

Arquivos H. Ellis^{DE}

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Nesta Edição:

Disfunção Erétil

■ *Impacto econômico da disfunção erétil*

página 03

Debate:

Alongamento Peniano

■ *Será que esta é uma cirurgia tão simples quanto a plástica de mama em mulheres?*

página 06

Reprodução Humana

■ *Papel da acupuntura no tratamento da infertilidade masculina*

página 14

■ *A importância da interdisciplina (médico/psicólogo) na reprodução assistida*

página 15

■ *Controle de qualidade de laboratórios de Reprodução Humana*

página 17

Sexualidade Feminina

■ *A evolução ao longo dos tempos, das classificações e definições das disfunções e do ciclo de respostas sexuais femininas*

página 19

Mensagem ao Leitor

Chegamos ao segundo número dos **Arquivos H. Ellis** e podemos considerar que o lançamento deste novo espaço para a divulgação de artigos na área das Disfunções Sexuais e Reprodução Humana foi um sucesso. Não somente pelas mensagens que recebemos, as quais agradecemos de coração, mas também pelo número de visitas e “downloads” (mais de 1500) de artigos realizados nestes últimos três meses.

Neste número, inauguramos a seção sobre Reprodução Humana, com um artigo sobre a abordagem multidisciplinar do paciente infértil, em que o psicólogo Sidnei di Sessa mostra a importância da parceria ginecologista-psicóloga(o). A bióloga Andréa Gianotti Galuppo faz uma resenha do controle de qualidade nos laboratórios de Reprodução Assistida e o Dr. Edson Gurfinkel mostra o papel da acupuntura no tratamento da infertilidade masculina.

Lá, da Floresta Amazônica, o Dr. Anoar Samad nos conta

sobre uma causa rara e pitoresca de uretrorragia. O Dr. Eduardo Bertero analisa o impacto econômico das drogas orais para tratamento da disfunção erétil e a minha coeditora Cila Ankier faz uma interessante análise da evolução das classificações e definições das disfunções sexuais femininas nos últimos tempos.

Estamos publicando um interessante debate sobre Antropometria Peniana. Vale a pena conferir.

Criamos uma nova seção, onde serão relatados os trabalhos de Congressos de Disfunção Sexual e Reprodução Humana. Iniciamos com as conclusões do XI Congresso Venezuelano de Sexologia. Contamos com a colaboração dos leitores para este novo espaço.



Boa Leitura!
Sidney Glina

Esta edição foi patrocinada por:

Lilly

E MAIS:

Calendário de Congressos e Eventos Científicos

página 24

CARTAS DO LEITOR



A equipe de **Arquivos H. Ellis** agradece todas as mensagens recebidas, parabenizando a primeira edição de AHE:

Argentina: Osvaldo Mazza; **Brasil:** Aguinaldo Nardi, Alice Deutsch, Alister Cará, Ângelo Monesi, Cálide Gomes, Carlos Da Ros,

Carlos Schaal, Carmita Abdo, Eduardo Lopes, Eliane Pádua, Eric Wroclawski, Geraldo Faria, Henrique Chvaicer, João Schiavini, Laura Muller, Lúcia Pesca, Luciano Araújo, Luiz Rocha, Mara Stievani, Marcus Sadi, Nelson Rodrigues Netto, Norma Cabral, Oswaldo Rodrigues Jr., Paulo Palma, Renato Knijnik, Ricardo Caval-

canti, Ronaldo Braga, Ruth Clapauch, Sandra Lejeune, Stenio Zequi, Volney Costa; **Colômbia:** Alonso Acuña, Catalina Zuluaga, Liliana Mora; **Cuba:** Ramiro Fragas; **Estados Unidos:** Diana Ramos; **México:** Eusébio Rubio-Aurioles; **Portugal:** Antonio Palha; **Uruguai:** Andrés Colombino; **Venezuela:** Paul Escovar, Ruben Hernandez

Instruções aos autores sobre como participar da revista

Arquivos H. Ellis está aberta a artigos de novos colaboradores. Para ser autor de um artigo de uma das próximas edições da revista, siga as instruções abaixo:

- As matérias devem ser inéditas, na área da Sexualidade e Reprodução Humana. Os originais podem ser em português, inglês ou espanhol. Podem ser escritos na forma de artigo original, artigo de atualização, relato de caso, opinião e experiência pessoal do(s) autor(es).

- Os textos devem ser digitados na fonte Arial, tamanho 12, espaço simples, margem padrão do Word para Windows, com máximo de 5 páginas. Fotos, ilustrações e tabelas devem ser enviadas em arquivo separado. Todos os textos devem ser acompanhados de um breve currículo do autor (5 linhas) e foto colorida de boa definição. Não aceitam-se arquivos enviados em pdf.

- A lista das legendas deverá ser colocada no arquivo do artigo, após as referências bibliográficas.

- Todos os arquivos são passíveis de revisões e sua efe-

tiva publicação depende de critérios de espaço e pertinência, definidos única e exclusivamente pelos editores responsáveis da publicação e seu conselho científico e editorial.

- As colaborações devem ser enviadas por e-mail ou em CD, para: Sidney Glina/Cila Anker Instituto H. Ellis R: Almirante Pereira Guimaraes, 360 - Cep:01250-000 São Paulo, SP, Brasil Tel: 55 11 3871-2466 Fax: 55 11 3675-9185

- Somente serão consideradas válidas as colaborações que forem encaminhadas com termo de autorização de publicação, assinada de próprio punho.

- Não serão aceitos trabalhos apenas impressos.

- A apresentação dos artigos deve incluir:
 - Título
 - Nome(s) do(s) autor(es)
 - Título e créditos do(s) autor(es)
 - Informação completa para contato: endereço, telefones, fax e e-mail do autor principal.
 - Foto do primeiro autor
 - Área (reprodução, sexualidade, educação)

Sobre o Conteúdo
Os artigos originais devem obedecer à seqüência: Introdução,

Material e Métodos, Resultados, Discussão e/ou Conclusão e Referências.

Os artigos de atualização devem ser apresentados com introdução, desenvolvimento do tema, conclusão e referências.

Relatos de caso, opinião e experiência pessoal do(s) autor(es) têm seqüência livre, porém sem perder a objetividade científica. A apresentação ou não das referências fica a critério do(s) autor(es).

Citações, Bibliografias e Referências

As citações devem ser identificadas no texto pelo sobrenome do autor e data (Silva 1996), no caso de dois autores, usar a conjunção e (Tan e Ng 1999), mais de dois autores usar et al. (Abdo et al. 1997). Não citar utilizando números, por exemplo: no estudo o fator de risco mais prevalente foi o diabetes ⁽¹⁾

As referências devem estar em ordem alfabética, com base no último sobrenome do autor principal seguido das iniciais. As referências devem conter os nomes de todos os autores. Modelos:

Artigos em Periódicos
Abdo CHN, Fonseca AM,

Arquivos H. Ellis

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Arquivos H. Ellis
Revista criada e editada pelo Instituto H. Ellis, para profissionais de saúde.

Editores:
Cila Anker, Sidney Glina

Conselho Científico:
Jonathas Borges Soares, Nelson Antunes Filho, Sidney di Sessa

Colaboradores desta edição:
Aminta Parra Colmenarez, Andrea Gianotti, Anoar Samad, Carla Zeglio, Carlos Cairoli, Carlos da Ros, Edson Garfunkil, Eduardo Bertero, Eduardo Lopes, Geraldo Faria, Gerson Lopes, Henrique Chvaicer, Leonardo Messina, Luis Otávio Torres, Lucia Pesca, João Schiavini, José Scheinkman, Nelson Antunes Filho, Paulo Cunha; Ruben Hernandez Serrano; Ronaldo Braga; Sidney di Sessa.

Secretária:
Lurdes Braga

Consultoria Editorial:
SPMJ Comunicações

Projeto Gráfico / Diagramação:
Estilo Comunicação

Endereço para correspondência:
www.arquivoshellis.com.br
arquivos.hellis@arquivoshellis.com.br
Av. Almirante Pereira Guimaraes, 360
CEP: 01250-000 - São Paulo - SP
Tel: +55 (11) 3871-2466
Fax: +55 (11) 3675-9185

Os editores não se responsabilizam pelas informações de artigos assinados. É permitida a reprodução de parte ou de todo conteúdo desta publicação, desde que citada a fonte e o autor, sem alteração de conteúdo.

Bagnoli VR, Canaes KR, Vitória SM, Antunes Neto FR, Halbe HW. Perfil sexual da mulher no climatério. Rev Ginecol Obst. 1997;8:37-9.

Capítulos de Livros
Tan HM, Ng PE. Penile augmentation: current controversies. In: Kim YC, Tan HI, editores. APSIR Book on erectile dysfunction. Malásia: APSIR - Asia-Pacific Society for Impotence Research; 1999. p.213-7

Livros
Canella P, Vitiello N. Tratado de reprodução humana. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1996.

Impacto econômico da disfunção erétil

Hoje, o mercado brasileiro de medicamentos orais para disfunção erétil (DE) está em torno de US\$ 85 milhões e deverá crescer mais de quatro vezes nos próximos anos

Dr. Eduardo Bertero*

Com o advento das novas drogas orais para disfunção erétil, os profissionais da saúde, assim como o público em geral, passaram a preocupar-se com seu impacto econômico. Para esta análise devemos considerar fatores epidemiológicos e médico-econômicos relacionados à DE. Alguns fatores têm sido demonstrados repetidamente sobre a DE, como sua prevalência alta; incidência relacionada à idade, caráter progressivo e subtratamento (NIH 1993).

Desde o advento do Viagra, em 1998, e mais recentemente do Levitra e Cialis, o faturamento da

“indústria da Disfunção Erétil” no Brasil tem aumentado significativamente (Gráfico 1). Em 2003, esse faturamento foi de cerca de US\$ 85 milhões, ou aproximadamente R\$ 250 milhões.

Com o lançamento de uma nova família de medicamentos para este fim, os inibidores da fosfodiesterase tipo V, vários aspectos relacionados ao custo-benefício do tratamento de DE, em comparação a outras modalidades de tratamento, como injeção intracavernosa e implante

de prótese peniana, passaram a ser analisados.

O impacto econômico de uma doença não está limitado apenas ao seu custo de tratamento ou diagnóstico. No caso de disfunção erétil, tal impacto pode também ser medido pela perda de tempo de trabalho, dimi-

nição da produtividade, efeito negativo na parceira, na família e companheiros de trabalho (Shabsigh et al. 1999). Um bom exemplo é o impacto que a depressão causa no homem com DE (Shabsigh et al 1998). O estudo MMAS mostrou a correlação entre DE e depres-

Dados de IMS (julho 2004) - Mercado da Disfunção Erétil - Vendas em R\$

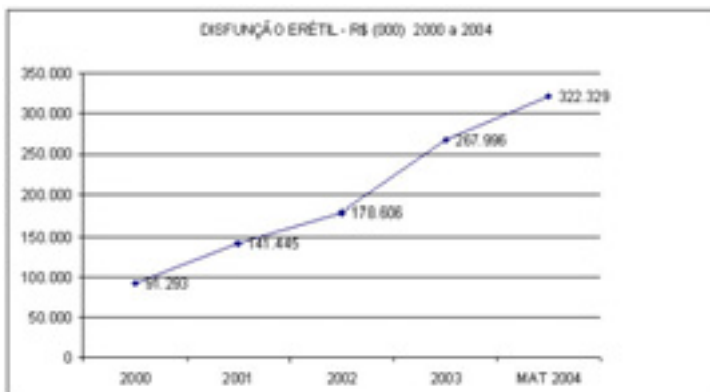


Gráfico 1: Vendas em Reais (R\$) dos três medicamentos orais Cialis, Levitra e Viagra. MAT = Valores de 12 meses; IMS = Intercontinental Marketing Services.

Como as diversas terapias podem influenciar no orçamento doméstico do homem com DE.

- A **psicoterapia sexual** é conduzida, em geral, por médicos psiquiatras ou psicólogos com formação na área de saúde sexual. O custo pode variar de acordo com o número de sessões e o preço do profissional escolhido. Na média, será necessário um período de 6 meses, com duas sessões semanais.

- No caso das **terapias orais medicamentosas**, levando em consideração as dosagens médias mais comercializadas no mercado brasilei-

ro, o custo “cheio” ou sem desconto por uma caixa de quatro comprimidos de Cialis, Levitra e Viagra é de R\$127,42, R\$107,79 e R\$106,20, respectivamente. Considerando um homem médio brasileiro, casado, que tenha duas a três relações sexuais por semana (Abdo 2002), o custo mensal de seu tratamento será de R\$ 254,84, R\$ 215,58 ou R\$ 212,40, se utilizar Cialis, Levitra ou Viagra, respectivamente. Ao final de um ano, este homem terá gasto R\$ 2880,00, R\$ 2448,00 ou R\$ 2400, respectivamente.

Ao final de cinco anos, terá gasto mais de R\$ 12 mil. De fato, não é nada barato, ainda mais se considerarmos, que no nosso país, diferentemente, de outras nações desenvolvidas, o Estado não reembolsa, ou tampouco auxilia nestes custos.

- No caso das **injeções**, o custo de Caverject 10 mcg é de R\$43,64. O tratamento por meio da auto-injeção, com duas aplicações semanais de Caverject, é ainda mais dispendioso, sendo de R\$ 349,12 por mês, R\$ 4189,00 por ano e R\$ 20947,00 em 5 anos.

- O custo do **implante de uma prótese peniana** pode variar muito, porque depende dos diferentes modelos existentes de prótese e dos custos hospitalares. De uma maneira global, o implante de uma prótese nacional ou nacionalizada do tipo maleável ou semi-rígida, em um hospital de padrão médio, considerando os custos de Hospital-Dia, anestesia e honorários médicos, ficaria em torno de R\$ 7 mil a R\$ 10 mil.

Dados de IMS (julho 2004) - Mercado da Disfunção Erétil - Vendas em unidades

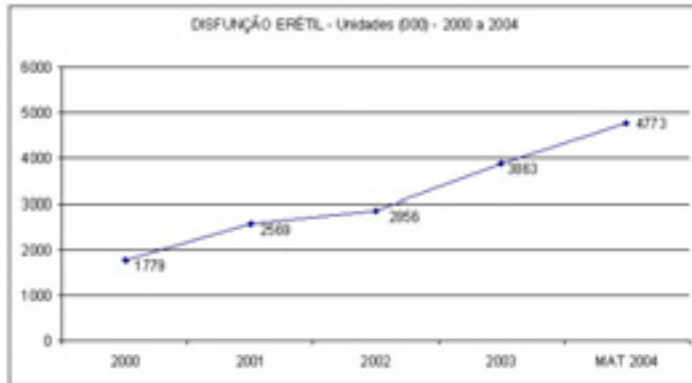


Gráfico 2: Vendas em unidades dos três medicamentos orais Cialis, Levitra e Viagra. MAT = Valores de 12 meses; IMS = Intercontinental Marketing Services.

são; outros estudos mostraram que tratando DE consegue-se melhorar a depressão, diminuindo assim o impacto negativo na vida deste homem (Feldman et al. 1994, Shabsigh et al. 1998).

Atualmente, no Brasil temos cerca de 25 milhões de homens com algum grau de DE e que são candidatos a alguma forma de terapia (Abdo et al. 2000, Moreira Jr et al. 2001, Abdo 2002). É certo que a grande maioria destes homens irá escolher uma pílula como primeira opção para tratar o seu problema, principalmente, pela sua facilidade de administração, espontaneidade de ação, eficácia, baixos efeitos colaterais e sua reversibilidade (Wysowski e Swann 2003). No Gráfico 2, podemos comprovar o crescente aumento na venda em unidades de medicamentos orais

na terapia de DE. As injeções intracavernosas e intrauretrais tornaram-se a segunda linha de tratamento, enquanto que o implante de prótese peniana, a terceira linha de terapia (II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil 2002). A terapia sexual pode ser utilizada sozinha, ou em combinação com alguma outra forma de terapia já citada.

O homem moderno médio brasileiro, arrimo de família, é quem tem que arcar com os custos da terapia para DE, aliás, nada desprezíveis. Já atendi vários homens na instituição pública que, ao tomarem conhecimento do preço dos produtos atualmente disponíveis, declararam: “Doutor pode ficar com a receita que não tenho condições de comprar este medicamento”. Temos de lembrar que a grande maioria dos

homens que nos procuram tem uma média de idade que já coincide com a presença de outras comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes e coronariopatias, que também precisam ser tratadas e também têm um custo elevado. Nestes

casos, muitos deles acabam optando por tratar as comorbidades e não a DE, diminuindo assim, sua qualidade de vida.

PROJEÇÃO DO MERCADO

O impressionante potencial do mercado brasileiro explica a atenção dada pela indústria farmacêutica em geral a DE. No Brasil, a população de homens com DE, de moderada a completa, é de aproximadamente 11 milhões (Moreira Jr et al. 2001 e 2003). Infelizmente, de acordo com alguns estudos populacionais, apenas 10% destes homens procuram auxílio médico e serão, de fato, tratados. Pela projeção realizada pela própria indústria dos medicamentos para o ano de 2004, de vendas de US\$ 85 milhões, estaremos tratando algo em torno de 600 mil homens, o que corresponde a apenas

5% do total de homens com DE. Considerando o mesmo estudo de Moreira Jr et al., e aplicando-se a toda população de homens com DE no Brasil (leve, moderada e completa), a projeção seria de cerca de 25 milhões de homens atingidos. Neste caso, estaríamos tratando apenas 2,4% de homens com DE no nosso país. Se levarmos em conta os números aplicados ao preço por ano para uma terapia oral, como o Viagra por exemplo, teríamos uma comercialização de mais de US\$ 1 bilhão, caso todos os brasileiros com DE de moderada a completa fosse tratados. Em outras palavras, temos uma lacuna de pacientes não tratados de quase 10 milhões, que sofrem de DE de moderada a completa que poderiam fazer uso de algum tipo de medicação.

Estes pacientes não tratados acabam por alimentar a esperança e a guerra entre as três indústrias que predominam no mercado, Pfizer, Lilly e Bayer-GSK. De fato, analistas econômicos e financeiros recentemente fizeram uma projeção para os próximos quatro anos para o mercado mundial da indústria farmacêutica e concluíram que o mercado de DE crescerá mais de quatro vezes, alcançando vendas em quase 4 bilhões de dólares

Respostas que fazem a diferença.

anuais no mundo (Rosen et al. 1999). Além de desejarem aumentar a venda de seu produto e conseguir abocanhar uma boa fatia do mercado, estes fabricantes aspiram ampliar o mercado de homens que compram os medicamentos. Isto de fato vem ocorrendo ano após ano, principalmente após o lançamento do Viagra em 1998, graças a várias campanhas de publicidade e patrocínios de Congressos médicos pelo Brasil afora neste campo da sexualidade humana.

Outro ponto que deve ser levado em conta no nosso país e que difere de outras nações, como os Estados Unidos, é o fato da comercialização não necessitar de prescrição médica no Brasil. Isto muda, e muito, o relacionamento da indústria farmacêutica com os médicos. No nosso país, é dada muita importância ao comerciante direto dos produtos ou aos balconistas das farmácias, que acabam por exercer uma forte pressão no paciente durante a escolha do pro-

duto a ser comprado. Este dado é tão importante, que neste momento, no Brasil, o campeão de prescrições é o Cialis, mas o produto que mais vende ainda é o Viagra (dados de IMS de julho de 2004).

CONCLUSÃO

Dados disponíveis até o presente momento permitem dizer que o impacto econômico da DE aumentou significativamente nos últimos cinco anos. As razões para este crescimento

são: introdução de novos medicamentos na terapia de DE, introdução de terapia oral efetiva, aumento do número de campanhas publicitárias e educacionais. Por fim, nos próximos anos, é de se esperar um crescimento ainda maior do impacto econômico devido ao aumento da população idosa e seu envelhecimento (Shabsigh et al. 1999). ■



Dr. Eduardo Bertero - Médico urologista especialista em disfunção erétil pela Universidade de Boston, EUA; Mestre em Urologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo; médico Urologista do Hospital do Servidor Público Estadual de SP; membro da "International Society for Sexual and Impotence Research" (ISSIR).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdo CH, Moreira Jr E, Fittipaldi JA. Estudo do comportamento sexual no Brasil (ECOS). *Rev Bras Méd.* 2000;57(11):1329-35.
- Abdo CH. Perfil da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Rev Bras Méd.* 2002;59(4):250-7.
- Feldman H, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Ageing Study. *J Urol.* 1994;151:54-61.
- II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil. São Paulo/Rio de Janeiro: BG Cultural/ Sociedade Brasileira de Urologia 2002; p.111.
- Moreira Jr E, Abdo CH, Torres E, Lobo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: Results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology.* 2001;58:583-8.
- Moreira Jr E, Lobo CF, Diamant A, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population-based cohort study. *Urology.* 2003;61:431-6.
- NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA.* 1993;270:83-90.
- Rosen R, Goldstein I, Heiman J, Korenman S, Lakin M, Lue T, Montague D, Padma-Nathan H, Sadovsky R, Seagraves R, Shabsigh R. The process of care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction. *Int J Imp Res.* 1999;11:59-74.
- Shabsigh R, Klein L, Seidman S, Kaplan S, Lerhoff B, Ritter J. High incidence of depressive symptoms is associated with erectile dysfunction. *Urology.* 1998;52:848-52.
- Shabsigh R, Alexandre L, Bay Nielson H, Fitzpatrick J, Melchior H. Economical aspects of erectile dysfunction. Proceedings of The International Conference on Erectile Dysfunction, Paris, 1999.
- Wysowski D, Swann J. Use of medications for erectile dysfunction in the United States, 1996 through 2001. *J Urol.* 2003;169:1040-42.

AHE Comenta

O lançamento de medicações orais e efetivas, com o objetivo de tratar a disfunção erétil trouxe um grande impacto no mercado farmacêutico. A nova dimensão deste mercado específico trouxe, além das conseqüências conhecidas para a indústria e para o consumidor, um grande dilema para as fontes pagadoras, principal-

mente nos países desenvolvidos, onde tradicionalmente as medicações são subsidiadas.

Wilson et al analisaram o impacto do lançamento de sildenafil sobre o custo do manuseio da disfunção erétil para o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. O número de pacientes atendidos com disfunção erétil aumentou de 79.880 em 1997 para 257.984 em

2000. O custo decorrente deste atendimento subiu neste período de 29, 4 milhões de libras esterlinas para 73,8 milhões. Em 1997 os principais gastos foram com psicoterapia (30,7%), consultas (20,2%) e injeções intracavernosas (26,6%). Em 2000, os principais gastos foram com consultas (32%) e prescrições com sildenafil (26,6%).

A maciça divulgação

destas medicações aumentou a procura dos pacientes e isto gera um grande encargo financeiro naqueles países. No próprio Reino Unido a prescrição da sildenafil só pode ser feita para pacientes com algumas doenças, como por exemplo o diabetes e com um número restrito de pílulas por mês.

Os Editores

Wilson EC, McKean ES, Scuffham PA, Brown MC, Wylie K, Hackett G. The cost to the United Kingdom National Health Service of managing erectile dysfunction: the impact of sildenafil and prescribing restrictions. *Pharmacoeconomics.* 2002;20(13):879-89.

DEBATE

“Qual é o tamanho normal, doutor?”

O artigo de Carlos da Ros, publicado na primeira edição de Arquivos H. Ellis (julho 2004), sobre antropometria peniana, motivou diversos profissionais do País a debaterem a validade, ou não, dos vários procedimentos para alongamento peniano. Confira a opinião dos especialistas:

■ **HENRIQUE CHVAICER (urologista, Rio de Janeiro):** Sobre a questão do tamanho do pênis, vejo o assunto da mesma forma como vejo as cirurgias plásticas estéticas, onde não interessa o que é normal comparando com a média das pessoas, mas o “normal” para a auto-satisfação de quem procura o cirurgião.

“Vejo o assunto da mesma forma como vejo as cirurgias plásticas estéticas: não interessa o que é normal comparando com a média das pessoas, mas o “normal” para a auto-satisfação de quem procura o cirurgião.”

Henrique Chvaicer

■ **GERALDO FARIA (urologista, Rio Claro-SP):** Ao contrário das cirurgias plásticas estéticas, as técnicas cirúrgicas para aumento do pênis (em homens normais) não demonstraram até hoje qualquer eficácia. Ao contrário, o que temos visto em nossos consultórios, são pacientes com graves seqüelas resultantes destes procedimentos. Portanto, a comparação com as cirurgias estéticas não é adequada.

■ **HENRIQUE CHVAICER:** Em nenhum momento defendi a cirurgia de alongamento, a qual pessoalmente vejo muito mais como custo do que como benefício. É muita cirurgia para pouco resultado e no final acaba não compensando - nem para o paciente, nem para o cirurgião. O que defendo é o direito de o

paciente se sentir desconfortável com o tamanho do seu pênis, nariz, orelhas de abano, etc, e procurar uma ajuda médica. É comum vermos o médico dizer que não existe solução para aquilo, e aconselha o paciente a se conformar com a sua situação. Para evitar que estes pacientes acabem caindo nas mãos de quem opera alongamento, prefiro recomendar o uso de um extensor de resina modelado por um paciente meu, usuário. (...) Por incrível que pareça, alguns pacientes indicam melhora e satisfação com os resultados deste extensor, embora também haja quem comente a ausência de resultados, o que aliás é muito comum na prática da medicina, que não é uma ciência exata. Complicações ocorrem em praticamente quaisquer ci-

rurgias, até mesmo prostectomia, hernioplastia, etc. Se por um lado, nos consultórios são vistos casos de complicações, por outro, não se vêem casos aonde não houve complicações. Da mesma forma que não se vêem trabalhos mostrando bons resultados com o alongamento peniano, também

não se vêem trabalhos mostrando que o alongamento não dá resultados. Espero que este espaço continue servindo para a troca de opiniões que este tema, bastante polêmico, desperta.

“A comparação com as cirurgias estéticas não é adequada.”

Geraldo Faria

■ **CARLOS DA ROS (urologista, Porto Alegre-RS, e autor do artigo sobre antropometria peniana da edição anterior de AHE):** Os procedimentos de alongamento peniano (cirurgia, extensores, fisioterapia, etc.) não têm nenhum respaldo científico. Não existe trabalho (metodologicamente falando) que comprove re-

sultados positivos. A literatura é abundante em trabalhos que mostram as falhas dos resultados bem como as complicações destes procedimentos. E como todos somos membros de uma associação, científica, acredito que devamos nos basear sempre no que a ciência nos mostra e não em opiniões próprias, que efetivamente não têm valor científico.

■ **CARLA ZEGLIO (psicóloga, São Paulo-SP):** Como psicóloga, não posso me calar diante dos males psicológicos que tais cirurgias ocasionam a possíveis pacientes (normais) meus! Certamente comparação com cirurgias estéticas não é adequada. Muito mais fácil um processo adaptativo com relação ao tamanho do pênis do homem e a tristeza que ele possa sentir; do que um processo de depressão ocasionado por uma cirurgia mal sucedida. Baseio meu trabalho na psicologia como ciência... Não é “achismo” - me valho do uso de técnicas empiricamente comprovadas. Trabalho e certamente obtenho resultados. Com base na mensagem do Da Ros, somos membros de uma associação científica e temos a obrigação de basearmos nosso trabalho, em

qualquer área da saúde que atuemos, em ciência.

■ **CARLOS CAIROLI** (urologista, Porto Alegre-RS): Concorro com o Da Ros. Devemos ter muito cuidado com o assunto, que se presta ao charlatanismo.

■ **EDUARDO BERTERO** (urologista, São Paulo-SP): Este assunto realmente é

polêmico. Quando o paciente entra aqui e pede uma solução para o seu "pequeno pênis", eu brinco que adoraria ter uma cirurgia simples, confiável, eficaz e segura. Ganharia rios de dinheiro. No entanto, como já foi dito aqui, não podemos confiar em experimentos anedóticos e empíricos. Prezamos a ciência e bem feita! De uma certa maneira, até concordo com o Henrique, pois o homem deve ser livre para saber o que é bom ou não aos seus olhos, mas não devemos esquecer que o pênis tem uma função que deve ser preservada: a erétil. No momento, não temos nada a oferecer, a não ser tratamento ou aconselhamento psicológico na maioria dos casos.

■ **RONALDO BRAGA** (cirurgião, Rio de Janeiro-RJ): Concorro plenamente com os que são contrários ao procedimento, uma vez que na maioria das vezes acaba ocorrendo uma iatrogenia, piorando ainda mais o problema do pa-

“ Defendo o direito do paciente se sentir desconfortável com o tamanho do seu pênis, nariz ou orelhas de abano, e procurar uma ajuda médica. (...) Complicações ocorrem em praticamente quaisquer cirurgias, até mesmo prostectomia ou hernioplastia. ”

Henrique Chvaicer

ciente. Para exemplificar, cito o caso de um rapaz de 23 anos, que foi atendido por um médico com queixas de ter o pênis pequeno em repouso. Foi sugerida uma cirurgia onde, passem, foi implantada uma prótese peniana. Após aproximadamente um ano, este paciente me procurou com dores na região crural tendo-se constatado um processo infeccioso crônico. Foi tratado com substituição da prótese e antibioticoterapia. Após três anos, o paciente está com sinais de fragilidade na extremidade distal do corpo cavernoso esquerdo com possibilidade de extrusão da prótese a médio prazo, o que leva a uma nova cirurgia para reforço da túnica. Isto mostra o quanto é importante a orientação correta que o especialista deve fornecer ao seu paciente para movê-lo da idéia dos "tratamentos milagrosos".

■ **EDUARDO LOPES** (urologista, Salvador-BA): Este tema é, e sempre será, polêmico. Todos ficamos tentados a emitir opinião. Nós que trabalhamos em profissões, cujo exercício, está fundamentado em dados cientificamente estabelecidos, não apoiamos "coisas empíricas". Isto é o óbvio! Devemos é fazer estudos para provar isto. Falar somente não

basta, nem para nós nem para os pacientes. Eles ouvem, saem e não voltam mais. No entanto, sou contra o tratamento preconceituoso do tema, e tenho lutado no sentido de desmistificar e quebrar os tabus que envolvem a discussão do aumento peniano, etc. Toda vez que alguém comenta o assunto, aparecem dezenas de pes-

“ Os procedimentos de alongamento peniano (como cirurgia, extensores, fisioterapia) não têm nenhum respaldo científico. ”

Carlos da Ros

soas "enterrando" a discussão. Para mim fica a dúvida: por que não aparecem trabalhos éticos, bem conduzidos e realizados nas nossas instituições de pesquisas demonstrando ou não se determinada técnica ou aparelho funciona ou não? Seria bom até para

evitar a exploração comercial que é exercida inescrupulosamente por alguns. Chamei a atenção para isto no artigo "A caixa preta da Urologia", publicado no Boletim de Inovações da Urologia (SBU) em 2003. Pelo que sei, apenas o nosso saudoso amigo Walter Bestane estava desenvolvendo um estudo com um extensor peniano como tema da sua tese de doutorado (USP). Infelizmente, não pôde concluir. Por quê o Ministério da Saúde registrou, como aparelho médico, o extensor "jes extend" e o liberou para uso? A nossa Sociedade Brasileira de Urologia foi ouvida? Por que nenhum colega dentro de uma instituição de pesquisa não estuda e publica os resultados deste ou de outros aparelhos, mesmo que seja para confirmar o que já imaginamos? Seria ótimo para todos nós. Teríamos dados científicos para

afirmar que não funciona e até proibir a venda! Os americanos criaram até uma associação, se não estou enganado, chamada de "Academia Norte-Americana de Cirurgias Plásticas do Pênis". Fazem parte dela diversos profissionais com as mais altas

titulações científicas. Porque a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) ou a ABEIS – Associação Brasileira de Estudo da Inadequação Sexual não discute o assunto nos seus congressos? Por que não convidam "estes" e "outros" titulados para discutir o as-

sunto? Faço esta pergunta aproveitando a participação do prezado colega, membro da ABEIS, e chefe do Departamento de Andrologia da SBU, o nosso estimado Geraldo Faria. Seria ótimo discutir

estes assuntos mesmo que sob o tema "controvérsias em urologia" ou "o lado empírico da urologia". Não sei se o título teria importância ou se a discussão deva ser em mesa redonda, quadrangular ou retangular. No entanto, seria importante para todos que constantemente recebemos pacientes com este tipo de queixa, que a discussão tivesse a chancela das nossas entidades científicas. Pois, atualmente, com a nossa atuação, estamos apenas empurrando os pacientes para "os braços" de outros "especialistas" que fazem tudo isto abertamente e, ainda, tiram uma de "cientistas". Tomei conhecimento recentemente, de que em alguns estados (e São Paulo é o carro-chefe), substâncias usadas por cirurgões plásticos para preenchimentos estéticos estão sendo aplicadas no pênis, com a finalidade de engrossá-lo.

■ **GERALDO FARIA:** Esta dita Associação de Cirurgiões do Pênis não tem qualquer representatividade. Não há "professorais" em seus quadros. Seu associado brasileiro tentou realizar há cerca de um ano um congresso no Rio de Janeiro e desistiu um mês antes do evento pois não recebeu qualquer apoio de en-

“Os americanos criaram uma associação chamada “Associação dos Cirurgiões Plásticos do Pênis”.”

Eduardo Lopes

tidades éticas e da indústria farmacêutica. Nosso colega Cláudio Telöken nos informou recentemente que quis realizar um estudo com extensores em sua instituição e a empresa fabricante, quando soube que seria um estudo sério recolheu os aparelhos que havia disponibilizado para a pesquisa. Quanto a discussão do assunto, em nenhum momento temos deixado de incentivar que o tema faça parte de nossas Jornadas e Congressos. Já foi incluído em um PTU transmitido para todo o país. Ainda há uma semana, em Sorocaba, esse assunto fez parte do programa científico e despertou grande interesse da platéia. Leonardo poderá dar o seu depoimento sobre a discussão. Ainda é importante lembrar que a nossa posição como Departamento de Andrologia da SBU não é isolada. Veja no site da AUA a posição oficial dos urologistas americanos sobre o tema.

■ **LUIZ OTAVIO TORRES (urologista, Belo Horizonte-MG):** Não posso também deixar de dar minha opinião a respeito de extensores penianos. Na úl-

tima gestão da Sociedade Brasileira de Urologia, como chefe do Depto. de Andrologia, estive algumas vezes na ANVISA em Brasília para discutir a respeito desses aparelhos, e mesmo lá, ninguém soube dizer como ele

foi aprovado sem qualquer estudo científico que comprove sua eficácia e segurança, sem aprovação de qualquer conselho de ética e pesquisa, o que bem sabemos sempre ser necessário antes da utilização de qualquer tipo de procedimento em seres humanos. Foi feita nessa ocasião uma pesquisa extensa sobre isso, não se encontrando na literatura indexada nenhum artigo científico peer review sobre esse assunto. Dessa maneira a própria ANVISA negou o registro de novos aparelhos desse gênero e nos afirmou estarem revendo o pro-

“Associação de Cirurgiões do Pênis não tem qualquer representatividade. Não há “professorais” em seus quadros.”

Geraldo Faria

cesso de aprovação desse extensor que existe no mercado brasileiro com a aprovação deles! Concordo que não devemos ser céticos e preconceituosos em relação a métodos novos - muito antes pelo contrário - mas defendo também a posição ética de que tratamentos de

eficácia e segurança duvidosos ou desconhecidos não devam ser utilizados em seres humanos até que se comprovem esses atributos. Dessa maneira continuo referendando os Consensos Brasileiros - Diretrizes da SBU - e Latinoamericano de DE e Sexualidade onde os maiores especialistas nacionais e da América Latina claramente têm um consenso de que esses métodos não devam ser utilizados na população em geral até que estudos clínicos sérios, com aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa sejam realizados e comprovem sua real eficácia e segurança.

■ **PAULO CUNHA (urologista, Rio de Janeiro):**

Se pudermos raciocinar segundo La Place - $P = f/área$ da seção. Veremos que quando der certo, paradoxalmente vai dar errado. O pênis funciona como um cilindro. Deve existir uma relação ide-

al da circunferência com o comprimento. Quando, proporcionalmente, aumentamos o comprimento, a área da seção desse cilindro será menor. Logo, com a mesma força, será necessário uma pressão maior. De modo prático: Qual será o valor necessário de P para um pneu de bicicleta?

Será maior do que o valor de P de um pneu 185x70x13. Baseado no raciocínio (converse com Dr Pedro P Leão) eu julgo que a cirurgia de Nesbit para Peyronie só traz benefício, por acaso. Alguns acham que é por inexistir um comprometimento da função

venoclusiva. Não concordo muito, não. A proporção do diâmetro em relação ao raio (raio do corpo cavernoso e não do total peniano) é melhorada, na medida que reduz o comprimento. Outros métodos, em geral, aumentam proporcionalmente o comprimento, ao reduzirem o raio do pênis. Façam uma pesquisa séria e, verificando os tamanhos de implantes penianos - excluindo, a princípio, os portadores de doença que possam justificar comprometimento da estrutura tecidual cavernosa e alterar sua expansibilidade, por exemplo - poderemos, talvez, verificar que os implantes são mais comuns em determinados tamanhos (comprimento x diâmetro). Segundo Goldstein, Tejada e Ulman (publicado em 1998 no IJIR), três fatores devem ser observados: equilíbrio pressórico intracavernoso, geometria peniana (sempre um cilindro) e expansibilidade ditada pela composição tecidual cavernosa). Volto a afirmar: conversem com P Leão. Ele tem um trabalho muito interessante, de 1992, que, na minha opinião, "fundamentou" alguns trabalhos posteriores (omitem o trabalho do Pedro). Só conheço um método. Infalível para quem quer ver o seu pênis aumentado. Interpor uma lupa entre os olhos e aquele, o pênis, conforme jocosamente foi proposto no Congresso da ISSIR, em São Francisco, em 1996, pelo Bestane, nosso saudoso Bestane.

“... defendo a posição ética de que tratamentos de eficácia e segurança duvidosos ou desconhecidos não devam ser utilizados em seres humanos até que se comprovem esses atributos.”

Geraldo Faria

■ **EDUARDO LOPES:** Gostaria de dar uma sugestão: porque a ABEIS ou a SBU, através do seu Departamento de Andrologia, não escolhe uma universidade brasileira de prestígio, percorrendo todos os caminhos legais, e realiza um estudo com este tal extensor? Evidentemente, com todos os passos sendo divulgados aos seus membros, inclusive se a empresa fabricante se recusar a colaborar. Acho que poucos sabiam que o Cláudio tentou alguma coisa neste sentido no Rio Grande do Sul. Teríamos finalmente, pelo menos, algum argumento científico até para proibir de vez a venda, além de prestar um grande serviço informando a comunidade brasileira.

■ **CARLOS DA ROS:** Há uns dois anos, uma empresa destas ofereceu dois extensores para o Cláudio Telöken, para experimentar no ambulatório da Santa Casa de Porto Alegre e ele

pediu um número maior, mas após a aprovação de um projeto completo pelo comitê de ética. Obviamente que a empresa sumiu. Mas acho que isto realmente deveria ser feito para terminarmos com a discussão.

■ **SIDNEY GLINA (urologista, São Paulo-SP):** Caros amigos. Gostei de ver como este assunto

"mexeu" com os ânimos de todos. Deveríamos discutir mais estes assuntos desta maneira. Concordo que o homem pode querer aumentar o seu pênis, da mesma forma que as mulheres aumentam a mama. Entretanto, isto não é possível de uma forma efetiva e segura.

“Por quê a ABEIS ou a SBU, através do seu Departamento de Andrologia, não escolhe uma universidade brasileira de prestígio, percorrendo todos os caminhos legais, e realiza um estudo com este tal extensor?”

Geraldo Faria

Esse assunto tem sido discutido de forma séria em nossos eventos. Foi na SLAIS, foi no Congresso Brasileiro em Foz e nos Consensos Brasileiros e Latinoamericanos. A literatura mostra que as operações propostas não são efetivas e apresentam um gran-

de número de complicações graves. A reunião da SSM (Society of Sexual Medicine) na AUA confirmou isto há cerca de dois meses. O que existe por aí são vendedores de ilusão e que infelizmente podem trazer conseqüências graves. Eu tive um paciente, médico, que, por causa das complicações, suicidou-se. Portanto, o assunto é muito sério e temos de ter muito cuidado com estes pacientes, que sem dúvida precisam de tratamento, mas não no pênis.

■ **JOSÉ SCHEINKMAN (urologista, Rio de Janeiro-RJ):** Um outro aspecto a considerar é que, se a pessoa está insatisfeita com o seu pênis o problema da referida insatisfação deverá ser resolvido de outra maneira que não a cirurgia ou extensores. Mas, a partir do momento que faço qualquer procedimento, isto é, ponho a mão, passo a ser o responsável direto pela insatisfação da pessoa e passível de ação judicial.

■ **HENRIQUE CHVAICER:** Pelos e-mails trocados, vê-se que o tema está muito longe de ser con-

siderado um assunto encerrado. Ficaram faltando as referências de trabalhos que comprovem os argumentos de que alongamento peniano NÃO funciona (ou não funcionaria). Até agora não se provou nada, apenas defenderam-se pontos de vista. Creio que o me-

lhor a fazer é formar grupos de estudo, como sugerido por pelo menos dois colegas, para que possamos um dia, com argumentos palpáveis, afirmar: "Baseado no estudo realizado pelo Dr. ... em..., o melhor para o seu pênis pequeno é ..." Ano retrasado, num encontro de sexualidade em Salvador, levantei uma pergunta para os colegas médicos participantes: "Se você tivesse um pênis 2 a 3 cm maior do que é hoje, você ficaria: a) insatisfeito, b) satisfeito ou c) indiferente". Não é difícil imaginar a resposta mais votada. Sabemos também que na medicina, as verdades (e as mentiras) têm pernas cada vez mais curtas. A Terra já foi plana, o sol já girou em torno da Terra, voar era só para os pássaros, transplante de coração era fato impensável, tratamento das disfunções sexuais era coisa de charlatão inescrupuloso, etc. Em Itatiaia (RJ) havia uma estátua de um índio vergando uma barra de ferro escrito assim: "O difícil se consegue logo. O impossível demora um pouco mais".

■ **EDUARDO LOPES:** Acredito que esse seja o caminho: pesquisa ética e bem conduzida em instituição séria. Caso contrário, as dúvidas vão continuar, e não vejo nenhum "autor citado" para provar o contrário. Vejo muito preconceito alimentado pela falta de estudos que realmente definam condutas.

■ **HENRIQUE CHVAICER:** Na verdade o que defendo não é o alongamento, e sim o debate sobre o tema. O que quero é ter a mesma certeza de todos os que estão

“... o homem pode querer aumentar o seu pênis da mesma forma que as mulheres aumentam a mama. Entretanto, isto não é possível de uma forma efetiva e segura.”

Sidney Glina

convictos de que alongamento é um absurdo, mas baseado em trabalhos e não opiniões. Não adianta mostrar trabalhos de complicações cirúrgicas, pois complicações ocorrem em hernioplastia, prostectomia, implante de prótese peniana, mas nem por isso deixamos de fazê-lo. Idosos morrem de pneumonia hospitalar após terem operado colo de fêmur por tropeção em tapetes soltos dentro de casa, mas nem por isso se condenam os tapetes. Veja que depois de uma semana de debate, ainda não apareceu nenhuma referência sobre trabalho realizado com extensores, nem entre os que condenam o seu uso. Quero deixar claro que não sou adepto nem entusiasta do extensor, mesmo porque os poucos pacientes que tive e que usaram, alguns gostaram do resultado e outros não. Ainda acho válido o seu uso para aqueles pacientes que estão deter-

minados a fazer alguma coisa pelo seu pênis pequeno, como aqueles que se saírem do meu consultório sem uma solução "palpável" vão pegar o primeiro avião para Porto Alegre e operar de qualquer maneira. Paulo, já que você mencionou trabalhos de Tejada, P Leão, Goldstein, La Place, mande os textos ou aonde encontrá-los. Se for o caso, vamos estimular um estudo com grupos diferentes sobre extensor e concluir de uma vez por todas como se faz nos meios acadêmicos e científicos.

■ **GERSON LOPES (ginecologista, Belo Horizonte-MG):** Prezados colegas. Está na hora de aprendermos a escutar os nossos clientes. Não só ouví-los, que é um fenômeno puramente físico, mas também escutá-los, aí sim, incluímos o psíquico. Neste caso, podemos captar muitas mensagens latentes por trás das manifestas ("ouvir nas entrelinhas"). Quando alguém queixa de seu tamanho do pênis (lembre que você está atendendo uma pessoa e não seu pênis) e diz que isso impede uma vida sexual normal pode ser que no fundo, acreditar nisso, seja uma defesa. Sentindo-se incompetente ele pode evitar sexo e com isto se proteger. De quê? Pode ser de intimidade, de compromisso, do prazer, do complexo da "castração", etc. Pode ser que todo sintoma não seja uma defesa como a psicologia quer nos

dizer, porém, em muitos casos sim. Comecem a ficar atentos naqueles indivíduos que dizem nunca ter tido vida sexual porque acreditam que seu pênis é pequeno (inclusive quando perguntado sobre seu tamanho, em geral relatam tamanhos maiores que a média), e por isso nunca viveram um processo afetivo (namoro, casamento, etc). São masturbadores quase compulsivos. São estas pessoas que vão procurar profissionais que não vão resolver seu problema, por isso não aceitam uma criteriosa indicação médica. São ávidos (clientes habituais) por médicos que prometem pela mídia soluções miraculosas. Se tivesse realmente uma solução, provavelmente estes clientes não iriam submeter ao tratamento, pois assim perderiam a sua defesa. Sorte deles que ainda (provavelmente nunca) não existe solução. Alguns casos de disfunção erétil primária (em que o indivíduo nunca conseguiu ou realmente nunca tentou) ou de mulheres que queixam que "molham" muito e por isso quase não têm vida sexual, podem satisfazer esta mesma origem, que seria psicológica profunda (ou intrapsíquica). No caso destes homens, muitos tomam as medicações orais (alguns dizem que tomam e não tomam) e segundos depois vão para o sexo ou ficam esperando as ereções espontâneas. E chegam nos dizendo que não deu certo. Na verdade, não poderia dar certo. Em geral falam do medicamento com muita resistência ("cria dependência", "pode me fazer

muito mal", "sou muito novo para isso" etc.) Trabalhar esta defesa é fundamental. Infelizmente, estes clientes se mostram muito resistentes à uma ajuda realmente efetiva. Não só o médico tem que perceber isto, mas principalmente o seu cliente.

■ **LÚCIA PESCA (psicóloga e sexóloga, Porto Alegre-RS):** Nos últimos anos tratei de dois jovens (19 e 25 anos) após este procedimento com complicações sérias. Nós profissionais da área temos a obrigação de levar à população leiga esta discussão.

■ **CARLOS DA ROS:** Vários trabalhos concluem dizendo que o problema do pênis pequeno tem que ser tratado do ponto de vista psíquico e não em um bloco cirúrgico.

■ **LEONARDO MESSINA (urologista, Sorocaba-SP):** Refletindo sobre o tema, quando nos deparamos com um homem com pênis de até 10 cm (na minha prática só atendi dois pacientes assim) o que fazer? Não é um micro pênis, mas sabemos que terá problemas na penetração, além dos traumas.

■ **LUCIA MISORELLI:** Sempre soubemos (nós, mulheres), quanto é séria esta questão de tamanho de pênis para os homens, mas senhores não é um problema para as mulheres. Tenho ensinado às minhas pacientes que ao saírem com homens de pequeno membro como alcançar o orgasmo e que o que importa realmente para as mulheres são os primeiros dois centímetros na pe-

netração, até homem impotente pode levar uma mulher aos céus, é só uma questão de imaginação, vamos mostrar aos nossos pacientes homens que o prazer tem diferentes formas de acontecer e que ele tem que primeiro se aceitar e não se sentir inseguro, e depois aprender a tocar uma mulher, o que muito homem de membro avantajado não sabe e nem consegue.

■ **CARLOS CARRION (psiquiatra, Porto Alegre-RS):** Gostaria de dar a minha opinião sobre esta celeuma que se está criando sobre as cirurgias de tamanho de pênis, principalmente depois da última reunião da ABEIS. Como não tenho o endereço dos demais sócios pediria que fizessem o favor de repassar este. Penso que em termos de Ciência não temos o direito a posições dogmáticas. Isto é para as religiões. Portanto, investigar, pesquisar, avaliar deve ser feito com destemor. Não acredito que nós Médicos tenhamos o direito de decidir pelo paciente; o que ele vai, ou não fazer com qualquer parte do seu corpo. Podemos, isto sim, nos recusarmos a realizar aquilo com que não concordamos. Temos obrigação de transmitir ao paciente todo o conhecimento que temos sobre um tema, para que ele soberanamente decida. Neste momento, começam pontos que acho que devemos levar em consideração. Alguém citou que se as mulheres têm o direito

“Quando nos deparamos com um homem com pênis de até 10 cm (na minha prática só atendi dois pacientes assim) o que fazer? Não é um micro pênis, mas sabemos que terá problemas na penetração, além dos traumas.”

Leonardo Messina

acreditaram numa quimera. Só que agora com lesões definitivas. Os processos contra plásticos vem num crescendo. A maior parte deles abafados por acordos. Os aumentadores de pênis até hoje se salvaram baseados no “constrangimento dos pacientes”, como me disse um deles. Mas até quando este constrangimento vai durar? Será que logo a ga-

de se siliconarem, porque os homens não teriam direitos iguais? Lamento por quem fez esta colocação. Vejo que muitos que colocam seios de silicone (por exemplo), não explicam claramente para as mulheres que elas vão ter de mexer na prótese a cada X anos. Que existem riscos cirúrgicos. Que estão muitas vezes atendendo a um modismo que pode ser mudado da noite para o dia, deixando-as com cicatrizes que as acompanharão para o resto da vida. Vi discutirem técnicas e problemas destas técnicas (pelo menos em termos teóricos). Não vi nenhum comentário a respeito do que me parece ser o problema principal destes pacientes. A sua insegurança vivencial. A sua incapacidade de acreditar em seus valores. A sua NEUROSE. É possível que alguns se curem de sua neurose por terem seu pênis encomprado e engrossado. Como algumas mulheres são curadas por uma plástica. Mas na maioria dos casos o que se tem depois são seres infelizes que se dão conta que

nância de uma bolada por conta de "dano moral" não mandará certos escrupulos para os quintos dos infernos? Já tenho sido procurado por advogados que me propõem um X (conforme conta uma piada, Getúlio havia dado um cargo para um amigo seu, com a recomendação de que não se deixasse subornar. – Pode deixar. Qualquer coisa eu lhe aviso. Alguns meses depois o homem aparece de inopino no gabinete do Getúlio. - Dr! Tô devolvendo o cargo porque eles tão quase chegando no meu preço!!) para que eu prepare pacientes para enfrentar as vicissitudes de um processo (nenhum ainda por aumento de pênis). Não aceitei. Mas mais cedo ou tarde alguém vai pegar. Nos EUA já tem. Aqui é só uma questão de tempo. Portanto, meus caros, ou assumimos que estes tratamentos, antes da técnica passam pela área psicológica, ou vamos ver muita gente boa se incomodando com neuróticos em busca de uma compensação.

■ **JOÃO SCHIAVINI** (urologista, Rio de Janeiro-RJ): Pois bem, amigos. Eu atendi uma senhora que me trouxe o filho de 3 anos, com a seguinte preocupação: “Dr. estou preocupada com o tamanho do pintinho do meu filho... Eu: Senhora, eu vou examinar o seu filho, mas posso já adiantar que em crianças desta idade o pênis costuma ser pequeno mesmo. Se no exame não encontrar nenhuma anomalia, teremos apenas que aguardar o crescimento dele e observar o que acontece...”

Senhora: Não Dr., a minha preocupação não é porque é pequeno, é porque é muito grande para a idade... Na verdade é muito maior que os dos irmãos e primos e eu fico preocupada com o seguinte: e se quando ele crescer for se casar com uma mulher rasa?”

Juro que é verdade. Ato contínuo (depois de não conseguir conter o riso -

que ela também não conteve) fui examinar o menino. Pasmem: o garoto tinha um pênis (flácido) do tamanho do meu dedo médio! Num menino de três anos, o pintinho se estendia até à metade do comprimento das suas coxinhas. Era um pênis de aspecto normal para a idade, exceto pelas dimensões. O prepúcio recobria a glande e tinha ainda algumas aderências. O meato uretral era tópico e a glande tinha aquele formato típico da primeira infância. Ao exame físico geral não havia sinais de endocrinopatias. O escroto era típico da idade, os testículos eram tópicos e com tamanho e volume normais para a idade. Não havia pilificação pubiana, axilar e nenhuma outra evidência de desenvolvimento puberal precoce. Ainda assim, solicitei dosagens hormonais e uma ultrasonografia abdominal e pélvica, cujos resultados foram normais para a idade. Dei razão à senhora e me comprometi a acompa-

nhar seu filho, durante o seu desenvolvimento. Solicitei o parecer de um Endocrinologista pediátrico que também examinou o menino, ele solicitou outros exames que também foram normais e me retornou um parecer coincidente com o meu: macropênis constitucional. Temos acompanhado o menino e o seu pênis vem tendo desenvolvimento consistente com o do paciente. Este não apresenta nenhuma outra anormalidade. Não tenho foto do menino, mas quando a mãe retornar, vou pedir autorização e fotografá-lo para apreciação de todos e todas... Lembrei-me deste caso por causa desta discussão sobre o tamanho do pênis, a propósito do oposto do que é o lugar comum das discussões. Vejam que também há preocupação quanto ao oposto: um pênis muito grande, e por parte de uma mulher, que sabe que isso poderá representar algum problema para o seu filho. Imagine este me-

nino na escola, tão diferente da média dos meninos da sua idade. E depois na adolescência. Se não houver uma orientação adequada, é provável que enfrente situações constrangedoras e com reflexos inesperados... A mim parece que o ideal é ter um pênis de dimensões medianas. Suficiente para satisfazer proprietário e usuária. A grande maioria dos que me procuram com queixa de pênis pequeno, ao exame se revelam proprietários de um membro normal (considerando normal o que é estatisticamente mais freqüente). Talvez a resposta mais acertada às questões quanto às dimensões penianas esteja em facultar as crianças o acesso à educação sexual adequada. Os extremos sempre existirão, mas estarão nas extremidades da curva de Gauss.

■ **HENRIQUE CHVAICER:** Note-se que ainda não surgiu nenhuma referência de trabalho sobre o assunto. Será que alguém tem?

AHE Comenta

Neste debate, tivemos uma participação interdisciplinar. Embora as opiniões dos urologistas seja a grande maioria, a visão do ginecologista, psicólogo e psiquiatra também esteve presente.

Em primeiro lugar, ficou bastante claro que, até agora, nenhum estudo verdadeiramente científico provou a eficácia de qualquer tipo de procedimento para o alongamento peniano. O que foi confirmado no último congresso da ISSM (antiga ISSIR) realizado em outubro de 2004, em Buenos Aires, é que

algumas técnicas e aparelhos apresentados ainda oferecem um risco muito grande para o paciente sem resolver seu problema.

Em segundo, que a grande maioria dos homens com queixa de pênis pequeno, ao exame físico, na verdade, tem tamanho normal ou maior. Descartando assim a possibilidade de problema de ordem anatômica, o que nos remete a considerá-lo de ordem psicológica.

Neste caso, por intermédio do processo psicoterapêutico (existem inúmeras técnicas eficazes), o paciente descobre a causa subjacente à não aceitação do tamanho de seu pênis. Isto,

se ele efetivamente procurar pela terapia psicológica.

Embora de menção rara, vale lembrar, como bem apresentou o Dr. João Schiavini, a situação oposta, dos homens com pênis realmente grande, que também podem possuir problemas sexuais.

Um dia, em um almoço entre amigos, me contaram que em um livro japonês (correspondente ao Kama Sutra), estava escrito que “o melhor, mais poderoso e prazeroso sexo acontecia entre um homem com um pênis muito pequeno e uma mulher com uma vagina muito grande”. Vou deixá-los refletir nestas sábias pa-

lavras. (Ainda não achei o livro.)

Cila Anker
Editora

O debate em si mostra a controvérsia em torno do assunto, que é proporcional à angústia dos homens em relação ao tamanho de seu órgão sexual. Não existem trabalhos que não confirmam a eficácia destes procedimentos, assim como há uma ausência imensa de trabalhos bem desenhados que comprovem esta eficácia.

Sidney Glina
Editor

Incrível causa de Uretrorragia!

Anoar Samad*

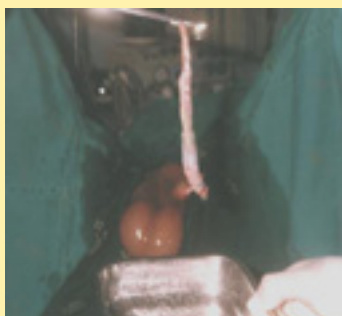
A região amazônica, com sua beleza exuberante, esconde muitas lendas como a do “Boto Tucuxi”, a “Cobra Grande” e o “Candiru”. Mas será que todas são somente lendas?

Eu posso afirmar para vocês que, a do peixe Candiru, com sua capacidade de penetração em orifícios do corpo humano, é a mais pura realidade.

Urologistas que atendem em serviços de urgência estão acostumados às causas mais frequentes de uretrorragia como cálculos impactados, infecções e até mesmo alguns casos de corpos estranhos. Mas, sem dúvida, um peixe dentro da uretra é incrível!!!

Eu atendi um paciente de 23 anos, do sexo masculino, que procurou o serviço de

urgência com extrema disúria e uretrorragia, com história de que há três dias sofrera um ataque por um peixe da região amazônica conhecido pelo nome de CANDIRÚ e que o mes-



mo havia penetrado em sua uretra quando estava urinando dentro do rio. Referia que tentou segurá-lo, mas era muito liso e parecia ser de pequeno tamanho. Quando o examinei, o paciente apresentava-se

hipocorado (+/4), com febre, forte dor no pênis, retenção urinária, uretrorragia e grande edema de bolsa escrotal.

No centro cirúrgico, e sob anestesia, realizei uma cistoscopia para diagnóstico e documentação do caso. Identificamos que o peixe era de grande tamanho (12 cm de comprimento por 1,5 de largura) ocupando toda a uretra e com impactação perto do esfíncter urinário e, provavelmente, enquanto vivo, o peixe tentou penetrar em bolsa escrotal, explicando o importante edema da mesma.

Pensei em abrir o períneo e retirá-lo por esta via, mas o risco de infecção e de disfunção erétil seria muito alto. Foi então que após várias lavagens da uretra e sob vídeo endoscopia, consegui extraí-lo com o material endoscópico.

O paciente permaneceu internado com cuidados clínicos inerentes ao

caso e seguimento ambulatorial de 3/3 meses para avaliação e diagnóstico precoce de possíveis complicações que pudessem ocorrer, principalmente a estenose de uretra. Após o seguimento de 2 anos, a evolução foi boa, não houve estreitamento da uretra, disfunção erétil ou qualquer outra complicação, recebendo alta da urologia.

Este peixe foi tombado na coleção ictiológica do INPA (15590) e positivamente identificado como da ordem Siluriformes; Família Trichomycteridae e Gênero *Plectrochilus*.

Provavelmente o ataque ocorrera por alguma substância na urina humana que atraiu este peixe.



* Professor e Chefe do Serviço de Urologia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA); Chefe do Serviço de Urologia da Beneficência Portuguesa e do Hospital Adventista de Manaus; Urologista do Hospital do Câncer (FCECON); Presidente da SBU-AM



Aspectos do peixe na uretra, vistos por cistoscopia. Acima, o tal peixe e quando foi retirado!

Papel da acupuntura no tratamento da infertilidade masculina.

Edson Gurfinkel*

Entre os casais com queixa de infertilidade, o fator masculino responde por 47% das situações (Kretser 1997). Apesar de várias causas de infertilidade masculina serem determinadas (varicocele, obstrução congênita ou adquirida da via seminífera, infecções, disfunções ejaculatórias, distúrbios hormonais e imunológicos, alterações testiculares, anormalidades cromossômicas e da qualidade do espermatozóide), em 40% dos casos não se consegue estabelecer um diagnóstico etiológico definido e, como conseqüência, o tratamento clínico habitualmente leva a resultados frustrantes (Birenbaum-Carmeli et al. 1995, Kretser 1997).

Mecanismo de ação da acupuntura

No tratamento por acupuntura, aplicam-se pequenas agulhas, próprias para esta finalidade, em locais bem definidos da superfície corpórea denominados *pontos de acupuntura*. Nestes locais - que na realidade não são pontos, mas sim áreas - existe

uma característica histológica que a diferencia das áreas circunjacentes: maior quantidade de receptores nervosos com terminações livres, fusos musculares,

“ 40% dos casos de infertilidade masculina não têm causa definida ”

órgão tendinoso de Golgi, mastócitos e capilares (Dornete 1975, Zonglian 1979).

A inserção de agulhas nestes locais causa uma despolarização das membranas, capaz de gerar um potencial de ação nos receptores dos nervos, originando um estímulo que é conduzido principalmente pelas fibras A delta e C. Os estímulos provocados pela agulha em diferentes receptores nervosos levam a múltiplos efeitos, uma vez que o sistema nervoso dá uma resposta específica conforme a via de condução do estímulo. Ao chegar à coluna posterior da medula espinal, o estímulo é conduzido por sinapses interneuronais. Conforme a via de condução do estímulo (fibras A delta ou C), diferente modalidade de

interneurônios é excitada ou inibida, sinapses com neurônios somáticos motores, neurônios autonômicos ou de projeção são ativadas e, por meio do trato espinotalâmico ou espinoreticular, o estímulo chega ao encéfalo.

Os pontos de acupuntura localizados na parte externa do corpo podem influenciar os órgãos internos por meio de reflexos víscero-visceral homolateral, víscero-somático cruzado ou atingir o encéfalo via trato ascendente, no nível da formação reticular, tálamo, sistema límbico e córtex cerebral. (Haber et al. 1982). Assim, fica evidente a relação da fisiologia das fibras nervosas e dos arcos reflexos como um dos mecanismos de ação da acupuntura.

Outro mecanismo pelo qual a acupuntura pode agir é por meio da liberação de peptídeos vasodilatadores, como o CGRP (peptídeo relacionado com o gen da calcitonina) e o VIP (peptídeo vasodilatador intestinal), que se apresentam aumentados após aplicação das agulhas nos pontos de acupuntura (Kaada 1982, Kjartansson et al. 1988).

Acupuntura e a melhora da qualidade do sêmen

Sabendo que os espermatozoides morfológicamente anormais elevam a produção de Espécies Reativas de Oxigênio (Alvarez et al. 1987) e que esta produção pode comprometer, entre outros danos, a forma e a motilidade dos espermatozoides (Hinshaw et al. 1986), talvez as ações vasodilatadoras regionais, anti-oxidantes e anti-inflamatórias do tratamento por acupuntura, em alguns casos, possam influenciar favoravelmente a qualidade do sêmen (Gerhard et al. 1992, Siterman et al. 2000).

São poucos os trabalhos de qualidade existentes a este respeito. Gerhard et al. (1992) comprovaram que pacientes com varicocele, tratados por acupuntura, apresentaram melhora da qualidade espermática. Siterman et al. (1997) demonstraram que pacientes com qualidade de sêmen alterada e leucospermia, nos casos de varicocele e prostatite crônica, e sem evidência de infecção, após tratamento por acupuntura, melhoraram a qualidade seminal, refletida por melhora significativa na

forma e na motilidade dos espermatozoides. Gurfinkel (2003), estudando pacientes com oligoastenozoospermia sem causa aparente, evidenciou um aumento na porcentagem de espermatozoides morfolologicamente normais,

porém não houve melhora na motilidade espermática e nem do número de espermatozoides.

Concluindo, na literatura, existem poucos trabalhos com desenho adequado tratando deste assunto, e nos poucos

que existem, o número de casos estudados é muito baixo. É evidente que são necessários mais estudos, com número maior de casos, para determinar o real papel desta modalidade de tratamento na qualidade seminal. Até o mo-

mento, podemos supor que a acupuntura, em casos selecionados, pode contribuir para melhorar a qualidade do sêmen e poderá vir a ser utilizada como um elemento complementar aos métodos de fertilização assistida.

REFERÊNCIAS

- Alvarez JG, Touchstone JC, Blasco L, Storey BT. Spontaneous lipid and production of hydrogen peroxide and superoxide dismutase as major enzyme protectant against oxygen toxicity. *J Androl.* 1987;8:38-48.
- Birenbaum-Carmeli D, Carmeli YS, Casper RF. Discrimination against men in infertility treatment. *J Reprod Med.* 1995;40(8):590-4.
- Dornette WHL. The anatomy of acupuncture. *NY Acad Med.* 1975;51(8):895-902.
- Gerhard I, Jung I, Postneek F. Effects of acupuncture on semen parameters/ hormone profile in infertile men. *Mol Androl.* 1992;4:9-25.
- Gurfinkel E, Cedenho AP, Yamamura Y, Srougi M. Effects of acupuncture and moxa treatment in patients with semen abnormalities. *Asian J Androl.* 2003;5:345-48.
- Haber LH, Moore BD, Willis WD. Electrophysiological response properties of spinoreticular neurons in the monkey. *J Compar Neurol.* 1982;297:75-84.
- Hinshaw DB, Sklar LA, Bohl B, Schraufstatter IU, Hyslop PA, Rossi MW, Spragg RG, Cochrane CG. Cytoskeletal and morphologic impact of cellular oxidant injury. *Am J Pathol.* 1986;123(3):454-64.
- Kaada B. Vasodilation induced by transcutaneous nerve stimulation in peripheral ischemia (Raynaud's phenomenon and diabetic polyneuropathy). *Eur Heart J.* 1982;3:303-14.
- Kjartansson J, Lundeberg T, Samuelson UE, Dalsgaard CJ, Heden P. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) increase cutaneous blood flow in a musculocutaneous flap in the rat. *Acta Physiol Scand.* 1988;134:89-94.
- Kretser DM. Male infertility. *Lancet.* 1997;349:787-90.
- Siterman S, Eltes F, Wolfson V, Lederman H, Bartoov B. Does acupuncture treatment affect sperm density in males with very low sperm count? A pilot study. *Androl.* 2000;32:31-9.
- Zonglian H. A study on the histologic structure of acupuncture points and types of fibers conveying needling sensation. *Chin Med J.* 1979;92(4):223-31.



* Mestre em Urologia pela FMUSP - Doutor em Medicina pela UNIFESP

A importância da interdisciplina (médico/psicólogo) na reprodução assistida

Sidnei Roberto Di Sessa*
Nelson Antunes Filho

Vivemos em uma sociedade padronizada, onde valores e conceitos são transmitidos de forma bastante intensa. Estes, muitas vezes cristalizados, são passados de geração a geração sem receber qualquer tipo de questionamento significativo, que possibilite encontrar outra verdade.

A maternidade/paternidade é uma destas questões, muito presente em todos, desejada e cobrada por familiares e amigos, de tal modo que parece tão normal que os valores ou limites entre as pessoas não são respeitados.

A dificuldade de um casal para engravidar e/ou a descoberta de que há algum tipo de infertilidade faz parte de um processo muito sofrido, incluindo sentimentos de impotência que interferem na capacidade de

seguir adiante para concretizar suas expectativas. Isto influi muito na vida de ambos alterando de modo significativo a estima, trazendo sentimentos de culpa, incapacidade, raiva, depressão, decepção, angústia, frustração, tristeza, ansiedade, distúrbios sexuais e de relacionamento, comportamentos obsessivos e, dependendo da forma como eles lidam com este problema, somatizações variadas.

A idéia da infertili-

dade normalmente se generaliza e os casais sentem-se inférteis para a vida como um todo, por exemplo: para o trabalho, para a vida social, familiar ...

Quando os casais chegam aos consultórios, seja do médico, seja do psicólogo, muitas vezes, acrescido ao sofrimento da infertilidade, trazem um grande sentimento de frustração devido ao insucesso das tentativas anteriores. Neste momento, necessitam ser ouvidos, com-

preendidos e acolhidos tanto clinica como psicologicamente.

Nesta fase, o acompanhamento psicológico é muito importante para trazer alívio a essas questões.

Hoje em dia, graças aos avanços da ciência, a possibilidade de se gerar o tão sonhado filho é muito grande.

No entanto, deve-se ter em mente que, muitas vezes, os tratamentos são longos, realizados por etapas e o número de mulheres que engravidam por ciclo é baixo (cerca de 30%, ou seja, a cada dez, apenas três engravidam) e, para que se obtenha sucesso, algumas vezes, o procedimento necessita ser repetido (Masetti 1994). Embora os casais estejam cientes de tudo isso, a cada insucesso, progressivamente ficam arrasados.

Segundo observações de médicos esterileutas do Instituto H.Ellis, durante um tratamento, em média 45% dos pacientes conseguem resultado com intervenção de alta complexidade (fertilização in vitro (FIV) ou injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI)), 35% com intervenções de baixa complexidade (coito programado (CP) e/ou inseminação artificial (IA), com indução ovulatória), 20% não conseguem a gravidez.

Sentimentos negativos dos mais variados estão sempre presentes neste momento e necessitam ser acolhidos e

elaborados de forma correta e construtiva tanto técnica como emocionalmente, para que o casal continue estruturado e, assim, estimulado para prosseguir no tratamento e aumentar suas chances de sucesso. Estatisticamente, as possibilidades de uma gravidez aumentam com a repetitividade, chegando a 70% com quatro tentativas (Masetti 1994).

Outro fator a ser mencionado é que, em geral, os casais preferem viver este problema sozinhos, não gostam de partilhá-lo com amigos, nem familiares, para evitar comentários, expectativas e preconceitos. Isto mostra o quanto é solitário todo o processo que está sendo dividido, na maior parte dos casos, apenas com o médico.

Todo casal que procura ajuda precisa entender que o problema é de ambos, e não só do portador da dificuldade. Por este motivo, é de fundamental importância sua integração com a equipe de médicos e psicólogos para facilitar a busca conjunta da solução do problema. Assim, a relação fica fortalecida, o casal aumenta sua auto-estima e percebe que consegue enfrentar os momentos mais difíceis do processo.

Observa-se que as mulheres são mais persistentes na busca do tratamento. Por outro lado, os homens, frustrados, com o tempo, acabam encontrando um modo de fugirem do pro-

cesso, com isso, elas se sentem abandonadas. Uma maneira de harmonizar o casal, trazendo de volta o homem, é orientá-lo no sentido de lidar melhor com limites e tratar de forma menos racional suas emoções.

Quando a gestação ocorre, o acompanhamento psicológico deve continuar para que os casais sintam-se seguros e informados. Desse modo, podem controlar melhor suas ansiedades e inseguranças, manter um bom equilíbrio emocional, apoiando-se mutuamente, não só para uma boa gestação como também para um bom parto.

Para tanto, a psicologia dispõe de um vasto ferramental terapêutico para auxiliar estes casais de forma segura e eficaz, como por exemplo a dessensibilização sistemática, onde gradualmente, dentro de um contexto apropriado, o casal vai enfrentando e vencendo seus medos e fantasias, adquirindo bem estar e tranquilidade.

Por outro lado, quando a gestação não ocorre após várias tentativas infrutíferas os motivos para o casal desistir do tão sonhado filho podem ser: término dos recursos financeiros, não querer passar novamente pelo processo dolorido, se conformarem com a situação e buscar outras alternativas, como por exemplo a adoção.

Mesmo nesta circunstância, a abordagem psicológica tam-

bém é importante, para ajudar o casal a elaborar a perda do filho via reprodução e a construir o ganho do filho via adoção.

A interdisciplina é uma conduta adequada e segura, que oferece ao casal e à equipe de médicos e psicólogos todo o suporte necessário para aumentar as possibilidades de conquista e diminuir muito o sofrimento dos casais que procuram a solução de sua infertilidade.

Ainda hoje, os casais atribuem um grande significado na maternidade/paternidade, pois ter um filho representa a consagração da identidade pessoal e do casal, a perpetuação da espécie, como também a complementação de suas vidas, estimulando o amor e o relacionamento.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Masetti, M. Fertilização in vitro: alguns aspectos psicológicos sobre o processo. São Paulo: Equipe de Reprodução Humana do Hospital Israelita Albert Einstein, 1994.



Sidnei Roberto Di Sessa
Psicólogo e Terapeuta
Sexual do Instituto H. Ellis
Membro Efetivo da ABEIS

Nelson Antunes Junior
Ginecologista e Esterileuta
do Instituto H. Ellis
Chefe do Departamento de
Ginecologia da Faculdade
de Med. ABC

Controle de qualidade de laboratórios de Reprodução Humana

Andrea Giannotti
Galuppo*

Cada um dos procedimentos realizados em um laboratório de fertilização *in vitro* (FIV) deve ser executado com extrema atenção e responsabilidade, desde a obtenção dos oócitos, até a transferência dos embriões, passando pela manipulação dos meios de cultura e do sêmen (Llerena 2002). Descuidos ou falta de atenção podem provocar danos ao desenvolvimento do embrião *in vitro* e, conseqüentemente, prejudicar a qualidade dos resultados obtidos pelo laboratório.

Em geral, um laboratório de reprodução assistida é avaliado apenas quanto às suas taxas de gestação. Entretanto, não se pode esquecer que para definir a qualidade do serviço prestado por um laboratório, deve-se inicialmente saber qual o objetivo final desse serviço. Se o objetivo é apenas a obtenção da gestação, então, apresentar altas taxas de gestação seria um excelente parâmetro de qualidade (Alper et al. 2002). Porém, o objetivo de um laboratório de FIV deve ser o de fornecer um serviço diferenciado que possibilite a maior segurança e credibilidade quanto aos

seus resultados, além de se obter o maior número de gestações possíveis.

Para tanto, é necessário instituir um programa de controle de qualidade, o qual consiste em um conjunto de normas que devem ser seguidas em um instituto, permitindo a padronização e a otimização dos procedimentos realizados. O objetivo de se implementar um sistema de controle de qualidade é assegurar o melhor desenvolvimento e precisão das condutas e técnicas utilizadas, almejando a otimização dos resultados com maior segurança e fidelidade (WHO 1999). Necessita-se de um controle rigoroso da rotina, da aparelhagem e do desempenho da equipe de laboratório, que deve estar apta a identificar e corrigir eventuais problemas. Assim, aqui serão discutidos os pontos mais importantes para se instituir um programa de controle de qualidade eficiente.

INSTALAÇÕES DO LABORATÓRIO

Antes de estruturar um laboratório de FIV, deve-se realizar um projeto cuidadoso e minucioso, no qual o laboratório apresente um espaço físico que comporte os equipamentos necessários e permita uma circulação adequada de pessoal durante a reali-

zação dos procedimentos (Gianaroli et al. 2000, Gonçalves et al. 2002). O local aonde o laboratório de FIV será instalado deve ser de uso exclusivo para esses procedimentos e totalmente isolado do ambiente externo. Aconselha-se que não seja próximo a vias de grande movimento e postos de gasolina, devido à grande quantidade de poluentes presente no ar nesses locais, o que pode prejudicar seriamente a qualidade dos resultados (Cohen et al. 1997 e 1998).

As áreas de trabalho devem ser devidamente delimitadas de forma a permitir o máximo de segurança e eficiência. O laboratório deve possuir um escritório, vestiário, estoque, área de lavagem e esterilização de materiais, laboratórios de preparo dos meios de cultura, coleta e processamento seminal, coleta e manipulação dos oócitos, salas de transferência de embriões e criopreservação, além de um nicho externo para o armazenamento dos cilindros de CO₂ (Gianaroli et al. 2000). Todo laboratório de FIV deve possuir um gerador de emergência para o caso de falha de energia (Gianaroli et al. 2000).

AMBIENTE

O laboratório deve for-

necer um ambiente asséptico para a manipulação dos gametas. A temperatura deve ser devidamente controlada, em torno de 25°C (Gonçalves et al. 2002), pois este é um dos fatores que mais afeta a qualidade dos oócitos e embriões (Almeida et al. 1995). A iluminação deve ser adequada para a manipulação de gametas e embriões (penumbra ou luz amarela não fluorescente) (Noda et al. 1994). Para manter uma boa qualidade do ar deve-se possuir, de preferência, um sistema de *high efficiency particulate air filtration* (HEPA) a fim de eliminar partículas de poeira e microrganismos antes que o ar seja injetado no laboratório ou diretamente nas incubadoras (Cohen et al. 1998).

A qualidade do ar dentro do laboratório depende também de fatores como o número de pessoas presente (deve ser restrito), cosméticos e tipo de roupas utilizadas, devendo-se optar por tecidos que não liberem fibras. Preferencialmente as roupas devem possuir mangas longas a fim de cobrir ao máximo a superfície do corpo e, portanto, diminuir o número de partículas liberadas no ambiente. É essencial o uso de touca, máscara, pro-pés e luvas sem talco (Reddy et

al. 1999).

Sabe-se que sem a indumentária adequada uma pessoa pode gerar cerca de 2 milhões de partículas menores que 5mm/min (Llerena 2002). Deve ser proibido o uso de qualquer material de limpeza que possa ser tóxico ou embriotóxico, como substâncias adstringentes, ceras, aerossóis ou materiais de construção como fórmica, cola e tinta, durante a realização de procedimentos.

EQUIPAMENTOS

Os equipamentos devem ser adequados para o uso em reprodução assistida e de fácil limpeza (Gianarolli et al. 2000). Uma intercorrências. Devem ser mantidos livres com as anotações referentes ao controle de qualidade do ambiente do laboratório (ex: temperatura), manutenção dos equipamentos (ex: trocas de filtros e revisão), limpeza do laboratório e etc. Os resultados devem ser ava-

liados regularmente, principalmente quanto a taxas de fertilização, gestação, implantação e qualidade dos embriões produzidos (Gianarolli et al. 2000).

CONCLUSÃO

Um programa de controle de qualidade bem executado depende da participação e cooperação de toda a equipe. A falta de comprometimento com as normas pré-estabelecidas põem em risco a segurança não só do

indivíduo responsável, mas também, de toda a equipe e dos pacientes, podendo resultar em danos para os gametas e embriões. Sendo assim, é extremamente importante que todas as normas sejam respeitadas, para que ao final seja alcançada a melhor qualidade possível, e que esta possa ser certificada por meio de toda a documentação produzida durante a execução dos procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida PA, Bolton VN. The effect of temperature fluctuations in the cytoskeletal organization and chromosome constitution of the human oocyte. *Zygote*. 1995;3:357-65.
- Alper MM, Brinsden PR, Fisher R, Wikland M. Is your IVF programme good? *Hum Reprod*. 2002;17(1):8-10.
- Clithrow B, Froud SJ, Luker J. Good laboratory practice in the cell culture laboratory. In: Davis JM, ed. *Basic cell culture*. New York: Oxford University Press, 2002; p.325.
- Cohen J, Gilligan A, Esposito W, Schimmel T, Dale B. Ambient air and its potential effects on conception in vitro. *Hum Reprod*. 1997;12(8):1742-9.
- Cohen J, Gilligan A, Willadsen S. Culture and quality control of embryos. *Hum Reprod*. 1998;13(3):137-44.
- Gianaroli L, Plachot M, Kooij R, Al-Hasani S, Dawson K, DeVos, A, Magli MC, Mandelbaum J, Selva J, van Inzen W. ESHRE guidelines for good practice in IVF laboratories. *Hum Reprod*. 2000;15(10):2241-6.
- Gonçalves PBD, Visintin JA, Oliveira MAL, Montagner MM, Costa LFS. Produção *in vitro* de embriões. In: Gonçalves PBD, Figueiredo JR, Freitas VJF, eds. *Biotécnicas aplicadas à reprodução animal*. São Paulo: Varela; 2002. p.195.
- Llerena PV. Control de calidad en el laboratorio de reproducción asistida. In: Madera IV, ed. *Reproducción humana e infertilidad*. Quito: Imp. Boutique Creativa; 2002. p.475.
- Noda Y, Goto Y, Umaoka Y, Shiotani M. Culture of human embryos in alpha modification of Eagle medium under low oxygen tension and low illumination. *Fertil Steril*. 1994;62:1022-7.
- Reddy VR, Thomas TS, Wright HR, Fisher MD, Edlich RF. The scientific basis of surgical glove selection in an in vitro fertilization laboratory. *J Biomed Mater Res*. 1999;48(4):569-71.
- WHO - World Health Organization. Quality control in the andrology laboratory. In: WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction, 4 ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p.36.



* Bacharel em Ciências Biológicas pela USP; Bióloga do Laboratório de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC; Mestranda do curso de Epidemiologia Experimental e Aplicada às Zoonoses da FMVZ-USP/ Instituto Biológico de São Paulo



Respostas que fazem a diferença.

Definições e Classificações das disfunções e das respostas sexuais das mulheres, ao longo dos tempo

Cila Anker

Quando Kinsey, em 1948, publicou os resultados de sua pesquisa realizada com 12000 pessoas no livro sobre o comportamento sexual masculino e, em 1953, sobre o feminino, para a época, quando imperava a educação rígida vitoriana (Anker 2004), foi um escândalo. Porém, um marco para o estudo da sexualidade humana (Kinsey et al. 1948 e 1953).

Essas publicações não só causaram uma mudança no comportamento sexual humano, como também incrementaram as pesquisas.

Outros autores-referência para este estudo são William Masters, Virginia Johnson e Robert Kolodny, que apresentam de modo detalhado e didático os vários aspectos da sexualidade humana, entre eles, as definições e classificações das disfunções sexuais e o ciclo de resposta sexual (Masters et al. 1988), as quais serviram de base para outros pesquisadores, entre eles Helen Kaplan (1979), também autora-referência até os dias de hoje.

As classificações internacionais de doenças e os manuais diagnósticos de transtornos mentais foram elaborados para que houvesse uma linguagem comum entre os profissionais da saúde, principalmente médicos

e psicólogos. Após passarem por várias transformações, ampliações e revisões, atualmente os que estão em vigor são: o DSM-IV (1995) e a CID-10 (1998).

Os consensos na área da sexualidade nasceram não só para uniformizar a terminologia, como também o pensamento e os procedimentos para se diagnosticar e tratar as disfunções sexuais. Inicialmente eram apenas as masculinas e paulatinamente as femininas foram reconhecidas e incorporadas.

Em um consenso, inúmeros especialistas, renomados no mundo inteiro, se dividem em comitês, realizam uma extensa revisão da literatura sobre os diversos aspectos da sexualidade, depois se reúnem para apresentar os dados levantados e, baseados também em sua experiência profissional, chegam a um denominador comum, ou seja, um consenso com as recomendações que servirão de guia aos profissionais.

Apresentarei, de modo resumido, como as definições e classificações das disfunções e o ciclo de resposta sexual se transformaram a partir do DSM-IV (1995) e da CID-10 (1998) até o último consenso realizado em 2003. Neste número abordarei o aspecto feminino e no próximo, o masculino.

Em 1998 foi realizado o I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, na cida-

de de São Roque, em São Paulo, no Brasil, em abril, quando foram abordadas apenas as disfunções masculinas (Consenso Brasileiro I 1998).

No mesmo ano, foi realizado o I Consenso Internacional de Disfunção Sexual Feminina, em Amsterdam, na Holanda, em agosto. As diretrizes básicas para as definições e classificações seguiram a estrutura já existente no DSM-IV (1995) e na CID-10 (1998). Algumas definições foram alteradas para refletir a prática clínica e a pesquisa do momento e uma nova categoria foi incluída. O modelo do ciclo de resposta sexual feminina utilizado foi o descrito por Masters e Johnson (1966 e 1970) que depois foi elaborado por Kaplan (1979). Neste consenso, a disfunção sexual feminina (DSF) é considerada um problema multicausal e multidimensional combinando determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais e está relacionada com a idade, de modo progressivo e altamente prevalente afetando de 20 a 50% das mulheres (Basson et al. 2000).

Embora o objetivo do Primeiro Consenso Internacional, realizado em Paris, na França, em julho de 1999, fosse estudar a Disfunção Erétil, houve a inclusão de um capítulo sobre a Disfunção Sexual Feminina devida à importância da mulher na sexu-

alidade do homem e para estimular a pesquisa nessa área (muito aquém em relação à masculina). Ainda que o consenso de Amsterdam, em 1998, tenha recomendado a adoção de um sistema novo de classificação e diagnóstico da disfunção sexual feminina segundo critérios fisiológicos, psicológicos, fisiopatológicos e o sofrimento pessoal, ainda não é utilizado na clínica geral. Assim, este consenso manteve as definições e classificações do anterior. No entanto, apresenta algumas considerações a serem observadas e estudadas quanto às queixas das mulheres: investigar comorbidades, quando houver várias disfunções e documentar a ordem de surgimento – considerações importantes para identificar os fatores etiológicos (se a origem é fisiológica, psicológica ou mista) e para investigar se o parceiro sexual apresenta alguma disfunção. Os fatores de relacionamento também precisam ser pesquisados para esclarecer a etiologia e definir o tratamento adequado, por exemplo: abuso sexual ou físico, conflitos no relacionamento ou perda da ligação amorosa. A identificação exata da etiologia é difícil porque existem pouquíssimos dados que apresentam os fatores biológicos, fisiológicos, anatômicos e neurológicos específicos que desempenham um papel no funcio-

namento sexual da mulher e como eles podem interagir entre si e com o aspecto psicológico (Goldstein et al. 2000).

O II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, realizado em Campinas, São Paulo, em abril de 2002, e o

I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil, na Costa do Sauipe, na Bahia, em agosto de 2002, já incluíram um capítulo sobre as Disfunções Sexuais Femininas (Consenso Brasileiro II 2002, Consenso Latino-americano I 2002).

O Segundo Consenso Internacional que abordou a Disfunção Erétil e as Disfunções Sexuais foi realizado em Paris, na França, em julho de 2003. Neste Consenso, houve expansão do objetivo para cobrir e atualizar o conhecimen-

to da função e disfunção sexual tanto dos homens quanto das mulheres, assim as classificações e definições das Disfunções Sexuais Femininas foram revistas e ampliadas (Basson et al. 2004, Consenso Internacional II 2004).

Os consensos recomendam que, ao se fazer a avaliação das disfunções sexuais femininas, se investigue:

1 - A cronologia de aquisição

- **Primária:** sempre esteve presente desde o início da atividade sexual (investigar infância, adolescência e relacionamentos anteriores).

- **Secundária:** foi adquirida após atividade sexual normal (in-

vestigar o contexto psicológico e médico que ocorreria quando a disfunção se instalou).

2 - As circunstâncias em que ocorre

- **Situacional:** a disfunção ocorre apenas em algumas circunstâncias, isso sugere que não há falha na resposta sexual orgânica.

- **Generalizada:** se manifesta em todas as situações e mediante quaisquer estímulos sexuais.

3 - A etiologia

- **Orgânicas:** quando existe comprometimento físico comprovado.

- **Psicológicas:** quando apenas fatores emocionais estão envolvidos.

- **Mistas:** uma combinação de fatores orgânicos e psicológicos.

4 - O grau de sofrimento pessoal e da disfunção

- Nenhum, leve, moderado e severo.

5 - O contexto

- **Passado:** educação negativa, perdas, traumas

(físicos, sexuais, emocionais, relacionamentos interpessoais passados, restrições culturais e religiosas).

- **Presente:** dificuldades interpessoais, disfunção sexual do parceiro, estimulação inadequada e contextos emocionais sexuais não satisfatórios.

- **Físico:** condições médicas e psiquiátricas, medicamentos, abuso de drogas.

CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES PARA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA 1995-2003

DSM-IV 1995 302.71 - TRANSTORNO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO
É uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. O baixo desejo sexual pode ser global, abranger todas as formas de expressão sexual ou situacional e limitado a um parceiro ou a uma atividade sexual específica.

CID-10 1989 F52.0 - FALTA OU PERDA DO DESEJO SEXUAL
Há falta ou uma perda de desejo sexual manifestada pela diminuição de busca de estímulos sexuais, e pensar sobre sexo com sentimentos associados desejo ou apetite ou fantasias sexuais. Há uma falta de interesse em iniciar atividade sexual tanto com um parceiro quanto masturbação solitária, resultando em uma frequência de atividade claramente abaixo da esperada, levando-se em conta a idade e o contexto, ou em uma frequência claramente reduzida de níveis prévios muito altos.

I Consenso Internacional DSF 1998 DESORDENS¹ DO DESEJO SEXUAL
Hipoativo – deficiência (ou ausência) persistente ou recorrente de fantasias/pensamentos sexuais e/ou desejo por ou receptividade à atividade sexual, que causa angústia pessoal.
Aversão – fobia persistente ou recorrente para e evitação de contato sexual com o parceiro sexual, que causa angústia pessoal.

I Consenso Internacional DE 1999 DESEJO HIPOATIVO
Se o tratamento recomendado for o medicamentoso, para o diagnóstico, é necessário elaborar um sistema de subclassificação.
Atualmente existe apenas um subtipo: **desequilíbrio hormonal**.
Outros subtipos precisam ser identificados.

■ Atualizações de informações que merecem atenção e estudo

¹ Cada uma dessas desordens são subdivididas em: A) ao longo da vida versus adquirido, B) generalizada versus situacional, C) origem etiológica (orgânica, psicogênica, mista, desconhecida). Para melhor avaliação e diagnóstico dessas subdivisões é importante basear-se na história médica, exames de laboratório e exame físico.

CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES PARA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA 1995-2003 - continuação

Quanto ao aspecto fisiológico pode-se levantar a hipótese de que a combinação de fatores adrenérgicos, dopaminérgicos e serotoninérgicos possam exercer alguma influência.
A depressão bioquímica e psicossocial tem suas conseqüências, mesmo se adequadamente tratadas e compensadas.

II Consenso Brasileiro 2002	DESEJO SEXUAL <u>Deficiência persistente ou recorrente ou ausência de fantasias, pensamentos e/ou desejo sexual, de receptividade ou de atividades sexuais, causando desconforto à mulher.</u>
I Consenso Latinoamericano 2002	DIFICULDADES DE DESEJO Desejo Hipoativo: <u>deficiência ou ausência, persistente ou recorrente, de fantasias sexuais, e/ou desejo e/ou receptividade de atividade sexual que causa angústia pessoal.</u> Aversão sexual: <u>aversão fóbica, persistente ou recorrente, que evita o contato sexual com um parceiro que causa angústia pessoal.</u>
II Consenso Internacional 2003	DESORDEM DO DESEJO/INTERESSE SEXUAL Ausência ou diminuição das sensações de interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos ou fantasias sexuais e falta de desejo responsivo. Motivações (aqui definidas como razões/incentivos) para tentar ter excitação sexual são escassas ou ausentes. <u>A falta de interesse é considerada além da diminuição normativa com o ciclo de vida e a duração dos relacionamentos.</u>

DSM-IV 1995	302.79 – TRANSTORNO DE AVERSÃO SEXUAL A aversão é esquia ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. O indivíduo relata ansiedade, medo ou repulsa ao se defrontar com uma oportunidade sexual com um parceiro. A aversão ao contato genital pode concentrar-se em um determinado aspecto da experiência sexual. Alguns indivíduos experimentam repulsa generalizada a quaisquer estímulos sexuais inclusive beijos e toques. A intensidade da reação do indivíduo quando exposto aos estímulos aversivos pode variar desde uma ansiedade moderada e falta de prazer até um extremo sofrimento psicológico.
CID-10 1998	F52.1 - AVERSÃO SEXUAL E FALTA DE PRAZER SEXUAL A perspectiva de interação sexual com parceiro produz medo, aversão ou ansiedade suficientes para que a atividade sexual seja evitada ou se ocorre, ela é associada a fortes sentimentos negativos e a uma incapacidade de experimentar qualquer prazer.
I Consenso Internacional DSF 1998	AVERSÃO SEXUAL <u>FOI CONSIDERADA E INCLUÍDA COMO DESORDEM DE DESEJO.</u>
I Consenso Internacional DE 1999	AVERSÃO SEXUAL <u>FOI CONSIDERADA DESVINCULADA DA FALTA DE DESEJO E MANTIDA A DEFINIÇÃO DO I CONSENSO INTERNACIONAL DE DSF DE 1998.</u>
II Consenso Brasileiro 2002	AVERSÃO SEXUAL <u>Persistência ou recorrência de aversão fóbica e evitação de contato sexual com parceiros, causando desconforto pessoal.</u>
I Consenso Latinoamericano 2002	AVERSÃO SEXUAL <u>FOI CONSIDERADA E INCLUÍDA COMO DESORDEM DE DESEJO.</u>
II Consenso Internacional 2003	DESORDEM DE AVERSÃO SEXUAL <u>Extrema ansiedade e/ou angústia à antecipação de/ou tentativa de ter qualquer atividade sexual.</u>

DSM-IV 1995	302.72 – TRANSTORNO DA EXCITAÇÃO SEXUAL FEMININA É uma incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a conclusão da atividade sexual. A resposta de excitação consiste de vasocongestão da pelve, lubrificação e expansão vaginal e turgescência da genitália externa. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
----------------	---

■ *Atualizações de informações que merecem atenção e estudo*

CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES PARA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA 1995-2003 - continuação

- CID-10 1998 F52.2 - FALHA DE RESPOSTA GENITAL**
Há uma falha de resposta genital experimentada com falha de lubrificação vaginal, juntamente com tumescência inadequada dos grandes lábios, a disfunção toma as seguintes formas:
- **Geral** – a lubrificação falha em todas as circunstâncias.
 - **A lubrificação pode ocorrer inicialmente**, mas falha em persistir por tempo suficiente para permitir uma entrada peniana confortável.
 - **Situacional** - lubrificação ocorre apenas em algumas situações.

- I Consenso Internacional DSF 1998** **DESORDEM DA EXCITAÇÃO SEXUAL**
Inabilidade persistente ou recorrente para atingir ou manter excitação sexual suficiente, causando angústia pessoal, que pode ser expressa como falta de excitação subjetiva ou genital (lubrificação/turgescência) ou outras respostas somáticas.

- I Consenso Internacional DE 1999** **DESORDEM DA EXCITAÇÃO SEXUAL**
Em geral, essa desordem está relacionada com dificuldade de vasocongestão e lubrificação genital. É necessário ser esclarecido se a baixa excitação relatada pelas mulheres realmente está vinculada à falta de excitação fisiológica.
Em alguns trabalhos de psicofisiologia, a correlação entre a resposta genital e subjetiva da mulher varia de acordo com inúmeros fatores. No entanto, os dados mostram que um baixo nível de excitação pode ocorrer mais provavelmente quando a mulher se sente sexualmente culpada ou não se percebe sensual, do que por um baixo nível fisiológico de excitação.

- II Consenso Brasileiro 2002** **DISFUNÇÃO DE EXCITAÇÃO**
Inabilidade, persistente ou recorrente, de obter ou manter suficiente excitação sexual ou bloqueio da lubrificação vaginal ou de outros componentes da resposta excitatória.

- I Consenso Latinoamericano 2002** **DIFICULDADE NA EXCITAÇÃO SEXUAL**
Inabilidade, persistente ou recorrente, para obter e/ou manter suficiente excitação sexual que causa aflição pessoal. Pode manifestar-se como uma perda subjetiva da excitação ou a perda da lubrificação, congestão genital ou outra resposta somática.

- II Consenso Internacional 2003** **DESORDENS DA EXCITAÇÃO SEXUAL**
É recomendado confirmar que a resposta fisiológica de vasocongestão na genitália esteja saudável em resposta a uma estimulação sexual erótica. Deste modo, pode-se descartar o problema fisiológico quando a mulher se queixar de falta de excitação subjetiva.
Deve-se reconhecer os seguintes subtipos:
- **Subjetiva** – ausência ou diminuição marcante da sensação de excitação sexual (excitação e prazer sexual) mediante qualquer tipo de estimulação sexual. Lubrificação vaginal ou outros sinais de resposta física ainda ocorrem.
 - **Subjetiva e Genital Combinada** - ausência de ou sensação marcadamente diminuídas de excitação sexual (excitação e prazer sexual) mediante qualquer tipo de estimulação sexual, assim como queixa de ausência ou diminuição de excitação sexual genital (turgescência vulvar, lubrificação).
 - **Genital** - queixa de ausência ou diminuição de excitação sexual genital. Auto-relato pode incluir mínima turgescência vulvar ou lubrificação vaginal mediante qualquer tipo de estimulação sexual e sensações sexuais reduzidas das carícias genitais. Excitação sexual subjetiva ainda ocorre por estímulos não genitais.
 - **Persistente** - antigamente considerada extremamente rara, a queixa de latejo genital espontâneo intruso sem alívio com o orgasmo, na prática clínica tem aumentado. O consenso propõe a seguinte definição provisória: **Excitação genital indesejada e intrusa espontânea (exemplo: formigamento, latejo, pulsação) na ausência de interesse e desejo sexual. Qualquer consciência de excitação subjetiva é tipicamente, mas não invariavelmente desagradável. A excitação não é aliviada por um ou mais orgasmos e a sensação de excitação persiste por horas ou dias.**

- DSM-IV 1995 302.73 – TRANSTORNO ORGÁSMICO FEMININO**
É um atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. As mulheres apresentam uma ampla variabilidade no tipo ou intensidade da estimulação que leva ao orgasmo. O diagnóstico de Transtorno Orgásmico Feminino deve fundamentar-se no julgamento clínico de que a capacidade orgásmica da mulher é menor do que se poderia esperar para sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe.
A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

- CID-10 1998 F52.3 - DISFUNÇÃO ORGÁSMICA**
O orgasmo nunca foi experimentado em qualquer situação.
A disfunção se desenvolveu após um período de resposta relativamente normal.
A disfunção apresenta três aspectos:

■ *Atualizações de informações que merecem atenção e estudo*

CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES PARA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA 1995-2003 - continuação

- **Normal** - quando a entrada vaginal não é sentida, uma resposta sexual normal pode ocorrer, qualquer tentativa de contato sexual leva a medo e esforços generalizados para evitar a entrada vaginal.
- **Geral** - ocorre em todas as situações e com qualquer parceiro.
- **Situacional** - ocorre em certas circunstâncias: durante o sono, nunca em vigília, nunca ocorre na presença de seu par, ocorre na presença de seu par, nas não durante o intercurso.

I Consenso Internacional DSF 1998 **DESORDEM ORGÁSMICA**
Dificuldade persistente ou recorrente, retardo em ou ausência de atingir orgasmo após suficiente estimulação ou excitação sexual, que causa angústia pessoal.

I Consenso Internacional DE - 1999 **DESORDEM ORGÁSMICA**
FOI MANTIDA A DEFINIÇÃO DO I CONSENSO INTERNACIONAL DE DSF DE 1998.

II Consenso Brasileiro 2002 **ANORGASMIA**
Dificuldade, retardo ou incapacidade de obter orgasmo após suficiente estímulo sexual e excitação, causando desconforto à mulher.

I Consenso Latinoamericano 2002 **DIFICULDADE DE ORGASMO**
Retardo, ausência ou dificuldade, persistente ou recorrente, de atingir o orgasmo após uma fase de excitação normal, que causa aflição pessoal.

II Consenso Internacional 2003 **DESORDEM ORGÁSMICA DA MULHER**
Embora haja um auto-relato de excitação sexual alta, há tanto falta de orgasmo, marcadamente de intensidade diminuída de sensações orgásmicas, assim como retardo do orgasmo mediante qualquer tipo de estimulação.

DSM-IV 1995 **302.76 - DISPAREUNIA (não devido a uma condição médica geral)**
É dor genital associada com o intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, ela também pode ocorrer antes ou após o intercurso. O transtorno pode ocorrer tanto em homens quanto em mulheres. Em mulheres, a dor pode ser descrita como superficial, durante a penetração, ou profunda, durante as investidas do pênis. A intensidade dos sintomas pode variar desde um leve desconforto até uma dor aguda. A perturbação provoca acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.

CID-10 1998 **F52.6 - DISPAREUNIA NÃO ORGÂNICA**
A dor é experimentada na entrada na vagina seja por intercurso sexual ou apenas quando ocorre investida profunda do pênis.
O transtorno não é atribuível a vaginismo ou falha de lubrificação: a dispareunia de origem orgânica deve ser classificada de acordo com o transtorno subjacente.

I Consenso Internacional DSF 1998 **DESORDENS DE DOR SEXUAL**
Podem ser:
• **Dispareunia** - é dor genital persistente ou recorrente associada com intercurso sexual.
• **Vaginismo** - é espasmo involuntário persistente ou recorrente da musculatura do terço externo da vagina que interfere com a penetração vaginal que causa angústia pessoal.
• **Dor sexual não coital** - é dor genital persistente ou recorrente induzida por estimulação sexual não coital.

I Consenso Internacional DE - 1999 **DESORDENS DE DOR SEXUAL**
FOI MANTIDA A CLASSIFICAÇÃO E AS DEFINIÇÕES DO I CONSENSO INTERNACIONAL DE DSF DE 1998.

II Consenso Brasileiro 2002 **DISPAREUNIA**
Dor persistente ou recorrente associada com um intercurso sexual.

I Consenso Latinoamericano 2002 **DOR SEXUAL**
• **Dispareunia** - dor genital persistente ou recorrente associada com relação sexual, que causa aflição pessoal.
• **Vaginismo** - espasmo involuntário, persistente ou recorrente, da musculatura do terço externo da vagina que interfere com a penetração vaginal e causa aflição pessoal.
• **Dor sexual não coital** - dor genital, persistente ou recorrente, induzida por uma estimulação sexual não coital, que causa aflição pessoal.

II Consenso Internacional 2003 **DESORDENS DE DOR SEXUAL**
Podem ser:
• **Dispareunia** - é dor persistente ou recorrente com tentativa ou penetração vaginal completa e/ou relação sexual.

■ *Atualizações de informações que merecem atenção e estudo*

CLASSIFICAÇÕES E DEFINIÇÕES PARA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA 1995-2003 - continuação

• **Vaginismo** - são dificuldades persistentes ou recorrentes da mulher para **permitir penetração vaginal do pênis, do dedo, e/ou qualquer objeto, apesar do desejo expresso da mulher.**
Geralmente há evitamento (fóbico) e antecipação, medo da experiência de dor, junto com contração muscular pélvica involuntária variável. Deve-se descartar anormalidades físicas ou estruturais.

DSM-IV 1995 306.51 – VAGINISMO (não devido a uma condição médica geral)
É a contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.
A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
Em algumas mulheres, até mesmo a previsão da penetração vaginal pode provocar espasmo muscular. A contração pode variar desde leve, induzindo alguma tensão e desconforto, até severa, impedindo a penetração.

CID-10 1998 F52.5 - VAGINISMO NÃO ORGÂNICO
Espasmo dos músculos perivaginais suficiente para impedir a entrada do pênis ou torná-la desconfortável.
Formas:
• resposta normal nunca foi experimentada,
• vaginismo desenvolveu-se após um período de resposta relativamente normal.

I Consenso Internacional DSF - 1998 VAGINISMO
O VAGINISMO FOI CONSIDERADO E INCLUÍDO COMO DESORDEM DE DOR.

I Consenso Internacional DE - 1999 VAGINISMO
O VAGINISMO FOI CONSIDERADO E INCLUÍDO COMO DESORDEM DE DOR.

II Consenso Brasileiro 2002 VAGINISMO
Recorrência ou persistência de espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina interferindo no coito vaginal, causando desconforto pessoal.

I Consenso Latinoamericano 2002 VAGINISMO
O VAGINISMO FOI CONSIDERADO E INCLUÍDO COMO DESORDEM DE DOR.

II Consenso Internacional 2003 VAGINISMO
O VAGINISMO FOI CONSIDERADO E INCLUÍDO COMO DESORDEM DE DOR.

I Consenso Internacional DSF 1998 CICLO DE RESPOSTA SEXUAL
Tanto o CID-10 quanto o DSM-IV reconhecem a necessidade de um critério subjetivo de angústia para definir a disfunção sexual.
Ambos basearam-se no primeiro modelo do ciclo de resposta sexual descrito por Masters e Johnson (1966 e 1970) e posteriormente modificado por Kaplan (1979) (Basson et al. 2000).
Este modelo consiste em uma seqüência temporal e coordenação de diversas fases: desejo sexual (libido), excitação, orgasmo e satisfação.

I Consenso Internacional DE 1999 CICLO DE RESPOSTA SEXUAL
Os estágios do ciclo de resposta sexual foram mantidos. Porém, a **imagem antes considerada linear agora foi substituída pela circular, incluindo a fase física de resolução, com sua função homeostática de retornar ao estado basal e a avaliação emocional da experiência.**

II Consenso Brasileiro 2002 CICLO DE RESPOSTA SEXUAL
É considerada a resposta sexual humana como trifásica: desejo, excitação e orgasmo.

I Consenso Latinoamericano 2002 CICLO DE RESPOSTA SEXUAL
Foi mantido o sistema trifásico: desejo, excitação e orgasmo.

II Consenso Internacional 2003 CICLO DE RESPOSTA SEXUAL
O conceito tradicional de uma seqüência linear dos eventos focalizados, principalmente, na genitalidade não se mostrou útil na investigação e abordagem das dificuldades e disfunções sexuais femininas.
Vários estudos baseados em diversos níveis de evidência mostram que o corpo e a mente não seguem sempre um mesmo padrão de resposta sexual (como preconizado anteriormente). Particularmente, para as mulheres, nem sempre é o desejo que as move para buscar a experiência sexual. Elas podem iniciá-la em um estado de neutralidade e chegar ao intercurso sexual após carícias e infinitas outras estimulações e motivações. Assim, este consenso mostra que os fatores que levam uma mulher à relação sexual não seguem uma ordem pré-estabelecida, variam de mulher para mulher e das circunstâncias envolvidas.

■ **Atualizações de informações que merecem atenção e estudo**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ankier C. Educação sexual do filho e da filha. *Arq. H.Ellis*. 2004;1(1):28-31.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Seagraves K, Seagraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000;163(3):888-93.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meslon C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):40-57.
- CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.133-136.
- Consenso Brasileiro I. Damião R, Glina S, Jardim CRF, Teloken C (coords.) / *Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil*. São Paulo, Rio de Janeiro: BG Cultural, Sociedade Brasileira de Urologia; 1998. 112p.
- Consenso Brasileiro II. Wroclawski ER, Torres LO. (coords.) / *Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil e Reunião de Diretrizes Básicas em Disfunção Erétil e Sexualidade*. São Paulo, Rio de Janeiro: BG Cultural, Sociedade Brasileira de Urologia; 2002. p.55-67.
- Consenso Internacional I. Jardim A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R, editors. *Erectile dysfunction. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction, July 1-3, 1999, Paris*. Paris: Health Publications, 2000: 726p.
- Consenso Internacional II. Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual medicine: Sexual Dysfunctions in men and women. 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions, Paris*. Paris: Health Publications, 2004; p.631-990.
- Consenso Latinoamericano I. Torres LO, Ugarte-Romano F, Glina S. (coords.) / *Consenso Latinoamericano de Disfunción Erétil*. Sociedad Latinoamericana de para el Estudio de la Impotencia y Sexualidad. São Paulo: BG Cultural; 2002. p.47-56.
- DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.467-488.
- Goldstein I, Graziottin A, Heiman, JR, Johannes C, Laan E, Levin RL, McKenna KE. Female sexual dysfunction. In: Jardim A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R. *Erectile dysfunction. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction, July 1-3, 1999, Paris*. Paris: World Health Organization (WHO), International Society for Impotence Research (ISIR), Société Internationale d'Urologia (SIU), 2000. p.507-556.
- Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel, 1979. Apud Basson et al. 2000.
- Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders, 1948. Apud Masters et al. 1988.
- Kinsey AC et al. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders, 1953. Apud Masters et al. 1988.
- Lief HL. Inhibited sexual desire. *Med Aspects Hum Sex*. 1977;7:94. Apud Basson et al. 2000.
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little Brown, 1966. Apud Basson et al. 2000.
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown, 1970. Apud Basson et al. 2000.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Human sexuality*. 3a ed. Illinois: Scott, Foresman, 1988. p.19 e 499-532.



Cila Ankier - é psicóloga e membro da ISSM - International Society of Sexual Medicine.

* *Journal of Sexual Medicine* é (a nova revista da ISSIR - International Society for Sexual and Impotence Research, cujo nome será mudado no próximo congresso bienal, em outubro para International Society of Sexual Medicine, sua indexação está prevista para agosto de 2005).

XI Congresso Venezuelano de Sexologia. "O amor: bases neuroquímicas, filosóficas, sexológicas e comportamentais

Caracas, de 1 a 4 de julho de 2004

Colaboração de
Ruben Hernandez
Serrano*
Aminta Parra Colme-
narez

1. Sexo com amor, compromisso, intimidade e paixão, o amor piramidal, o amar e o querer, os amores platônicos, o amor cibernético: representam mudanças de paradigmas que devem ser objeto de investigação científica.

2. A neuroquímica, serotonina, fenilalanina no chocolate, estróge-

nos, testosterona e prolactina constituem um pilar fundamental na Resposta Sexual Humana. A Andropausa existe, assim como a Menopausa, ambos requerem tratamento médico individualizado.

3. Os avanços na psicofarmacologia sexual são extraordinários. Logo teremos o PT 141 para os transtornos do desejo sexual na mulher.

4. A Ejaculação Rápida é a Disfunção Sexual mais freqüente no homem. Na mulher, a maioria dos pro-

blemas aparecem como consequência da discórdia marital. Os ressentimentos acumulados acabam com os casais.

5. Os psicólogos devem ser treinados em Terapia de Casal. Há muito dano por se ignorar seus princípios básicos. Iatrogenia psicológica.

6. A sexualidade satisfatória é fundamental para se obter melhor qualidade de vida e maior nível de produtividade.

7. Existe muita informação

sexual, porém muito pouca educação sexual. As campanhas educativas de massa devem ser promovidas como elemento de estímulo, para depois se fazer seguimentos em pequenos grupos em diferentes níveis e meios.

8. A sexualidade começa antes da concepção de um novo SER e às vezes termina com a morte. Seu impacto emocional é insubstituível.

9. A interdependência é

básica e prioritária no campo da sexologia, além de absolutamente necessária, por que nele são focalizados os problemas sexuais por diferentes aspectos. Hoje, o conhecimento está na Internet e não há memória humana capaz de armazenar sequer uma parte da informação em uma área específica.

10. Os eventos traumáticos, especialmente na infância, são de extraordinária importância no desenvolvimento da personalidade e nos mecanismos de defesa que uma pessoa utiliza de maneira constante em sua vida cotidiana.

11. A Venezuela oferece lugares maravilhosos para o controle do estresse: Makatao, La Gran Sabana, Margarita, Los Roques, El Jarrillo, Merida, Los Medanos, El Orinoco, La Colonia Tovar, La Cueva del Guacharo, Playa Medina, são apenas algumas das regiões dignas de serem ressaltadas. Hoje, a Vida deve ser vivida em um Meio Ambiente mais saudável. O futuro é mais importante do que o passado.

12. A Engenharia Genética e a Terapia Gênica representam um panorama de esperanças.

13. Os avanços na imagiologia cerebral são extraordinários. O cé-

rebro é o órgão sexual mais importante do corpo humano.

14. As fantasias consensuais e suas diferentes formas de expressão são básicas.

15. O clitóris e a glândula são extremamente ricos em terminações nervosas. Deve-se aprender a acariciá-los. Eles disparam mecanismos reflexos muito complexos.

16. Os médicos ginecologistas deveriam fazer uma formação especializada em Sexologia. Geralmente são a primeira linha de ataque nos transtornos específicos da mulher.

17. A música é fundamental em disparar estímulos eróticos. As artes em geral são coadjuvantes na terapia.

18. A Síndrome T representa objetivo para a sociedade de HOJE. O controle do TEMPO é primordial para se viver a vida em PAZ.

19. A violência é antiética à sexualidade satisfatória. Necessita-se, com urgência, de programas de atenção às vítimas e aos vitimadores.

20. O casamento é uma empresa, que começa com o namoro, passa pelo cotidiano e conclui nos balanços positivos. Deve-se investir em recursos, dinheiro, tempo, afeto e constantemente revitalizá-los com uma escapada. O contrato

psicológico deve ser promovido, pelo menos, com frequência anual. Os pequenos detalhes propiciam grandes mudanças para o casal.

21. Uma criança nunca deve dormir com seus pais. Isso produz uma dependência grave.

22. Os medicamentos vasoativos, inibidores da PDE5, são seguros. Sua indicação por um médico deve ser sempre garantida. Os efeitos secundários são mínimos se há um bom controle médico.

23. A terapia cognitivo-comportamental e as terapias sexuais são insubstituíveis na boa abordagem dos problemas sexuais. Ignorá-las representa um dano para o paciente.

24. A atividade sexual constitui um exercício muito satisfatório. Os desportistas de alto rendimento perdem mais com a abstinência do que com o exercício são e tranqüilo da função se

xual. O álcool e as drogas são absolutamente danosos à sexualidade.

25. A crise que hoje nos afeta se meteu na cama. Devemos tirá-la dali, senão as conseqüências serão muito mais dramáticas.

26. A AIDS e as DST (doenças sexualmente transmissíveis) seguem incrementando-se. A ausência de programas é um fator

que incide na extensão desta pandemia que dizima, sobre tudo, as populações jovens diante da indiferença oficial dos governos.

27. O fenômeno da aculturação em migrantes é um terreno fértil para o surgimento de problemas sexuais, sociais e matrimoniais. Nunca devemos negar nossos valores.

28. As crianças de rua são vítimas de inúmeros abusos sexuais. Se não criarmos programas de atenção e prevenção estaremos condenados a cidades cada vez mais violentas.

29. A Sexologia Médica não é incompatível com a Medicina Sexual. Elas se complementam.

30. A reconciliação entre os grupos em discórdia é uma necessidade inadiável, uma vez que hoje vivemos em um mundo cada vez mais violento e mais traumático. A tolerância, o respeito à diversidade e aos direitos humanos e sexuais merecem a maior atenção possível. Até que isso aconteça, sejamos otimistas.

www.utesve.com
Caracas, 14 de Julho de 2004.

* tradução de Cila Ankier

Calendário de Congressos e Eventos Científicos

2004

Novembro

- A determinar III Curso de Especialização em Psicoterapia com Enfoque na Sexualidade, CEPES – São Paulo - cepes_ips@uol.com.br - Brasil
- 04-06 Ist Conference on Female Sexual Health & Dysfunction – Palm Springs, Califórnia
www.venuewest.com/2004/fsd - Estados Unidos
- 04-07 46th Annual Meeting of Sexual Science and Politics: Mutual Interactions – Allentown, PA
www.sexscience.org
Estados Unidos
- 06 Palestras:
- A mulher vaginica: aspectos culturais, Psic. Fátima Protti
- Ejaculação Rápida, Psic. Carla Zeglio
CEPCoS de Sexualidade, São Paulo, SP
cepcos@uol.com.br - Brasil
- 06-07 Gonadotropins from Basic Research to Clinical Practice – Munique
www.seronosymposia.org/reproductive
Alemanha
- 10-13 XXIII Congresso de Obstetrícia e Ginecologia do Nordeste – Salvador, BA
www.st-eventos.com.br Brasil
- 10-14 XXI Congresso Brasileiro de Reprodução Humana – São Paulo - www.sbrh.med.br Brasil
- 11-13 Erectile and Male Sexual Dysfunction da European Academy of Andrology – Roma
www.uni-leipzig.de/~eaa - Itália
- 14-17 46th Meeting of the Society for the Scientific Study of the Sexuality (SSSS) – Orlando, Flórida - www.sexscience.org
Estados Unidos
- 17-20 XVI Jornada Carioca de Urologia – Rio de Janeiro - sburj@bol.com.br - Brasil
- 19-20 Jornada de Sexualidade Humana de Porto Alegre - Porto Alegre, RS
gioscia@joinet.com.br Brasil
- 20 Workshop em Sexualidade Humana: Transtornos de Preferência Sexual e Disfunções Sexuais Femininas e Masculinas ProSex IPq-HC-FMUSP, São Paulo
prosexmail@uol.com.br Brasil
- 20-24 4th International Symposium on Uro-Oncology – Curitiba, PR
www.idealiza.com.br Brasil
- 21-26 Seminário sobre Violência contra a Mulher – Manchester
felicitas.cordes@britishcouncil.org.uk
Inglaterra
- 23-26 1st ESHRE Basic Semen Analysis Course in Spanish – Barcelona
dguart@fundacio-puigvert.es - Espanha
- 24-27 50th Annual Meeting of the Canadian Fertility and Andrology Society – Jasper, Alberta - www.cfas.ca - Canadá
- 25-27 XII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia – Curitiba, PR
Sulbrasileiro2004@sogipa.com.br
Brasil
- 25-27 XIX Jornada de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul – Campo Grande, MS - sogomat@terra.com.br - Brasil
- 25-28 The Asian Pacific Congress on Controversias in Obstetrics, Gynecology & Infertility – Bancoc
www.kenes.com/asiancongi
Tailândia

Novembro/Dezembro

- 29-02 V Taller de Salud Sexual y Reproductiva , I Taller Nacional de Andrología
malzugaray@inend.sld.cu
Cuba

Dezembro

- A determinar III Curso de Especialização em Sexualidade Humana, Lato Sensu do ProSex IPq-HC-FMUSP – São Paulo
prosexmail@uol.com.br Brasil
- 01-03 XII Curso de Andrologia da Fundação Puigvert – Barcelona
www.fundacio-puigvert.com.es - Espanha
- 02-05 I Congreso Nacional de Salud Sexual – Acapulco
amssacdireccion@prodigy.net.mx
www.geocities.com/amssac_org - México
- 04 Simpósio de Atualização em Sexualidade e Medicina Sexual - São Paulo
pinheiro@pithmkt.com.br - Brasil
- 05-08 7th Congress of the European Society for Sexual Medicine (ESSM) – Londres
www.essir2004.org - Inglaterra

2005 Janeiro

- 09-11 31st Annual Conference of the International Embryo Transfer Society – Copenhagen
fass@assochg.org - Dinamarca
- 14-16 6th Fall Research Meeting of the Sexual Medicine Society of North America (SMSNA) – New Orleans
www.smsna.org - Estados Unidos
- 15-18 Workshop on Environment, Reproduction Health and Fertility – Copenhagen
bmc@rh.dk - Dinamarca
- 23-28 1st Meeting on Advances in Sexual Health da Société Francophone de Médecine Sexuelle (SFMS) – Paris - www.sfms.fr - França

Fevereiro

- 02-05 North American Congress on Aging Male da Canadian Society for the Study of the Aging Male (CSSAM) e International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM) – Vancouver - www.kenes.com/aging - Canadá

Março

- 04-06 5th Biennial Congress of the African Society of Sexual and Impotence Research (ASSIR) – Mombasa
www.assir.biz - Kenia
- 10-13 12th World Congress on Human Reproduction – Veneza
www.biomedicaltechnologies.com - Itália
- 11-13 I Congresso de Sexualidade Humana do Paraná e II Congresso Sudoeste do Paraná – Pato Branco, PR
Raquel@qualinet.com.br - Brasil
- 13 I Congresso de Sexualidade Humana do Paraná - II Congresso Sudoeste do Paraná – Pato Branco, PR
raquel@qualinet.com.br - Brasil
- 15-18 XIX Congresso Boliviano de Urologia – Santa Cruz de la Sierra
www.sbuero.org - Bolívia
- 16-19 20th Congress of the European Association of Urology (EAU) – Istambul
www.uroweb.org - Turquia
- 17-20 Reunião da Academia Internacional de Medicina Sexual - Porto
www.academesex.com - Portugal

Abril

- 07-09 VIII Congresso da Associação Brasileira sobre Inadequação Sexual (ABEIS) - Belo Horizonte, MG
pinheiro@pithmkt.com.br - Brasil
- 13-15 4th Pan Arab Congress of Sexual Health and Genital Surgery – Cairo
asfour2712@yahoo.com - Egito
- 14-16 Comprehensive Review of Sexual Medicine – Toronto, Ontário
www.venuewest.com/2005/crsm - Canadá
- 14-17 7th World Congress Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility – Atenas
www.kenes.com - Grécia

19-25 Coast Reproductive Society – Indian Wells,
Califórnia
www.pcrsonline.org Estados Unidos

Maio

21-26 100th Annual Meeting of the American
Urological Association (AUA) – San Antonio
www.auanet.org Estados Unidos

25-27 4th Annual Meeting of the Mediterranean
Association of Andrology (AMA) – Alexandria
drashraf@aast.edu - Egito

25-29 13º. Congresso Mundial de FIV, Reprodu-
ção Assistida e Genética – Istambul
www.kenes.com/ivf - Turquia

Junho

03-05 VII Jornada Mineira de Urologia – Ouro
Preto, MG
Sbu-mg@sbu-mg.org.br - Brasil

06-10 Congresso Cubano de Urologia
Alberto.toledo@informed.sld.cu - Cuba

12-16 8th International Congress of Andrology –
Seoul - www.ica2005.org - Coreia

19-22 21st Annual Meeting of the European Society
for Human Reproduction and Embryology –
Copenhagem - www.eshre.com - Dinamarca

23-25 1st Congress of the Latin-American Society
for the Study of the Aging Male – Cancun
www.latinmale.org - México

Julho

A determinar 19th International Symposium on Gender
Dysphoria – Bologna
www.hbgda.org - Itália

10-15 17th World Congress of Sexology (WAS) –
Montreal - www.montrealsex.com - Canadá

24-27 38th Annual Meeting of the Society for Study
of Reproduction – Quebec, Quebec
www.ssr.org - Canadá

Agosto

19-21 IX Congresso Norte-Nordeste de Reprodu-
ção Humana – Belém, PA
www.paratur.pa.gov.br - Brasil

Setembro

14-17 9th World Congress of Endometriosis –
Maastricht - www.conferenceagency.com/wce
Holanda

15-17 X Congresso Brasileiro de Sexualidade
Humana – Porto Alegre, RS
www.sbrash.org.br - Brasil

Outubro

04-08 10th Meeting of the Asia-Pacific Society for
Sexual and Impotence Research (APSSIR)
– Cairns - Austrália
www.promaco.com.au/conference/2005/apssir

15-19 61st Annual Meeting of the American Society of
Reproductive Medicine (ASRM) – Montreal,
Quebec - www.asrm.com - Canadá

18-22 11th World Congress on the Menopause –
Buenos Aires - www.menopause2005.org
Argentina

22-27 XXX Congresso Brasileiro de Urologia –
Brasília, DF - Brasil

27-30 5th Meeting of the International Society for
Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) –
Las Vegas - www.isswsh.org - Estados Unidos

Novembro

22-26 51º. Congresso Brasileiro de Ginecologia e
Obstetrícia – Rio de Janeiro, RJ
www.febrasgo.org.br - Brasil

Dezembro

01-03 VIII Congresso da Sociedade
Latinoamericana Para o Estudo da Impotên-
cia e Sexualidade (SLAIS) – Punta Del Este
www.slais2005.org - Uruguai

2006**Abril/Maio**

25-01 Pacific Coast Reproductive Society – Indian
Wells, Califórnia - www.pcrsonline.org
Estados Unidos

Maio

20-25 101st Meeting da American Urological Association (AUA) – Atlanta, Georgia
www.auanet.org - Estados Unidos

Junho

18-21 22nd Annual Meeting of the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) – Praga
www.eshre.com - Tchecoslováquia

Outubro

21-25 62nd Annual Meeting of the American Society of Reproductive Medicine (ASRM) – New Orleans, Louisiana
www.asrm.com - Estados Unidos

Novembro

12-16 28th Congress of the Société Internationale d'Urologie (SIU) – Cape Town
www.siu-urology.org - África do Sul

2007

Abril

22-27 Pacific Coast Reproductive Society – Rancho Mirage, Califórnia
www.pcrsonline.org - Estados Unidos

Maio

19-24 102nd Meeting da American Urological Association (AUA) – Anaheim, Califórnia
www.auanet.org - Estados Unidos

Julho

01-04 23rd Annual Meeting of the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) – Lyon
www.eshre.com - França

Setembro

02-06 29th Congresso da Société Internationale d'Urologie (SIU) – Paris
www.siu-urology.org - França

Outubro

13-17 63rd Annual Meeting of the American Society of Reproductive Medicine (ASRM) – Washington, DC
www.asrm.com - Estados Unidos