

# SAÚDE DO HOMEM:

## dicas para médicos

Vitor Hugo Lima Barreto

### CARTILHA



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



**Saber**  
Tecnologias Educacionais e Sociais



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS

# **SAÚDE DO HOMEM:** dicas para médicos

Vitor Hugo Lima Barreto

Recife  
2016

© UNA-SUS UFPE

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## GOVERNO FEDERAL

### Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

### Ministro da Saúde

Marcelo Castro

### Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Heider Aurélio Pinto

### Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

### Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)

Francisco Eduardo de Campos

## CONTATO

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Convenções da UFPE, Espaço Saber, Sala 04

Avenida dos Reitores, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE,

CEP 50.741-000

<http://sabertecnologias.com.br>

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

### Reitor

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

### Vice-Reitor

Florisbela Campos

## GRUPO SABERTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

### Coordenadora Geral

Profª. Cristine Martins Gomes de Gusmão

### Coordenadora Técnica

Josiane Lemos Machiavelli

### Coordenadora de EAD

Profª. Sandra de Albuquerque Siebra

### Equipe de Ciência da Informação

Profª. Vildeane da Rocha Borba

Jacilene Adriana da Silva Correia

### Equipe de Design

Amarílis Ágata da Silva

Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães

Silvânia Cosmo

### Assessoria – Educação em Saúde

Luiz Miguel Picelli Sanches

Patrícia Pereira da Silva

### Secretaria Acadêmica

Fabiana de Barros Lima

Geisa Ferreira da Silva

Isabella Maria Lorêto da Silva

### Revisor linguístico

Emanuel Cordeiro da Silva

610  
B273s

Barreto, Vitor Hugo Lima

Saúde do homem: dicas para médicos / Vitor Hugo Lima Barreto –  
Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

26 p.

Inclui Ilustrações

ISBN: 978-85-415-0810-0

1. Atenção Primária a Saúde – Saúde do homem 2. Promoção da  
saúde. 3. Saúde do Homem – Médicos - Cartilha. II. Título.

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DISFUNÇÕES SEXUAIS NO HOMEM</b> .....	<b>4</b>
1.1	A FISILOGIA DA FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA .....	4
1.2	DISFUNÇÕES SEXUAIS .....	5
1.3	AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL NO HOMEM.....	7
1.3.1	HISTÓRIA DA DISFUNÇÃO SEXUAL E EXAME FÍSICO.....	7
1.4	TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA .....	8
<b>2</b>	<b>SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM HOMENS</b> .....	<b>10</b>
2.1	CAUSAS DE OBSTRUÇÃO URINÁRIA VESICAL (OUV).....	12
2.2	AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE: HISTÓRIA E EXAME FÍSICO .....	13
2.3	INDICAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA .....	16
2.4	EXAMES DIAGNÓSTICOS .....	17
2.5	TRATAMENTO .....	17
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>19</b>

# 1 DISFUNÇÕES SEXUAIS NO HOMEM

## 1.1 A FISILOGIA DA FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

A função sexual masculina, assim como todas as funções humanas, está integrada aos diversos sistemas que explicam os mecanismos fisiológicos. Em especial, podemos destacar o papel dos sistemas neurológico, psicológico, hormonal e vascular. O evento culturalmente mais valorizado da sexualidade masculina é a aquisição e manutenção da ereção, que é primordialmente um evento vascular, iniciado a partir de estímulos neurológicos ocorrendo somente em um meio hormonal e psicologicamente favorável.

A correlação entre esses sistemas irá explicar os fenômenos comuns aos homens, como a ereção psicogênica, a ereção por estímulo tátil ao pênis e a ereção noturna ou matinal não relacionada a estímulos sexuais.

### Atenção!

Esses fenômenos irão sempre direcionar a uma investigação clínica para aspectos psicológicos, já que a função orgânica se mostra preservada.

Dois aspectos da função vascular ganham destaque para a ereção:

1. influxo arterial adequado;
2. a presença suficiente de óxido nítrico para a dilatação vascular eficiente.

### Atenção!

Esses dois aspectos serão importantes para compreender causas comuns de disfunção sexual, além de estarem correlacionadas com as propostas de tratamento atuais.



Os hormônios Liberador de Gonadotrofinas (GnRH) e Luteinizante (LH) estão presentes em pulsos durante as ereções noturnas, e a testosterona apoia a disposição psicológica por meio do aumento da libido, além de ter um papel fundamental na manutenção dos níveis ótimos de óxido nítrico.

O fator idade também está relacionado com a função sexual. Homens com condições gerais precárias de saúde tendem a ter uma vida sexual menos ativa. Outros problemas relacionados à idade são tempo prolongado para início da ereção, diminuição da intensidade e duração do orgasmo e diminuição da força do ejaculado. Essas dificuldades, porém, não são de maneira alguma impeditivas para uma realização sexual criativa e prazerosa.

### Saiba +

Assista ao vídeo disponível no link a seguir para saber mais sobre o assunto: <[https://www.youtube.com/watch?v=k60M1h-DKVY&feature=iv&src\\_vid=v22CjFYizi0&annotation\\_id=annotation\\_1675030759](https://www.youtube.com/watch?v=k60M1h-DKVY&feature=iv&src_vid=v22CjFYizi0&annotation_id=annotation_1675030759)> (THE DOCUMENTARY..., 2013).

## 1.2 DISFUNÇÕES SEXUAIS

As principais queixas apresentadas por homens em relação à sexualidade estão relacionadas à **disfunção erétil**, à **diminuição da libido** e à **ejaculação precoce**. Segundo estudos epidemiológicos, essas queixas se apresentam, principalmente, após os 40 anos de idade. Aproximadamente 31% dos homens entre 18 e 59 anos de idade apresentam alguma disfunção sexual (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

### Para refletir

A partir do conhecimento demográfico registrado por você em outras disciplinas do curso, quantos homens podem ter alguma disfunção sexual na sua área de atuação?

Entre 5–15% dos homens apresentam **diminuição da libido** (FELDMAN et al, 1994). Em geral, está associada a alguns fatores de risco, como: medicamentos (antiandrógenos, antidepressivos, opioides, etc.), etilismo, humor, fadiga, uso de outras drogas recreativas(ilegais), problemas conjugais, ansiedade, medo de humilhação, diminuição dos níveis de testosterona e outras doenças sistêmicas.



## Atenção!

Todas estas condições relacionadas à diminuição da libido têm um cuidado possível e que terá um papel fundamental para a melhora da queixa apresentada. Então, a melhor abordagem é trabalhar os fatores de risco.

A **disfunção erétil (DE)** é caracterizada como a dificuldade de início e/ou manutenção da ereção de forma consistente ou recorrente. Está presente em cerca de 16% da população masculina em geral, com 8% em homens dos 20–30 anos e 37% em homens de 70–75% (ROSEN et al, 2004).

Entre os fatores de risco, estão: obesidade, fumar, comorbidades (hipertensão, diabetes, entre outras), baixa frequência de relações sexuais, sedentarismo, uso de medicamentos e ciclismo (casos com trauma na região pélvica). Aspectos que diminuem a predisposição à disfunção erétil são: atividade física, perda de peso para quem precisa perder, cuidados gerais com a saúde e uma frequência relativa maior de atividade sexual.

## Atenção!

A relação entre DE e doença cardiovascular é muito importante. Então, antes de qualquer decisão de tratamento da DE, deve-se fazer uma avaliação cardiovascular na atenção primária.

Oito dos doze medicamentos mais prescritos na atenção primária podem causar DE, tais como: antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, espirinolactona, clonidina, metildopa, diuréticos tiazídicos, cetoconazol e cimetidina.

Problemas neurológicos também podem aumentar as chances de um DE, como acidentes vasculares, lesões na coluna ou medula, esclerose múltipla ou demência. Traumas na região pélvica por cirurgia de próstata ou outros também.

Entre as **disfunções ejaculatórias**, a mais comum é a ejaculação precoce (EP), caracterizada por:

1. um tempo curto entre o início da relação sexual e a ejaculação;
2. perda do controle;
3. desconforto psicológico para a pessoa e/ou seu parceiro(a).

Cerca de 30% dos homens com EP têm DE (PATRICK et al, 2005; ROSEN et al, 2007). Não existe uma epidemiologia bem definida para EP. O problema está intimamente associado à experiência sexual e à relação entre a pessoa e seu/sua parceiro(a). Os tratamentos envolvem exercícios sexuais, psicoterapia individual e em casal, medicamentos, entre outros.



Outros problemas relacionados à disfunção sexual, porém menos comuns, são: ejaculação tardia, anejaculação, anorgasmia masculina. Estes não serão detalhados nesta cartilha.

## 1.3 AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL NO HOMEM

A avaliação médica da disfunção sexual masculina é uma função bastante importante do médico na atenção primária, dada a frequência com que o problema acontece na população. Poucos homens, porém, apresentarão como primeira queixa a disfunção sexual em si. O mais comum é o homem apresentar outras queixas e dar dicas verbais ou não verbais sobre a dificuldade sexual ou então falar sobre o assunto no último minuto da consulta. Nesses casos, vale a pena marcar uma nova consulta para conversar sobre o tema.

Cabe ao profissional estar atento a essas dicas e oferecer um espaço protegido para uma conversa franca e aberta sobre a temática. Esse espaço protegido pode ser apresentado com uma pergunta simples como: “.. e como está a relação sexual? Aqui você pode falar sobre isso, pois, dessas quatro paredes, nada sai.” Será imprescindível que o profissional de saúde esteja muito à vontade para falar sobre o assunto, aspecto que pode ser difícil para muitos, já que a sexualidade humana não envolve apenas nossos conhecimentos técnicos mas também nossa vida pessoal, nossa cultura, entre outros. Será importante manter o foco no seu papel profissional, a fim de resolver o problema da pessoa que busca sua ajuda.

### 1.3.1 HISTÓRIA DA DISFUNÇÃO SEXUAL E EXAME FÍSICO

Iniciada a conversa sobre a temática, será importante realizar a coleta detalhada da história sobre a disfunção sexual. De uma maneira geral, devem-se abordar aspectos, como: o tempo de duração e a velocidade de instalação do problema; a presença de ereção psicogênica, ereção por estímulo tátil ou espontânea, noturna ou matinal; investigação sobre conflitos interpessoais.

Além do exame físico relacionado aos sistemas integrados à função sexual, detalhados anteriormente, deve-se avaliar a genitália masculina. O exame clínico deve avaliar todos os pulsos dos membros inferiores, a inspeção da genitália, palpação de testículos com identificação de sua constituição anatômica, avaliação de reflexos cremastéricos e da glândula, além de exame das mamas em busca de sinais de ginecomastia.

A necessidade de realização de exames complementares será definida completamente pela história clínica e pelo exame físico. Para cada exame que pode ser solicitado, deve-se refletir sobre os possíveis resultados e qual destes é mais esperado diante do caso. Por meio dessa reflexão, o médico só irá solicitar os exames



que considerar necessários para complementar sua investigação, evitando a perda de tempo em exames cujo resultado já está clinicamente evidente, seja negativo ou positivo.

Entre os exames mais comuns, estão:

1. testes hormonais: testosterona, prolactina, hormônios tireoidianos;
2. a ultrassonografia (USG) de bolsa escrotal;
3. exames como teste da tumescência peniana noturna;
4. USG Doppler venosa e arterial – apesar de menos comuns, em alguns casos, poderão ser solicitados.

### Atenção!

Homens com disfunção sexual sem uma causa evidente devem ser avaliados com mais detalhes quanto ao sistema cardiovascular dada a correlação íntima entre esses problemas nem sempre evidentes nos procedimentos ambulatoriais e laboratoriais.

## 1.4 TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

O tratamento para diminuição da libido foi abordado no item 1.2. Aqui falaremos da disfunção erétil e ejaculação precoce.

### DISFUNÇÃO ERÉTIL

Como destacado anteriormente, a disfunção erétil está intimamente relacionada aos problemas cardiovasculares. Assim, as orientações para mudanças de hábitos de vida que trazem benefícios à função cardiovascular e reduzem o risco de adoecimento desse sistema também trarão benefícios para o cuidado da pessoa com DE. As abordagens psicoterápicas diversas têm demonstrado efeitos benéficos, além de atividades relacionadas à educação sexual. Entre os tratamentos farmacológicos disponíveis para uso na atenção primária, estão os inibidores da fosfodiesterase-5, cuja utilização terapêutica deve seguir as regras normais da farmacologia, como indicações, posologia, interação medicamentosa, efeitos colaterais, etc. Vale ressaltar que esses medicamentos têm sido cada vez mais utilizados de forma recreativa, o que deve ser amplamente proscrito devido aos riscos cardíacos e, também, ao aumento de atividade sexual de risco e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV.



Outros tratamentos, cuja utilização é bastante rara na população em geral, envolvem instrumentos de ereção a vácuo, próteses penianas e outras terapias mais interventivas. Nesses casos, as pessoas devem ser referenciadas para níveis assistenciais secundários ou terciários, disponíveis na rede.

## **EJACULAÇÃO PRECOCE**

O tratamento da ejaculação precoce pode envolver o tratamento não farmacológico e farmacológico de forma complementar e não excludente. O tratamento não farmacológico está relacionado a uma gama ampla e variada de exercícios sexuais. Estes incluem: masturbação interrompida antes da ejaculação, coito interrompido antes da ejaculação, compressão da glândula e/ou base do pênis antes da ejaculação, entre outros. Todos esses exercícios podem ser realizados com o apoio da parceira ou parceiro para melhor adaptação da técnica.

O tratamento farmacológico envolve o uso de antidepressivos, como os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, cuja utilização terapêutica deve seguir as regras normais da farmacologia, como indicações, posologia, interação medicamentosa, efeitos colaterais, etc.

## 2 SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM HOMENS

O termo Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) inclui sintomas relacionados aos distúrbios de armazenamento e ou miccionais, comuns principalmente entre os homens idosos. A prevalência de sintomas do trato urinário inferior em homens aumenta com a idade, atingindo até 70% dos homens com mais de 80 anos, frequentemente com um impacto negativo significativo na qualidade de vida (PARSONS et al, 2008).

Os seguintes sintomas caracterizam STUI e podem ser reportados de forma isolada ou combinada:

- » aumento da frequência urinária;
- » noctúria;
- » urgência urinária, com ou sem incontinência;
- » dificuldade para iniciar o fluxo;
- » fluxo fraco;
- » disúria;
- » sensação de esvaziamento incompleto da bexiga;
- » gotejamento pós-miccional.

Os Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI) também estão associados a distúrbios graves do sono, sintomas depressivos maiores e diminuição da capacidade de realizar atividades de rotina. Tradicionalmente, os STUI nos homens têm sido atribuídos principalmente à hiperplasia prostática benigna (HPB) e, conseqüente, obstrução à saída da urina da bexiga. No entanto, tem sido progressivamente reconhecido o significado de outras etiologias para a disfunção miccional. Destaca-se nesse contexto a hiperatividade da bexiga, associada ao comprometimento da contratilidade muscular do detrusor.



Os STUI podem ser classificados em três categorias: relacionados ao armazenamento, esvaziamento ou pós-miccionais. Os **sintomas de armazenamento** se manifestam durante o enchimento e armazenamento da urina na bexiga, incluindo:

- » urgência urinária: forte vontade súbita de urinar, difícil de adiar;
- » aumento da frequência diurna: percepção do paciente de que ele urina muitas vezes por dia;
- » noctúria: necessidade de acordar durante a noite uma ou mais vezes para urinar;
- » urgência com incontinência urinária: perda involuntária acompanhada ou imediatamente precedida por urgência.

Os **sintomas de esvaziamento** são aqueles manifestados durante o fluxo urinário, incluindo:

- » fluxo lento: percepção da redução do fluxo de urina em comparação com o desempenho anterior;
- » fluxo intermitente: jato urinário, que é interrompido e retorna uma ou mais vezes durante a micção;
- » hesitação: dificuldade em iniciar a micção, mesmo após estar pronto para urinar;
- » esforço para esvaziar: esforço muscular abdominal usado para iniciar, manter ou melhorar o fluxo urinário;
- » gotejamento terminal: prolongamento da parte final da micção, quando o fluxo diminui e se restringe a um gotejamento;
- » disúria: dor, sensação de ardor ou desconforto geral no momento de urinar.

Os **sintomas pós-miccionais** incluem:

- » sensação de esvaziamento incompleto após urinar;
- » gotejamento pós-micção: perda involuntária de urina após o ato de urinar, geralmente após deixar o banheiro.



## 2.1 CAUSAS DE OBSTRUÇÃO URINÁRIA VESICAL (OUV)

A seguir estão descritas as causas mais comuns de obstrução urinária vesical.

### HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

É um termo, que se refere a um diagnóstico histológico específico, embora seja vulgarmente usado como sinônimo de aumento do volume (hipertrofia) da próstata, que tem sido tradicionalmente apontado como causa de sintomas do trato urinário em homens. HPB clinicamente significativa se apresenta como STUI com predomínio de sintomas de esvaziamento. As manifestações clínicas são progressivas e, a longo prazo, pode haver disfunção do músculo detrusor. O tratamento farmacêutico para homens com HPB sintomática inclui antagonistas de receptores alfa-adrenérgicos (alfa-bloqueadores), inibidores da 5-alfa redutase ou a combinação de ambos.

Apesar de a HPB ser a causa mais comum de obstrução urinária vesical em homens, outras etiologias incluem estenose uretral, obstrução primária ou contração do colo vesical, dissinergia do detrusor e, raramente, estenose do meato uretral.

### HIPERATIVIDADE VESICAL (HV)

É definida como uma síndrome de urgência miccional, com ou sem incontinência, geralmente acompanhada de aumento da frequência miccional diurna e noturna. Os sintomas são atribuídos à hiperatividade do detrusor, caracterizada por contrações involuntárias durante o enchimento vesical. O quadro é tipicamente associado a sintomas de armazenamento, todavia o diagnóstico deve ser considerado nos homens previamente diagnosticados com obstrução urinária vesical que não respondem à terapia. A incidência de sintomas de HV e STUI é a mesma para homens e mulheres idosos.

De uma forma geral, os sintomas de armazenamento da HV têm maior impacto negativo na qualidade de vida, quando comparados aos sintomas de esvaziamento da HBP. A hiperatividade vesical pode ser classificada como neurogênica e não neurogênica. As causas de HV neurogênica estão relacionadas à redução da inibição suprapontina do reflexo de micção, levando a aumento da neurotransmissão excitatória, incluindo: acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, esclerose múltipla e lesão medular. As causas não neurogênicas ou idiopáticas incluem obstrução urinária vesical (geralmente secundária à HPB), pós-operatório de cirurgia pélvica, cálculos ou corpos estranhos na bexiga. As modalidades atuais de tratamento para a HV visam, principalmente, ao bloqueio do receptor muscarínico, alvo presumido da hiperatividade do detrusor neurologicamente mediada.



## **SOBREPOSIÇÃO DA OBSTRUÇÃO URINÁRIA VESICAL E HIPERATIVIDADE VESICAL**

Os sintomas de hiperatividade vesical frequentemente se sobrepõem aos atribuídos à obstrução urinária vesical secundária à HPB e alguns casos podem ter padrões mistos.

## **HIPERATIVIDADE DO DETRUSOR E HIPERATIVIDADE VESICAL**

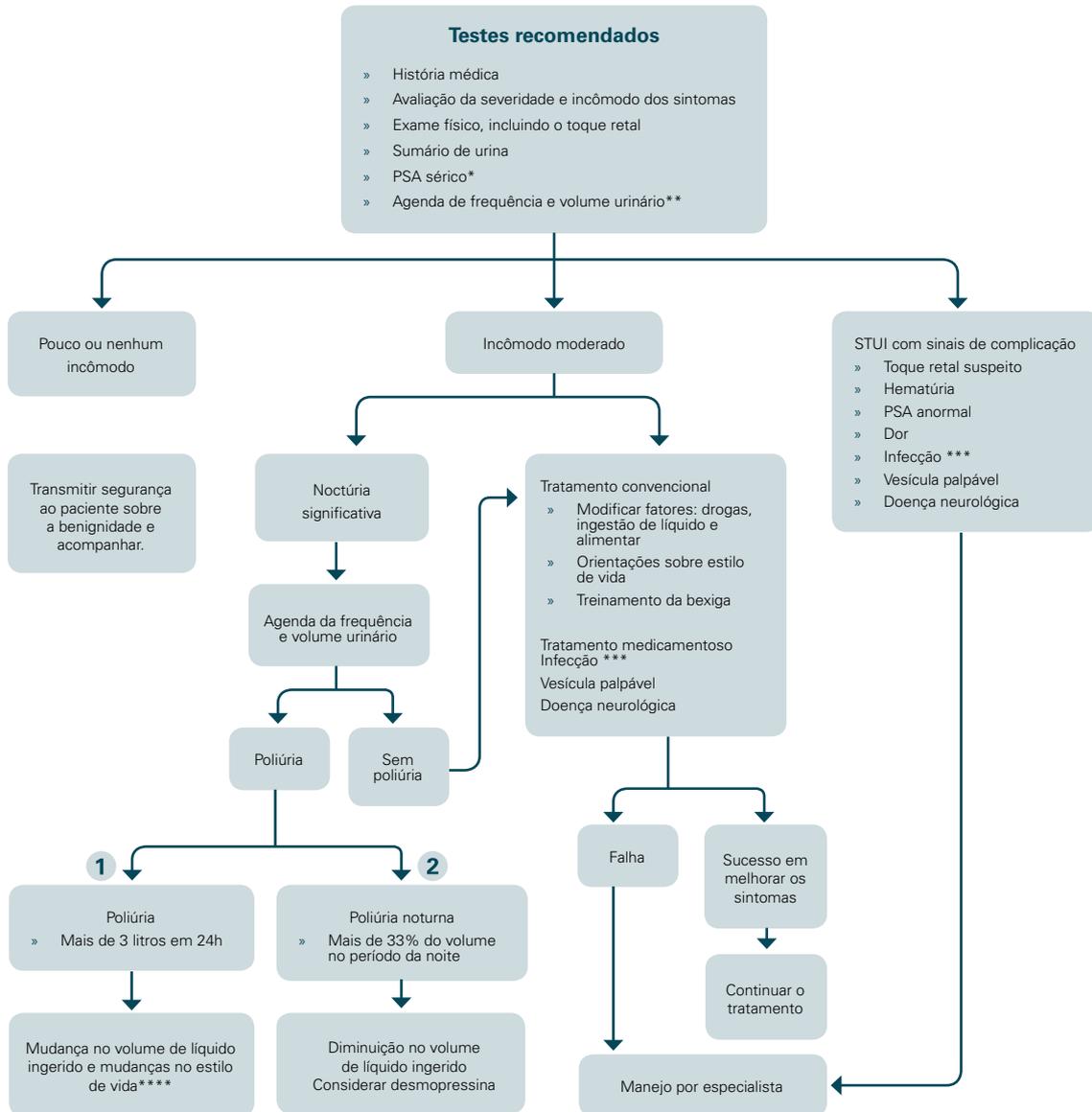
A presença de hiperatividade do detrusor e hiperatividade vesical no mesmo indivíduo por si só não confirma causalidade. Representa uma situação clínica com características mistas.

## **2.2 AVALIAÇÃO INICIAL DO PACIENTE: HISTÓRIA E EXAME FÍSICO**

Os pacientes que se apresentam com STUI devem ser submetidos a uma avaliação inicial, incluindo história e exame físico. É importante determinar o grau de impacto dos sintomas na qualidade de vida do indivíduo. Essa avaliação pode ser semiquantitativa e pode ser facilitada pelo uso do algoritmo apresentado na Figura 1.



**Figura 1** – Algoritmo para o manejo inicial de STUI em homens



\*Se a expectativa de vida é maior que dez anos e se o diagnóstico de câncer de próstata pode modificar o manejo do caso, trazendo algum benefício.

\*\*Quando a noctúria é um sintoma predominante.

\*\*\* Avaliar e iniciar o tratamento antes de referenciar.

\*\*\*\*Na prática, oriente os pacientes com sintomas a conseguirem um volume urinário de pelo menos 1 litro em 24h.

**Fonte:** (MCVARY; SAINI, 2013, adaptado).



A história deve incluir início, duração e gravidade dos sintomas. Fatores associados com episódios de incontinência devem ser esclarecidos, e os pacientes precisam ser questionados sobre sintomas neurológicos anteriores e comorbidades. O exame físico deve incluir a avaliação do abdome, da pelve, períneo e exame neurológico focado. Para pacientes com disfunção do trato urinário inferior de provável origem neurogênica, o exame neurológico extenso está indicado. Toque retal deve ser realizado para estimar o tamanho da próstata e detectar quaisquer anormalidades sugestivas de câncer.

Exames laboratoriais iniciais podem incluir exames de sangue para se avaliar a função renal e a glicemia.

O teste antígeno prostático específico (PSA) deve ser considerado apenas em pacientes com expectativa de vida maior que 10 anos e os riscos e benefícios do exame devem ser discutidos com o paciente. O PSA não deve ser feito como exame de rotina para rastreamento de câncer de próstata. Sumário de urina e urocultura podem ser feitos para avaliar a presença de hematúria e infecção do trato urinário, respectivamente. Uroculturas de rotina não são recomendadas.

## ESCORE INTERNACIONAL DE SINTOMAS DE PRÓSTATA

O escore internacional de sintomas de próstata (EISS) é um índice reproduzível, validado, projetado para determinar a gravidade da doença e a resposta ao tratamento. Não deve ser usado como ferramenta única para se estabelecer o diagnóstico de STUI sugestivos de HPB, mas sim como uma medida quantitativa após o diagnóstico de STUI ter sido estabelecido.

**Quadro 1** – Escore internacional de sintomas da próstata

Escore internacional de sintomas prostáticos (IPSS)	Nenhuma vez	Menos que 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
<b>1</b> No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
<b>2</b> No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5

(continua)



3	No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4	No último mês, quantas vezes você observou que, foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5	No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6	No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0 Nenhuma	1 1 vez	2 2 vezes	3 3 vezes	4 4 vezes	5 5 vezes
7	No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
8	Qualidade de vida	1 (excelente)	2	3	4	5	6 (péssima)

Fonte: (AVERBECK et al, 2010).

### Atenção!

O EISS é composto por sete questões relacionadas com sintomas urinários, cujas respostas devem ser pontuadas e somadas. Uma soma final de 0 a 7 significa sintomas leves, de 8 a 19, moderados e de 20 a 35, sintomas graves.

## 2.3 INDICAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA

É razoável iniciar terapia para HPB quando os STUI são consistentes com obstrução urinária vesical secundária à HPB. Homens que têm sintomas predominantemente de armazenamento, sugerindo hiperatividade vesical, devem ter uma mediação do resíduo pós-miccional (RPM), antes que seja iniciada terapia anticolinérgica, através de ultrassonografia de aparelho urinário com avaliação de resíduo pós-miccional. Caso o RPM não possa ser determinado nesses pacientes, o encaminhamento para especialista deve ser considerado.



## Atenção!

O encaminhamento para o urologista deve ser feito para pacientes com STUI e quaisquer dos seguintes achados:

- » homens com mais de 45 anos de idade;
- » anormalidade no exame de próstata;
- » presença de hematúria na ausência de infecção;
- » falta de resposta ao tratamento inicial para STUI;
- » homens que desejam tratamento cirúrgico;
- » presença de incontinência urinária;
- » presença de sintomas graves.

## 2.4 EXAMES DIAGNÓSTICOS

Existem diversas controvérsias sobre o papel dos exames diagnósticos na avaliação de homens com STUI que são encaminhados para o especialista. Diretrizes da American Urological Association (AUA) aconselham que todos os exames devem ser opcionais.

Os exames não invasivos para STUI incluem urofluxometria para medir o fluxo urinário máximo, ultrassonografia de vias urinárias para determinar o volume de urina residual pós-miccional e para avaliar a anatomia da bexiga para a evidência de obstrução. Estudos mais invasivos incluem estudo urodinâmico, cistoscopia e medição do volume da próstata por ultrassonografia transretal.

## 2.5 TRATAMENTO

Como vimos, vários fatores podem influenciar os sintomas para um determinado indivíduo e precisam ser considerados no desenvolvimento de um regime de tratamento apropriado. Modificações comportamentais devem ser associadas à terapia medicamentosa e incluem evitar a ingestão de líquidos próximo a hora de dormir ou antes de sair de casa e reduzir o consumo de diuréticos leves, como cafeína e álcool. Treinamento em biofeedback para promover o relaxamento pélvico pode ser particularmente útil para pacientes com sintomas de urgência.

O tratamento inicial para obstrução urinária vesical secundária à HPB é geralmente medicamentoso, especialmente em pacientes com sintomas leves a moderados, sem indicação clara de intervenção cirúrgica. A terapia farmacológica atual consiste de alfa-bloqueadores (terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina, silodosina), inibidores da 5-alfa redutase (finasteride, dutasteride) ou da combinação de ambos. Os alfa-bloqueadores funcionam de modo a relaxar a tonicidade do músculo liso do colo da bexiga e da próstata. Quanto mais seletiva a ação desses



agentes sobre o colo vesical e prostático (silodosina e tamsulosina), menores os efeitos cardiovasculares adversos, como hipotensão.

Os inibidores da 5-alfa redutase, por sua vez, inibem a conversão de testosterona em dihidrotestosterona pelo bloqueio da enzima 5-alfa-redutase, causando atrofia do epitélio e redução de até 25% no volume da próstata. Esses agentes são úteis apenas para STUI secundários à HPB (documentada por toque retal ou ultrassonografia).

### Atenção!

Antes de iniciar os inibidores da 5-alfa-redutase, o paciente deve ser avaliado para outras condições urológicas, incluindo câncer de próstata.

A terapia combinada com alfa-bloqueadores e inibidores da 5-alfa redutase parece ser mais eficaz do que a monoterapia na melhora dos sintomas a longo prazo em homens com STUI moderados a graves (EISS) relacionados à HPB.

O tratamento cirúrgico é geralmente reservado para falha da medicação, sintomas progressivos ou escolha deliberada do paciente. As opções cirúrgicas incluem terapias cirúrgicas minimamente invasivas, ressecção transuretral da próstata e prostatectomia aberta.

Para pacientes com STUI relacionados à hiperatividade vesical, o principal objetivo é diminuir as contrações involuntárias do detrusor. Como as contrações são mediadas, principalmente, pela ação da acetilcolina nos receptores muscarínicos do músculo detrusor, os anticolinérgicos são a classe de escolha nesses casos. Exemplos de fármacos antimuscarínicos são: tolterodina, oxibutinina, darifenacina, solifenacina, fesoterodine, trospium, darifenacina e solifenacina. Não deixe de considerar interações medicamentosas, efeitos colaterais, posologia, etc.



## REFERÊNCIAS

ABDEL-AZIZ, K. F.; LEMACK, G. E. Overactive bladder in the male patient: bladder, outlet, or both? **Curr Urol Rep**, v. 3, n. 6, p. 445, 2002. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/14>>. Acesso em: 19 out. 2013.

ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v. 61, n. 1, p. 37, 2003. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/7>>. Acesso em: 19 out. 2013.

ABRAMS, P. et al. Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men. **J Urol**, v. 181, n. 4, p. 1779, 2009. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/1>>. Acesso em: 19 out. 2013.

ARAUJO, A.B.; MOHR, B. A.; MCKINLAY, J. B. Changes in sexual function in middle-aged and older men: longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. **J Am Geriatr Soc**, v. 52, n. 9, p. 1502, 2004. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/13>>. Acesso em: 19 out. 2013.

AVERBECK, M. A. et al. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, out./dez., 2010. Disponível em: <[http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/021-519\\_diagnostico.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/021-519_diagnostico.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2013.

BACON, C. G. et al. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. **Ann Intern Med**, v. 139, n. 3, p. 161, 2003. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/15>>. Acesso em: 19 out. 2013.



BAGATELL, C. J.; BREMNER, W. J. Androgens in men--uses and abuses. **N Engl J Med**, v. 334, n. 11, p. 707, 1996. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/1>>. Acesso em: 19 out. 2013.

BOLT, J. W.; EVANS, C.; MARSHALL, V. R. Sexual dysfunction after prostatectomy. **Br J Urol**, v. 59, n 4, p. 319, 1987. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/4>>. Acesso em: 19 out. 2013.

CHAPPLE, C. R; ROEHRBORN, C. G. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder. **Eur Urol**, v. 49, n. 4, p. 651. 2006. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/20>>. Acesso em: 19 out. 2013.

CUNNINGHAM, G. R.; KADMON, D. Clinical manifestations and diagnostic evaluation of benign prostatic hyperplasia. **UpToDate**. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

CUNNINGHAM, G. R.; ROSEN, R. C. Overview of male sexual dysfunction. **UpToDate**. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

DAVIS-JOSEPH, B.; TIEFER, L.; MELMAN, A. Accuracy of the initial history and physical examination to establish the etiology of erectile dysfunction. **Urology**, v. 45, n. 3, p.498, 1995. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/3>>. Acesso em: 19 out. 2013.

DE GROAT, W. C. A neurologic basis for the overactive bladder. **Urology**, v. 50, n. 6A (Suppl), p. 36, 1997. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/13>>. Acesso em: 19 out. 2013.



FELDMAN, H. A. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. **J Urol**, v. 151, n. 1, p. 54, 1994. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/12>>. Acesso em: 19 out. 2013.

FINKBEINER, A.; LAPIDES, J. Effect of distension on blood flow in dog's urinary bladder. **Invest Urol**, v. 12, n. 3, p. 210, 1974. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/16>>. Acesso em: 19 out. 2013.

GORE, J. L.; SWERDLOFF, R. S.; RAJFER, J. Androgen deficiency in the etiology and treatment of erectile dysfunction. **Urol Clin North Am**, v. 32, n. 4, p. 457, 2005. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/7>>. Acesso em: 19 out. 2013.

HELFAND, B. T. et al. The relationship between lower urinary tract symptom severity and sleep disturbance in the CAMUS trial. **J Urol**, v. 185, n. 6, p. 2223, 2011. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/4>>. Acesso em: 19 out. 2013.

IRWIN, D. E. et al. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. **BJU Int**, v. 97, n. 1, p. 96, 2006. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/11>>. Acesso em: 19 out. 2013.

JONES, C.; HILL, J.; CHAPPLE, C. Management of lower urinary tract symptoms in men: summary of NICE guidance. **BMJ**, v. 340, p. c2354, 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/6>>. Acesso em: 19 out. 2013.

KANDEEL, F. R.; KOUSSA, V. K.; SWERDLOFF, R. S. Male sexual function and its disorders: physiology, pathophysiology, clinical investigation, and treatment. **Endocr Rev**, v. 22, n. 3, p.342, 2001. Disponível em:<<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/11>>. Acesso em: 19 out. 2013.



KAPLAN, S. A. et al. Tolterodine and tamsulosin for treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 296, n. 19, p. 2319, 2006. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/12>>. Acesso em: 19 out. 2013.

KRANE, R. J.; GOLDSTEIN, I.; SAENZ DE TEJADA, I. Impotence. **N Engl J Med**, v. 321, n. 24, p. 1648, 1989. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/1>>. Acesso em: 19 out. 2013.

LAUMANN, E. O. et al. Lower urinary tract symptoms are associated with depressive symptoms in white, black and Hispanic men in the United States. **J Urol**, v. 180, n. 1, p. 233, 2008. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/5>>. Acesso em: 19 out. 2013.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, v. 281, n. 6, p. 537, 1999. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/14>>. Acesso em: 19 out. 2013.

LEE, J. Y.; KIM, D. K.; CHANCELLOR, M. B. When to use antimuscarinics in men who have lower urinary tract symptoms. **Urol Clin North Am**, v. 33, n. 4, p. 531, 2006. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/15>>. Acesso em: 19 out. 2013.

LEMACK, G. E. et al. Physiologic sequelae of partial infravesical obstruction in the mouse: role of inducible nitric oxide synthase. **J Urol**, v. 161, n. 3, p. 1015, 1999. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/18>>. Acesso em: 19 out. 2013.

LIN, A. T. et al. Blood flow of the urinary bladder effects of outlet obstruction and correlation with energetic metabolism. **J Urol**, v. 14, n. 3, p. 285, 1995. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/17>>. Acesso em: 19 out. 2013.



LINDAU, S. T. et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **N Engl J Med**, v. 357, n. 8, p. 762, 2007. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/16>>. Acesso em: 19 out. 2013.

LINDAU, S. T.; GAVRILOVA, N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. **BMJ**, v. 340, p. c810, 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/10>>. Acesso em: 19 out. 2013.

MARTIN, K. A. Evaluation of male sexual dysfunction. **UpToDate**. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

MARTIN, K. A. Treatment of male sexual dysfunction. **UpToDate**. 2012. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

MCVARY, K. T. Clinical practice. Erectile dysfunction. **N Engl J Med**, v. 357, n. 24, p. 2472, 2007. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/17>>. Acesso em: 19 out. 2013.

MCVARY, K. T.; SAINI, R. Lower urinary tract symptoms in men. **UpToDate**. 2013. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

MICHAL, V.; Kramár R, Pospíchal J. EXternaliliac "stealsyndrome". **J Cardiovasc Surg (Torino)**, v. 19, n. 4, p. 355, 1978. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/5>>. Acesso em: 19 out. 2013.

MILSOM, I. et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. **BJU Int**, v. 87, n. 9, p.760, 2001. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/9>>. Acesso em: 19 out. 2013.



MONTAGUE, D. K. et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. **J Urol**, v. 172, n. 1, p. 290, 2004. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-male-sexual-dysfunction/abstract/2>>. Acesso em: 19 out. 2013.

MONTAGUE, D. K. et al. Chapter 1: The management of erectile dysfunction: an AUA update. **J Urol**, v. 174, n. 1, p. 230, 2005. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-male-sexual-dysfunction/abstract/3>>. Acesso em: 19 out. 2013.

PARSONS, J K. et al. Prevalence and characteristics of lower urinary tract symptoms in men aged > or = 80 years. **Urology**, v. 72, n. 2, p. 318, 2008. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/3>>. Acesso em: 19 out. 2013.

PATRICK, D. L. et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. **J Sex Med**, v. 2, n. 3, p.358, 2005. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/54>>. Acesso em: 19 out. 2013.

QASEEM, A. et al. Hormonal testing and pharmacologic treatment of erectile dysfunction: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. **Ann Intern Med**, v. 151, n. 9, p. 639, 2009. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/8>>. Acesso em: 19 out. 2013.

REYNOLDS, C. F. et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent and healthy men. **Psychiatry Res**, v. 24, n. 3, p. 231, 1988. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/2>>. Acesso em: 19 out. 2013.

ROSEN, R. C. et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. **Curr Med Res Opin**, v. 20, n. 5, p. 607, 2004. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/19>>. Acesso em: 19 out. 2013.



ROSEN, R. C. et al. Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. **J Urol**, v. 177, n. 3, p. 1059, 2007. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/55>>. Acesso em: 19 out. 2013.

SCHATZL, G. et al. A comparative cross-sectional study of lower urinary tract symptoms in both sexes. **Eur Urol**, v. 40, n. 2, p. 213, 2001. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/8>>. Acesso em: 19 out. 2013.

SLAG, M. F. et al. Impotence in medical clinicoutpatients. **JAMA**, v. 249, n. 13, p. 1736, 1983. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-male-sexual-dysfunction/abstract/9>>. Acesso em: 19 out. 2013.

SPARK, R. F.; WHITE, R. A.; CONNOLLY, P. B. Impotence is not always psychogenic. Newer insights into hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction. **JAMA**, v. 243, n. 8, p. 750, 1980. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/48>>. Acesso em: 19 out. 2013.

STEWART, W. F. et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. **World J Urol**, v. 20, n. 6, p. 327, 2003. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/10>>. Acesso em: 19 out. 2013.

TAYLOR, B. C. et al. Prevalence, severity, and health correlates of lower urinary tract symptoms among older men: the MrOS study. **Urology**, v. 68, n. 4, 804, 2006. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/2>>. Acesso em: 19 out. 2013.

TOMLINSON, J. WRIGHT, D. Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study. **BMJ**, v. 328, n. 7447, p. 1037, 2004. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-male-sexual-dysfunction/abstract/1>>. Acesso em: 19 out. 2013.



THE DOCUMENTARY Palace. **Medicine lecture:** male reproductive system | Anatomy and Physiology Documentary. [2013?]. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=k60M1h-DKVY&feature=iv&src\\_vid=v22CjFYizi0&annotation\\_id=annotation\\_1675030759](https://www.youtube.com/watch?v=k60M1h-DKVY&feature=iv&src_vid=v22CjFYizi0&annotation_id=annotation_1675030759)>. Acesso em: 2 nov. 2013.

UVELIUS, B.; ARNER, A. Changed metabolism of detrusor muscle cells from obstructed rat urinary bladder. **Scand J UrolNephrol Suppl**, v. 184, p. 59, 1997. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men/abstract/19>>. Acesso em: 19 out. 2013.

VIRAG, R.; BOUILLY, P.; FRYDMAN, D. Is impotence an arterial disorder? A study of arterial risk factors in 440 impotent men. **Lancet**, v.1, n. 8422, p. 181, 1985. <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction/abstract/5>>. Acesso em: 19 out. 2013.



Execução:



Financiamento:

