato de sildenafil (Viagra®), medicação pioneira no tratamento da disfunção erétil, faz esse ano seu aniversário de 7 anos no mercado, sendo que cerca de 26 milhões de homens já utilizaram esta medicação desde 1998. Seu programa de estudo clínico continua ativo, já envolveu cerca de 103 estudos e mais de 13000 pacientes. Sabemos que o tempo de comercialização da medicação é muito importante para estabelecer com mais exatidão o perfil de tolerabilidade, segurança e eficácia da mesma. Nesta fase, por exemplo, os

Viagra e Cegueira: Fatos e Verdades

eventos adversos espontâneos e derivados de estudos clínicos continuam sendo cuidadosamente monitorados por farmacovigilância contínua e comunicados às agências regulatórias locais e internacionais conforme normas vigentes. É assim que, por exemplo, estabeleceu-se a segurança cardiovascular de Viagra® em longo prazo e recentemente o citrato de sildenafil foi aprovado para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar através de estudos clínicos nesta nova indicação. Os eventos adversos mais frequentes com o uso de Viagra® são bem conhecidos como a cefaléia, congestão nasal e rubor facial. Estes eventos em geral são leves e transitórios. Além disso, Viagra® pode causar mudanças transitórias da percepção

visual do tom ou brilho das cores em cerca de 3% dos pacientes. Esse é um efeito transitório, que se acredita ser consequência de inibição da enzima PDE-6 na retina e que não causa danos permanentes na visão. Recentemente, porém, algumas notícias veiculadas na imprensa trataram a respeito da ocorrência de perda visual relacionada à neuropatia óptica isquêmica não arterítica (NAION) e o uso de Viagra®, assim como de outros inibidores da PDE-5. Os raros casos de NAION divulgados com o uso de Viagra® são a totalidade de casos acumulados no FDA desde seu lançamento há 7 anos. A NAION é a causa mais comum de doença do nervo óptico agudo em adultos acima de 50 anos e compartilha os

mesmos fatores de risco que a disfunção erétil. Entre eles, além da idade, estão a hipertensão arterial, diabetes e tabagismo. A maioria dos casos relatados de NAION nos homens em uso de Viagra® ocorreu na presença de fatores de risco vasculares e anatômicos concomitantes associados com o desenvolvimento do NAION. Não é possível, portanto, estabelecer a causalidade entre o uso de Viagra® e a ocorrência deste evento ocular. Adicionalmente, não há relato de

NAION no programa de estudos clínicos de Viagra® em análise recentemente realizada. Em conclusão, a farmacovigilância contínua dos eventos adversos na fase de pós-comercialização de uma medicação é uma atividade de grande importância para a segurança dos pacientes e obtenção de novas informações para o contínuo desenvolvimento clínico da mesma. Em relação à perda visual noticiada com Viagra®, podemos concluir que a NAION ocorre nas mesmas

populações de risco para desenvolvimento da disfunção erétil. A partir dos dados disponíveis no momento e comparando-se a taxa de ocorrência da NAION em homens de mesma idade e co-morbidades sem uso de Viagra®, não há como estabelecer que a ocorrência de NAION esteja associada casualmente ao uso de Viagra®.

Dra. Marcia Kayath – Endocrinologista e Pesquisadora Clínica do Laboratório Pfizer

Entrevista do mês

LAURA MULLER

Mídia e Sexualidade

1- Qual a importância das informações a respeito de sexualidade humana para a mídia?

Ao colocar à disposição da mídia informações claras, didáticas e educativas sobre sexualidade, o profissional está favorecendo a multiplicação dessas informações para milhares de pessoas. Isso é, sem dúvida, de extrema importância.

2- Quais as mudanças observadas na mídia nos últimos anos sobre sexo e sexualidade?

Costumo dizer em minhas palestras que a mídia influencia o comportamento sexual da população e, ao mesmo tempo, é influenciada pelo comportamento desta população. É um ciclo. Diante disso, podemos dizer que a mídia e a população andam juntas em relação a sexo e sexualidade. As mudanças observadas na mídia dizem respeito a isso: a como anda a sociedade hoje em relação a sexo e sexualidade, com suas descobertas, seus avanços, seus retrocessos, seus mitos, seus tabus e tudo o mais.

3- Qual a postura da mídia em relação aos assuntos de sexualidade?

Há diversas posturas. Há veículos que fazem denúncias relevantes sobre sexo, como a caça à pedofilia e à prostituição infantil. Há veículos que apostam em matérias de compor-

tamento para que as pessoas se divirtam e esclareçam suas dúvidas. Há veículos que preferem a banalização do sexo. E há outros tantos mais. O que deveríamos nos perguntar é: qual a nossa postura diante da mídia? Engolimos tudo o que lemos, vemos e ouvimos? Ficamos apenas nos queixando? Ficamos apenas encontrando defeitos e apontando culpados? Ou fazemos uma leitura crítica, separando o “trigo do joio” e, ao mesmo tempo, compreendendo que este é o contexto em que vivemos e uma das melhores formas de lidar com ele é cada pessoa aprender a estabelecer seus limites?

4- O que mais atrai a mídia quando o assunto é sexo?

De tudo um pouco: novidades em produtos, novos comportamentos, comportamentos antigos que estão sendo retomados, mitos, tabus e quebra dos mesmos, informações de outras culturas, pesquisas, novidades, novidades, novidades.

5- Em matéria de sexualidade, a TV educa ou desinforma?

Varia muito. Há quem tenha uma participação educativa relevante, com matérias que esclarecem questões importantes e levam informações úteis a quem talvez não pudesse obtê-las de outra forma a não ser via mídia. E há também quem passa dos limites com uma abordagem de coisificação e, por-



Laura Muller é jornalista e educadora sexual pós-graduada pela Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana. Dá palestras em todo o Brasil em congressos, escolas e empresas, é colunista de sexo do Portal Terra, escreve para revistas como Capricho, Nova, Vip e Playboy, entre outras, e é autora do livro “500 Perguntas Sobre Sexo” (editora Objetiva, Rio de Janeiro, 2001).

tanto, desvalorização) da mulher, do homem, do humano. Mais uma vez, o que me parece que está em jogo aqui não é apenas o que a mídia nos oferece. Mas mais do que isso: é como nos portamos diante do que é oferecido. Será que mudamos de canal ou damos audiência ao que “não presta”? Será que “multiplicamos” o que não vale a pena ou procuramos encontrar limites mais interessantes? Será que nos responsabilizamos pelo que fazemos ou procuramos encontrar um culpado na mídia, ou em outro lugar qualquer? O contexto em que vivemos é esse. Não adianta ficar só se queixando. O melhor é encontrar uma maneira de lidar com isso, que seja mais positiva do que negativa. Que maneira? Descobri-la é o desafio. Mas com certeza vale a pena tentar!

O que realmente acontece na Cama



Maria Helena Matarazzo

Num mundo sexual imaginário, nunca nada machuca, nada arranha, nada fere, ninguém fica ansioso, cansado, tem medo de engravidar. Nesse reino de imaginação, nunca nada dá errado, tudo sempre

se encaixa com perfeição, ereções sempre acontecem, orgasmos são fáceis. O desejo é constante, a camisinha não atrapalha e as pessoas se entregam com a maior facilidade.

Na vida real não é bem assim. O que de fato acontece na cama tem muito pouco a ver com o que está na literatura erótica, nos manuais de sexologia, nos filmes de Hollywood.

Existem muitos livros que dizem o que se deveria estar fazendo na cama e, além do mais, existe agora até CD-room erótico. Entretanto, é muito mais importante saber o que as pessoas estão fazendo, pensando e sentindo de verdade. Será que a única coisa que conta é a quantidade? Será que menos sexo significa menos intimidade ou será que certos casais descobriram outras maneiras de manifestar sua intimidade sem precisar ter “x” orgasmos por semana? Será que o vínculo depende de quantas relações sexuais cada um está tendo ou da qualidade dessas relações? E, numa relação a dois, quando se fala sobre isso?

Como disse a sexóloga americana Helen Kaplan tentar ser um bom amante sem se comunicar é a mesma coisa que tentar aprender tiro ao alvo com uma venda nos olhos. Mas tirar essa venda significa perceber nossas expectativas sexuais reais e irreais e também poder falar sobre elas. Um homem pode sonhar em ter relações sexuais todos os dias e, de repente, descobrir que seu apetite sexual não vai além de uma ou



duas vezes por semana e que seu desempenho não é tão magnífico assim.

Acontece que cada um é como é, diferente um do outro. Não gostamos todos das mesmas coisas, não queremos as mesmas coisas nem construímos as mesmas fantasias. Não. O nível de energia sexual ou de fome não segue um padrão. Por isso, é muito importante separar sexo de verdade de sexo de mentira, realidade de sonho. Fantasia é aquilo que acontece na nossa cabeça. Realidade é o que acontece em nossa cama.

Quando se pensa em sexo de verdade, se sabe que praticamente toda a pessoa teve, feliz ou infelizmente, alguma experiência inesquecível. Muito ou pouco sexo, bom ou mau, ou algo entre os dois extremos. De algum modo, todos escondem alguma coisa.

Cada segredo sexual é diferente do outro. O único denominador comum é que cada pessoa parece ter um. Algumas pessoas escondem sentimentos e desejos (“Sinto uma vontade inconfessável de transar com...”), outros escondem comportamentos, outros ainda mantêm segredo sobre sua biografia sexual. Um

homem pode querer que ninguém saiba que ele teve um caso, uma mulher pode não querer que seu parceiro saiba que ela está fingindo ter orgasmos e, sobretudo, ninguém quer que os outros saibam seus dilemas sexuais.

Ninguém se sente muito à vontade contando seus medos, desapontamentos ou segredos sexuais. Para se proteger de uma hiperexposição, a maioria conta sua história sexual aos poucos, aos pedaços, aos sussurros.

A verdade é que ninguém tem sexo no vácuo. Cada vez que nos envolvemos numa relação, levamos conosco nossos medos, nossas fantasias, nossas experiências passadas. Mas só penetrando na realidade se penetra no outro.

Maria Helena Matarazzo.

É socióloga e sexóloga com especialização em terapia individual e de casais e mestrado em educação sexual.

Ex-consultora da Unesco, realiza palestras por todo o país.

Autora dos best sellers Amar é preciso, Nós dois, Encontros, Desencontros & Reencontros, Gangorras do amor, Namorantes e Coragem para amar.