

SEXUALIDADE NA 3ª IDADE

*Ernesto José D'Ottaviano **

RESUMO

Este artigo trata de um dos temas mais transcendentales do momento – a sexualidade entre os idosos. Com o aumento da expectativa de vida no início do ano 2000, há que se derrubar tabus e desmistificar credences populares.

PALAVRAS CHAVE: *sexualidade, 3ª idade e comportamento sexual.*

ABSTRACT

This article treats one of the most transcendent themes of the moment - the sexuality in aging. With life's expectation increase in the beginning of year 2000, it's time to drop down tabus and dismistify popular proverbs.

KEY-WORDS: *sexuality, aging and sexual behavior.*

SEXUALIDADE NA 3ª IDADE

A sexualidade permanece como aspecto vital da vida humana mesmo na idade avançada. É uma opção que pode ser exercida, dependendo da história sexual prévia, das oportunidades e do estado geral da saúde do indivíduo.

* Médico, Doutor, Livre Docente e Professor Adjunto e Professor Titular de Fisiologia e Biofísica da Unicamp, PUC Campinas e Faculdades Anchieta. Pós Doutorado em Biologia da Reprodução em Montevideo, Santiago do Chile, Buenos Aires e Nova York. Professor dos cursos de Pós-Graduação em Fisiologia do Instituto de Biologia e de Fisiologia e Biofísica do Sistema Estomatognático da Faculdade de Odontologia da Unicamp.

A senescência é uma época em que as perturbações metabólicas têm reduzida capacidade de adaptação, principalmente no território endócrino, que controla clinicamente os sistemas biológicos. Embora não haja evidência de que as concentrações dos principais hormônios estejam alteradas com a idade, os sistemas orgânicos que os utilizam têm um equilíbrio precário e estão constantemente buscando novos pontos de equilíbrio para manterem sua regulação.

Assim, com o avançar da idade existem significantes alterações na produção de hormônios, no seu metabolismo e principalmente no seu mecanismo de ação. Algumas dessas alterações podem jogar papel importante na fisiopatologia da senescência, como a dinâmica hipofisária, a fisiologia adrenal, a função tireoidiana, a homeostasia glicêmica, a função reprodutiva e o metabolismo do cálcio. No idoso, qualquer teste endócrino depende do estado nutricional e a presença ou não de doença coexistente.

Médicos e pacientes freqüentemente interpretam mal alterações sexuais que são normais no homem idoso. Isto inclui aumento do tempo e da estimulação para atingir a ereção, diminuição do volume ejaculado, rápida detumescência após o coito e um prolongado período refratário antes de se conseguir nova ereção. Estes achados normais em um indivíduo idoso, aliados a problemas médicos ou psicológicos, podem precipitar disfunções eréteis e mesmo impotência. Este desempenho está na dependência dos níveis hormonais séricos, principalmente de gonadotropinas e prolactina.

Por outro lado, estes pacientes têm em mente que sexo está ligado à função reprodutiva, têm a visão holística de que sexo é vital para sua saúde, nas relações interpessoais e no senso de integridade. Qualquer alteração resulta em dificuldade de se comunicarem, atitudes conflitantes, embaraços e queixas vagas.

WEIZMAN e HART (1987) investigaram o comportamento sexual de 81 homens sadios, divididos em 2 grupos:

a) 34 com idade de 60 a 65 anos e,

b) 47 com idade de 66 a 71 anos. Observaram que, mesmo sendo todos casados, fisicamente sadios e sem problemas psicológicos ou maritais, apresentaram as seguintes queixas: 36% da população em estudo referia

impotência, independente da idade; 55% reportavam atividade masturbatória, com frequência maior e menor atividade sexual no grupo mais idoso. Logo, isto indica que o interesse sexual continua presente nestes pacientes, mas a forma de expressão sexual varia desde o coito ativo até o prazer autoerótico da masturbação.

DIOKNO, BROWN e HERZOG (1990) estudaram a função sexual em uma comunidade de Michigan, com idade superior aos 60 anos, constatando os seguintes resultados: 73,8% dos homens casados e 55,8% mulheres casadas eram sexualmente ativos. Entre os não casados, estes índices caíam para 31,1 e 5,3%, respectivamente. A taxa média de impotência entre os casados alcançava 35,3% e, em geral, estava associada à histórias de ataques cardíacos, incontinência urinária ou uso de sedativos. O consumo de, no mínimo, uma xícara de café ao dia, era associada à prevalência de alta atividade sexual em ambos os sexos.

A disfunção sexual tem alta prevalência entre os homens idosos e é freqüentemente considerada uma conseqüência inevitável da idade. Para determinar se outros fatores se relacionam ou se associam a esse declínio da função sexual, MULLIGAN et al (1988) estudaram 2 grupos de pacientes de um ambulatório de geriatria: A) 65 a 75 anos e B) acima dos 75 anos e compararam as respostas com um grupo de pacientes clínicos de menos de 65 anos. De 347 pacientes estudados, 30% do grupo controle, 31% do A e 47% do grupo B referiam ausência da libido; disfunções eréteis foram reportadas por 26% do grupo controle, 27% do grupo A e 50% do grupo B (significante estatisticamente). Verificaram ainda significativa correlação entre a disfunção sexual e mau estado de saúde, diabetes melitus e incontinência urinária. Portanto, embora a disfunção aumente com a idade, ela está freqüentemente relacionada mais com outros estados mórbidos do que com a idade simplesmente.

Pacientes idosos têm muitas agressões à sua sexualidade. Nessa cultura freqüentemente desencoraja o interesse sexual dos idosos. Alterações do envelhecimento e os efeitos de doenças crônicas ou medicações podem contribuir negativamente na performance sexual. As emoções e o stress nas relações do idoso podem levar à depressão, aumentando o declínio sexual. Erros na apreciação desses fatores psicológicos podem resultar em tratamento

inapropriado e piorar o sofrimento dos pacientes.

A literatura médica demonstra que pacientes que sofreram infarto do miocárdio apresentam disfunções eréteis devido ao medo de que a atividade sexual possa redundar novo episódio isquêmico.

Segundo VITIELLO (1987), hoje, em nosso meio, as mulheres têm uma expectativa de vida de 65 anos e como a faixa etária em que se interrompem as menstruações se situa em torno de 45 anos, um terço da vida feminina transcorre após a menopausa. É chamada terceira idade, que é marginalizada, vítima de piadas de mau gosto e seu relacionamento sexual é ridicularizado, chegando-se a dizer que existem três sexos: sexo masculino, sexo feminino e... sexagenário. A sexualidade do velho passa a ser considerada como uma indecência.

Mas não é só a sociedade e a família que exercem pressão sobre a sexualidade dos idosos. As próprias pessoas quando chegam a essa idade se consideram assexuados e assim permanecem. Essa postura se deve à ignorância sobre o assunto, porque a sexualidade pode ser exercida plenamente em qualquer idade. Lembrar que Charles Chaplin foi pai três vezes após os 70 anos.

As alterações que a idade impõe ao homem são: uma diminuição da libido, ereções mais demoradas, pressão ejaculatória menor, menor volume do ejaculado, mais rápida detumescência e maior período refratário entre as ereções. As mulheres climatéricas ou pós-menopáusicas apresentam menor lubrificação vaginal, orgasmos mais curtos, embora com a mesma intensidade das jovens e diminuição fisiológica do tamanho do clitóris. Melhoram com a reposição estrogênica.

Em suma, não há razão para os idosos abandonarem sua atividade sexual. O sexo pode ser tão gratificante como na juventude ou na idade adulta. Desde que a revolução sexual começou, após a 2ª Guerra Mundial, o sexo deixou de ser pecado, sujo, tolerado dentro do casamento e com fins procriativos. Hoje, a igualdade entre os sexos rejeita qualquer censura e propõe o direito lúdico de uma educação sexual desde as escolas, onde o sexo é apresentado como natural, fisiológico e saudável. Ou seja, a “nova moral” permite a prática do sexo sem vítimas, sem prejuízos para os parceiros

e uma nova consciência de paternidade responsável.

Mas, a exigência do desempenho sexual tem efeitos danosos para ambos os sexos. O homem passa a ter a obrigação de satisfazer a parceira, o que cria um grau de ansiedade crescente e com o passar da idade as deficiências ou a queda do desempenho se tornam muito frequentes hoje. A mulher, por sua vez, busca atingir o orgasmo de formas fóbicas, se martiriza na busca de obtê-lo a todo custo e acaba desenvolvendo também uma ansiedade por si mesma inibidora. Para piorar a situação, a mídia está repleta de mensagens que exploram os corpos sexualmente, levando ao hábito e a uma busca constante de novas formas de erotização. Alie-se a isto a ignorância e as deficientes técnicas sexuais e temos no homem idoso, um aumento das disfunções sexuais reportadas. Além disso, segundo LEWIS (1989), a mulher que tem maior expectativa de vida, em geral é no mínimo 2 anos mais jovem que o homem, que morre antes e, então ela perde o parceiro e tem poucas chances de se casar novamente. Quando o faz, tem problemas com a família, com a previdência social, com a comunidade religiosa e consigo mesma para se adaptar ao novo parceiro e à nova vida sexual. Segundo CAVALCANTI e CAVALCANTI (1987), os atos fisiológicos que constituem as respostas sexuais humanas são filogeneticamente determinados. O indivíduo herda a capacidade de libido, excitação e orgasmo e esta seqüência é chamada de funcional; porém se há um bloqueio em uma ou em várias etapas desta sucessão, o indivíduo é considerado disfuncional.

Logo, se o organismo é normal, a estimulação sexual efetiva leva a uma resposta sexual fisiológica inevitável. Mas nem todo indivíduo tem a mesma potencialidade para responder sexualmente e é necessária uma série de fatores como disponibilidade de tempo, parceiro, local, condições de saúde, etc, para se obter resposta. Nas sociedades tradicionais, a mulher fica à disposição do parceiro para ter relações sexuais, mesmo que esta não esteja ardendo de desejo. Portanto, temos que ter um estímulo capaz de eliciar uma resposta após certa latência, porém, se os estímulos forem repetitivos, a latência aumenta, o limiar aumenta e a fadiga se instala. Deve-se esperar a recuperação física para se obter novamente respostas. Ainda é preciso distinguir duas outras situações: o hábito e a saciedade. No hábito, como sabemos, os mesmos estímulos repetidos conduzem a uma familiaridade com

a situação e, portanto, levam à indiferença. É o que acontece com casais unidos há muito tempo, onde a rotina e a exposição do mesmo estímulo sexual fazem com que os parceiros se tornem inapetentes.

A saciedade se instala quando o mesmo estímulo é apresentado repetitivamente, perdendo seu papel eliciador. Não confundir com fadiga. O indivíduo pode estar fatigado e não saciado e vice-versa. Uma única relação sexual pode deixar um indivíduo saciado e não fatigado (relações repetidas).

Para HELLINGA (1978), a andropausa pode começar ainda na vida adulta devido à hipofunção das células de Leydig, sem qualquer cronologia com a idade, como acontece com as mulheres.

Os sintomas são vagos e inespecíficos, dentro de um processo gradual de transição de hipofunção até o aleydigismo, com diminuição da libido e da potência, acompanhadas de fadiga aos exercícios leves e decréscimo da atividade mental. Pode se seguir anorexia, nervosismo, cefaléias, irritabilidade, distúrbios gastro-intestinais, extrasístoles, taquicardia, distúrbios vasomotores (ondas de calor), depressão e alterações emocionais. O diagnóstico, uma vez suspeitado, deve ser confirmado; baixos níveis de 17-cetosteróides ou de testosterona no plasma e na urina são decisivos e uma boa resposta aos andrógenos de substituição é a última prova. Porém, segundo este autor, devemos diferenciar a andropausa do climatério masculino. Ele chama de andropausa se a deficiência primária está na hipófise ou no hipotálamo, onde o LH está baixo ou ausente.

Já, se as células de Leydig não respondem bem, o LH tende a aumentar e os sintomas descritos tendem a se agravar. É o climatério masculino. A ocorrência de andropausa é muito mais freqüente do que a síndrome climatérica bem definida, porém há uma tendência em se negligenciar a existência de ambas e os pacientes serem encaminhados ao tratamento psiquiátrico. Não devemos negar a existência de fatores psicológicos que, em parte, jogam seu papel em muitos casos, porém em geral são secundários à causa principal.

A causa é diferente, porém a resultante é a mesma, ou seja, a falta ou a deficiência de andrógenos.

Isto conduz a outro problema, os efeitos colaterais da androgenoterapia

que podem causar carcinoma de próstata e repercussão sobre o coração e os vasos sanguíneos levando à hipertensão e/ou arteriosclerose, tornando o ato sexual perigoso no homem idoso. Várias são as referências de morte durante o intercuro entre esses pacientes (morte heróica, foi a última).

Toda energia reprimida deve ser utilizada na atividade sexual para que o indivíduo goze de perfeita saúde física e mental. “Quanto mais se faz sexo, mas se quer fazer e melhor se sentem as pessoas, é um afrodisíaco”.

Resta, portanto, encontrar um parceiro interessante e interessado, para compartilhar a sexualidade.

Porém, como mencionamos anteriormente podem coexistir inúmeras patologias nessa idade que irão agravar o quadro ou mesmo serem diretamente responsáveis pela perda da sexualidade.

Quais são os achados reais que a senescência impõe ao homem? Os trabalhos de NOWAKOWSKI e SCHMIDT (1959) e DOEPFMER (1960) evidenciam que o peso e o volume dos testículos diminuem ligeiramente em muitos homens. A nível microscópico se observa espessamento das paredes dos túbulos seminíferos com hialinização e fibrose gradual e com diminuição da atividade espermatogênica. Porém, em muitos túbulos, a espermatogênese se mantém e de há muitos se sabe que a fertilidade pode estar presente aos 90 anos; mas, em geral, 20 a 30% dos indivíduos com mais de 60 anos são subférteis ou mesmo inférteis. O conteúdo de frutose seminal diminua a um terço do normal, o que evidencia um declínio na função das células de Leydig, cujo número se reduz a 40% aos 70 anos de idade, resultando em menor produção de hormônios e menor excreção de 17-cetosteróides. Este declínio da função testicular devido ao envelhecimento pode ser primário (testículo) ou secundário (hipófise) ou de ambos.

As alterações são na libido e na função erétil e, embora a maioria dos homens idosos mantenham-se interessados em sexo, menos de 15% referem atividade sexual contínua, devido primariamente à disfunção erétil. A ereção depende da interação completa entre sistema nervoso autônomo, sistema cardiovascular e neurotransmissores locais como a acetilcolina, NO (óxido nítrico) e o VIP (peptídeo intestinal vasoativo). O estímulo sexual aumenta o influxo sanguíneo nos corpos cavernosos e restringe o seu efluxo, causando a

rigidez peniana. Com a idade, diminuem os esteróides gonadais, a velocidade de condução nervosa e a complacência vascular, podendo qualquer uma delas interferir no processo erétil. Então são submetidos a programas de investigação com o Doppler e o teste da papaverina e, surpreendentemente, se encontra fuga nervosa em apenas 15% dos pacientes e insuficiência arterial com indicação para próteses penianas em não mais que 12% dos casos. Logo, em mais de 70% dos casos, aparentemente, a causa não é vascular! Pense-se em desordens neurológicas e, segundo SUGIYAMA (1989), o reflexo cremastérico pesquisado por um choque único aplicado na região ventromedial da coxa ou no dorso do pênis demonstra claramente como dirimir as dúvidas. Se houver lesão neurológica, o reflexo têm latência aumentada e pode se tornar ausente, mesmo com estímulos fortes supra limiares.

Para este autor, esta metodologia favorece a localização das lesões medulares e permite minimizar o efeito da córtex cerebral sobre o próprio reflexo. E temos ainda o relato de CATALAN, HAWTON e DAY (1990) que as disfunções sexuais devem ser focalizadas levando em conta que um terço dos homens e 18% das mulheres sofrem de problemas físicos, mais de 30% dos casais têm problemas psiquiátricos e um terço deles têm problemas maritais ou de relacionamento com os parceiros, que contribuem para a gênese das mesmas.

Encontramos ainda referências a disfunções sexuais em pacientes que apresentaram acidentes vasculares cerebrais, principalmente do hemisfério cerebral dominante, hipertensos, diabéticos de longa data, portadores de artrite reumatóide ou espondilite anquilosante, hepatopatias crônicas, operados de cânceres urológicos, pós-radioterapia de tumores de bexiga ou próstata, cirurgias abdominais ou pélvicas, insuficiência respiratória, endocrinopatias, cardiopatias, o uso de drogas e medicamentos e do lado feminino, as vítimas de abuso sexual, gestação, alcoolismo, psicopatias e a própria menopausa.

Ou seja, podemos visualizar causas orgânicas e causas psicossociais, cujas conseqüências podem ser de grande importância na sexualidade dos pacientes e ter reflexos sobre as reações do parceiro sexual, resultando em efeitos nada desprezíveis sobre o próprio paciente, redundando num ciclo vicioso que mantém de forma direta ou indireta o problema existente ou, o

que é pior, induz a um agravamento da situação.

Consultando a literatura recente sobre disfunções sexuais e patologias mais comuns, nos deparamos com os trabalhos de HSUEH (1988) e ZEMEL (1988) sobre pacientes hipertensos, diabéticos ou não, cuja doença vascular associada à neuropatia ou a problemas psicológicos, se torna um desafio quanto ao seu tratamento, em ambos os sexos, pois o uso de diuréticos, simpatolíticos e betabloqueadores se associam a disfunções eréteis, impotência e diminuição da libido no sexo masculino e queixas da menor lubrificação vaginal, disfunção orgasmática e diminuição da libido entre as mulheres. ZEMEL estima entre 40 a 80% o índice de pacientes diabéticos hipertensos com uma dessas disfunções relatadas.

Outra patologia extremamente comum de ser relacionada com as disfunções sexuais é o acidente vascular cerebral. MONGA, LAWSON e INGLIS (1986), estudando 113 pacientes (78 homens e 35 mulheres) com idade média de 68 anos, referem diminuição da libido em ambos os sexos. Os homens referem perda de ereção e da ejaculação após o insulto cerebral e as mulheres se queixam de problemas orgásticos e de lubrificação vaginal, 95% dos homens e 75% das mulheres estavam satisfeitos com sua atividade sexual antes do acidente, enquanto após o mesmo somente 26% dos homens e 37% das mulheres diziam o mesmo. Todos relatam ter medo que a atividade sexual altere a pressão arterial e precipite novo acidente.

Já COSLETT e HEILMAN (1986), estudando pacientes com acidentes vasculares nos hemisférios direito - dominante - e esquerdo, referem a prevalência das lesões à direita sobre as disfunções - (9/12) para apenas (1/4) à esquerda, o que corresponde à hipótese de ser o hemisfério dominante crítico para ativação da função sexual.

Um grupo de pacientes que tem apresentado problemas de sexualidade e fertilidade, são aqueles submetidos a tratamentos para tumores de próstata e das vias urinárias. Assim, SCHOVER (1987) se preocupa com a preservação da função sexual e da fertilidade em pacientes que foram operados de câncer da próstata, da bexiga, do pênis, da uretra ou do rim e inclusive da recuperação da espermatogênese após quimio ou radioterapia.

Quanto aos efeitos desta última, van HEERINGEN, De SHRYVER e

VERBEEK (1988), estudando 18 pacientes com idades entre 60 e 82 anos, submetidos à radioterapia por Ca de próstata, encontraram apenas 3 casos de impotência, ressaltando a importância de assistência psiquiátrica para reduzir a proporção de problemas psicogênicos que incidem nesses pacientes. Outro interessante estudo ainda em 1988, é o de BANKER que acompanhou prospectivamente pacientes irradiados também por câncer de próstata. Para aqueles ativos sexualmente - (três ou mais intercursos mensais) antes da irradiação, a chance de manter a potência com ereções perfeitas era de 73%. Mas, para os casos menos ativos, o decréscimo da potência era de 40 a 46%, evidenciando a importância da atividade sexual prévia. Mais recentemente, KRAUSS et alii (1989) acompanharam o pós-operatório de 19 pacientes com próteses penianas e suas esposas durante um ano e relatam que o casal se mostra em geral satisfeito, principalmente os maridos que aumentam a freqüência dos coitos, mesmo sem sofrer alterações da libido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANKER, F.L. (1988). The preservation of potency after external beam irradiation for prostate cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 15(1):219-220.
- CATALAN, J.; HAWTON, K.; DAY, A. (1990). *Couples referred to a sexual dysfunction clinic. Psychological and physical morbidity.* Br. J. Psychiatry, 156: 61-67.
- CAVALCANTI, M. ; CAVALCANTI , R.C. (1987). *Disfunções sexuais - O fator Emocional.* Tratado de Ginecologia. vol. 2: 1246 - 1257, Ed. HALBE, H.W., Livraria ROCA. São Paulo.
- COSLETT, H.B.; HEILMAN, K.M. (1986). *Male sexual function. Impairment after right hemisphere stroke.* Arch. Neurol. 43(10): 1036-1039.
- DOEPFMER, R. (1960). *Die Männliche Fertilitat bei Jugendlichen und Greisen.* Deustche Med. Wschr., 85: 427-430.

- DIOKNO, A.C.; BROWN, M.B.; HERZOG, A.R. (1990). *Sexual function in the elderly*. Arch. Intern. Med. 150(1): 197-200.
- van HEERINGEN, C.; De SCHRYVER, A.; VERBEEK, E. (1988). *Sexual function disorders after local radiotherapy for carcinoma of the prostate*. Radiother. Oncol. 13(1): 47-52.
- HELLINGA, G. (1959). *Clinical Andrology - Willian Heinemann Medical Books Ltd. London, p. 151-193*.
- HSUEH, W.A. (1988). *Sexual dysfunction with aging and systemic hypertension*. Am. J. Cardiol. 61(16): 18H-23H.
- KRAUSS, D.J.; LANTINGA, L.J.; CAREY, M.P.; MEISLER, A.W.; KELLY, C.M. (1989). Use of the malleable penile prosthesis in the erectile dysfunction: a prospective study of postoperative adjustment. J. Urol. 142(4): 988-991.
- LEWIS, M. (1989). *Sexual problems in the elderly: Men's vs. women's. A Geriatrics panel discussion*. Geriatrics, 44: 75-86.
- MONGA, T.N.; LAWSON, J.S.; INGLIS, J. (1986). *Sexual dysfunction in stroke patients*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 67(1): 19-22.
- MULLIGAN, T.; RETCHIN, S.M.; CHINCHILLI, V.M.; BETTINGER, C.B. (1988). *The role of aging and chronic disease: in sexual dysfunction*. J. Am. Geriatr. Soc. 36(6): 520-524.
- NOWAKOWSKI, H.; SCHMIDT, H. (1959). *Die Hodenveränderungen beim alternden Mann und deren Klinische Bedeutung*. Schweiz. Med. Wschr, 89: 1204-1211.
- SCHOVER, L.R. (1987). *Sexuality and fertility in urologic cancer patients*. Cancer 60 (3 Suppl): 553-558.

SUGIYAMA, T. (1989). *Cremasteric reflex. Its application to urological diagnosis*. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi, 80(8): 1134-1140.

VITIELLO, N. (1987). *Disfunções sexuais - fatores orgânicos*. Tratado de Ginecologia, vol 2: 1234 - 1245. Ed. Halbe, H.W. Livraria ROCA Ltda. São Paulo.

WEIZMAN, R. ; HART, J. (1987). *Sexual behavior in healthy married elderly men*. Arch. Sex. Behav. 16(1): 39-44.

ZEMEL, P. (1988). *Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension*. Am. J. Cardiol. 61(16): 27H-33H.