

INTERVENÇÃO SEXUAL EM HOMENS PORTADORES DE LESÃO MEDULAR

Amanda Mônica Fávaro¹, Cristiane Espanhol Cortez², Daniella Galvão Barbosa³

¹Univap/Fisioterapia, Av. Shishima Hifumi, 2911, amandamonica@bol.com.br

²Univap/Fisioterapia, Av. Shishima Hifumi, 2911, cristianefisioterapeuta@hotmail.com

³Univap/ Setor de Fisioterapia Neurofuncional Adulto, Av. Shishima Hifumi, 2911, daniella@univap.br

Resumo – A disfunção sexual em lesados medulares pode ser resultado da disfunção neuromuscular ou obstruções recorrentes de infecções urinárias. O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico sobre a existência de intervenção sexual para homens portadores de lesão medular. O estudo de revisão bibliográfica abordou publicações entre os anos de 1987 a 2007, por intermédio de buscas sistemáticas utilizando os bancos de dados eletrônicos: LILACS, MEDLINE, SCIELO, BIREME e do portal CAPES. Foram encontrados 30 artigos, sendo 23 (76,66%) internacionais e 7 (23,33%) nacionais. Deste foram selecionados 20 artigos, sendo 16 (80%) internacionais e 4 (20%) nacionais, segundo os critérios de inclusão e exclusão. Foram encontrados poucos artigos publicados recentemente e que abordassem sobre a intervenção sexual nos homens portadores de lesão medular, recomendamos novos estudos bem delimitados que abrangessem esse tema.

Palavras Chaves: Lesão medular, intervenção sexual, disfunção sexual.

Área de Conhecimento: Fisioterapia.

Introdução

Qualquer pessoa que sofreu algum dano na medula espinal, além de comprometimento da sensibilidade, locomoção, funções intestinais e urinárias, independente da região lesionada, também acomete a função sexual (UTIDA et al., 2004). Como todo indivíduo é único, uma lesão também se caracteriza de forma única e suas alterações, comprometimentos e seqüelas são bastante peculiares fazendo com que cada pessoa reaja de maneira diferente por mais semelhante que seja a lesão (UTIDA et al., 2004).

A disfunção sexual em lesados medulares pode ser resultado da disfunção neuromuscular ou obstruções recorrentes de infecções urinárias (BIERING-SORENSEN; SONKSEN, 1988; MAIOR, 2001). A ejaculação retrógrada, que é bastante comum entre os lesados medulares, acontece pelo fato de que no homem o canal que encaminha o esperma é o mesmo da urina, então o esfíncter que deveria se manter fechado no momento da ejaculação não o faz, permitindo a passagem de esperma para a bexiga. Como a urina não constitui meio apropriada para os espermatozoides, eles acabam perdendo suas funções. Nesse caso, o esperma é excretado no momento do esvaziamento da bexiga (CAVALCANTE et al., 2007).

Nos homens, a ereção é a primeira resposta à excitação sexual, podendo ser desencadeada por estimulação descendente do cérebro, como estímulos visuais, auditivos, por fantasias ou lembranças, denominada ereção psicogênica. Pode ser desencadeada por estímulos periféricos,

como contatos físicos diretos com o pênis e áreas adjacentes, denominada ereção reflexa; esse tipo de ereção é involuntário, sendo comumente encontrado em paraplégicos e tetraplégicos espásticos. A alteração da ereção psicogênica dependerá do nível da lesão; a média de motilidade dos espermatozoides em homens com lesão medular é consideravelmente baixa em relação à média de homens sem a mesma, podendo haver uma redução e/ou até mesmo uma ejaculação retrógrada, alterando sua fertilidade (BIERING-SORENSEN; SONKSEN, 1988; MAIOR, 2001).

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico sobre a existência de intervenção sexual para homens portadores de lesão medular.

Metodologia

O estudo de revisão bibliográfica abordou publicações entre os anos de 1987 a 2007, por intermédio de buscas sistemáticas utilizando os bancos de dados eletrônicos: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), na coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO), BIREME e do portal CAPES.

Como critério de inclusão os artigos publicados na íntegra no período entre 1987 a 2007 nos idiomas português e inglês, artigos disponíveis no Brasil e artigos que continham a intervenção sexual no lesado medular no sexo masculino.

Foram excluídos desta revisão bibliográfica os artigos publicados em outros idiomas, os artigos que continham somente o resumo, artigos publicados fora do período aceito no critério de inclusão, os artigos que não continham conteúdo sobre a intervenção sexual no lesado medular do sexo masculino e os artigos publicados sobre intervenção sexual no sexo feminino.

Resultados

Foram encontrados 30 artigos, sendo 23 (76,66%) internacionais e 7 (23,33%) nacionais. Deste foram selecionados 20 artigos, sendo 16 (80%) internacionais e 4 (20%) nacionais, segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Discussão

Ao ser acometido por uma lesão medular, é certo que a presença dessa lesão trará alterações na função sexual, resultando em uma disfunção erétil, ejaculatória, orgásmica e de fertilidade. Faz-se necessário que o indivíduo com lesão medular passe por uma série de adaptações para que o possibilite a continuar tendo uma vida sexualmente ativa e satisfatória, começando pela revisão de seus conceitos sobre sexualidade e passando pela aceitação e integração de uma nova imagem corporal (BIERING-SORENSEN; SONKSEN, 2001).

O primeiro passo consiste na orientação ao paciente a respeito do impacto do TRM na disfunção sexual e os tipos de ereção que poderá apresentar (KARLSSON, 1999). Antes do tratamento propriamente dito, é fundamental que os pacientes sejam orientados a promoverem o esvaziamento vesical precedendo o início do estímulo sexual. Esta manobra visa evitar a ocorrência da disreflexia autonômica (DA). A disreflexia pode manifestar-se como crises hipertensivas paroxísticas, bradicardia, cefaléia, com possíveis complicações como convulsões, edema agudo de pulmão e infarto agudo do miocárdio (KARLSSON, 1999). As opções terapêuticas para a disfunção erétil nestes pacientes incluem o uso de medicações orais, injeção intracavernosa, aparelhos a vácuo e próteses penianas com resultados satisfatórios variando de 70 a 95% dos casos. A escolha do tipo de tratamento está na dependência da adaptação e da resposta individual à modalidade escolhida, embora devam sempre iniciar pelos métodos menos invasivos (KARLSSON, 1999). Os aparelhos a vácuo promovem um aumento do fluxo sanguíneo peniano através da pressão negativa gerada pelos mesmos. Uma vez atingida a ereção, um anel de constrição é colocado na base do pênis. Os pacientes não devem manter tal anel nesta posição por mais de 30 minutos; devido

à diminuição ou ausência da sensibilidade peniana. Seu uso é contra-indicado em pacientes com discrasias sanguíneas ou em uso de anticoagulantes devido a complicações já descritas como equimoses, edema da pele e abrasões (LEVINE; DIMITRIOU, 2001).

O implante de prótese peniana é utilizado geralmente como última alternativa terapêutica, quando todas as técnicas previamente descritas falharam (MONTAGUE; ANGERMEIER, 2001). As próteses semi-rígidas têm como vantagem a facilidade do implante, pequeno índice de falhas mecânicas e baixo custo. Como desvantagens, o pênis permanece constantemente em posição ereta, além de um maior risco de erosão peniana. As próteses infláveis promovem um aspecto que se assemelha mais com a ereção normal, mas o seu implante é mais trabalhoso e os custos muito elevados. Em portadores de TRM (GROSS et al., 1996; KIMOTO et al., 1994) a prótese peniana também tem a finalidade de auxiliar no manejo da incontinência urinária, facilitando a adaptação de coletores urinários penianos externos.

A tecnologia de estimulação peniana vibratória e de sonda retal de eletroejaculação tornou estes procedimentos seguros na prática clínica para pacientes com disfunção ejaculatória, atingindo-se índices de resultados satisfatórios variando de 60 a 80% no primeiro caso e de 90 a 100% no segundo, ainda que o sêmen tenha qualidade mais baixa neste último (CARVALHO et al., 2003; GRECO, 1996; ALSTEAD et al., 1987; CHUNG et al., 1995).

O sêmen de pacientes com lesão raquimedular tem geralmente uma contagem normal de espermatozoides, mas a mobilidade é reduzida em relação ao esperado (BRACKETT et al., 1996). Esta condição não parece estar relacionada ao modo de vida (por exemplo, aumento da temperatura escrotal, manejo da bexiga neurogênica, baixa frequência de ejaculação), ao tempo de lesão, a alterações hormonais, nem a diferenças de acordo com o nível ou extensão da lesão raquimedular, mas pode estar relacionada a fatores do plasma seminal (WANG et al., 1993; HIRSCH et al., 1990).

Apesar desta baixa qualidade, homens com lesão raquimedular podem atingir a paternidade através de métodos de inseminação caseiros ou de fertilização assistida, como inseminação intra-uterina, fertilização In vitro, transferência falopiana de gameta ou zigoto e injeção intracitoplasmática de espermatozoide (WALSH et al., 1999; BRACKETT et al., 1995).

Conclusão

Após uma lesão medular o indivíduo sofrerá alteração na função sexual, sendo necessário uma série de adaptações para continuar com sua vida

sexualmente ativa e satisfatória. Sendo assim, é de suma importância à intervenção sexual no lesado medular, onde possibilita orientar e mostrar as opções terapêuticas a serem utilizadas quando necessários. Com o avanço da tecnologia os indivíduos dos sexos masculinos podem atingir a paternidade através dos métodos de inseminação.

Foram encontrados poucos artigos publicados recentemente e que abordassem sobre a intervenção sexual nos homens portadores de lesão medular, recomendamos novos estudos bem delimitados que abrangessem esse tema.

Referências

BIERING-SORENSEN, F.; SONKSEN, J. Sexual function in spinal cord lesioned men. **Spinal Cord**, Houndmills, v. 39, n. 9, p. 455-70, Sept. 2001.

BRACKETT, N.L; ABAE, M; PADRON, O.F; LYNNE, C.M. Treatment by assisted conception of severe male factor infertility due to spinal cord injury or other neurologic impairment. **J Assist Reprod Genet**; v.12, p.210-6, 1995.

BRACKETT, N.L; NASH, M.S; LYNNE, C.M. Male fertility following spinal cord injury: facts and fiction. **Phys Ther**, v.76, p.1221-31, 1996.

CARVALHO, Z.M.F; DAMASCENO, M.M.C. **Viva bem com sua lesão vertebro-medular**. 2 ed. Portugal: CAPES, 2003. 96p.

CAVALCANTE, K.M.H; CARVALHO, Z.M.F; BARBOSA, I.V; STUDART, R.M.B. Alterações na fertilidade vivenciadas por pessoas com lesão medular – uma pesquisa qualitativa. **Online Brazilian journal of Nursing**, v 6, n. 3, 2007.

CHUNG, P.H; YEKO, T.R; MAYER, J.C; SANFORD, E.J; MAROULIS, G.B. Assisted fertility using electroejaculation in men with spinal cord injury—a review of literature. **Fertil Steril**, v.64, p.1-9, 1995.

GRECO, S.B. Sexuality education and counseling, In: Hoeman SP. Rehabilitation nursing: process and application. 2 ed. St. Louis, USA: Mosby, 1996. p.594-627.

GROSS, A.J; SAUERWEIN, D.H; KUTZENBERGER, J; RINGERT, R.H. Penile prostheses in paraplegic men. **Br J Urol.**, v.78, p.262-4, 1996.

HALSTEAD, L.S; VERVOORT, S; SEAGER, S.W. Rectal probe electrostimulation in the treatment of anejaculatory spinal cord injured men. **Paraplegia**, v.25, p.120-9, 1987.

HIRSCH, I.H; SEDOR, J; CALLAHAN, H.J; STAAS, W.E .Jr. Systemic sperm autoimmunity in spinalcord injured men. **Arch Androl.**, v.25, p.69-73, 1990.

KARLSSON, A.K. Autonomic dysreflexia. **Spinal Cord**, v.37, p.383-91, 1999.

KIMOTO, Y; IWATSUBO, E. Penile prostheses for the management of the neuropathic bladder and sexual dysfunction in spinal cord injury patients: long term follow up. **Paraplegia**, v32, p.336-9, 1994.

LEVINE, L.A. DIMITRIOU RJ. Vacuum constriction and external erection devices in erectile dysfunction. **Urol Clin North Am.**, v.28, p.335-41, 2001.

MAIOR, I. M. M. L. **Reabilitação sexual do paraplégico e do tetraplégico**. São Paulo: Revinter, 1988.

MASTER VA, TUREK PJ. Ejaculatory physiology and dysfunction. **Urol Clin North Am.**, v.28, p.363-75, 2001.

MONGA M, BERNIE J, RAJASEKARAN M. Male infertility and erectile dysfunction in spinal cord injury. **Arch Phys Med Rehabil**, v.80, p.1331-9 1999.

MONTAGUE, D.K. ANGERMEIER KW: Penile prosthesis implantation. **Urol Clin North Am.**, v.28, p.355-61, 2001.

UTIDA, C; TRUZZI, J.C; BRUSCHINI, B; CEDENHO, A; SROUGI, M. Male infertility in spinal cord injury. **Coluna/columna** - ano 3 (3) - setembro-dezembro 2004.

WALSH, P. Campbell's urology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. v. 2, p.1320-2.

BORGES JR E, MORI MM, ANTUNES JR N. Reprodução assistida e infertilidade masculina. In: Glina S, Damião R, editores. 1º Consenso Brasileiro sobre Infertilidade Masculina. São Paulo: BG Cultural, 1999. p. 69-74.

WANG, Y.H; HUANG, T.S; LIN, M.C; YEH, C.S; LIEN, I.N. Scrotal temperature in spinal cord injury. **Am J Phys Med Rehabil.**,v. 72, p.6-9, 1993.