

Disfunção erétil no homem idoso

Erectil dysfunction in elderly

Priscilla Meira Lima ¹, Brenda Battestin ¹, Sarah Hasimyan Ferreira ¹,
Francisca Joelma Rodrigues de Lima ¹, Ana Raquel Nascimento Lawall ¹,
Vinícius Oliveira Domingues ¹, Clayton Franco Moraes ²

Resumo

A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade de alcançar ou manter uma ereção adequada para a satisfação sexual. Estima-se que milhares de homens sejam afetados no mundo, principalmente quando atingem a terceira idade. O envelhecimento é uma realidade em tempos modernos, entretanto os tabus sobre a sexualidade em idosos ainda permanecem. Esse artigo traz uma visão mais ampla, a qual os profissionais da área da saúde devem ter ao abordar um idoso do sexo masculino. Portanto, devem-se conhecer as principais etiologias: psicogênicas, orgânicas (transtornos vasculares, endocrinológicos e neurológicos) e até secundárias ao uso de medicamentos (ansiolíticos e antidepressivos). Assim como entender os possíveis tratamentos para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Palavras chave: disfunção erétil, sexualidade, idosos, envelhecimento.

Abstract

Erectile dysfunction (ED) is defined as the ability to achieve or maintain an erection adequate for sexual satisfaction. It is estimated that thousands of men are affected in the world, especially when they reach old age. Aging is a reality in modern times, however taboos about sexuality in the elderly remain. This article provides a broader view, which health professionals should take to approach a male elderly. Therefore, is important to know the main causes: psychogenic, organic (vascular disorders, endocrine and neurological) and even secondary to the use of medications (anxiolytics and antidepressants). As well as understand the possible treatments to improve the quality of life of this population.

Keywords: erectile dysfunction, sexuality, elderly, aging.

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Docente, médico, do curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: priscillamlima06@gmail.com

Recebido em 08/03/2016

Aceito, após revisão, em 16/03/2016

Introdução

A população mundial e brasileira tem aumentado a expectativa de vida de forma que os idosos já ocupam grande parte da sociedade. Diante disso, o interesse por esse grupo deve ser maior e devemos entendê-los em sua totalidade, inclusive apoiar sua sexualidade. Foi visto que os idosos que se sentem satisfeitos com sua vida sexual apresentam maior auto-estima e qualidade de vida do que aqueles que não se sentem satisfeitos.¹

No gênero masculino, dentre outras alterações na função sexual, as ereções espontâneas não acontecerão com a mesma rapidez e facilidade, e perderão parte da solidez da juventude.²

Além das mudanças físicas naturais, homens e mulheres, no processo de envelhecimento, estão mais susceptíveis a desordens orgânicas como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardíacas, obesidade, câncer de próstata, Doença de Parkinson, doenças pulmonares e diversas outras que podem reduzir ou impedir o interesse pelas práticas sexuais, além de limitarem fisicamente, o que dificulta a atividade sexual.^{1,2}

Não só as mudanças físicas, mas as mudanças psicológicas e a auto-estima influenciarão na sexualidade do homem.¹

Ainda vale lembrar que as disfunções eréteis (DE) estão intimamente relacionadas com as medicações usadas pelo homem.

Observou-se que a partir dos 60 anos a taxa de DE aumenta independentemente das comorbidades associadas, mostrando que os fármacos administrados nesse grupo possuem forte potencial de agravamento da função sexual.³

A DE é uma realidade no Brasil, mas que ainda não tem seu devido valor entre a maioria dos profissionais da saúde. Dados epidemiológicos mostram que a DE acomete 45,1% de homens brasileiros, em algum grau. Entre 18 e 39 anos, 32% dos brasileiros têm DE mínima; 10,3% têm DE moderada e 1,1% têm DE completa (impotência). Acima dos 70 anos há 21,1% de DE mínima, 35,1% de DE moderada e 12,3% de DE completa.⁴

Dessa forma, este artigo tem como objetivo resgatar as principais etiologias da disfunção erétil em idosos e as possibilidades de tratamentos, a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população masculina.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura. Foram pesquisados os termos: “sexualidade”, “idosos”, “disfunções sexuais”, “disfunções eréteis”, “envelhecimento” em base de dados como Google acadêmico, Scielo, Pubmed e CAPES. As publicações selecionadas são do período de 2004-2015. Utilizou-se também um livro em português do ano de 2004 em sua forma eletrônica.

Disfunção erétil no Idoso

Para a seleção das fontes foram consideradas como critério de inclusão as bibliografias que abordassem concomitantemente a sexualidade/disfunções sexuais na faixa etária dos idosos.

Causas psicogênicas

A disfunção erétil psicogênica é definida como incapacidade persistente de ereção satisfatória causada sobretudo por fatores psicológicos ou relacionais.⁵

DE de causa psicogênica pode ser primária ou secundária e estar relacionada a estresse emocional, coerção sexual, problemas de relacionamento (conflitos conjugais e separações), problemas com emprego (desemprego e diminuição de renda), depressão, insatisfação com a vida e atitude pessimista.⁵

A Depressão, de ocorrência extremamente comum no idoso, é bem relatada na literatura científica como significativa na DE. Entretanto, ainda não se sabe a natureza exata da relação entre as duas.

Embora seja possível que a DE (possivelmente de causa orgânica) possa contribuir com o desenvolvimento de depressão, também é possível que os sintomas depressivos possam levar à DE.^{6,7}

O transtorno de ansiedade e a depressão fazem parte juntas das duas causas mais ligadas ao desencadeamento da DE psicogênica. No que tange à ansiedade, a ansiedade de desempenho foi enfatizada como um fator inibidor da função do sistema

nervoso autônomo em um nível que inviabiliza a excitação fisiológica. A tendência de questionamento do homem com episódios de DE, quanto à sua virilidade, provoca medo de novos fracassos no seu desempenho sexual, o que pode levar à redução do interesse sexual e à perda da autoestima, criando constrangimento e mais ansiedade.⁷

Além dos aspectos psicopatológicos, há que considerar também os aspectos negativos psicossociais tão comuns na terceira idade, como falta de um companheiro(a) (viuvez, separação, abandono), dificuldades econômico-financeiras, dependência de filhos e outros parentes, falta de privacidade (por problemas de moradia), doenças orgânicas e mentais no cônjuge, ignorância sobre as questões sexuais, tabus e preconceitos sobre a sexualidade do idoso, entre outros inúmeros fatores.⁶

O I Consenso Latino-Americano de Disfunção erétil (2002) traz a seguinte classificação:

CLASSIFICAÇÃO DA DISFUNÇÃO ERÉTEL PSICOGÊNICA	
Tipo Generalizado	
Falta de resposta generalizada	
1. Perda primária da excitação sexual.	
2. Declínio da excitação sexual relacionado à idade.	
Inibição generalizada	
1. Transtorno crônico da intimidade sexual.	
Tipo Situacional	
Relacionada à parceria	
1. Perda de excitação em um relacionamento específico.	
2. Perda de excitação devido à preferência de objeto sexual.	
3. Inibição central alta devido a conflito ou temor em relação à parceria.	
Relacionada à performance	
1. Associada a outras disfunções sexuais (como ejaculação precoce).	
2. Ansiedade de performance sexual (como medo de falha).	
Angústia psicológica ou relacionada a ajustamento	
1. Associada a estado de humor negativo (como depressão) ou evento vital maior (como morte da parceira).	

Causas Orgânicas

Distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM)

Trata-se de uma redução mensurável dos hormônios sexuais masculinos (testosterona sérica total, testosterona livre calculada e globulina carreadora de hormônios sexuais) acompanhada de manifestações clínico - laboratoriais de hipogonadismo.⁶

Ocorre uma redução da libido e da qualidade e frequência das ereções; mudança do humor, com irritabilidade, depressão e fadiga; redução da capacidade intelectual cognitiva, perda da capacidade de orientação espacial e perda de memória; distúrbios do sono; perda da massa magra; aumento da gordura visceral; redução dos pelos dos corpos e alterações cutâneas; redução da densidade mineral óssea, que resulta em osteopenia e, eventualmente, osteoporose.⁶

Pode-se facilmente estabelecer um paralelo entre o envelhecimento masculino e o feminino, onde nos homens o declínio nos níveis de testosterona é mais gradual e menos absoluto se comparado ao declínio da produção de estrógeno na mulher. Entretanto, uma diferença marcante é o fato do homem, ao contrário da mulher, não perder a capacidade reprodutiva acoplada a perda de função endócrina gonádica após a andropausa.⁸

Diversas alterações histomorfológicas que ocorrem nos testículos estão associadas á

idade e se apresentam como importantes na manutenção da fertilidade. Embora o número total de espermatozoides não mude com a idade, a motilidade dos mesmos parece ser amplamente alterada.⁸

A maioria dos homens idosos sofre o crescimento da próstata, o que conduz a uma doença muito comum, a hiperplasia prostática benigna (BPH), que acarreta em uma obstrução do trato urinário. Dependendo da origem da alteração fisiológica, esta pode funcionar como fator gerador de pulso hipotalâmico de GnRH, resultando em uma perda da ritmicidade circadiana, assim como em alterações dos níveis séricos hormonais.⁸

Transtornos vasculares

Esta é uma das causas mais frequentes de disfunção erétil de causa orgânica. Pode ser arteriogênica ou venogênica, localizada ou sistêmica.⁶

As Alterações Arteriais são as mais frequentes dentre as causas orgânicas e dizem respeito ao estreitamento das artérias, conseqüentemente diminuindo o fluxo do sangue no pênis. A arteriosclerose costuma obstruir significativamente as artérias do pênis. Esta situação de oclusão circulatória é também comum na hipertensão arterial, no aumento do colesterol, no stress, nos fumantes e nos diabéticos.⁹

A causa mais comum é aterosclerose do leito hipogástrico-cavernoso, que reduz a pressão de perfusão e o fluxo arterial para os espaços lacunares, diminuindo a rigidez do

Disfunção erétil no Idoso

pênis ereto e retardando a progressão da ereção, uma vez desencadeada.⁶

As Alterações dos Corpos Cavernosos como a fibrose e a fistula para o corpo esponjoso, impedem que ocorra o mecanismo de pressão do sangue necessário para encher o pênis. Na fibrose o pênis não consegue se distender e na fistula o sangue que chega ao pênis logo retorna para o organismo. Na fase de flacidez as fibras musculares penianas ficam contraídas e se relaxam no momento da ereção.⁹

Disfunções Endócrinas

Diabetes mellitus, hiperprolactinemia, hipo ou hipertireoidismo, disfunções de adrenal, além do hipogonadismo primário ou secundário, são algumas disfunções que podem causar ou agravar a disfunção erétil.⁶

A Diabetes é uma das causas mais comuns de disfunção erétil. Os diabéticos, devido às lesões vasculares e nervosas produzidas pela doença, têm maior chance de desenvolver a impotência. A alteração neurológica (neuropatia), incidindo sobre o pênis leva à uma diminuição na velocidade de condução dos impulsos elétricos pelo pênis a qual, juntamente com as alterações vasculares também produzidos por essa doença, resultam em quadros de séria disfunção erétil. A incidência de Disfunção Erétil entre os diabéticos está entre 50 a 60% dos pacientes com mais de 50 anos.⁹

Causa medicamentosa

A DE pode ser desencadeada ou agravada por qualquer medicamento que interfira no controle hormonal ou de neurotransmissores do processo de ereção. Antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, anti-hipertensivos e diuréticos são drogas largamente utilizadas no paciente idoso e que promovem alterações dos níveis de hormônios sexuais e neurotransmissores (NT) como catecolaminas, serotonina e acetilcolina.^{6,10}

Doenças neurológicas

As doenças neurológicas, muito comum em idosos, também promovem alterações nos níveis de NT e na maneira como os mesmos agem na ereção/ejaculação. O acidente vascular encefálico, Alzheimer, epilepsia, esclerose múltipla, Parkinson e lesões medulares podem ser consideradas causadoras da DE.^{6,10}

Doença sistêmica

A dinâmica hormonal dos androgênios pode ainda ser alterada por outras doenças sistêmicas como a insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca ou respiratória, câncer e artrite reumatoide. Nestes casos a irrigação arterial hipogástrica comprometida coloca-se como causa base da DE.^{6,10}

Tratamento

Tratamento psicoterápico

Paciente e parceiro devem estar a par das dificuldades encontradas por ambos. Deve ser encorajada a conversa aberta para que as dificuldades psicológicas possam ser superadas. Psicoterapia individual pode ser a primeira tentativa, seguida pela terapia de casal, se necessário. Sempre deve ser esclarecido ao paciente e parceiro que há a terapia farmacológica para atuar de forma adjuvante, mas que em casos de DE psicogênica a mesma não poderá atuar sozinha. O médico deve ser capaz de fornecer educação sexual ao paciente, de forma a esclarecer a fisiologia do que está ocorrendo em um quadro de DE.^{6,10}

Tratamento medicamentoso

A fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) é a responsável por hidrolisar o GMP cíclico e fazer o pênis voltar à flacidez. Desta forma, os inibidores da PDE5 são considerados de primeira linha no tratamento oral da DE. Atuam como vasodilatadores e são mais bem aceitos em casos de DE orgânica, psicogênica ou mista. Nitratos são contraindicados em pacientes usuários destas medicações. São representantes da classe a sildenafil, tadalafila, vardenafila e iodenafila. A sildenafil é a de efeito clínico mais rápido, podendo durar até 5 horas. A iodenafila é a única que não sofre alterações de absorção pela ingestão de álcool ou alimentos.⁵

A autoinjeção intracavernosa se dá com drogas vasoativas, como a prostaglandina E1. Não há muitos relatos de priapismo neste tipo de tratamento, visto que a metabolização intracavernosa do fármaco é bastante rápida. O principal efeito adverso neste caso é a dor local, que vem sendo combatida através da utilização de vasodilatadores e relaxantes musculares associados (fentolamina e papaverina).⁵

Tratamento cirúrgico

A terceira opção para o tratamento da DE é o implante de prótese peniana. Atualmente podem ser utilizados dois tipos de próteses, as maleáveis, que se constituem de um fio de prata revestido de silicone; e as infláveis, que funcionam por mecanismos hidráulicos contidos de silicone. A decisão por qual tipo de prótese usar depende da patologia causadora da DE, da experiência do cirurgião e da aceitação do paciente.⁵

Conclusão

Envelhecer não é uma questão apenas de idade, envolve aspectos psicológicos e orgânicos do paciente que se porta ou não como idoso. É parte de todo o processo de envelhecer com saúde a questão de aceitação das novas condições físicas e da melhor maneira de lidar com as mesmas. O aconselhamento para uma maior aceitação e compreensão das particularidades da terceira idade depende em grande parte do profissional de saúde. As DE psicogênicas,

Disfunção erétil no Idoso

principalmente, podem ter um curso mais favorável quando bem conduzidas pelo médico e seu paciente. Percebe-se que, mesmo quando em associação com a terapia medicamentosa, a psicoterapia tem papel de extrema importância na recuperação da saúde sexual do paciente. Deve ser encorajado um questionamento mais completo e frequente sobre a qualidade da vida sexual. Tabus em relação a terapia medicamentosa devem ser quebrados, uma vez que as utilizar não deve tornar o idoso mais infeliz com sua nova situação. É preciso que as causas orgânicas e medicamentosas sejam consideradas como hipóteses, permitindo diagnóstico e tratamento precoce da causa primária.

Referências

1. M. Ni Lochlainn, R.A. Kenny. *Sexual activity and aging*. JAMDA 14 (2013) 565-572
2. Gradim, CVC. Sousa, AMM. Lobo, JM. *A prática sexual e envelhecimento*. Cogitare Enferm. 2007 Abr/Jun; 12(2):204-13
3. R. Shiri, J. Koskimaki, J. H " akkinen et al., "Effects of age, " comorbidity and lifestyle factors on erectile function: Tampere Ageing Male Urological Study (TAMUS)," *European Urology*, vol. 45, no. 5, pp. 628–633, 2004.
4. Abdo C - *Descobrimto Sexual do Brasil*. São Paulo: Summus Editorial, 2004
5. NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes. *Disfunções sexuais*. In: NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; ZERATI FILHO, Miguel; REIS, Rodolfo Borges dos. *Urologia fundamental*. São Paulo: Planmark, 2010. Cap. 9. p. 87-100.
6. Castilho, LN. Ferreira, U. Nardi, AC. Valim, AC. *Disfunção erétil na terceira idade*. Moreira Jr editora. 2006.
7. REIS, Margareth de Mello Ferreira dos. *Dinsfunção erétil auto referida*. 2008. 157 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Cap. 1.
8. BULCÃO, Carolina Berreda et al. *Aspectos fisiológicos, cognitivos, e psicossociais da senescência sexual*. Ciências e Congnição, Rio de Janeiro, v.01, n.1, p.54-75, março. 2004.
9. BALLONE GJ. *Disfunção Erétil, Antiga Impotência Sexual*. 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=166>>. Acesso em: 17 nov. 2015.
10. GARERI, Pietro et al. *Erectil Dysfunction in the Elderly: An Old Widespread Issue with Novel Treatment Perspectives*. *Int Jour Endocin*. 2014; vol 2014: 1-15.