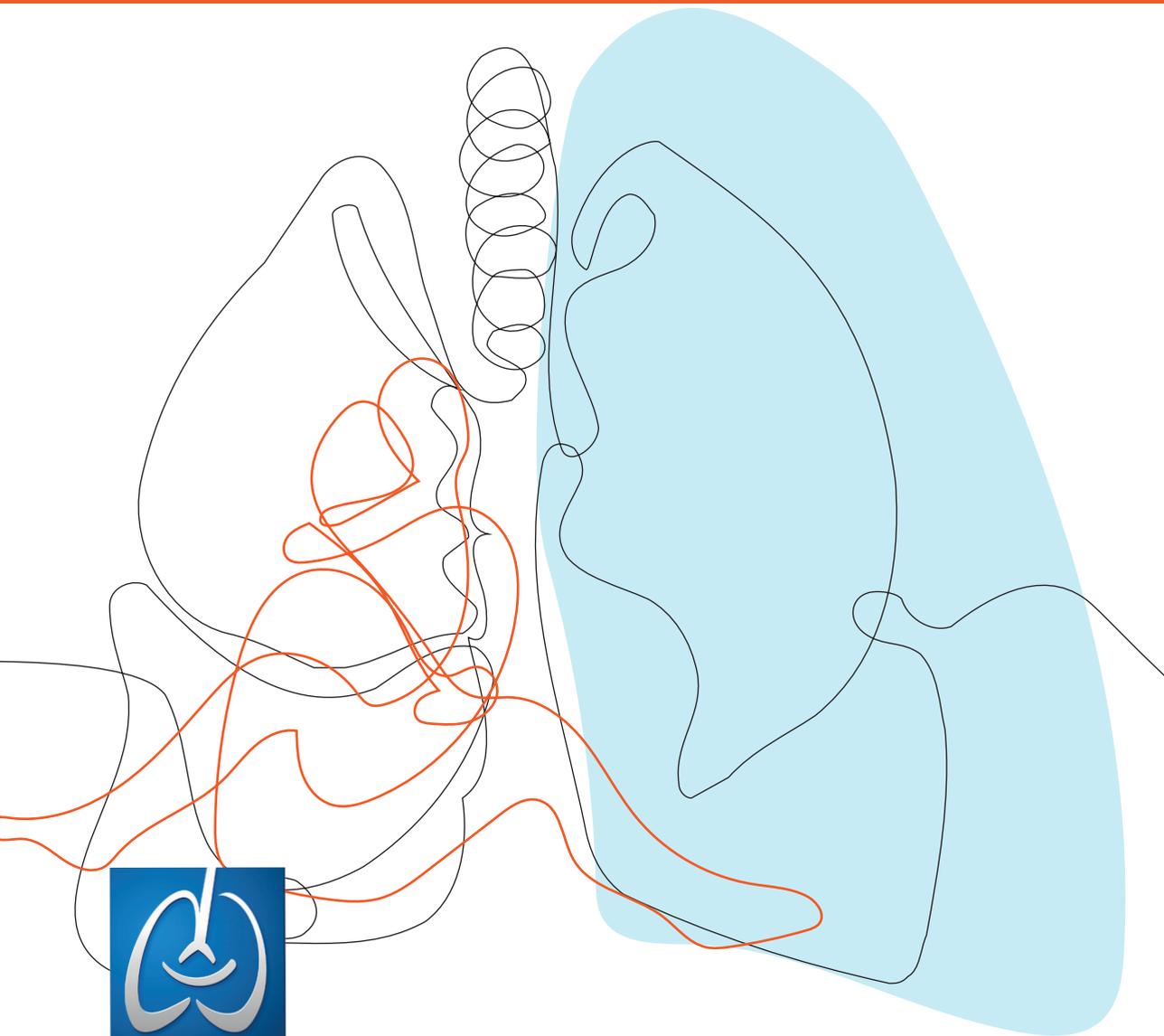


# GUIA PRÁTICO

## Doenças Respiratórias e Sexualidade





## Ficha Técnica

### **Título**

GUIA PRÁTICO  
Doenças Respiratórias e Sexualidade

### **Editor**

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

### **Publicação**

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar  
Rua Ivone Silva, nº 6, Edifício Arcis, 16º andar  
1050-124 LISBOA – PORTUGAL  
+351 217 615 250  
APMGF@APMGF.PT

Todos os direitos reservados.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem prévia autorização da APMGF



## Autores:

### **Ana Margarida Cruz**

Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar

USF Bom Porto, ULS de Santo António, Porto; ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Membro da coordenação do GRESP/APMGF

### **Andreia Rodrigues Silva**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

ULS Amadora/Sintra. Membro do GRESP/APMGF, Coordenadora do Grupo de Interesse de Provas Funcionais Respiratórias

### **Catarina Lopes Pinheiro**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

ULS Amadora/Sintra. Membro do GRESP/APMGF, Coordenadora do Grupo de Interesse de Provas Funcionais Respiratórias

### **Catarina Novais**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

USF Bom Porto, ULS Santo António  
Membro do GRESP/APMGF

### **Cláudia Mourato Silva**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

USF Villa Longa, ULS Estuário do Tejo  
Pós-graduada em Medicina Desportiva pela SPMD  
Membro do GRESP/APMGF

### **Cláudia Vicente**

Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar

USF Araceti, ULS Baixo Mondego  
GRESF/APMGF - Coordenadora do GRESP  
IPCRG Board Member  
ERS Chair grupo 01.03 - Primary Care Group  
GINA Advocacy Member

**Inês Domingues**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

USF do Minho, ULS Braga

GRESP/APMGF - Coordenadora do Grupo de Interesse do Tabaco

**Maria João Barbosa**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

USF-Gualtar, ULS Braga

Assistente Convidada - Escola de Medicina da Universidade do Minho

Life and Health Sciences Research Institute (ICVS)

GRESP/APMGF - Coordenadora do Grupo de Interesse da DPOC

**Nuno Pina**

Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar

USF Alves Martins, ULS Viseu Dão Lafões

Membro da coordenação do GRESP/APMGF

**Sara Fernandez**

Assistente em Medicina Geral e Familiar

USF Balsa, ULS Algarve

Membro do GRESP/APMGF - Coordenadora do Grupo de Interesse de SAOS e CRD

**Tiago Maricoto**

Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar

USF Beira Ria, ULS da Região de Aveiro, Ílhavo

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Membro do GRESP/APMGF - Coordenador do Grupo de Interesse de Asma/Rinite Alérgica

# Índice

<b>Autores</b> .....	4
<b>Introdução</b> .....	7
<b>Capítulo 1. Comunicação</b> .....	8
<b>Capítulo 2. Abordagem para a doença respiratória crónica</b> .....	12
Pessoa com DPOC .....	15
Pessoa com SAOS .....	16
Grávida .....	17
<b>Capítulo 3. Medicação crónica</b> .....	18
<b>Capítulo 4. Condicionamento físico e atividade sexual</b> .....	20
<b>Capítulo 5. Síndrome pós-orgasmo</b> .....	22
<b>Capítulo 6. Tabagismo e Disfunção Erétil</b> .....	25
<b>Capítulo 7. Posições sexuais – como aconselhar</b> .....	27
<b>Conclusão</b> .....	30

## Introdução

As doenças respiratórias crónicas, de entre as quais se destacam a Asma, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) afetam milhões de pessoas em todo o mundo, tendo impacto na saúde física e psíquica e, consequentemente, na qualidade de vida. Menos frequentemente é abordado o impacto e eventuais limitações que as agudizações podem ter na sexualidade da pessoa com doença respiratória. Este impacto deve ser abordado e antecipado pelo médico. A comunicação eficaz entre médico e utente desempenha um papel crucial na abordagem holística do tratamento, bem como na capacitação da pessoa para saber gerir e ultrapassar os problemas que possam surgir no decurso da doença, incluindo as suas implicações na sexualidade.

Cientes que esta não é uma tarefa fácil e que é um tema pouco abordado com as pessoas com doenças respiratórias mas, muito importante e com impacto positivo na sua vida, elaborou-se o presente documento com intuito de ser útil na prática clínica da MGF.

*Cláudia Vicente*

# Capítulo 1. Comunicação

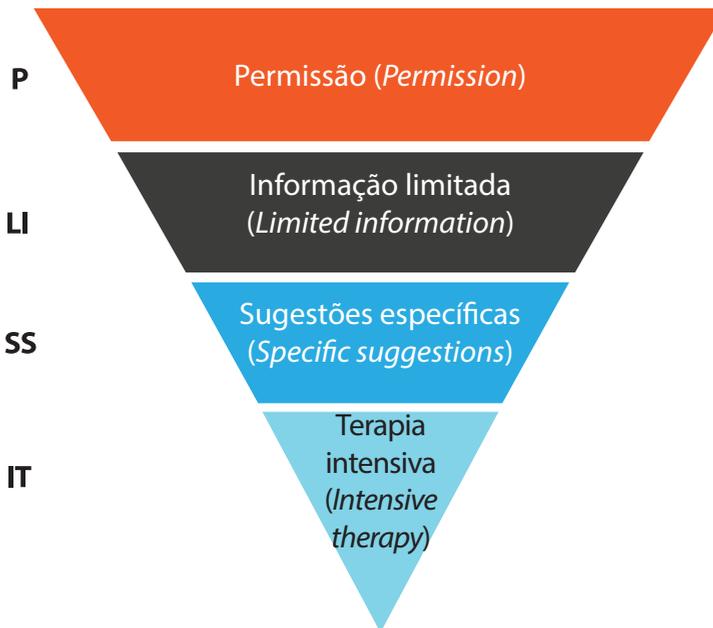
Andreia Rodrigues Silva

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença ou disfunção.<sup>1</sup> Apesar do reconhecimento generalizado da importância da colheita da história sexual na entrevista clínica, a sua realização efetiva parece ser menos frequente, dirigida e detalhada do que o desejável.<sup>2</sup> A falta de prática e de tempo de consulta, o medo de invasão da intimidade e as diferenças culturais são alguns dos fatores enunciados como principais barreiras.<sup>3</sup> Contudo, estudos mostram que o treino e o desenvolvimento de uma rotina na colheita da história sexual na prática clínica diária, facilita esta abordagem.<sup>4</sup>

O contexto da abordagem pressupõe que exista sempre um ambiente seguro, de conforto, confidencialidade e privacidade assente numa relação terapêutica efetiva “profissional de saúde-pessoa”.<sup>2</sup> A atitude do profissional de saúde é crucial, devendo esta ser desprovida de preconceitos e juízos de valor e refletindo-se inevitavelmente no seu comportamento verbal e não verbal. É imperativo, portanto, o autoconhecimento por parte do profissional de saúde sobre as suas próprias crenças e valores pessoais para evitar estereótipos e pressuposições.<sup>2</sup>

Antes de se abordar o tópico “saúde sexual”, e idealmente antes de uma qualquer primeira consulta, deve-se sempre assegurar a confidencialidade. Para isso, um exemplo que pode ser utilizado em consulta é: “Tudo o que falarmos ao longo da consulta será confidencial. Poderei ter que tirar algumas notas, no entanto, se houver algo que não queira que fique registado no seu processo por favor diga-me.”

Uma das ferramentas de abordagem mais consensualmente aplicadas é o Modelo PLISSIT representado na Figura 1.



**Figura 1. Modelo PLISSIT**

O modelo PLISSIT, proposto por Anon em 1974, resume os componentes chave da abordagem da sexualidade.

**Tabela 1** - modelo PLISSIT, proposto por Anon em 1974. (adaptado de Intervenção psicológica em sexologia clínica- 1ª ed. 2023<sup>5</sup>)

	Nome	Objetivo	Exemplos
<b>1</b>	P-Permissão	Oferecer a possibilidade de partilhar enquanto se valida e neutraliza a experiência.	“Muitas pessoas em condições semelhantes à sua têm preocupações a nível sexual. Como tal, costumo perguntar, por rotina, se gostaria de partilhar comigo alguma preocupação, receio, problema que tenha e que esteja a afetar a sua saúde sexual/ atividade sexual/desempenho sexual.” NOTA: se a pessoa não manifestar necessidade ou vontade de partilhar é mandatário demonstrarmos disponibilidade futura. Por exemplo: “Se no futuro tiver alguma questão ou dúvida esteja à vontade para partilhar comigo”.
<b>2</b>	LI – Informação Limitada	Fornecer informação dirigida, na quantidade certa e de acordo com as necessidades individuais expressas. Informar, por exemplo, sobre efeitos secundários da medicação, discutir de forma partilhada possibilidades terapêuticas disponíveis e clarificar eventuais crenças e mitos. Promover literacia em saúde.	Começar com: “Considerando o que partilhou comigo, e que desde já agradeço, o que gostaria de saber? O que o preocupa mais? Como gostaria que o ajudasse?” “Para algumas pessoas com Asma/DPOC, algumas práticas sexuais podem desencadear falta de ar (dispneia), uma vez que se equiparam a exercício físico. Nessas situações pode ajudar ter o inalador por perto para poder administrar antes.”
<b>3</b>	SS – Sugestões Específicas	Aconselhamento individualizado e dirigido relativamente a possíveis formas de lidar com os efeitos da patologia.	“Para minimizar o risco de candidíase oral, o que pode prejudicar o sexo oral, é aconselhável escovar os dentes e a língua após cada inalação.”
<b>4</b>	TI – Terapia Intensiva	Disponibilizar referência a especialista na área.	“Vejo que o que partilhou comigo, e que desde já agradeço, tem um grande impacto na sua vida e na sua saúde. Para o poder ajudar da melhor forma, considero que a melhor opção seria referenciá-lo a consulta de Medicina Sexual. O que acha?”

Contrariamente ao modelo linear PLISSIT, surgiu o modelo Ex-PLISSIT que é uma extensão do modelo PLISSIT mas que é circular (Figura 2). Um elemento-chave do modelo Ex-PLISSIT é a concessão de permissão como uma característica central de cada uma das outras fases. Todas as intervenções devem começar com a concessão de permissão; portanto, os estágios de Informação Limitada, Sugestões Específicas e Terapia Intensiva são sustentados pela concessão de permissão. Outras características do modelo Ex-PLISSIT incluem a exigência de revisão de todas as interações e a incorporação da reflexão como meio de aumentar a autoconsciência de cada pessoa.<sup>6</sup>

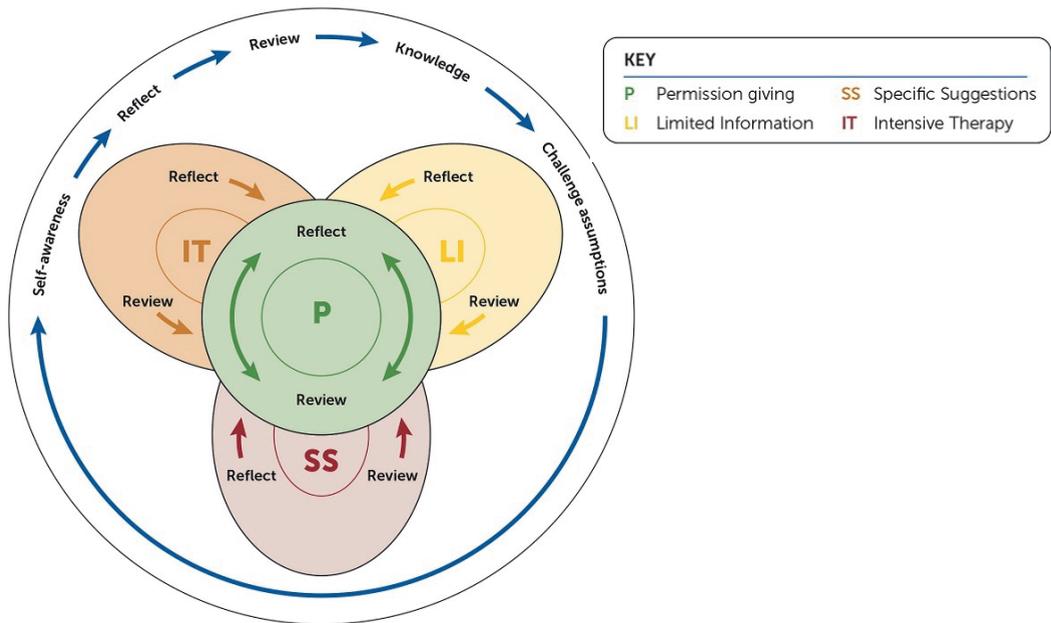


Figura 2 - Modelo ex-PLISSIT

Importa ainda referir que, e no caso das doenças respiratórias crónicas em particular, a dispneia e a necessidade de aparelhos de apoio podem condicionar a vivência da sexualidade de forma satisfatória.<sup>7</sup> Nesse sentido, ficam algumas sugestões de formas de abordagem:

### Sintomatologia

*Muitas pessoas com Asma/DPOC/SAOS, queixam-se de problemas a nível sexual. Como é consigo?*

*Muitas pessoas referem ter falta de ar (dispneia) aquando da atividade sexual, como é consigo?*

*Para algumas pessoas, falar com algum profissional de saúde sexual poderia ajudar. Acha que seria útil para si?*

## Aparelhos de apoio

Muitas pessoas sob oxigenoterapia referem que o próprio aparelho condiciona a atividade sexual. Outras, pelo contrário, dizem que se sentem mais seguras com ele. Como é consigo? E o que diz a sua parceira/parceiro?

## Fatores relacionais

Por rotina costumo perguntar aos meus utentes, sobretudo quando em apercebo que muitos sentem necessidade de falar sobre o assunto, sobre como a Asma/DPOC/SAOS tem influenciado, ou não, a vida sexual e, se for o caso, a relação de intimidade com o parceiro ou parceira. Gostaria de falar comigo sobre isso?

Tem alguma dúvida?

Costuma falar abertamente sobre este tema com o seu parceiro ou parceira?

Gostaria que ele/ela o acompanhasse numa consulta para falarmos aqui os três?

## Bibliografia

1. Constitution of the world Health Organization. Am J Public Health Nations Health. 1946 Nov; 36 (11):1315-23.
2. Cardoso RM, Pais V, Peixoto A, et al. Competências Clínicas de Comunicação. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2012. Set; 2 (2.2): 158-168.
3. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K et al. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011 Mar 8;141: w13178
4. Bartlik BD, Rosenfeld S, Beaton C. Assessment of sexual functioning: sexual history taking for health practitioners. Epilepsy Behav. 2005 Out S15-21
5. Gomes J, Martins AS. Sexualidade e Doença Crónica. In: Pascoal PM (et al). Intervenção Psicológica em Sexologia Clínica. 1ª ed. - Lisboa : Pactor, 2023. P 325-349.
6. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. Nurs Stand. 2006; 21(11):35-40. doi: 10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382
7. Farver-Vestergaard I, Frederiksen Y, Zachariae R, Rubio-Rask S, Løkke A. Sexual Health in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022 Feb 9;17:297-315.

## Capítulo 2. Abordagem para a doença respiratória crónica

### Pessoa com Asma

Tiago Maricoto

A Asma mal controlada afeta significativamente a capacidade para as pessoas realizarem atividade física (como subir escadas ou uma ladeira inclinada) e atividades da vida diária de forma plena. No entanto, muitas pessoas com Asma apontam também uma afetação significativa da capacidade de ter relações sexuais.<sup>1</sup> Asma grave poderá ter impacto na intimidade sexual, quer de natureza física, emocional, e da autoestima. E muitas pessoas com Asma sentem que os profissionais de saúde não abordam apropriadamente e de forma efetiva este tópico.<sup>2,3</sup>

Coloca-se a hipótese que a Asma esteja associada a algum grau de desregulação do sistema nervoso autónomo parassimpático e do nervo vago, responsáveis pela hiper-reatividade brônquica, e que também regulam os processos de ereção, lubrificação vaginal e do orgasmo. A atividade sexual poderá por isso despoletar uma agudização de Asma.<sup>6</sup> Este processo é similar ao que ocorre na hiperreatividade brônquica associada ao stress emocional ou físico, e que afeta uma grande parte das pessoas com Asma. Ter relações sexuais requer uma quantidade de energia similar a subir dois lances de escadas, e para estas pessoas pode ser recomendável ajustar o ritmo de esforço físico ou recorrer a medicação de alívio de sintomas com SABA previamente e/ou durante a prática sexual.

A qualidade de vida relacionada com sexualidade pode ser afetada por Asma, mas também por outras alergias de natureza respiratória e cutânea, como a rinite, urticária, atopia e alergias alimentares ou medicamentosas. As reações alérgicas podem ser despoletadas tanto durante o ato sexual, como pelos fluidos orgânicos (saliva, sémen) que podem também servir de transportadores de agentes alergénicos; pelo látex presente nos preservativos; por diversas substâncias presentes em lubrificantes, espermicidas e medicação tópica ou cosmética.<sup>7</sup> De acordo com o RCM (resumo de características do medicamento) de alguns fármacos inibidores da fosfodiesterase, frequentemente usados na disfunção erétil, estes podem induzir congestão nasal, e agravar quadros de rinosinusite crónica, que por sua vez poderão influenciar o controlo de sintomas de Asma. Contudo, não existem estudos de segurança que contra indiquem formalmente o seu uso, pelo que o seu uso deverá ser feito com cautela nestes casos.<sup>8</sup> Apesar de raro, estão reportados casos de hipersensibilidade ao plasma seminal e de agudizações pós-coitais, mas que poderão estar subdiagnosticados.<sup>9</sup> Para estas pessoas é necessária prevenção adicional, sendo recomendado disporem de epinefrina injetável de fácil acesso para uso em SOS.

Um estudo nos EUA encontrou uma prevalência mais elevada de Asma e rinite alérgica em mulheres e bissexuais. Nestes grupos há também uma maior prevalência de obesidade e tabagismo ativo, o que poderá contribuir para o desenvolvimento destas patologias. Isto poderá alertar para a necessidade de maior atenção e cuidados preventivos pelos profissionais de saúde, no que refere ao controlo da Asma nestes casos particulares.<sup>10</sup>

A melhor forma de minimizar o impacto da Asma nas relações sexuais é otimizar o controlo clínico da doença, minimizando os sintomas e preservando a função pulmonar da melhor forma possível. Os hábitos de sexualidade devem ser abordados sistematicamente em consultas de avaliação de Asma, envolvendo os parceiros, abordando tabus e mitos estabelecidos, e considerando a existência de eventuais reações alérgicas ou de hipersensibilidade associadas. A Tabela 2 resume de forma integrada alguns aspetos a abordar sobre sexualidade na pessoa com Asma.<sup>11,12</sup>

**Tabela 2 - Aspectos a abordar sobre sexualidade na pessoa com Asma.****Abordar limitações e fatores de risco:**

- . Dificuldades motoras e de posicionamento físico, fadiga durante as relações sexuais.
- . Uso de outros dispositivos/equipamentos médicos.
- . Uso de fármacos concomitantes.
- . Conflito com companheira/o nas expectativas relacionadas com vida sexual/intima.
- . Baixa autoestima ou sentimentos de culpa atribuídos a atividade sexual insuficiente.
- . Prevenir desencadeantes de agudizações (stress emocional, cosméticos e perfumes, velas ou ambientadores, óleos, poeiras, animais de estimação, alergia ao látex, etc...)

**Providenciar suporte:**

- . Abordar aspectos físicos e emocionais da vida da pessoa com Asma, diretamente relacionados com intimidade e relações sexuais, ou outros componentes afetivos, familiares ou sociais.
- . Sugerir estratégias para gestão da fadiga ou dificuldade motoras e físicas (ex. controlar a temperatura ambiente, horário do dia, conforto local e posicionamento físico).
- . Antecipar os períodos do dia de menor fadiga ou presença de sintomas de Asma para promover a intimidade e atividade sexual.
- . Estratégias para gestão de sintomas de Asma (manter os sintomas de Asma sob controlo, recorrer ao inalador de alívio antes ou durante o ato sexual, recorrer a pausas breves, promover atividades preliminares e precursoras do orgasmo para potencial a satisfação com menor esforço físico, trocar de posição, recorrer a plano de ação para autogestão de agudizações)
- . Encaminhar para consulta de terapia sexual/relacional ou de Asma grave, se necessário.

**Incentivar o suporte da/o parceira/o:**

- . Incentivar ao diálogo sobre o impacto da Asma na intimidade e atividade sexual.
- . Antecipar aspectos que afetem a relação sexual e o controlo de sintomas da Asma.
- . Promover a experimentação de diferentes condições físicas e ambientais, e de posicionamento físico, para encontrar o ambiente ideal.
- . Envolver a participação da/o parceira/o nas consultas médicas de gestão de Asma.

### Bibliografia

1. Meyer IH, Sternfels P, Fagan JK, Ford JG. Asthma-related limitations in sexual functioning: an important but neglected area of quality of life. *Am J Public Health*. 2002 May;92(5):770-2. doi: 10.2105/ajph.92.5.770. PMID: 11988445; PMCID: PMC1447159.
2. Holmes LJ, Yorke JA, Dutton C, Fowler SJ, Ryan D. Sex and intimacy in people with severe asthma: a qualitative study. *BMJ Open Respir Res*. 2019 Feb 12;6(1):e000382. doi: 10.1136/bmjresp-2018-000382. PMID: 30956803; PMCID: PMC6424302.
3. Kaptein AA, van Klink RC, de Kok F, Scharloo M, Snoei L, Broadbent E, Bel EH, Rabe KF. Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respir Med*. 2008 Feb;102(2):198-204. doi: 10.1016/j.rmed.2007.09.012. Epub 2007 Nov 8. PMID: 17996435.
4. Eddington AR, Mullins LL, Fedele DA, Ryan JL, Junghans AN. Dating relationships in college students with childhood-onset asthma. *J Asthma*. 2010 Feb;47(1):14-20. doi: 10.3109/02770900903427003. PMID: 20100015.
5. Skrzypulec V, Drosdzol A, Nowosielski K. The influence of bronchial asthma on the quality of life and sexual functioning of women. *J Physiol Pharmacol*. 2007 Nov;58 Suppl 5(Pt 2):647-55. PMID: 18204179.
6. Lutfi MF. Patterns of heart rate variability and cardiac autonomic modulations in controlled and uncontrolled asthmatic patients. *BMC Pulm Med*. 2015 Oct 12;15:119. doi: 10.1186/s12890-015-0118-8. PMID: 26459382; PMCID: PMC4603942.
7. Caminati M, Giorgis V, Palterer B, Racca F, Salvottini C, Rossi O. Allergy and Sexual Behaviours: an Update. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2019 Jun;56(3):269-277. doi: 10.1007/s12016-017-8618-3. PMID: 28653246.
8. Seftel AD. Phosphodiesterase type 5 inhibitor differentiation based on selectivity, pharmacokinetic, and efficacy profiles. *Clin Cardiol*. 2004 Apr;27(4 Suppl 1):14-19. doi: 10.1002/clc.4960271305. PMID: 15115191; PMCID: PMC6654274.
9. Leung A, et al. Abstract P113. Presented at: ACAAI Annual Scientific Meeting; Nov. 10-14, 2022; Louisville, Ky.
10. Gao J, Mansh M. Sexual orientation disparities in the prevalence of asthma and allergic rhinitis among US adults. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2016 Oct;117(4):435-437.e2. doi: 10.1016/j.anai.2016.07.029. Epub 2016 Aug 12. PMID: 27527671.
11. Asthma and Allergy Foundation of America - "Latex Allergy". <https://aafa.org/allergies/types-of-allergies/latex-allergy/>
12. Asthma+Lung UK – "sex and asthma". <https://www.asthmaandlung.org.uk/conditions/asthma/sex-asthma>

# Pessoa com DPOC

Maria João Barbosa

A sexualidade é um aspeto importante da vida de todas as pessoas, independentemente da sua condição de saúde. No caso de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), é fundamental entender que a sexualidade pode ser afetada de diferentes maneiras, mas não deve de todo ser negligenciada<sup>1</sup>.

A DPOC é uma doença crónica respiratória, cujos sintomas físicos incluem dispneia, tosse e produção excessiva de expectoração, muitas vezes acompanhados de fadiga, baixa capacidade de exercício e sintomas psicológicos de ansiedade e depressão, o que muitas vezes pode ter impacto na vida sexual da pessoa.<sup>1,2,3</sup>

É importante relembrar que cada pessoa é única e a forma como a DPOC afeta sua vida sexual pode variar. Alguns podem sentir maior limitação pelos sintomas físicos, como dispneia durante a atividade sexual, enquanto outros podem lidar com questões emocionais, como ansiedade ou depressão relacionadas à doença.<sup>1,2</sup> Para lidar com essas questões, é essencial que as pessoas com DPOC conversem abertamente com os seus parceiros e também com os profissionais de saúde, de forma a encontrar orientações para tornar a experiência sexual mais confortável e satisfatória.<sup>3,4,5</sup>

Alguns aspetos úteis para indivíduos com DPOC visando uma vida sexual saudável incluem:

- Comunicar com o(a) parceiro(a): explicar as suas limitações e preocupações relacionadas com a DPOC. Juntos, poderão encontrar soluções para adaptar a atividade sexual e torná-la mais agradável e menos cansativa.
- Planear atividades: estabelecer horários e momentos do dia em que a pessoa esteja menos sintomática, com melhor capacidade física. Isto pode ajudar a minimizar a fadiga durante o ato sexual.
- Posições confortáveis: experimentar diferentes posições que possam reduzir a dispneia ou a fadiga. Posições que permitem maior controlo da respiração, como ficar deitado de lado, podem ser mais confortáveis (ver capítulo 7 - Posições sexuais - como aconselhar)
- Utilizar apoios: almofadas ou travesseiros podem ser usados para proporcionar suporte e conforto durante o ato sexual, ajudando a reduzir a dispneia.
- Praticar exercícios respiratórios: realizar exercícios de respiração profunda e controlada regularmente pode ajudar a fortalecer os músculos respiratórios, melhorando a capacidade pulmonar e a resistência durante a atividade sexual.
- Cumprir a terapêutica conforme a prescrição médica: é importante seguir o tratamento indicado para controlar os sintomas da DPOC e garantir uma melhor qualidade de vida.
- Realizar atividade física regular: manter-se ativo e realizar exercício físico adequado pode ajudar a fortalecer a capacidade respiratória e melhorar a disposição para a atividade sexual.
- Procurar apoio e orientação profissional: no caso de enfrentar dificuldades significativas em relação à sexualidade devido à DPOC, é recomendado procurar apoio de profissionais de saúde, como o médico de família e/ou especializados em saúde sexual. Com o apoio adequado, é possível encontrar maneiras de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e saudável.<sup>5</sup>

## Bibliografia:

1. Farver-Vestergaard I, Frederiksen Y, Zachariae R, Rubio-Rask S, Løkke A. Sexual Health in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2022 Feb 9;17:297-315. doi: 10.2147/COPD.S347578
2. Kaptein AA, van Klinc RC, de Kok F, Scharloo M, Snoei L, Broadbent E, Bel EH, Rabe KF. Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respir Med*. 2008 Feb;102(2):198-204. doi: 10.1016/j.rmed.2007.09.012. Epub 2007 Nov 8. PMID: 17996435
3. Wendy L. Thompson MD (1986) Sexual problems in chronic respiratory disease, *Postgraduate Medicine*, 79:7, 41-52, DOI: 10.1080/00325481.1986.11699406
4. Zysman M, Rubenstein J, Le Guillou F, Colson RMH, Pochulu C, Grassion L, Escamilla R, Piperno D, Pon J, Khan S and Raheison-Semjen C. COPD burden on sexual well-being. *Respiratory Research* 2020 21:311, DOI: 10.1186/s12931-020-01572-0
5. Steinke EE. Sexuality and chronic illness. *J Gerontol Nurs*. 2013 Nov;39(11):18-27; quiz 28-9. doi: 10.3928/00989134-20130916-01.

# Pessoa com SAOS

Sara Fernandez e Catarina Pinheiro

A forma como cada pessoa vive e expressa a sua vida sexual está diretamente relacionada com a sua saúde física e emocional e a existência de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) pode afetar a saúde física de um indivíduo e a sua capacidade de ter relações sexuais, assim como o desejo sexual e a forma como se sentem em relação à sua sexualidade. A sexualidade constitui um fator importante para a sensação de bem-estar em grande parte da população e as pessoas com SAOS não são exceção.

A SAOS é um fator de risco cardiovascular e, por esse motivo, está muitas vezes relacionado com a existência de disfunção eréctil e outras disfunções sexuais. Sabe-se que muitos destes utentes reportam um grande nível de insatisfação sexual.

A falta de sono devido à SAOS não tratada pode afetar o humor da pessoa não tratada, levando a sensações de depressão, irritabilidade, stress e impaciência, o que faz com que a pessoa lesada se interesse menos pela sua própria vida sexual.<sup>1,2</sup>

No continente norte-americano, nomeadamente nos Estados Unidos da América e no Canadá, foi realizado um estudo<sup>3</sup> com 123 homens com apneia do sono, com índice de apneia e hipopneia (IAH) acima de 20 eventos/hora, entre os 21 e os 60 anos de idade, durante um período de 3 meses. Aos candidatos foram aplicadas as seguintes escalas: teste de latências múltiplas do sono (TLMS), Escala Sonolência de Epworth, Sub-escala de Relações Íntimas e Sexuais pertencentes à Escala de Resultados Funcionais do Sono (FOSQ10).<sup>4</sup> Mais de metade dos participantes reportou que a sonolência afetou pelo menos um fator relacionado com a Sub-escala de Relações Íntimas e Sexuais, nomeadamente o desejo, a excitação e o orgasmo. 63% dos inquiridos admitiu ter problemas com o seu relacionamento, 69% sentia menos libido e 29% tinha dificuldade em atingir o orgasmo. Após 3 meses de tratamento com CPAP e acompanhamento, estes valores baixaram para, respetivamente, 40%, 34% e 18%. Ao responderem novamente à Sub-escala de Relações Íntimas e Sexuais, observou-se uma melhoria estatisticamente significativa ( $3.62 \pm 0.59$ ,  $p < 0.0001$ ) relativamente ao início do estudo. Este é apenas um exemplo em como o tratamento da SAOS pode ter um grande impacto positivo na vida sexual destes utentes. E, como tal, questionar sobre esta temática torna-se imperativo nas consultas com esta população.

E quando já temos um utente tratado? Sabemos que os fatores de risco e probabilidade de satisfação sexual estão otimizados, mas e o resto? Será que questionamos os casais, em que um ou mais elementos realizam terapêutica com CPAP, acerca da sua libido? Ao nos colocarmos no lugar destes, é relativamente fácil empatizarmos com o facto de que um aparelho de CPAP, muito provavelmente, não aumenta a atração que sentimos ao ver a/o nossa/o companheira/o com uma máscara colocada, por mais ergonómica e simples que seja. Estes são fatores importantes a termos em conta e que nos podem ajudar a chegarmos a alguns motivos ocultos de consulta.

## Bibliografia

1. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, Reese JB, Reeve BB, Shelby RA, Weinfurt KP. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *J Sex Med.* 2016 Nov;13(11):1642-1650. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.08.011
2. Petersen M, Kristensen E, Berg S, Giraldi A, Midgren B. Sexual function in female patients with obstructive sleep apnea. *J Sex Med.* 2011 Sep;8(9):2560-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02358.x
3. Reishtein JL, Maislin G, Weaver TE; Multisite Study group. Outcome of CPAP treatment on intimate and sexual relationships in men with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2010 Jun 15;6(3):221-6
4. Chasens ER, Ratcliffe SJ, Weaver TE. Development of the FOSQ-10: a short version of the Functional Outcomes of Sleep Questionnaire. *Sleep.* 2009 Jul;32(7):915-9. doi: 10.1093/sleep/32.7.915

# Grávida

Ana Margarida Cruz

A Asma é uma das doenças respiratórias crónicas mais frequentemente encontrada na gravidez, estimando-se que 3 a 8% das grávidas têm Asma.<sup>1,2</sup>

Durante a gravidez, o controlo da Asma pode sofrer alterações: aproximadamente um terço das grávidas tem agravamento dos sintomas, um terço melhora e um terço mantém a doença controlada.<sup>3</sup> Em geral, o curso da Asma durante a gestação é semelhante em gestações subsequentes.<sup>4</sup> No entanto, sabe-se que o controlo da Asma na gestação está fortemente associado ao controlo prévio da doença antes da conceção: quando a Asma está bem controlada, a probabilidade de complicações durante a gestação é significativamente menor em comparação com casos de controlo prévio inadequado.

A avaliação funcional respiratória basal na grávida é semelhante a pacientes não grávidas, no entanto existem alterações fisiológicas. O volume corrente, a ventilação minuto e a capacidade inspiratória aumentam durante a gravidez, diminuindo a capacidade residual funcional, o volume residual e o volume de reserva expiratório.<sup>1</sup> No entanto, a capacidade vital forçada (FVC), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1), o rácio FEV1/FVC e o pico de fluxo expiratório (PEF) são relativamente estáveis durante a gravidez.<sup>1,5</sup>

Considerando que a atividade sexual é uma forma de exercício físico, é importante assegurar que a Asma está devidamente controlada durante a gravidez, de modo a prevenir agravamento clínico e agudizações. Alguns estudos sugerem um aumento do desejo sexual durante o 2º trimestre de gravidez, o que pode refletir-se em mais atividade sexual, reforçando a necessidade de um adequado controlo clínico da Asma.<sup>6</sup>

## Bibliografia

1. Weinberger SE, Schatz M. Asthma in pregnancy: Clinical course and physiologic changes. In: UpToDate, Post TW (Ed), Wolters Kluwer. <https://www.uptodate.com> (Accessed on October 25, 2023.)
2. Kwon HL, Triche EW, Belanger K, Bracken MB. The epidemiology of asthma during pregnancy: prevalence, diagnosis, and symptoms. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2006 Feb;26(1):29-62. doi: 10.1016/j.iac.2005.11.002.
3. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024. Disponível em: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
4. Gluck JC, Gluck PA. The effect of pregnancy on the course of asthma. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2006 Feb;26(1):63-80. doi: 10.1016/j.iac.2005.10.008.
5. Kwon HL, Belanger K, Bracken MB. Effect of pregnancy and stage of pregnancy on asthma severity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 May;190(5):1201-10. doi: 10.1016/j.ajog.2003.09.057.
6. Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, González-Mey U, Vázquez-Lara JM, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T. Changes in sexual desire in women and their partners during pregnancy. *J Clin Med.* 2020;9(2):526. doi:10.3390/jcm9020526

## Capítulo 3. Medicação crónica

Cláudia Vicente e Nuno Pina

As doenças respiratórias crónicas, exatamente devido à sua cronicidade, obrigam a tratamento cujo impacto na saúde sexual deve ser tido em conta.

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um fator de risco cardiovascular para disfunção erétil (principalmente a hipoxemia intermitente noturna). Sabemos que a terapêutica com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP/autoCPAP) pode melhorar ou preservar a função sexual. São diversos os estudos, tais como o de Budweiser et al.<sup>1</sup> que demonstraram que a hipoxemia intermitente noturna se relaciona com várias disfunções sexuais. Num estudo prospetivo com 401 pessoas,<sup>2</sup> referenciadas para estudo polissonográfico devido a disfunção erétil e outras alterações na função sexual, o diagnóstico de SAOS confirmou-se em 91,2% dos casos. Os casos foram acompanhados ao longo de 36 meses e verificou-se que nas pessoas com SAOS moderada a severa havia uma melhoria global da função sexual nos que cumpriam o CPAP. O impacto psicológico da SAOS, incluindo fadiga e sonolência diurna, também pode desempenhar um papel na disfunção sexual. Abordar estes fatores pode ter um impacto positivo na saúde sexual.

A Asma e a rinite alérgica correlacionam-se negativamente com a alteração do desejo sexual.<sup>3</sup> Também os sintomas de ansiedade e depressão, que frequentemente estão presentes em pessoas com Asma, afetam o desejo sexual.

Outros fatores subjacentes a esta relação podem ser inflamação, fatores psicológicos, alterações hormonais, perturbações do sono, reações alérgicas relacionadas com o comportamento sexual, estatuto socioeconómico e utilização de medicamentos.<sup>4</sup>

Também no caso da Asma parece haver uma relação entre disfunção erétil e maior gravidade e/ou falta de controlo da doença. O tratamento de base, nomeadamente os corticóides inalados contribuem para a melhoria da disfunção erétil quer pela sua ação anti-inflamatória quer por controlarem a doença contribuindo para uma maior capacidade física.<sup>5</sup> Também o suporte psicológico e as estratégias de coping podem ser necessários para tratar o stress e ansiedade relacionados com a doença crónica e que podem afetar a função sexual da pessoa com Asma.

Parece haver uma prevalência maior de disfunção erétil nos doentes com DPOC. No entanto, parece existir uma causa multifatorial podendo contribuir o desequilíbrio hormonal, o tabagismo, a inflamação crónica, a disfunção endotelial, a hipóxia crónica, as perturbações psiquiátricas (depressão e ansiedade) e alguns fármacos.<sup>6</sup> Os fármacos que controlam os sintomas da DPOC, como broncodilatadores e anti-inflamatórios, podem contribuir para a melhoria do bem-estar e, conseqüentemente da saúde sexual. Para além da abordagem da doença respiratória crónica e sua otimização terapêutica e clínica, importa também abordar a saúde mental destas pessoas, particularmente a existência de comorbilidades importantes, como a ansiedade e stress que frequentemente se associam a Asma ou DPOC, mas também o impacto psicológico que isto possa ter nas relações íntimas e na atividade sexual.<sup>7,8</sup>

A reabilitação pulmonar (RP) e o exercício físico regular podem melhorar a capacidade funcional geral. A RP melhora a função sexual, particularmente no domínio da satisfação sexual.<sup>9</sup>

De uma forma geral, observamos que o controlo destas doenças respiratórias crónicas tem um impacto positivo na disfunção erétil e nas disfunções sexuais. Desta forma tanto o CPAP, como os broncodilatadores e os corticóides inalados parecem ter um impacto positivo na saúde sexual na medida em que controlam os mecanismos fisiopatológicos de doença subjacentes, bem como o impacto emocional que os sintomas têm nas pessoas que delas sofrem, impactando positivamente na saúde sexual.

É importante que os indivíduos com doença respiratória crónica tenham cuidados de saúde abrangentes que abordem tanto a sua condição respiratória como quaisquer potenciais impactos no seu bem-estar geral, incluindo a saúde sexual. A comunicação aberta é fundamental para desenvolver um plano de ação personalizado e eficaz.

### Bibliografia

1. Budweiser S, Luigart R, Jörres RA, Kollert F, Kleemann Y, Wieland WF, Pfeifer M, Arzt M. Long-term changes of sexual function in men with obstructive sleep apnea after initiation of continuous positive airway pressure. *J Sex Med.* 2013 Feb;10(2):524-31. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02968.x.
2. Budweiser S, Enderlein S, Jörres RA, Hitzl AP, Wieland WF, Pfeifer M, Arzt M. Sleep apnea is an independent correlate of erectile and sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2009 Nov;6(11):3147-57. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01372.x.
3. Pulido-Guillen NA, Morales-Romero J, Bedolla-Barajas M, Bedolla-Pulido TI, Jiménez-Carrillo CE, Arellano-Arteaga KJ, Robles-Figueroa M. Association Between Allergic Rhinitis and Asthma in Adults With Loss of Interest in Sex. *Cureus.* 2023 Mar 28;15(3):e36823. doi: 10.7759/cureus.36823.
4. Chiang TY, Lee HY, Chien WC, Su HC, Su YC, Lin CW. The Relationship between Allergic Disease and Sexual Dysfunction: A Scoping Review. *Int Arch Allergy Immunol.* 2023 Sep 20:1-13. doi: 10.1159/000533403. Epub ahead of print.
5. Kilic T, Kilic Aydin N, Kirici Berber N, Kaya O. Evaluation of erectile dysfunction in patients with asthma. *Int J Clin Pract.* 2021 Sep;75(9):e14300. doi: 10.1111/ijcp.14300.
6. Marinelli L, Lanfranco F, Motta G, Zavattaro M. Erectile Dysfunction in Men with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Clin Med.* 2021 Jun 21;10(12):2730. doi: 10.3390/jcm10122730.
7. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024. Disponível em: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2024 Report. <https://goldcopd.org>
9. Campos-Juanatey F, Amado Diago CA, Varea Malo R, Agüero Calvo J, Correias Gómez MÁ, Portillo Martín JA. Evaluación del impacto sobre la actividad sexual de un programa de rehabilitación pulmonar para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Assessment of the impact of pulmonary rehabilitation on sexual activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Rev Int Androl.* 2020 Oct-Dec;18(4):144-150. Spanish. doi: 10.1016/j.androl.2019.04.006.

## Capítulo 4. Condicionamento físico e atividade sexual

Catarina Novais

A atividade sexual é um componente importante para a qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas, incluindo doenças respiratórias crónicas. O esforço necessário para a atividade sexual corresponde a um esforço físico moderado que pode variar com o estado de saúde da pessoa, com a posição, duração e fase do ato sexual e também com o sexo da pessoa.<sup>1</sup> Existem variáveis contextuais que podem também influenciar as exigências físicas da atividade sexual, como a capacidade cardiorrespiratória, a experiência física e emocional associada ao orgasmo, ou a lubrificação.<sup>1</sup>

Durante a atividade física há um aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e também dos volumes pulmonares correntes.<sup>2</sup> No geral, o ato sexual corresponde a caminhar aproximadamente 1,6 quilómetros em 20 minutos, em terreno plano, ou a subir rapidamente (em 10 segundos) dois lanços de escadas.<sup>3</sup> Como tal, à semelhança de um esforço físico de outra natureza, a atividade sexual pode ser desencadeante ou fator de agravamento da sintomatologia de pessoas com doenças respiratórias crónicas, como a Asma ou a DPOC.<sup>4,5</sup>

Os estudos demonstram que, de facto, os sintomas respiratórios são um fator limitante na atividade sexual, tendo um impacto significativo na saúde sexual destas pessoas.<sup>5</sup> Para além dos sintomas respiratórios, as doenças respiratórias crónicas acompanham-se frequentemente de fadiga, fraqueza muscular e descondicionamento físico. Torna-se, portanto, relevante minimizar o impacto que o agravamento dos sintomas respiratórios pode ter durante a atividade sexual.

A melhoria do condicionamento físico através da prática regular de atividade física é benéfica por diversos motivos. Para além de melhorar a autoestima, melhora a força muscular, flexibilidade e resistência.<sup>6</sup> De facto, está estabelecido que uma melhor capacidade física tem uma relação positiva com a saúde sexual da pessoa.<sup>7</sup> Deve encorajar-se sempre que possível a prática regular de exercício físico, recomendando a realização caminhadas, natação ou outros programas de exercício, incluindo a atividade sexual.

Em pessoas com patologia respiratória crónica, pode recomendar-se que tenham a atividade sexual em alturas do dia em que se sentem mais descansadas.<sup>6</sup> Em caso de dispneia durante o ato sexual, poderá aconselhar-se uma pausa ou um abrandamento, realizando exercícios de respiração ou alterando a posição.

É importante avaliar a pessoa nos diversos fatores que possam ser reversíveis. Por exemplo, em pessoas com Asma, é importante a evicção de irritantes que possam desencadear sintomas durante a atividade sexual, como o fumo do tabaco ou o uso de perfumes.<sup>6</sup> Em pessoas com broncoespasmo induzido pelo exercício, será adequado recomendar o uso de broncodilatadores inalados antes do ato sexual.<sup>6</sup>

Em pessoas selecionadas pode também considerar-se a integração em programas de reabilitação respiratória. A preferência por posições sexuais em que o(a) parceiro(a) adote uma postura mais ativa e o planeamento do contexto e ambiente (temperatura, remover peças de roupa pesadas) podem também ser estratégias a considerar em pessoas com menor condicionamento físico e patologia respiratória crónica.<sup>8</sup>

**Bibliografia:**

1. Oliva-Lozano JM, Alacid F, López-Miñarro PA et al. What Are the Physical Demands of Sexual Intercourse? A Systematic Review of the Literature. *Arch Sex Behav* 51, 1397–1417 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02246-8>
2. Sauer WH, Blaha MJ. UPTODATE - Sexual activity in patients with cardiovascular disease. Acedido em: <https://www.uptodate.com/>
3. Nehra A, Jackson G, Miner M et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012 Aug;87(8):766-78. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.06.015
4. Holmes LJ, Yorke JA, Dutton C, et al. Sex and intimacy in people with severe asthma: a qualitative study. *BMJ Open Res* 2019;6:e000382. doi:10.1136/bmjresp-2018-000382
5. Farver-Vestergaard I, Frederiksen Y, Zachariae R, Rubio-Rask S, Løkke A. Sexual Health in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2022 Feb 9;17:297-315. doi: 10.2147/COPD.S347578
6. Wendy L. Thompson MD (1986) Sexual problems in chronic respiratory disease, *Postgraduate Medicine*, 79:7, 41-52, DOI: 10.1080/00325481.1986.11699406
7. Jiannine LM. An investigation of the relationship between physical fitness, self-concept, and sexual functioning. *J Educ Health Promot.* 2018 May 3;7:57. doi: 10.4103/jehp.jehp\_157\_17
8. Ordem dos enfermeiros - Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória. Janeiro 2018.



## Capítulo 5. Síndrome pós-orgasmo

Catarina Novais e Cláudia Mourato Silva

### Definição

A síndrome pós-orgasmo (SPO) é uma condição rara e debilitante que afeta maioritariamente os homens. Consiste num conjunto de sintomas que surgem após a ejaculação (seja durante a relação sexual, a masturbação ou mesmo na ejaculação noturna espontânea) e podem incluir: fadiga intensa, fraqueza, dor de cabeça, congestão nasal, dor de garganta, ardor ocular, dificuldades de concentração, alterações da memória, irritabilidade, humor deprimido e sintomas semelhantes aos de uma gripe ou alergia, com mal-estar generalizado. Estas queixas podem manifestar-se por um período de 2 a 7 dias e reaparecer após a próxima ejaculação. Para evitar estes sintomas, os homens com SPO tendem a minimizar a atividade sexual ou a evitar a ejaculação aquando do ato sexual.<sup>1,2</sup>

### Fisiopatologia

A fisiopatologia da SPO ainda não está esclarecida, mas existem várias hipóteses.

De acordo com Waldinger et al.<sup>4</sup>, que publicaram a mais ampla série de casos da literatura, a principal hipótese é que a SPO é um mecanismo imunomodulado, resultante de alergia tipo I e tipo IV de uma pessoa ao seu próprio sémen, ao epitélio da mucosa do trato urinário e ao fluido seminal. Esta conclusão é suportada pelos sintomas da SPO não terem ocorrido em atividades sexuais sem ejaculação. Defendendo a mesma hipótese, Kim et al. confirmaram a presença de IgE sérica específica do sémen numa pessoa com SPO.

Jiang et al. também relataram uma constituição atópica, porém sem evidência de anticorpos IgE específicos para o sémen em homens com SPO, pelo que sugeriram que a SPO pode ser causada pela abstinência de opióides, devido à semelhança nas manifestações clínicas. Isto foi atribuído ao consumo de grandes quantidades de opióides endógenos pelo mecanismo do orgasmo, tendo concluído que os desequilíbrios químicos no cérebro poderiam explicar a SPO.

Baseado na melhoria dos sintomas de pessoas após a administração profilática de diclofenac, Ashby e Goldmeier propuseram que a SPO é desencadeada por uma resposta neuroendócrina ou hipersensibilidade mediada por citocinas.

Finalmente, Bignami et al. consideraram que a SPO é a manifestação de uma desregulação transitória do sistema nervoso autónomo, dado ser bem conhecido que a ejaculação desencadeia uma “tempestade vegetativa” com um aumento da atividade simpática e da libertação de norepinefrina.<sup>3</sup>

### Clínica

A SPO é uma entidade frequentemente subdiagnosticada e a maioria dos indivíduos afetados não procura cuidados médicos.<sup>3</sup>

Atualmente, é possível estratificar os sintomas da SPO em 7 clusters, consoante a descrição das pessoas (Tabela 3)<sup>3</sup>. Uma vez que as manifestações da SPO variam em intensidade, duração, tipo de sintomas e ordem de aparecimento, pode dividir-se a SPO em 2 tipos principais<sup>1,3</sup>:

**Primária:** aparecimento desde a primeira ejaculação na puberdade ou adolescência;

**Secundária:** aparecimento mais tardio na vida.

**Tabela 3 - Categorização dos clusters da Síndrome Pós-Orgasmo<sup>3</sup>**

Clusters	Sintomas	Categorias
Cluster 1	Fadiga extrema, exaustão, palpitações, dificuldade em encontrar palavras, discurso incoerente, disartria, dificuldades de concentração, fácil irritabilidade, fonofobia, fotofobia e humor deprimido.	Geral
Cluster 2	Febre, calor extremo, transpiração, calafrios, gripe, sensação de mal-estar, frio.	Semelhante a gripe
Cluster 3	Dor de cabeça, névoa cerebral, sensação de peso na cabeça.	Cabeça
Cluster 4	Ardor ocular, olhos vermelhos, visão turva, lacrimejo, prurido ocular e dor ocular.	Olhos
Cluster 5	Nariz congestionado, coriza, espirros.	Nariz
Cluster 6	Sabor amargo na boca, boca seca, dor de garganta, tosse irritativa, rouquidão.	Garganta
Cluster 7	Tensão muscular nas costas ou pescoço, fraqueza muscular, dor muscular, pernas pesadas, rigidez muscular.	Músculo

### Diagnóstico

Perante a suspeita da SPO, é importante ser realizada uma história clínica completa, incluindo a avaliação de alergias existentes, doenças sexualmente transmissíveis, antecedentes de prostatite ou outras doenças que mimetizem a SPO<sup>3</sup>. O diagnóstico diferencial inclui prostatite crónica, disforia pós-coital, cefaleia orgástica, agudização de Asma e/ou rinite, entre outros.<sup>3</sup>

Uma avaliação neurológica e psiquiátrica é também importante, assim como o exame objetivo detalhado. Poderá ser pedido estudo analítico com hemograma, ionograma, função renal, função hepática e estudo hormonal (LH, FSH, prolactina e testosterona total).<sup>3-4</sup>

Apesar de ser uma condição pouco compreendida e com sintomas muito variáveis, foram definidos cinco critérios de diagnóstico preliminares<sup>3-5</sup>, descritos na Tabela 4.

**Tabela 4 - Critério de diagnóstico preliminares da Síndrome Pós-Orgasmo<sup>3-5</sup>**

<b>Critérios</b>	<b>Apresentação clínica</b>
<b>Critério 1</b>	<b>Um ou mais dos seguintes sintomas:</b> Sensação de estado gripal, cansaço ou exaustão extremos, fraqueza muscular, sensação de febre ou hipersudorese, perturbações do humor e/ou irritabilidade, dificuldades de memória, problemas de concentração, discurso incoerente, congestão nasal ou lacrimejo, prurido ocular.
<b>Critério 2</b>	Todos os sintomas ocorrem imediatamente, logo (por exemplo, segundos, minutos) ou algumas horas após a ejaculação que é iniciada pelo coito, e/ou masturbação, e/ou espontaneamente (por exemplo, durante o sono).
<b>Critério 3</b>	Os sintomas ocorrem sempre ou quase sempre, por exemplo, em mais de 90% dos eventos de ejaculação.
<b>Critério 4</b>	A maioria destes sintomas dura cerca de 2 a 7 dias.
<b>Critério 5</b>	Os sintomas desaparecem espontaneamente.

### Gestão/tratamento

Sendo uma doença rara e subdiagnosticada, não existem ainda tratamentos reconhecidos.<sup>3</sup> Na literatura, encontram-se descritos tratamentos com anti-histamínicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRI) e benzodiazepinas, com evidência limitada.<sup>1,3</sup> O tratamento com anti-inflamatórios não esteróides parece também ter tido sucesso no aumento da frequência da atividade sexual em algumas pessoas.<sup>3</sup> Tratamentos de dessensibilização parecem ter alguma evidência em pessoas cuja fisiopatologia é predominantemente alérgica.<sup>3</sup>

Apesar de ser uma doença rara, a SPO pode ser debilitante pelos sintomas físicos e psicológicos, tendo um grande impacto na qualidade de vida. Como tal, encontra-se sob investigação para compreensão da fisiopatologia, que permitirá desenvolver o tratamento mais adequado.<sup>1,3</sup>

### Bibliografia

1. Paulos MR, Avelliino GJ. Post-orgasmic illness syndrome: history and current perspectives. *Fertil Steril.* 2020 Jan;113(1):13-15. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.11.021.
2. Bolanos J, Morgentaler A. Successful treatment of Post-orgasmic illness syndrome with human chorionic gonadotropin, *Urology Case Reports*, Volume 29, 2020, 101078. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2019.101078>.
3. Abdessater, M., Elias, S., Mikhael, E. et al. Post orgasmic illness syndrome: what do we know till now?. *Basic Clin. Androl.* 29, 13 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12610-019-0093-7>.
4. Waldinger MD. Post orgasmic illness syndrome (POIS). *Transl Androl Urol.* 2016 Aug;5(4):602-6. doi: 10.21037/tau.2016.07.01.
5. Strashny, A. First assessment of the validity of the only diagnostic criteria for postorgasmic illness syndrome (POIS). *Int J Impot Res* 31, 369–373 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41443-019-0154-7>.

## Capítulo 6. Tabagismo e Disfunção Erétil

Cláudia Mourato Silva e Inês Domingues

A disfunção erétil (DE) consiste na incapacidade persistente de alcançar ou manter uma ereção que possibilite uma atividade sexual satisfatória durante pelo menos 3 meses. Pode afetar qualquer faixa etária, embora seja mais comum em idosos.<sup>1</sup>

O tabagismo é reconhecido como fator de risco independente para o desenvolvimento de DE. Dados de 2020 estimam que 17% da população portuguesa é fumadora, com maior prevalência do sexo masculino (24%) comparativamente com o sexo feminino (11%).<sup>2</sup>

### Impacto do tabaco na DE:

É reconhecido que os efeitos do tabaco na DE são dose dependentes. Estudos numa população jovem, sem comorbilidades, revelaram que os fumadores pesados (>20 cig/dia) tinham o dobro da probabilidade de DE severa, quando comparados com os que fumavam menor quantidade. Outros estudos sugeriram que uma história cumulativa de tabagismo também constituía fator de risco para DE, nomeadamente se o consumo de tabaco excedia as 20 unidades maço ano (UMA).<sup>3</sup>

### Relação entre tabaco, testosterona e DE:

A investigação da relação entre o tabaco e a testosterona trouxe resultados surpreendentes. Uma meta-análise realizada em 2016 concluiu que os fumadores tinham níveis de testosterona mais altos que os não fumadores. Este achado pode ser explicado por um mecanismo compensatório, no qual o corpo se adapta aos danos funcionais e estruturais induzidos pelo tabagismo, através do aumento de androgénios. Adicionalmente, níveis elevados de testosterona induzem stress oxidativo no músculo liso e células endoteliais, com ação proinflamatória, que agrava o dano vascular. Apesar desta associação, o seu papel em mediar as disrupções induzidas pelo tabaco na função erétil é provavelmente mínimo.<sup>4</sup>

### Novos produtos nicotínicos e DE:

Existem mais de 1000 produtos químicos aromatizantes que potencialmente atuam como toxinas, quer no tabaco tradicional, quer nos novos produtos do tabaco.

A nicotina (substância altamente aditiva) é o principal componente dos cigarros eletrónicos e tabaco aquecido. A composição desses produtos nicotínicos varia entre fabricantes, pois não existem regulamentações rígidas para a sua produção. Contudo, na maioria dos casos, contêm nicotina, propilenoglicol e glicerina vegetal (para produzir vapor), sabores (como menta, baunilha, chocolate), substâncias cancerígenas, metais pesados, entre outros<sup>5</sup>. Assim, uma das maiores questões é se os efeitos dos cigarros convencionais são semelhantes aos dos cigarros eletrónicos.

De acordo com o relatório da OMS acerca da “epidemia mundial do tabaco”, publicado em 2023, os estudos mostram que jovens que usam cigarros eletrónicos são mais propensos a fumar cigarros convencionais no futuro. Os cigarros eletrónicos são prejudiciais e frequentemente direcionados para crianças, adolescentes e jovens adultos, sendo comercializados em milhares de sabores, com um paladar mais apelativo para esta população.<sup>6</sup>

### Tabagismo passivo e DE:

Poucos estudos reportaram o efeito do tabagismo passivo na DE, estando apenas descrito um aumento moderado no risco de DE (sem significância estatística). Este efeito foi comparável a uma exposição cumulativa de 10 a 19 UMA, mas são essenciais mais estudos para uma evidência científica robusta.<sup>7</sup> Foi ainda relatado um impacto significativo do tabagismo passivo na disfunção sexual feminina.<sup>8</sup>

### Cessação tabágica e DE:

Existem várias op es de tratamento farmacológico disponíveis para a DE, porém a modifica o de estilos de vida  , sem d vida, a mais eficaz e econ mica. As consultas de Medicina Geral e Familiar são uma oportunidade para abordar os riscos associados ao tabagismo na DE e aconselhar as pessoas. Um estudo de 2020 concluiu que a melhoria da DE foi mais significativa na faixa etária mais jovem e na ausência de comorbilidades que pudessem representar risco para DE, sobretudo na faixa etária entre os 30-60 anos de idade.<sup>7-8</sup>

Importa referir que a gravidade da DE também nos permite prever a resposta   cessa o tabágica. Num estudo de Pourmand et al. (2004)<sup>9</sup> relativo aos homens que recuperaram a fun o eréctil após parar de fumar, 49% apresentava DE ligeira. Por outro lado, homens com DE grave não recuperaram a fun o – uma estatística preocupante, pois os fumadores têm maior hipótese de ter DE grave.

  luz da evidência atual, a cessa o tabágica revela-se uma interven o com potencial impacto na DE. Existem, no entanto, algumas limita es e escassez de estudos relativos a esse tema. Além disso, a melhoria detetada a nível sintomático após a cessa o tabágica não foi estatisticamente significativa.

### Bibliografia:

1. Disfun o eréctil: o que  , sintomas e tratamento | CUF – Link de acesso: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/disfuncao-eretil> acedido a 19/11/2023
2. Dire o geral de saúde. Programa Nacional para a preven o e controlo do tabagismo. 2020.
3. Kovac JR, Labbate C, Ramasamy R, Tang D, Lipshultz LI. Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction. *Andrologia*. 2015 Dec;47(10):1087-92. doi: 10.1111/and.12393. Epub 2014 Dec 29. PMID: 25557907; PMCID: PMC4485976.
4. Kupelian V, Link CL, McKinlay JB. Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Eur Urol*. 2007 Aug;52(2):416-22. doi: 10.1016/j.eururo.2007.03.015. Epub 2007 Mar 16. PMID: 17383811; PMCID: PMC2139983.
5. Mark S Allen, Rita C Tostes, Cigarette smoking and erectile dysfunction: an updated review with a focus on pathophysiology, e-cigarettes, and smoking cessation, *Sexual Medicine Reviews*, Volume 11, Issue 1, January 2023, Pages 61–73, <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeac007>
6. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023 – Protect people from tobacco smoke. Acedido em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372043/9789240077164-eng.pdf?sequence=1> acedido a 19/11/2023
7. Sahin MO, Sen V, Gunduz G, Ucer O. Effect of smoking cessation on sexual functions in men aged 30 to 60 years. *Int Braz J Urol*. 2020 Jul-Aug;46(4):642-648. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0541.
8. Ju R, Ruan X, Xu X, Yang Y, Cheng J et al. Importance of active and passive smoking as one of the risk factors for female sexual dysfunction in Chinese women. *Gynecological Endocrinology*. 2021 37(6), 541-545. <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1913115>.
9. Pourmand G, Alidaee MR, Rasuli S, Maleki A, Mehrsai A. Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping?: a prospective study. *BJU Int*. 2004;94:1310-3

## Capítulo 7. Posições sexuais – como aconselhar

Andreia Rodrigues Silva

Apesar do tratamento médico ideal, muitas pessoas com doença respiratória crónica apresentam dispneia refratária, especialmente em relação às atividades físicas. Portanto, evitar a dispneia de esforço com base no medo pode resultar em níveis reduzidos de atividade física, incluindo atividade sexual.<sup>1</sup>

Ao comparar o impacto dos sintomas respiratórios na atividade sexual na DPOC e na insuficiência cardíaca, onde a dispneia também é um sintoma prevalente, uma proporção maior de pessoas com DPOC refere dispneia incapacitante durante a atividade sexual em comparação com pessoas com insuficiência cardíaca (44% versus 5%) , considerando mesmo a dispneia como um fator limitante para a atividade sexual (56% versus 27%)<sup>2</sup>. Relativamente às pessoas com Asma, parece que o impacto da dispneia na atividade sexual parece ser semelhante ao que ocorre na DPOC.<sup>3</sup>

Assim, torna-se essencial ajustar o nível e o tipo de atividade sexual à capacidade física da pessoa. Isto significa que, para algumas pessoas com função pulmonar muito limitada, a atividade sexual pode começar com beijos e carícias leves em todo o corpo, enquanto para outras com nível funcional menos limitado podem ser capazes de realizar atividades sexuais mais exigentes fisicamente.<sup>1</sup>

Sabe-se, por exemplo, que deitar-se completamente em decúbito dorsal, estar numa posição que requer esforço para ser mantida (por exemplo, manter uma posição deitada de bruços, apoiada nos braços, como quando está deitado em cima do parceiro/parceira), ter um peso (por exemplo, parceiro/parceira) no peito, ou atividade prolongada envolvendo a boca (por exemplo, beijos prolongados ou sexo oral) poderão contribuir para o desenvolvimento de dispneia.<sup>4</sup>

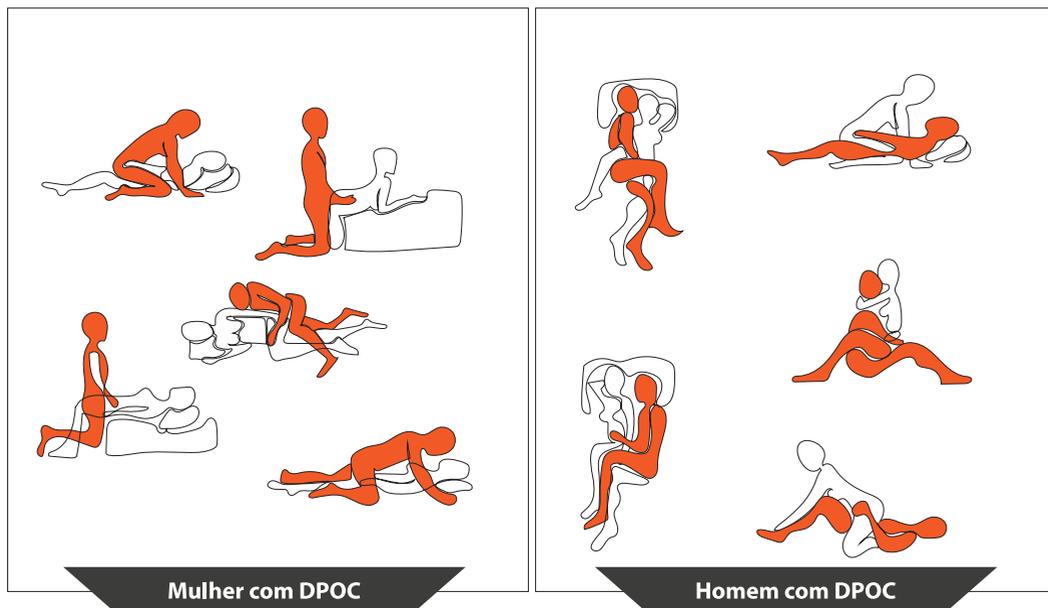
Assim, é também nossa função informar, indo de encontro às necessidades expressas e sentidas dos nossos utentes, sobre quais as posições que poderão contribuir para uma vivência da sexualidade mais satisfatória e segura.

Podemos sempre começar por questionar sobre as práticas adotadas e se há desenvolvimento de dispneia durante as mesmas. Por exemplo:

- “Algumas pessoas com DPOC, Asma referem falta de ar (dispneia) durante a atividade sexual, e especificamente quando adotam determinadas posições sexuais ou práticas sexuais. Como é consigo? Gostaria de falar sobre isso? Tem alguma questão?”

- “Existem algumas posições sexuais que parecem ter menos risco de desenvolver falta de ar (dispneia). Posso mostrar-lhe um folheto com essa informação?”

Algumas das posições mais consensualmente aconselhadas estão na figura 3<sup>1</sup>.



**Figura 3** - Posições sexuais mais consensualmente aconselhadas na pessoa com doença respiratória crônica (adaptado de Farver-Vestergaard et al<sup>1</sup>).

Além disso, a necessidade de oxigenoterapia, CPAP ou outros dispositivos pode condicionar alguma dificuldade ao nível da atividade sexual. Existem também posições sexuais aconselhadas nesse contexto e que constam na Figura 4<sup>2</sup>.



**Figura 4** - Posições sexuais mais consensualmente aconselhadas no uso de oxigenoterapia, CPAP ou outros dispositivos (adaptado de Hansen et al<sup>2</sup>).

## Bibliografia

1. Farver-Vestergaard I, Frederiksen Y, Løkke A. COPD and Sexual Health: What the Sexual Medicine Clinician Needs to Know, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 19, Issue 12, December 2022, Pages 1725–1729.
2. Hansen MF, Willemoes J, Nielsen SLet al. Sexual dysfunction, depression and well-being among patients with COPD or heart failure. *Am J Respir Crit Care Med*2012;185: A3343
3. Kaptein AA, van Klink RCJ, de Kok F, et al. Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respir Med England*; 2008; 102: 198–204.
4. Levack W. Sexual wellbeing for people with chronic obstructive pulmonary disease: relevance and roles for physiotherapy. *New Zeal J Physiother*. 2014;42:154–161

## Conclusão

**Andreia Rodrigues Silva**

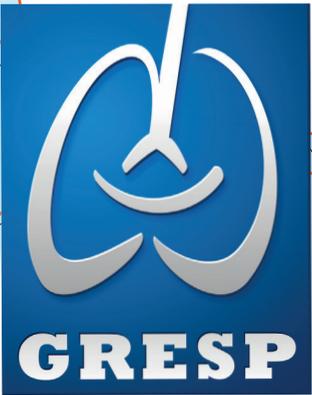
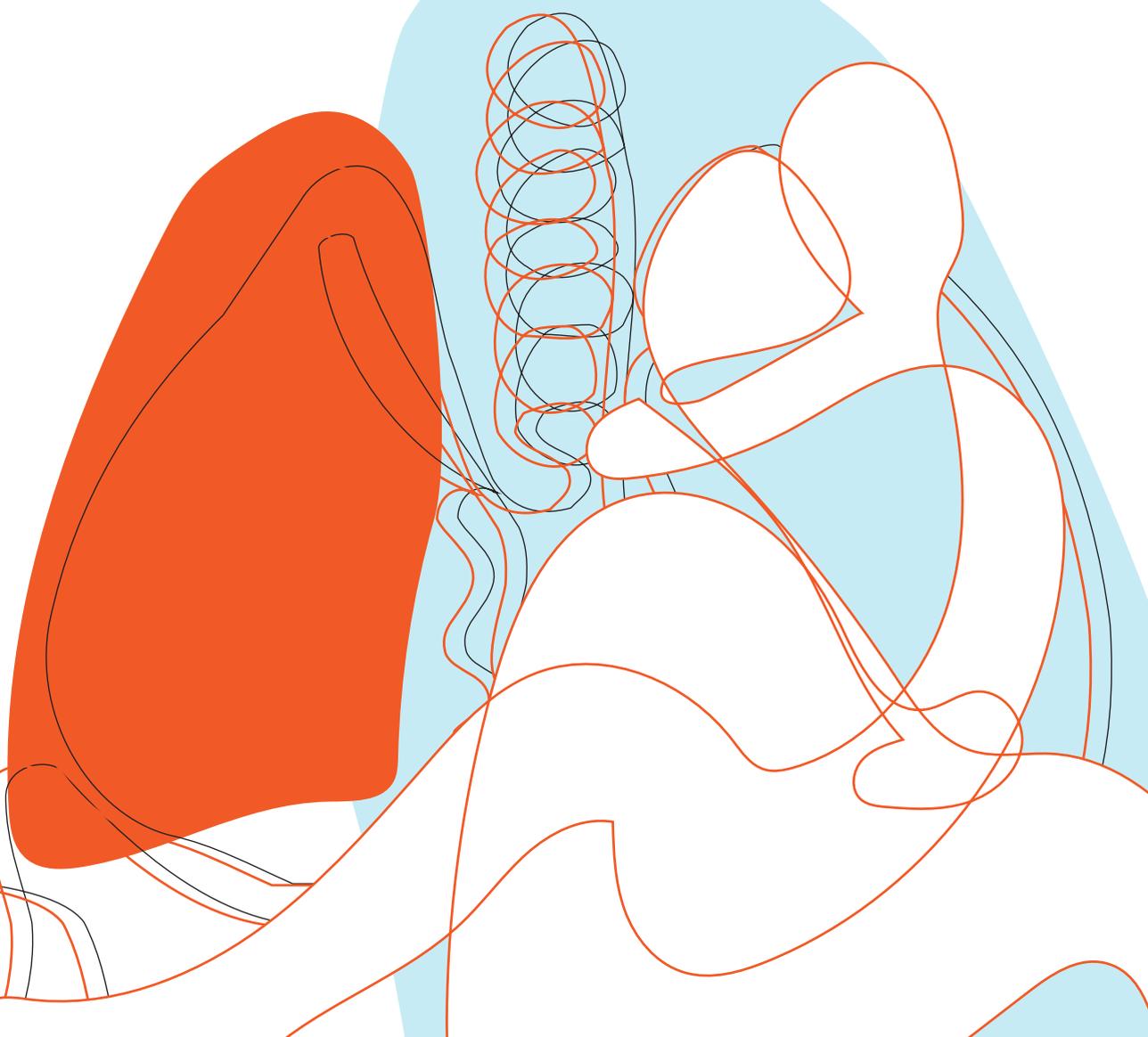
O guia “Doenças Respiratórias e Sexualidade” aborda um tema crucial e frequentemente negligenciado na prática clínica: o impacto das doenças respiratórias crónicas, como a Asma, a DPOC e a SAOS, na vida sexual das pessoas que delas sofrem. É essencial que os profissionais de saúde adotem uma abordagem holística, que inclua a discussão aberta sobre a saúde sexual de forma a proporcionar um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa. A comunicação médico-pessoa efetiva é fundamental para colocar estas questões de maneira sensível e empática. Ferramentas como o modelo PLISSIT são recomendadas para conduzir a abordagem de forma estruturada. Além disso, este guia oferece recomendações práticas sobre posições sexuais que podem ajudar a minimizar sintomas durante a atividade sexual. A inclusão dessas orientações visa melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença respiratória crónica, permitindo manter uma vida sexual satisfatória e segura, mesmo com as limitações inerentes às condições de saúde.

Importa referir a importância da saúde mental neste contexto. De facto, o impacto psicológico das doenças respiratórias crónicas também pode contribuir para o surgimento ou exacerbação de problemas sexuais nesta população. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos a esses aspetos e os incluam no seu plano de abordagem global.

Por fim, a promoção de literacia em saúde sexual e o suporte longitudinal e transversal são essenciais para capacitar as pessoas a gerir as suas condições de saúde/doença de forma efetiva. Ao permitir que as pessoas falem abertamente sem julgamentos dos seus problemas sexuais, bem como fornecendo informações claras e baseadas na melhor evidência, os profissionais de saúde contribuirão, seguramente, para que as pessoas vivam de maneira mais plena, responsável e satisfatória.

Este guia constitui, por tudo isto, uma ferramenta prática de abordagem empática da saúde sexual das pessoas com patologia respiratória crónica.





**Grupo de Doenças Respiratórias**  
Medicina Geral e Familiar