

ENTREVISTA

Entrevista com o Dr. Sidney Glina Por Raquel Varaschin

Sidney Glina é urologista, formado pela Faculdade de Medicina da USP; doutor em Medicina, diretor de andrologia do Projeto ALFA; fellowship em infertilidade masculina na Cleveland Clinic Foundation; professor livre-docente da Faculdade de Medicina do ABC; Diretor do Instituto H. Ellis, ex-presidente da International Society of Sexual Medicine (ISSM), da Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual (SLAMS) e da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

1. A terapia da disfunção erétil teve seu grande avanço há cerca de 20 anos, quando foram lançados os medicamentos de ação inibidora da fosfodiesterase 5. Atualmente quais são as terapêuticas adotadas em disfunção erétil?

R- As terapias para a disfunção erétil são: as diversas formas de psicoterapia, os inibidores da fosfodiesterase tipo 5, as drogas intracavernosas e a prótese peniana. Aqui no Brasil temos pouquíssima experiência com o uso das bombas de vácuo.

2. O que é o Projeto ALFA (Aliança de Laboratórios de Fertilização Assistida), fundado em 2003, e o Projeto Beta, fundado em 2005?

R- O Projeto Alfa nasceu de uma ideia de otimizar o uso dos laboratórios de Reprodução Assistida. Em vez de cada médico ter o seu laboratório particular e fazer um pequeno número de casos, nós optamos por ter um laboratório de altíssimo padrão, utilizado por dezenas de médicos. Hoje o Projeto Alfa tem perto de 50 sócios que utilizam suas instalações; isso permite que realizemos mais de 2000 ciclos de fertilização in vitro por ano. O Projeto Beta surgiu da ociosidade inicial do laboratório do Projeto Alfa; uma vez que os custos operacionais eram cobertos pelas receitas proveniente dos casos do Alfa e o laboratório não era utilizado em toda sua capacidade, nós poderíamos ofertar os tratamentos de infertilidade a um custo mais baixo para pacientes com menor poder aquisitivo. Os casais passam por uma triagem socioeconômica e pagam de acordo com sua capacidade financeira. Nestes 10 anos o Projeto Beta já atendeu perto de 9000 casais em uma área que o SUS oferece poucas possibilidades de atendimento e os planos de saúde não cobrem estes tratamentos.

3. Como avalia a formação de Profissionais de Saúde no tratamento de disfunções sexuais e o Programa de Educação Continuada?

R- Atuo nesta área há 35 anos e a formação institucional de profissionais da área da saúde, pelas faculdades de medicina e psicologia, continua muito ruim, tendo evoluído muito pouco. Nas escolas médicas e mesmo nas escolas de psicologia existem poucos cursos obrigatórios que colocam os alunos frente às funções e disfunções sexuais. Os profissionais que atuam na área acabaram se formando em cursos de pós-graduação ou de especialização que realizam após a faculdade e com um gasto pessoal muito grande. Essa carência faz, por exemplo, que cursos de terapia de casal não abordem a sexualidade do casal e que os médicos em geral não se interessem pela saúde sexual dos seus pacientes, o que acaba fazendo com que o atendimento ao indivíduo fique incompleto.

4. Sobre seu artigo, escrito em 2012: Tudo orgânico ou tudo psicológico ou tudo muito pelo contrário? O que diria a respeito?

R- Naquele artigo eu mostrava a evolução dos conhecimentos sobre as disfunções sexuais. Para os antigos autores (Freud, Havelock Ellis e outros), todas as disfunções sexuais tinham causas psicológicas; nos anos 70 do século passado o pêndulo começou a pender para o lado orgânico com os trabalhos de Michal e mais tarde Tom Lue e outros.

Apesar de meu interesse na área surgir pelas descobertas no campo da fisiologia da ereção e das possíveis doenças que a atrapalhavam, desde o início da minha atuação como urologista na área das disfunções sexuais eu aprendi a importância da esfera emocional na gênese da disfun-

ção erétil. Por esta razão nós criamos um grupo multidisciplinar, primeiro no Hospital das Clínicas em São Paulo e depois no Instituto H. Ellis.

No H. Ellis o Moacir Costa coordenava a área psicológica e nós fazíamos reuniões semanais com a participação de todo o grupo (José Mario Reis, Pedro Puech Leão, Osvaldo Rodrigues e eu) e avaliávamos todos os casos e definíamos a conduta juntos. Hoje, quase 40 anos depois, ainda vejo alguns pacientes, por outras razões, que foram tratados e fizeram psicoterapia naquela época e têm uma vida sexual absolutamente normal agora.

Sempre foi muito difícil convencer os médicos, principalmente os urologistas, da importância da esfera emocional como geradora das disfunções sexuais, principalmente pela falta de evidências publicadas de que os tratamentos psicológicos funcionavam.

O surgimento dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 em 1998 fez com que o tratamento da disfunção erétil ficasse mais medicalizado ainda, pois agora tínhamos uma medicação efetiva e segura, que resolvia todos os problemas. Entretanto, logo chamou a atenção que muitos homens que usavam a medicação e tinham boas ereções não voltavam a comprar a medicação; mesmo a indústria farmacêutica passou a se interessar muito em explicar este comportamento. Afinal os homens tinham a chance de resolver o problema da sua ereção e não o faziam.

Na minha prática comecei a ver que muitos desses homens vinham em busca de resolver o problema, não queriam tomar remédio para sempre, queriam entender o porquê da sua disfunção e queriam uma cura definitiva. Esses pacientes aderiam e aderem mais facilmente à proposta de um tratamento psicológico.

É importante entender que para os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 funcionar é fundamental que o estímulo erótico seja transmitido ao pênis pela inervação, que as artérias possam aumentar o fluxo sanguíneo adequadamente, que a musculatura dos corpos cavernosos se relaxem e que o sistema veno-oclusivo funcione, ou seja, o pênis seja normal. Assim, a grande maioria dos homens que tem boa resposta erétil a essas medicações não têm problemas orgânicos e em muitos, causas emocionais podem ser a razão da sua disfunção.

Continuo achando que as disfunções sexu-

ais devem ser tratadas de forma multidisciplinar, mas continuam faltando pesquisas robustas que convençam a comunidade médica desta realidade. Estudos multicêntricos, randomizados, controlados, são caros e difíceis de fazer e as evidências são baseadas neste tipo de pesquisa.

5. Quando se diagnostica um Ca de próstata, quais são os tratamentos inicialmente indicados antes de uma prostatectomia radical?

R- O tratamento de um Ca de próstata depende de quanto o tumor se desenvolveu. Nos casos onde ele está confinado à próstata o tratamento pode ir desde o acompanhamento clínico (tumores menos graves em pacientes com mais de 65-70 anos) até a prostatectomia radical ou radioterapia. Nos casos mais avançados, mas ainda confinados à região da próstata, pode se fazer o tratamento multimodal que inclui a prostatectomia radical, a radioterapia pós-operatória e o uso de bloqueadores da produção ou da ação da testosterona, que produzem uma castração química. Nos casos onde há metástases normalmente se usa a castração química ou cirúrgica, pois o tumor depende da testosterona para crescer.

Importante lembrar que todos os tratamentos têm importante impacto negativo na função sexual masculina e isto deve ser abordado antes de fazê-los.

6. Sobre a participação da(o) parceira(o) nos processos médicos, qual é a orientação e intervenção adequada?

R- A parceria pode ser sempre de grande ajuda. É muito melhor enfrentar qualquer doença amparado, pois esta é uma situação de fragilização e o apoio pode ajudar a recuperação mais rapidamente.

Nos problemas sexuais o papel da parceria é muito variável, principalmente porque a relação pode ser a razão do problema. Por exemplo, na falta de desejo pela parceria, que é um problema difícil de resolver.

Raquel Varaschin
Psicóloga, Terapeuta Sexual
e Terapeuta de Casal
Diretora de Relacionamento
da SBRASH – Gestão 2014-2015