O Homem aos 60 anos

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Sociedade Portuguesa de Andrologia

O Homem aos 60 anos

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

La Fuente de Carvalho

- Natural de Matosinhos
- Licenciado em Medicina pela Universidade do Porto
- Chefe de Serviço de Urologia no Hospital de Santo António – Porto
- Professor Associado de Bioética e Deontologia Médica no Instituto de Biomédicas de Abel Salazar
- Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia (2007-2008)

O Homem aos 60 anos

FICHA TÉCNICA

Título
O HOMEM AOS 60 ANOS

Autores
VÁRIOS

Edição
SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANDROLOGIA

Execução Gráfica
SAÚDE, SÁ – ARTES GRÁFICAS

Depósito Legal
290603/09

Tiragem
2500 EXEMPLARES

Sociedade Portuguesa de Andrologia

O Homem aos 60 anos

Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Indice

Editorial 5
Andrologia. A Saúde do Homem – *António Campos* 7
A fisiologia da Idade – *La Fuente de Carvalho* 13
Corpo e espirito do homem aos 60 anos – *Nuno M. Pereira* 19
Diabetes e doença macrovascular – *Paula Mendes* 25
Sindrome metabólico – *Isabel Palma* 37
Hormonas e neurotransmissores da sexualidade – *Santinho Martins* 41
O Hipogonadismo aos 60 anos – *Alcino Oliveira* 51
Idade das artérias – *Alexandre Moreira* 55
Factores de risco cardiovascular aos 60 anos – *Paulo Palma* 61
O pénis aos 60 anos – *Pepe Cardoso* 65
Como avalio o pénis aos 60 anos – *M. Ferreira Coelho* 69
Farmacoterapia da erecção – *José Dias* 75
Prótese peniana. Indicações – *Ferdinando Pereira* 85
Prevenção da disfunção eréctil – *Nuno Louro* 89
Há perspectivas de prevenção aos 60 anos? – *Pedro Vendeira* 95
Os homens de 60 anos vistos por mim – *Rocha Mendes* 97
A paternidade tardia – *Luis Ferraz* 101
Amor e ternura aos 60 anos – *Adriano Pimenta* 103
Uma perspectiva psico-afecto-sexual – *António Palha* 107
Os valores do homem de 60 anos – *António Requixa* 113
A mulher na vida de um homem de 60 anos – *Céu Santo* 121
O sentido da vida aos 60 anos – *Francisco Rolo* 127
O sentimento da morte – *Joshua Rhua* 131

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Andrologia, biénio 2007-2008, pretendeu reunir a colectânea de textos da reunião científica "O Homem aos 60 anos" e alargar os escritos de outros Colegas que têm vindo a dedicar muito do seu trabalho a Andrologia.

O Homem, enquanto ser social, interioriza as normas da sua sociedade, da sua cultura, da sua educação, da sua familia. As reflexões escritas interligam-se, complementam-se, e algumas até contradizem-se, o que exprime a controvérsia e a complexidade de falar do Homem aos 60 anos.

A análise das alterações fisiologicas, as modificações da sua vida sexual e afectiva, o envelhecer do corpo, as repercussões das doenças cardiovasculares, as doenças da próstata, as suas aprendizagens afectivas e psíquicas, a saliência da mulher na sua vida, potenciam a sua criatividade e encaminham o Homem aos 60 anos para viver, com força, a segunda primavera da sua vida.

Esta monografia, enquanto polo aglutinador de opinões e conceitos expressos por pessoas de diferentes áreas da Medicina, pretende despertar a reflexão para um tema tão actual como é a Saúde Global do Homem.

A todos aqueles que, de forma espontânea e afectiva, colaboraram com os seus escritos nesta iniciativa deixamos expresso um sincero agradecimento.

"A ciência é transitória, a vida efémera
mas, a Amizade é perene."

La Fuente de Carvalho

Andrologia. A Saúde do Homem

António Campos

Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

Membro da Direcção da Sociedade Portuguesa de Andrologia

Foi-nos proposto o desafio de procurar antever os caminhos que poderão vir a ser trilhados pela Andrologia no Futuro. Este é o resultado de uma reflexão fundamentada em elementos colhidos em trabalhos de autores de renome mundial, bem como a visão pessoal que temos sobre a possível evolução que esta área da Medicina pode vir a ter no Futuro.

Numa época de transformações aceleradas, quase revolucionárias, na organização, implementação e prestação de cuidados de saúde surge, naturalmente, a pergunta: para onde caminha a Andrologia?

Em 1951 surgiu, pela primeira vez, o termo ANDROLOGIA, criado pelo Prof. Harald Siebke, um Ginecologista. Desde a sua origem que o conceito de Andrologia tem estado fortemente ligado, e até em certa medida limitado, à infertilidade masculina. Dito de outro modo: o termo que na sua acepção etimológica quer dizer "o tratado do homem" ficou durante muitos anos refém da problemática da reprodução humana.

Se recorrermos às definições de Andrologia, que foram aparecendo ao longo dos anos, podemo-nos aperceber da amplitude, cada vez maior, da forma merecida que o termo encerra. Nos estatutos da "American Society of Andrology" podemos ler, "The Society, which fosters a multi-disciplinary approach to the study of male reproduction, exists to promote scientific interchange and knowledge of the male reproductive system ... (1974)

Mas a Andrologia, por direito próprio, abraçou e desenvolveu o estudo e o tratamento da disfunção eréctil.

A definição de Andrologia evoluiu, tornou-se de forma explicíta mais abrangente. Veja-se por exemplo a definição de Andrologia publicada no tratado de "Prática

Androlológica, J. M. Pomerol et J. L. Arondo (1994): "La andrologia es la parte de la medicina dedicada al estudio del aparato genital masculino y sus enfermedades, siendo las áreas fundamentales de interés: la infertilidade, la disfunción sexual, la contacepción y la problemática en el desarrollo gonadal".

Nos nossos dias, encontramos na tão conhecida "WIKIPEDIA" uma definição que revela bem a necessidade de alargar ainda mais os horizontes do conceito de Andrologia: "A andrologia é a especialidade médica dedicada ao estudo (diagnóstico e prognóstico) da saúde masculina (em especial no que se refere à função sexual masculina e ao aparelho reprodutor masculino, incluindo os aspectos anatómicos, biológicos; psíquicos, urológicos e outros ligadas à saúde sexual (www.wikipedia.org/2008)

A Andrologia não fica assim limitada às áreas da fertilidade e ou reprodução masculina nem se submete, subservientemente e de forma quase exclusiva, à das problemáticas sexuais.

Este alargar de horizontes, da Andrologia, é imposto pelo reconhecimento de diferenças estatísticas evidentes em diferentes indicadores de saúde entre o homem e a mulher, e ainda porque se reconhecem interesses, problemas e orientações na sua abordagem e tratamento muito diferentes nos dois sexos.

Tornou-se evidente que a Saúde tem condicionantes de género e é necessário considerar e disponibilizar meios mais específicos para cada um dos géneros.

Exemplos práticos, que fundamentam bem estes conceitos, encontram-se em todas as idades do homem. Na criança e no adolescente são as situações relacionadas com o tamanho e a forma dos genitais externos, a descida testícular, a identidade sexual, as alterações hormonais, as suas implicações no bem-estar, no comportamento do indivíduo e o seu desenvolvimento corporal.

No homem jovem os temas como o culto do corpo, o rendimento sexual, o controle da fertilidade, as perturbações do desejo, o tamanho e a forma dos genitais.

Já no homem "maduro" e nas fases mais avançadas da vida (o "Aging male"), surgem as preocupações com o controlo da próstata, as alterações do desejo, a perda progressiva das capacidades (físicas e mentais), o tratamento de hábitos tóxicos, a correcção de alterações metabólicas e endócrinas, o estabelecimento do síndrome metabólico, os problemas cárdio-vasculares; as alterações do foro psicológico (depressão).

A importância da "Saúde do Homem", entendida no sentido da prestação de cuidados de saúde diferenciados ao indivíduo do sexo masculino, tem-se vindo a impor e hoje é uma realidade inquestionável. Não se estranha pois, como resultado

deste reconhecimento, que o tema seja abordado cada vez com maior frequência nos meios médicos especializados.

Desde há muito que foram reconhecidos os aspectos específicos da saúde da mulher, não só no período reprodutor (controlo da fertilidade, pré-gravidez, gravidez, período pós-parto) mas também no climatério e na menopausa. Fruto deste efectivo, e merecido reconhecimento, desenvolveram-se meios técnicos especializados, físicos e humanos, que asseguram o estudo, o acompanhamento, o apoio e o tratamento, quando necessário, das particularidades próprias de cada fase da vida da mulher. Neste âmbito nasceram e desenvolveram-se duas especialidades: a Ginecologia e a Obstetrícia.

O homem tem sido, dir-se-ia, desprezado sob o ponto de vista médico especializado. Não existem estruturas de saúde diferenciadas, e a ele destinadas, que visem satisfazer, de forma específica e integrada, as necessidades de cuidados de saúde especificos do sexo masculino, aspectos como a prevenção, o diagnóstico precoce, o acompanhamento e o tratamento das doenças do Homem. Muitas destas perturbações acarretam uma morbilidade, com perda da qualidade de vida, isto é, traduzem-se, indiscutivelmente, em sofrimento físico e psíquico, com importantes repercussões pessoais, familiares e sociais.

Normalmente estas situações são abordadas, em termos genéricos, pela comunidade médica, mas não num contexto e numa perspectiva que tenha em conta as condicionantes de género. O sofrimento do Homem é abordado de forma "genérica", e não, nas suas particularidades físicas, psíquicas e sociais que informam e caracterizam o "ser homem" no mundo actual.

O desenvolvimento e a implementação de "centros / consultas" que privilegiem esta orientação, especializada e integrada, é hoje uma necessidade incontornável. Aí deverão estar instalados todos os meios necessários, físicos e humanos, e deverá ser criado um ambiente voltado especificamente para as necessidades dos cuidados de saúde do homem.

É uma área de actividade que impõe o trabalho em equipa que deve, necessariamente, considerar acessos privilegiados a outras especialidades como a Medicina Geral e Familiar, a Psicologia e a Psiquiatria, a Endocrinologia, a Neurologia, a Cardiologia a Urologia / Andrologia.

Estamos na aurora de uma nova realidade da Urologia e da Andrologia. É necessário desenvolver de forma mais profunda o conhecimento médico, na plena acepção do termo, nesta área de interesses – a Saúde do Homem.

Embora esta especialidade tenha uma importante vertente cirúrgica não se poderá centrar, de forma prioritária, nesta componente. Desenvolver-se-á um novo

campo especializado, por direito próprio, que irá abranger a Andrologia e alguns aspectos da Urologia. Irá debruçar-se sobre as perturbações que afectam o aparelho genital, nas suas áreas médicas e cirúrgicas, numa visão global do homem, que exigem conhecimentos profundos, de âmbito essencialmente médico, com maior relevância para áreas como a endocrinologia, o metabolismo, a medicina interna, cardiologia, psicologia, neurologia, dermatologia, geriatria e gerontologia. Vai interessar e englobar muitas áreas de investigação básica nas ciências da saúde (Bioquímica; Genética; Histologia; Imunologia; Biologia Molecular; Patologia; Farmacologia; Fisiologia), e de forma incontornável, a Sexologia. Embora se reconheça a importância desta área, o Andrologista, especialista em Medicina do Homem, não deve ficar refém desta vertente. E, nesta área, quase de forma bizarra e paradoxal o Andrologista deverá ter profundos conhecimentos da sexologia feminina, respeitando todos os seus interesses e condicionantes de género. É nesta visão global, no âmbito da multidisciplinaridade, nas vertentes de investigação e cuidados assistenciais, que entendemos o futuro da Andrologia.

É necessário divulgar este conceito e tornar mais claro à Sociedade Civil, criar e distribuir pelo país Centros, onde de forma especializada e específica, se estude e promova a Saúde do Homem.

A Consulta de Saúde do Homem terá uma abordagem multidisciplinar, desde a investigação, prevenção, diagnóstico, tratamento e o seguimento de situações como o desenvolvimento sexual, a disfunção sexual, a infertilidade masculina, as doenças de transmissão sexual, a oncologia do aparelho reprodutor (próstata, testículos e pénis) e o envelhecimento masculino.

Temos como objectivo a promoção de estilo de vida, atitudes e comportamentos mais saudáveis; oferecer aconselhamento nos estilos de vida, com vista à defesa e promoção da saúde; motivar os homens para a saúde na sua plenitude física e psíquica.

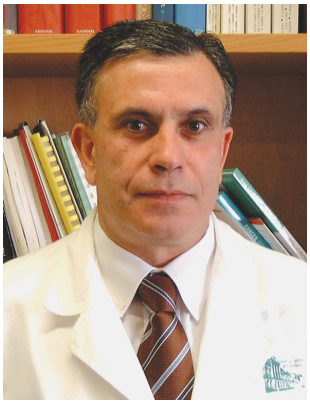
A quem caberá este tipo de trabalho especializado?

A nosso ver, e sem fundamentalismos trôpegos, dada a vertente médica e cirúrgica, bem como o seu núcleo essencial, deverá ser um especialista com formação centrada na saúde do homem, como é o Andrologista.

A este especialista serão exigidos conhecimentos básicos e clínicos, pelo que deve ser proporcionada formação teórica e treino médico-cirúrgico. As suas competências deverão ser avaliadas pelas estruturas médicas competentes e o reconhecimento da sua competência traduzir-se-á na sua Certificação.

A Consulta de Andrologia (Saúde do Homem) deve estar integrada nos Serviços de Urologia, mas reconhecer a necessidade da sua individualização, isto é, o seu trabalho deve ser independente da consulta de Urologia Geral e reconhecer que apesar da sua acção multidisciplinar o Andrologista deve promover sempre uma articulação privilegiada com outras especialidades de interesse (Endocrinologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna, Psicologia e Neurologia).

No momento actual compete motivar as estruturas de saúde para melhorar as condições de acesso, flexibilizar os horários de acesso, promover a formação e especialização de profissionais na saúde do homem e promover a saúde do Homem.



A fisiologia da idade

La Fuente de Carvalho
Serviço de Urologia – Centro Hospitalar do Porto
Professor Associado do Instituto Biomédicas de Abel Salazar

Há fenómenos da humanidade, e na história do homem que não têm idade, mas o Homem é caracterizado do ponto de vista biológico pela presença do testículo. A testosterona modifica todo o ciclo da vida do homem, com as células de Leydig a produzirem androgénios, e as células germinativas elaborar espermatozóides para assegurar a reprodução. A formação dos testículos começa pela 7ª semana de vida intra-uterina e prolonga-se pela 9ª semana. Entre a 12ª e 14ª semana começam a aparecer sinais do desenvolvimento dos genitais masculinos.

Os testículos migram desde o retroperitoneu para a fossa ilíaca até à 16ª semana. Este período é coincidente com o aparecimento do tubérculo genital o qual, posteriormente, vai dar origem ao pénis e uretra. Estes, são formados sob a influência dos androgéneos entre a 13ª e a 14ª semana. A migração testicular deve atingir as bolsas escrotais pela 28ª semana, pelo que é importante a presença de ambos os testículos nas bolsas escrotais no momento do nascimento. No primeiro exame do recém-nascido deve dar-se relevo ao exame genital – observar o pénis, a localização do meato uretral e confirmar a presença de ambos os testículos nas bolsas, que podem não estar presentes por défice de testosterona ou por aumento de estrogénios maternos.

Assim, o exame dos genitais externos na altura do nascimento é fundamental por vários aspectos.

Primeiro para confirmar que o pénis e escroto são normais; segundo para evitar situações de intersexo ou ambiguidade sexual que podem ser confundidas com hipospádias posterior. Acontece que estas crianças são registadas no sexo feminino. Na altura da puberdade a formação dos androgénios leva-os a ter a "uma aparência masculina". Esta situação, de resolução difícil na adolescência, acontece apenas porque o exame genital não foi claramente realizado.

As células germinativas são extremamente sensíveis à diferença de tempera-

tura, pelo que os testículos devem permanecer nas bolsas escrotais ao nascer ou durante o primeiro ano.

A criança, desde o nascimento até à puberdade, vai passar por um "período silencioso", sem a produção de androgénios. No despertar da Sexualidade, pelos 13 - 14 anos, surgem as primeiras erecções espontâneas e a primeira ejaculação, muitas vezes durante o sono ou durante a manipulação do pénis. Passa dum corpo pré-adolescente, muito pouco sexuado, para um corpo de reconhecida sexualidade e interessado na vida afectiva. A adolescência masculina é marcada pela influência da testosterona, com aumento do escroto, testículos, do pénis, o aparecimento dos pêlos púbicos, da massa corporal com a mudança de rapaz para homem adulto. Neste desenvolvimento normal, o adolescente vai iniciar também a espermatogénese, para o que também é necessário a testosterona.

O défice de androgénios, ou hipogonadismo, pode verificar-se por lesão testicular primária ou por deficiente produção de gonadotrofinas por lesão da hipofise ou do hipotálamo. Assim, no período neonatal, este défice pode-se manifestar por criptorquidea, pénis pequeno ou ambiguidade sexual. Se o hipogonadismo se estabelecer na adolescência pode verificar-se ausência dos caracteres sexuais secundários, proporções corporais eunocóide, ginecomastia ou testículos atróficos. Na idade adulta, a baixa de androgénios pode ser a causa de infertilidade, diminuição da libido, da função sexual, falta de energia, força muscular, diminuição da densidade óssea (um aspecto extremamente importante depois dos 60 anos), alterações nas funções cognitivas e do aparelho cardiovascular.

O homem tem dois tipos de androgénios, a testosterona (sintetisada a nível testicular) e a dihidroepiandrotestosterona e o seu sulfato (segregadas pela supra-renal). É curioso que esta dihidrohepiandrotestosterona parece ter uma secreção lenta, mas contínua, mesmo se a testosterona não for produzida na pré-adolescência.

Quais as influências deste tipo de androgénio? De facto, a testosterona no homem adulto, é importante a nível mental, na voz, disposição da gordura visceral, libido, aspecto dos genitais externos, da massa muscular e óssea. Estes aspectos são muito importantes na idade dos 60 anos.

Acontece que a testosterona diminui, progressivamente, com a idade. Circula ligada a uma globulina de transporte, com uma fracção biodisponível ligada à albumina, e a testosterona livre representa apenas 2%, a qual é biologicamente activa.

E no idoso o que acontece? Aos 40 anos atinge o pico da concentração total para, progressivamente, ir diminuindo. O homem atinge os 60 anos com um "provável" hipogonadismo, e digo "provável" porque na verdade pode não apresentar um hipo-

gonadismo clínico instalado, mas um défice parcial dos androgéneos. Este por deficência do hipotálamo e/ou hipófise, devido a lesão vascular, a doença do sistema nervoso central ou secundário a administração de medicamentos ou por défice testicular.

Os androgénios da supra-renal ganham um papel importante aos 60 anos. Nesta idade há perda de massa muscular pela diminuição da actividade física, o sedentarismo, a obesidade, uma situação de "sarcopenia", que significa diminuição da massa muscular esquelética, perda da robustez e força física, apesar de mentalmente activo. Esta alteração da massa muscular e o aumento da gordura visceral, vai ter impacto negativo na sexualidade, com o aparecimento do síndrome de resistência à insulina (apesar de os doentes não serem diabéticos), com aumento de insulina sérica, da tensão arterial e disfunção eréctil que responde de forma deficiente à administração dos inibidores da fosfodiestrase tipo 5.

A baixa dos androgénios tem repercussões a nível do aparelho cardiovascular, da estabilidade emocional e das funções cognitivas. Os androgénios da supra-renal, são um tema em aberto que tem criado grandes expectativas. Estes androgénios da supra-renal são segregados pelas glândulas do córtex da supra-renal e mantêm níveis elevados até a terceira década. Aos 60 anos vão caindo, progressivamente, para se manterem apenas 20% do total. Esta queda é ainda um enigma. Nos animais de laboratório, estes androgéneos têm um efeito anti-obesidade, anti-diabetes, anti--arteriosclerose. Estes aspectos fazem extrapolar para o valor que podem vir a ter no futuro.

A expectativa é muito grande das acções dos androgénios na terceira idade e talvez os androgénios da supra-renal possam vir a ser um marcador biológico do homem idoso.

A densidade óssea pelos 40 anos vai sofrer uma redução sobretudo a nível da anca. A diminuição da densidade óssea a nível do colo do fémur e da bacia, dá origem a uma tendência para quedas, com incidência aumentada de fracturas ósseas patológicas, nomeadamente, do colo do fémur. Este é um factor de morbilidade aumentada, nomeadamente, nos doentes com carcinoma da próstata, pois muitas vezes metastiza para os óssos. Assim o homem com 60 anos, que pode ter um défice parcial de androgénios, diminuição da densidade mineral óssea e a tendência aumentada para fracturas ósseas patológicas. Os sinais clínicos deste déficet parcial de androgénios podem ser o tal enfraquecimento muscular, a diminuição da pilosidade genital, como de todo o corpo, a baixa da actividade sexual, o aparecimento da adiposidade visceral, irritabilidade fácil, insónias ou a perda de memória.

Os niveis da testosterona total no sangue diminuem, mas a nível da próstata,

mantém os níveis da diedrotestosterona (DHT) um derivado da testosterona por acção da enzima 5α-redutase, a principal responsável pelo desenvolvimento da próstata.

Nós, urologistas, temos de lidar com doentes idosos, alguns deles portadores de carcinoma da próstata. Devemos esclarecer que o carcinoma da próstata não é desencadeado pela testosterona ou a DHT. Mas a administração de testosterona a um doente, já com carcinoma da próstata, vai acelerar o seu desenvolvimento. Este aspecto é importante, pois não são os androgénios administrados que vão desenvolver um carcinoma da próstata, mas se for já portador, embora ainda não diagnosticado, vão levar ao seu rápido desenvolvimento. E, assim, devemos informar os doentes com sintomas de Hiperplasia Benigna da Próstata, carcinoma da próstata ou carcinoma da mama não devem administrar androgéneos.

O que se passa sobre a verdade dos mitos e a vida sexual do homem de 60 anos?

O facto do pénis não ser tão rigido em erecção, como o era antes, o homem pode ter uma actividade sexual gratificante com a sua companheira. O Homem aos 60 anos tem receio da perda definitiva dessa capacidade, "que o fim vai-se aproximar", mas muitas vezes não se aproxima. Este conceito enraizado na nossa sociedade, que um homem aos 60 anos perde a qualidade da erecção, não é verdade. Martin, afirma que os homens activos depois dos 60 anos tiveram uma actividade sexual mais satisfatória entre os 20 e os 40, baseado no principio que a função faz o órgão.

Na verdade, as alterações qualitativas que o homem pode sentir nesta idade, não impedem uma actividade sexual eficaz. Ele é capaz duma actividade sexual, segundo a sua própria frequência e a participação da companheira, o que implica um diálogo aberto do casal.

Há um ritmo biológico de cada homem para a actividade sexual. E todos podem ser normais, ou seja, um homem tem 2 ou 3 vezes por semana actividade sexual, para ele o necessário e gratificante, e outro homem tem de 15 em 15 dias, ou uma vez por mês, e sentir-se igualmente bem. A capacidade de iniciativa da actividade sexual não está no pénis, mas sim no cérebro, nomeadamente no locus coeruleus.

A nível periférico, em cada erecção há a regeneração e a reposição de factores endógenos a nível do pénis capazes de induzir a erecção (ex. prostaglandinas, óxido nítrico).

O homem tem erecções nocturnas, embora não sejam apercebidas, uma forma do pénis se proteger da falta de actividade sexual durante muito tempo, e dar condições para ter a erecção.

Então, o que acontece à capacidade eréctil do homem aos 60 anos? A erecção é um fenómeno vascular que requer a integridade do endotélio, tecidos cavernoso e

arterial, capaz de elaborar as substâncias necessárias para o relaxamento do tecido muscular do corpo cavernoso. Mas, para manter o endotélio funcionante aos 60 anos é preciso preservá-lo aos 40 anos da obesidade, tabaco, falta de actividade física, hipertensão arterial, drogas e álcool. Portanto, o homem aos 60 anos pode ter um endotélio lesado, se o foi lesando ao longo da vida. Assim, ser um indicador da sua saúde.

O conceito da prevenção aos 30 ou 40 anos é uma forma de tratamento eficaz para quando ele tiver 60 anos. O importante, no Homem aos 60 ou 70 anos, deve ser a prática de desporto, corrigir os factores de risco cardiovascular, ter uma capacidade de adaptação à mudança e preparar de forma saudável para a chegada à meta da reforma.

A Sexualidade aos 60 anos está ligada ao estado de saúde global e as dificuldades que o Homem sente nesta idade. A Sexualidade tem a fase de apogeu na juventude, e o conceito de mais anos de vida = maiores dificuldades sexuais, não é verdadeiro, pois a idade só por si não ocasiona disfunções sexuais. O que existe é uma correlação entre a idade e o estado de saúde global do homem. Acontece que aos 60 anos o homem pode apresentar doenças, como a diabetes mellitus, a arteriosclerose, a hipertensão arterial, o aumento do colesterol, um excesso peso ou doenças psicológicas, e todos, são factores negativos da actividade sexual.

Nos tempos actuais, o homem de 60 anos procura ajuda para se tratar, ou apenas obter informação médica das modificações sexuais por ele sentidas, para corrigir os factores de risco da função eréctil ou iniciar a terapêutica com os inibidores da PDE5.

Na clinica, é muito frequente a diminuição do desejo sexual relacionado com a baixa da testosterona ou como efeito secundário de outros medicamentos (antidepressivos, anti-hipertensores, anti-androgéneos).

A tendência actual, com o aparecimento de medicamentos eficazes, administrados de forma oral, vai no sentido de proporcionar uma sexualidade capaz de acompanhar o aumento médio de vida.

Ainda há muito para conhecer, e aprender, na perspectiva da fisiologia da sexualidade, mas esta deve estar sempre integrada no contexto de saúde fisica, emocional e social do Homem, sem a barreira da Idade.

Corpo e espírito do homem de 60 anos

Nuno Monteiro Pereira
Prof.essor da Universidade Lusófona

Em Portugal, no princípio do século XX, a esperança de vida masculina era, cerca de 45 anos, enquanto que a feminina de 47 anos. Hoje, 100 anos depois, no princípio do século XXI, a esperança média de vida dos portugueses cresceu imenso: a do homem é 73 anos e a das mulheres de 80 anos.

Qual o motivo que levou a esse fantástico aumento da esperança de vida no decurso de apenas quatro gerações?

Não foi apenas um, mas foram vários os motivos: a melhoria das condições de higiene, a vacinação maciça, o aparecimento dos antibióticos, terapêuticas cada vez mais eficazes. Foi, acima de tudo, a melhor prevenção da doença aguda, porquanto a doença crónica já não teve a mesma taxa de êxito preventivo.

Mas, uma medalha tem sempre um reverso. Para além das muitas consequências positivas que o desenvolvimento sanitário trouxe, houve também consequências negativas. Na verdade, apesar de durarem mais tempo, os homens e as mulheres continuam a ter problemas de saúde, muitas vezes bem graves, embora quase sempre tratáveis. Há mais gente velha, mas há também mais gente velha e doente. Gente com muitos problemas sociais e psicológicos. Envelhecer mais não significa envelhecer melhor.

Mas o que é envelhecer?

Envelhecer é um processo fisiológico normal. Ser velho não significa ser doente. Envelhecer é sofrer uma série de modificações morfológicas e funcionais corporais, caracterizadas essencialmente por uma redução de eficácia de todos os órgãos e sistemas.

Existem várias teorias que tentam explicar o envelhecimento corporal. A mais antiga, da década 50 do século XX, é a "teoria da programação", em que o processo de envelhecimento está traçado no genes, ou seja, que a morte não é mais do que uma extinção pré-programada. Todos morremos porque os nossos genes dizem que havemos de morrer e, até lá, havemos de envelhecer.

Outra teoria, de finais dos anos 80, é a "teoria da acumulação de catabolismos", em que os produtos da degradação do metabolismo celular – particularmente a lipofuscina – danificam as células e os tecidos, causando as modificações típicas do envelhecimento. Também se sabe que os radicais livres de oxigénio, que ocorrem fisiologicamente nos metabolismos oxidativos, determinam danos nas macromoléculas.

Uma teoria mais recente é a "teoria dos telómeros" (Finkel, 1998), a qual afirma que nos cromossomas das células somáticas existem alguns milhares de cópias com uma determinada sequência de DNA, nas extremidades dos cromossomas, constituindo os telómeros. No decurso de cada divisão celular – e no decorrer da vida há milhares de divisões celulares – os cromossomas somáticos vão perdendo aos poucos algumas dessas cópias de DNA. Vai havendo, assim, uma progressiva diminuição do tamanho dos telómeros cromossómicos, que vai limitar o tempo de vida das células somáticas. Sendo o corpo um conjunto de células somáticas, a limitação do seu tempo de vida limita o tempo de vida de todo o organismo.

Mas há mais teorias. A "teoria da mutação" (Michikawa *et al.*, 1999), que na senescência existe um progressivo aumento do número de mutações espontâneas que conduzem a modificações funcionais e morfológicas, que influenciam todo o organismo. O DNA mitocondrial é particularmente susceptível a este aumento mutacional verificável nas idades avançadas.

A "teoria auto-imune" (Rolf *et al.*, 2001), uma variante da teoria dos acumulação dos catabolitos, atrás referida, em que o próprio envelhecimento provoca a produção celular de substâncias anormais. Essas substâncias são reconhecidas pelas células imunocompetentes – especialmente os linfocitos, plasmocitos e mastocitos – resulta na formação de anticorpos específicos, que produzem danos celulares irreversíveis, ou seja, que agravam o próprio envelhecimento.

Mas, seja qual for a teoria, é apenas uma teoria. Verdadeiramente, pouco se sabe sobre a causa do envelhecimento. Quando há muitos séculos os alquimistas procuravam criar o Golem, criar vida, tinham várias teorias. Envelhecer é, afinal, a essência do mistério da vida e da morte.

Afirmámos atrás que envelhecer é sofrer uma redução de eficácia de todos os órgãos e sistemas. Essa redução de eficácia é particularmente evidente no sistema endócrino, no sistema nervoso, no sistema locomotor e no sistema tegumentar.

A nível do sistema endócrino, no homem, com a chegada dos 60 anos diminui a produção de testosterona, dehidroepiandrosterona, prolactina, melatonina e hormona gonadotrófica. Ao invés, aumenta a hormona luteinizante, a foliculosestimulina e os estrogénios.

Dentre os sinais biológicos resultantes dessas alterações hormonais sobrelevam os sinais devidos ao défice parcial androgénico. Surge enfraquecimento muscular, osteoporose, alopécia, diminuição geral da pilosidade, aparecimento de adiposidades, situações de taquicardia, irritabilidade, rubores faciais, diminuição qualitativa e quantitativa da actividade sexual. O aumento relativo de estrogénios pode provocar ginecomastia. A insónia surge pela diminuição de melatonina.

A nível do sistema nervoso, o volume cerebral diminui progressivamente, em particular a camada granular do neocortex, sede da capacidade intelectual, da imaginação e da fantasia. Os neurotransmissores cerebrais diminuem também a concentração e a capacidade sensorial (especialmente a visual e a auditiva), com todas as consequências sobre a vida de relação. Dentre os sinais claros e visíveis do envelhecimento, relevam ainda a perda de capacidade cognitiva e a perda de memória.

A falência do sistema locomotor exprime-se pelo progressivo enfraquecimento muscular, pelo doloroso desgaste articular e pela osteoporose, com maior susceptibilidade de fracturas. Também a insuficiência vascular dos membros inferiores pode contribuir para uma crescente dificuldade na locomoção.

A nível do sistema tegumentar, o desgaste da pele e das faneras impõe o aparecimento de rugas faciais, por perda da capacidade retráctil e da extensibilidade da pele. A pele de todo o corpo torna-se mais frágil, porque a pele adelgaça na derme e diminui o tecido celular subcutâneo. Aparece o cabelo branco, a barba branca. Aparecem unhas frágeis, que partem facilmente.

Mas, para além dos sinais biológicos do envelhecimento, há também os sinais sociais. A velhice individual pode ter, e tem quase sempre, importantes repercussões na comunidade. Um corpo envelhecido é para muitas pessoas percepcionado como um corpo deteriorado, estragado, socialmente inútil. O próprio Estado, que deveria ser proteccionista e generoso, falha muitas vezes. Muitos países desenvolvidos – ou que ambicionam ser desenvolvidos – têm na prática do quotidiano a idade como um atributo sem valor social. Às vezes é considerado um factor de prejuízo económico, que deixou de contribuir, para passar a ser um foco de despesa pública. Esta perda de valor é ainda mais acentuada quando a idade está associada a outros factores de vulnerabilidade como a pobreza, a baixa educação, a solidão ou, como já vimos, o ser pensionista. Até o facto de ser mulher, porque as mulheres velhas são vistas como ainda mais inúteis do que os homens.

Mas talvez o pior sinal social de envelhecimento seja a resignação com que o próprio idoso assume a sua velhice. Há, muitas vezes, uma aceitação da sua desvalorização, com consequências para a sua saúde física e mental. A depressão, a falta

de motivação, a perda de auto-estima, o desinteresse pelo mundo que os rodeia, o isolamento, tudo isso são co-factores muito importantes, que não podem ser esquecidos por todos os que vivem, lidam ou tratam desses homens.

Sendo o envelhecimento particularmente notado a nível da morfologia do corpo, é natural que um idoso sinta – entre outras sensações e emoções – dificuldades em encarar a sua envelhecida imagem corporal. Claro que a auto-imagem corporal é um constructo mental, cada um tem de si a imagem que pessoalmente concebe, construída e reconstruída ao longo de toda a vida.

Os determinantes biológicos da imagem corporal, não devemos esquecer, são muito dependentes da autonomia psicológica. Homens que precisam de estar constantemente acompanhados, pela sua incapacidade física, psicológica ou mental, naturalmente não podem ter o mesmo tipo de auto-imagem corporal. A percepção corporal é diferente de pessoa para pessoa, depende da sua energia vital, em todas as inúmeras manifestações. Os determinantes psicodinâmicos, como os factores cognitivos, afectivos, emocionais e psicosexuais, estão presentes. Os factores contextuais, relacionados ou não com o cônjuge, são igualmente importantes. E, claro está, é importante a auto-percepção da capacidade sexual, particularmente, se esta já não está presente, pois pode determinar sérias preocupações pela constatação dessa incapacidade.

Nos adultos, e em particular nos idosos, um dos principais contributos para uma boa auto-confiança é, na verdade, a percepção da sua capacidade sexual. A melhoria da resposta sexual devido às actuais terapêuticas farmacológicas pode renovar a percepção da masculinidade e auto-dignidade do homem idoso.

Em conclusão, agora que estamos a falar do corpo e também do espírito: é indiscutível que o homem idoso moderno tem uma mentalidade mais aberta e livre, não desprezando viver a vida, o modo de viver e, até, a sua sexualidade. Está preparado para combater os mitos do passado. Uma das consequentes práticas desta mudança de mentalidade é a crescente e espontânea procura de aconselhamento especializado em consultas de Medicina Sexual e Sexologia. A abordagem correcta do problema deve, acima de tudo, resultar do esforço conjunto de médicos e psicólogos, com uma completa avaliação médica e psicossocial. Esta ligação interdisciplinar já começa a aparecer. É importante não esquecer a educação e a informação dos idosos – e também dos seus filhos e netos – são essenciais para uma solução eficaz do problema. Muitas vezes existe uma desinformação. Para um diagnóstico e avaliação precoces, nós próprios temos de ter esta educação e informação.

A auto-imagem corporal é um constructo mental construído e reconstruído durante toda a vida. Será assim na realidade?

Acredito que o homem desde que se consciencializa do seu corpo, jovem, mesmo na idade infantil, constrói a auto-imagem. Penso, de facto, que está sempre a construir e a reconstruí-la. Mas um dos factores de reconstrução será esse mesmo: o aparecimento de uma nova parceira. Mas não é o único. Há sempre novas expectativas emocionais e sentimentais. Porque tem espelhos, tem pessoas que dizem "estás mais magro, estás mais gordo, estás hoje muito em baixo". Tudo isso faz com que o corpo esteja sempre presente no seu quotidiano e, dependendo do grau de "agressividade" destes estímulos, que vêm de fora ou que vêm da reflexão, ele vai construindo e reconstruindo.

Esse é também um modo de estar, de controlar a sua imagem, ou seja, o facto de não ligar não deixa de ser um modo de construção mental. Porque o "normal" seria dizer: "se estou mais gordo, se não gostam de me ver assim, se calhar está na altura de mudar". O não mudar é também uma atitude.

Diabetes e doença macrovascular

Paula Alexandra Monteiro Mendes
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo
Hospital Pedro Hispano – Matosinhos

No século XXI a diabetes assume proporções que a colocam no topo do pódio das doenças crónicas mais comuns, sendo a diabetes tipo 2 a grande responsável por esta epidemia.

As complicações macrovasculares desta doença são responsáveis por mais de 70% das mortes entre os doentes diabéticos, principalmente devido a enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e acidente vascular cerebral (AVC). Os factores de risco para o seguimento e evolução da doença macrovascular são a idade, raça, obesidade, hipertensão (HTA), dislipidemia e hábitos tabágicos.

A HTA exacerba as complicações vasculares da diabetes. Na diabetes tipo 2 a sua presença é muito comum, podendo preceder o diagnóstico da diabetes e estando presente em 30 a 50% dos pacientes à data do diagnóstico. É um componente "major" do síndrome metabólico, reflectindo o grau de insulinoresistência. Os efeitos no sistema cardiovascular são mais pronunciados do que os similares em pessoas sem diabetes. A título de exemplo, no Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) a elevação da tensão arterial sistólica associa-se a um aumento na taxa de mortalidade cardiovascular a 10 anos, 3 a 5 vezes superior nos doentes diabéticos.

Também as alterações a nível dos valores do colesterol sérico se associam a um risco acrescido de doença vascular aterosclerótica, principalmente de doença coronária. Isto mesmo foi confirmado no estudo de Farmingham e no MRFIT, quando mais de 300 000 homens entre os 35 e 57 anos foram estudados e se estabeleceu a relação entre morte por doença coronária e níveis de colesterol, independentemente da presença ou não de HTA e hábitos tabágicos. As alterações lipídicas associadas à diabetes são quantitativas e qualitativas. Tipicamente os níveis de HDL são baixos e relacionam-se com níveis elevados de triglicerídeos. Os níveis de colesterol total e LDL são similares aos indivíduos sem diabetes, mas as diferenças qualitativas emergem com partículas de LDL mais pequenas e densas, potencialmente mais

aterogénicas. No entanto, níveis de LDL mais elevados correlacionam-se com a presença de doença macrovascular na diabetes, com o aparecimento de nefropatia e, se o controlo glicémico for mau, as alterações qualitativas também surgem, nomeadamente com níveis de HDL3 mais elevados e níveis de HDL 2 mais baixos que se sabe terem propriedades cardioprotectoras mais fortes.

Os hábitos tabágicos constituem por si só um factor de risco independente para doença macrovascular, assim como factor acelerador da progressão de doença macrovascular. Está hoje bem demonstrado que a suspensão do consumo de tabaco é uma das intervenções mais eficazes na redução da mortalidade por doença macrovascular.

A doença macrovascular na diabetes apresenta características específicas em termos de distribuição e extensão, ainda que histologica e bioquimica não seja diferente da presente na população não diabética. A aterosclerose é um processo inflamatório crónico, com início no endotélio em resposta às agressões e mantida através de interaçcões entre lipoproteinas modificadas, macrófagos e os elementos constituintes da parede arterial. Na diabetes/insulinoresistência há alteração de factores que facilitam o surgimento da doença macrovascular, entre os quais a diminuição da concentração de adiponectina, o aumento da expressão da molécula de adesão à célula vascular-1, com a consequente adesão dos linfócitos T ao endotélio coronário, o estado de prócoagulabilidade, o aumento da expressão do inibidor do activador do plasminogénio (PAI) -1 e ainda a instabilidade das placas ateroscleróticas resultante da maior expressão pelos macrófagos da matriz das metaloproteinases (MMPS).

Existem três tipos fundamentais de doença macrovascular na diabetes: a doença coronária, a doença cerebrovascular e a doença vascular periférica, todos eles constituindo significativas causas de morbilidade e mortalidade, merecendo por isso uma abordagem individualizada.

Debrucemo-nos na **diabetes e doença coronária**. Se é verdade que a diabetes tipo 1 está fortemente associada à presença de nefropatia; já a diabetes tipo 2 pode ser considerada uma doença cardiovascular *per si*, visto que a hiperglicemia é somente um elemento de um síndrome caracterizado pela insulinoresistência, obesidade central, HTA, dislipidemia e actividade protrombótica. Enquanto que na diabetes tipo 1 o risco de um evento vascular aumenta com a duração da doença, na diabetes tipo 2 o risco de doença coronária está presente desde o diagnóstico com referência a enfarte do miocárdio (EAM) em 16,5% dos homens e 9,7% das mulheres aquando do diagnóstico da doença. A prevalência da doença coronária nos diabéticos é, no sexo masculino, cerca do dobro em relação aos não diabéticos,

subindo para 4 a 5 vezes superior no sexo feminino. Igualmente, o prognóstico nos doentes que sofrem EAM é claramente pior nesta população, com a duplicação de risco de morte e de complicações graves. Quase 50% dos diabéticos do sexo masculino e 35% dos do sexo feminino morrem antes de chegar ao hospital ou ter alta hospitalar. Esta mortalidade aumentada explica-se pela maior frequência das complicações, pela maior gravidade das lesões ateroscleróticas e pelas alterações bioquímicas das miofibrilhas. É também reconhecido que uma glicemia elevada à data de admissão hospitalar num paciente com síndrome coronário agudo é preditivo de elevada percentagem de mortalidade intra hospitalar assim como a longo prazo. Um valor de glicemia sérico superior a 180 mg/dl à data da admissão associa-se a um risco de mortalidade 1,7 vezes superior quando comparado com um valor de glicemia < 180 mg/dl.

Actualmente reconhece-se que para além da aterosclerose, dita "macroangiopatia diabética" que atinge as coronárias, também a miocardiopatia diabética provavelmente relacionada com a existência de microangiopatia cardíaca e a neuropatia diabética autonómica cardíaca são realidades com importância relevante.

Nos diabéticos a aterosclerose clássica traduz-se por uma maior prevalência de oclusão do tronco comum esquerdo e lesões segmentares múltiplas. A presença da microagiopatia aumentará a extensão da necrose e dificultará a cicatrização. A miocardiopatia metabólica poderá ser ainda um factor agravante das complicações de um enfarte: o choque cardiogénico e a insuficiência cardíaca. A existência de neuropatia autonómica cardíaca aumenta a probabilidade do enfarte ser indolor ou silencioso e por isso mais traiçoeiro, de difícil diagnóstico, diminuindo a oportunidade de tratamento em tempo útil. Isto acontece porque na presença de neuropatia diabética autonómica, posteriormente ao atingimento da enervação vagal, traduzido na clínica por uma taquicardia sinusal fixa, surge a lesão do simpático, com fortes possibilidades de episódios de hipotensão postural por redução ou perda da reactividade cardíaca às variações do retorno venoso e da resistência periférica.

Associadamente, há maior frequência de cardiomiopatia isquémica indolor. As arritmias graves, que muitas vezes complicam o EAM e são a principal causa de morte nas primeiras horas após enfarte, são consequência da presença da neuropatia autonómica. Esta não deve ser desvalorizada dado estar presente em 64% dos diabéticos com 5 a 10 anos de evolução da doença e a sua presença assumir uma importância decisiva no aconselhamento do tipo de exercício físico recomendado a um diabético, assim como no pedido de realização de exames auxiliares de diagnóstico como uma prova de esforço.

Relativamente à miocardiopatia, a sua instalação e evolução faz-se geralmente

por estadios: 1º surge aumento da contractilidade do miocárdio (permanecendo as funções sistólica e diastólica intactas) e posteriormente instala-se a disfunção diastólica inicial com restrição do ventrículo esquerdo e dilatação da aurícula esquerda. Por último associam-se as disfunções sistólica e diastólica. Histologicamente, uma fibrose intersticial com deposição de material PAS-positivo (glicoproteinas ácidas), hialinização arteriolar, proliferação das células endoteliais e hipertrofia das miofibrilhas, justificam este atingimento do miocárdio com a consequente alteração da sua estrutura e "compliance".

Tendo em conta estas considerações, torna-se essencial avaliar o risco vascular no doente diabético. A sua estratificação é prioritária por forma a actuar com a maior acuidade e brevidade possíveis. Todas as tabelas avaliadoras do risco coronário se basearam nos dados de Framingham que tem em consideração a idade, sexo, hábitos tabágicos, estado metabólico, TA sistólica e relação colesterol total/colesterol HDL. A presença ou ausência de hipertrofia ventricular esquerda e o grau de albuminúria podem ser incluídos nas suas equações e resultam na estimativa do risco de evento cardiovascular (fatal ou não fatal) num período de 10 anos. Tratam-se, portanto, de tabelas fundamentais quando falamos em termos de prevenção primária.

Desde 1998 sabe-se que o risco de mortalidade nos diabéticos tipo 2 sem EAM prévio é semelhante ao da população não diabética com história prévia de EAM. Isto veio sugerir que, em termos de prevenção secundária, os diabéticos sejam considerados como equivalentes a doentes com doença vascular estabelecida.

Quando e como intervir em termos terapêuticos por forma a minorar os riscos cardiovasculares num doente diabético?

Melhorar o controlo glicémico reduz o risco cardiovascular? Tardou até haver estudos a sustentar esta afirmação. O UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) só registou uma diminuição não significativa (16%) de enfartes fatais e não fatais no grupo de doentes tratados de forma intensiva durante um período de tempo de 15 anos. No entanto, análise posterior do UKPDS demonstrou que, independentemente do braço do tratamento, quanto menor o valor de HbA1c menor a probabilidade de surgirem complicações micro e macrovasculares com uma diminuição de 21% de todos os "end-points" finais para cada diminuição de 1% no valor da HbA1C. Ainda que sendo mais notórios os efeitos a nível microvascular, a redução de eventos macrovasculares também foi relevante.

Actuar por forma a controlar os níveis do colesterol também é mandatório com a mais que demonstrada veracidade da afirmação: "the lower the better". As estatinas reduzem a mortalidade, a necessidade de revascularização e os eventos cardio

e cérebrovasculares. São inúmeros os estudos de prevenção primária e secundária que o demonstram. Sem estes fármacos, e a sua associação com inibidores da absorção de colesterol, seria impossível atingir na população diabética os níveis lipídicos hoje preconizados pelas várias sociedades e associações europeias e americanas. A nível europeu os valores alvo a atingir são colesterol total < 175mg/dl, com LDL < 70 mg/dl e HDL > 45 no sexo feminino e > 40 no sexo masculino. A razão colesterol total/HDL pretendida é < 3 e o valor de triglicerídeos < 150 mg/dl, ainda que este valor esteja em íntima relação com o controlo metabólico existente.

Os estudos Cholesterol and Recurrent events (Care) com o uso da pravastatina e o Scandanavian Simvastatin Study (4S) com o uso de 20-40 mg de sinvastatina no pós EAM demonstraram uma redução dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais em doentes com diabetes e doentes sem diabetes com doença coronária conhecida. A vantagem foi mais pronunciada nos doentes diabéticos com diminuição da taxa de mortalidade e redução na duração e número de hospitalizações.

Tratar a HTA também é prioritário quer a nível da prevenção de um evento coronário grave quer no prognóstico da sua evolução. Uma meta-análise com o uso de um β bloqueador demonstrou uma redução na mortalidade de 35% quando administrado no momento do EAM no diabético comparativamente a uma diminuição de 13% no doente não diabético. Angiotensin-converting enzime inhibitor (ACE) administrado pós EAM reduziu a mortalidade em 22% em doentes com fracção de ejecção ventricular esquerda < 40%. Estudos de disfunção ventricular esquerda (SOLVD) demonstram efeitos benéficos semelhantes em diabéticos. O estudo Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) randomizou doentes com doença coronária mas com função do ventrículo esquerdo normal tratados com ramipril 10 mg ou placebo. O subgrupo constituído por doentes diabéticos (Micro-Hope) – 3577 doentes seguidos por um período médio de 4,5 anos associou-se a uma diminuição de 24% na taxa de mortalidade pela totalidade das causas, a uma diminuição de 22% na taxa de mortalidade por EAM e a uma diminuição de 33% na taxa de AVC. Na prática clínica devemos ser o mais agressivos possíveis na tentativa do alcance de níveis de TA ideais: < 130/80 mmHg, se excreção de albumina normal; < 120/75 mmHg se excreção anormal de albumina, não esquecendo como é lógico o doente que temos à nossa frente e as complicações eventualmente existentes que possam contra-indicar esta atitude mais arrojada.

O encorajamento das alterações do estilo de vida antes do início da medicação antihipertensiva são mandatórias (redução do peso no obeso, ingestão moderada de álcool, exercício 20 a 30 minutos/dia, ingestão reduzida de sal, etc). No entanto, na maioria dos doentes a farmacoterapia impõe-se, vindo a terapêutica de associação

a ser necessária ao longo da evolução da doença. Os fármacos devem ser sempre criteriosamente seleccionados em função dos efeitos benéficos em termos de redução da TA, mas também tendo em consideração possíveis efeitos laterais inerentes a cada classe terapêutica e contra-indicações específicas eventualmente presentes e inerentes às co-morbilidades de cada paciente. O bloqueio do sistema renina-angiotensina é particularmente importante no doente diabético, sendo os IECA e os antagonistas dos receptores da angiotensina II, fármacos de primeira linha, por atrasarem o aparecimento de microalbuminúria/proteinúria e declínio da função renal. Os diuréticos de ansa, os β bloqueadores e os bloqueadores dos canais de cálcio de longa duração de acção são também fármacos úteis, quase sempre em associações variáveis de acordo com as comorbilidades do nosso paciente.

Terapêutica anti-plaquetária – que papel?

Não há muitos dados relativos ao benefício adicional da aspirina no EAM na população diabética mas estudos de prevenção secundária demonstram uma redução de 25% nos eventos cardiovasculares e diminuição de 15% na mortalidade, com resultados aparentemente sobreponíveis na população diabética. Há, no entanto, autores que advogam a necessidade de doses mais elevadas deste fármaco nos diabéticos, por menor eficácia. Nos pacientes diabéticos com síndromes coronários graves, o inibidor de agregação plaquetária dependente da adenosina difosfatase (ADP) – clopidogrel pode ser associado à aspirina com benefícios adicionais. Em termos de prevenção primária, a aspirina deve ser administrada com as mesmas indicações e na mesma dose que nos doentes não diabéticos.

Tratamento trombolítico – o que fazer?

Os fármacos trombolíticos são tão eficazes nos pacientes com e sem diabetes. Dado o risco absoluto ser marcadamente mais elevado nos doentes diabéticos, os benefícios relativos são maiores nesta população. O "Fibrinolytic Therapy Trials Group" demonstrou que o uso da terapêutica fibrinolítica salvou 37 vidas em 1000 pacientes com diabetes, comparativamente com 15 vidas salvas em 1000 pacientes sem diabetes.

Diabetes e Doença Cerebrovascular: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das complicações mais frequentes e temidas pelo doente diabético dada as suas possíveis e graves sequelas, muitas vezes irreversíveis. O doente diabético apresenta uma maior incidência de AVC; já Framingham demonstrou um aumento de 4 vezes na prevalência de AVC no homem entre a 5ª e 6ª décadas de vida, enquanto na mulher esta prevalência surge uma década depois. O Swedish Gothenburg Study revelou dados que apresentam um risco relativo 6 vezes superior no homem e 13

vezes superior na mulher. A diabetes associa-se a um maior risco de enfartes cerebrais, especialmente lacunares, sem aumento da prevalência de hemorragias subaracnoideias ou cerebrais, independentemente da presença de HTA. Alteração a nível da irrigação sanguínea cerebral, lesões de vasos pequenos e grandes, intra e extracraneanos têm sido encontrados em autópsias de humanos e animais com diabetes. O enfarte lacunar, ocorrido essencialmente nas pequenas artérias é típico do paciente com diabetes e resulta da oclusão de pequenas artérias na base do cérebro que conduzem a pequenos e profundos enfartes, geralmente com menos de 15 mm de diâmetro. Embolismo de ateromas de grandes vasos e do coração também são frequentes (particularmente no pós-EAM).

A presença de nefropatia diabética, a doença coronária e a doença vascular periférica, associam-se a um risco aumentado de AVC no diabético. Os afroamericanos são um grupo de elevado risco. A maior prevalência do AVC surge quer no doente com o diagnóstico de diabetes estabelecido quer no paciente com intolerância à glicose, patenteando o quão precoce é o risco. A diabetes associa-se também a uma maior taxa de mortalidade, complicações médicas na fase aguda, pior recuperação funcional e maior frequência de recorrência; em última análise, o prognóstico a curto e a longo prazo agravam-se.

Como actuar face a um AVC num doente diabético? Não há até à data estudos específicos sobre como actuar numa população diabética face a um AVC, pelo que a extrapolação das normas de actuação numa população não diabética é a regra. No entanto, sabendo-se que são pacientes de risco, com doença multiorgânica e com má evolução quer em termos de sobrevivência, quer de recuperação, impõe-se uma actuação o mais atempada possível.

O papel da trombólise no AVC agudo conquistou adeptos, após vários estudos demonstrarem que o uso de terapêutica trombolítica endovenosa, quando iniciada nas 3 a 4 horas após o início dos sintomas, se associa a uma menor taxa de mortalidade e complicações funcionais. Não se sabe até à data até que ponto os diabéticos beneficiam da mesma forma desta intervenção.

A administração de aspirina/clopidrogel deve ser feita de igual forma ao preconizado no doente não diabético.

Por se relacionar com um pior prognóstico é ajustável e fundamental tratar a hiperglicemia com uma infusão de insulina, por forma a manter os níveis de glicemia próximo da normoglicemia.

A HTA deve ser reduzida de forma agressiva quando os valores de tensão arterial sistóloca forem > 220mmHg e diastólica > 120 mmHg, mas sempre cuidadosamente pelo risco de isquemia.

Associada a desidratação e hipoxia devem ser evitados e o recurso ao uso de antibióticos pode ser necessário se uma infecção respiratória se instalar.

O que fazer em termos de prevenção primária? Impõe-se uma abordagem agressiva ao nível de todos os factores de risco, nomeadamente contolo apertado da HTA, da dislipidemia, dos níveis de glicemia e recurso a medicação antiplaquetária.

O factor precipitante da oclusão arterial não está bem esclarecido mas parece encontrar-se associado a uma excessiva oxidação e glicosilação, disfunção endotelial, aumento da agregação plaquetária, alteração da fibrinólise e insulinoresistência. A circulação sanguínea cerebral no doente diabético não se faz de forma normal, com perda da autoregulação e resposta a vasodilatadores como o CO2. A disfunção endotelial impede a vasodilatação em resposta ao óxido nítrico. A neuropatia autonómica complica a evolução.

Os níveis plasmáticos de glicose no momento da admissão hospitalar correlacionam-se tanto com a probabilidade de sobrevivência como com o grau de recuperação. Vários estudos revelaram um pior desenlace quando na presença de glicemias superiores a 119mg/dl. Não se sabe, no entanto, se é a glicemia elevada que influência negativamente a evolução do enfarte ou se esta é o reflexo da gravidade deste. São vários os mecanismos pelos quais a hiperglicemia pode teoricamente agravar a lesão causada pelo AVC: hipoxia local resultante da isquemia aguda conduz a metabolização anaeróbia da glicose com acumulação de ácido láctico. Esta acidose local provoca lesão vascular, glial e neuronal. Além disso, a isquemia conduz à acumulação de neurotransmissores, glutamato e aspartato nos tecidos extracelulares com a consequente estimulação nervosa a nível pós-receptor e despolarização. Quando a acumulação ocorre, a hiperestimulação também, seguida de morte neuronal ainda que os tecidos glial e vascular sejam poupados. Esta toxicidade neuronal pode resultar de um aumento na concentração de cálcio intracelular após a hiperestimulação neuronal.

Vários estudos já demonstraram a importância de uma intervenção precoce, referindo-se a título de exemplo: UKPDS; quando o objectivo tensional < 150/85 mmHg era cumprido observava-se uma diminuição de 44% na taxa de AVC quando comparado com tensão < 180/105mm Hg; ramipril, 10 mg/dia no estudo Micro-HOPE reduziu o nº de AVC de 6,1% para 4,2% (diminuição de 33% do risco relativo). Nos estudos CARE e LIPID (prevenção secundária em doentes com angina ou EAM prévio), a pravastatina 40 mg/dia reduziu o risco de AVC fatal e não fatal em 31 e 20%, respectivamente (infelizmente o número de diabéticos era demasiado pequeno para ser considerado como grupo separado).

Diabetes e Doença Vascular Periférica: a doença arterial oclusiva aterosclerótica dos membros inferiores está associada de forma inequívoca à diabetes. O risco desta lesão é cerca de 5 vezes superior à da população não diabética. As lesões tróficas dos membros inferiores surgem em 6 a 10% dos doentes, sabendo-se que a lesão arterial é mais grave, sofre progressão mais acelerada, e surge em idades mais jovens. Estes aspectos traduzem-se em dados que indicam que cerca de 45% das amputações dos membros inferiores são realizadas em doentes diabéticos, os quais apresentam um risco de amputação 15 vezes superior ao da população do mesmo grupo etário sem diabetes. Deve-se sublinhar, no entanto, que o risco de amputação está também associado à presença de infecção, que no diabético assume um carácter mais grave e progressivo. Histologicamente, as lesões ateroscleróticas dos diabéticos não diferem da restante população, sendo as características que influen-ciam de modo marcante o curso e tratamento da doença arterial oclusiva, a macro e microangiopatia, a neuropatia e as alterações imunológicas.

A macroangiopatia, no doente diabético, tem um padrão característico de distribuição das lesões com envolvimento predominante dos vasos tibioperoniais e das artérias ilíaca interna e femural profunda, poupando os sectores aortoilíacos e fémuro-poplíteos assim como as artérias do pé. A calcificação da parede arterial também costuma ser um denominador comum.

A nível microangiopático há evidência nos vasos do pé de um diabético da presença de um espessamento da membrana basal capilar que perturba as trocas de produtos metabólicos e nutrientes entre os capilares, o espaço intersticial e as células, bem como alteração do padrão morfológico dos capilares, mais tortuoso e por vezes microaneurismático.

A neuropatia diabética caracteriza-se por ser distal, simétrica e com envolvimento sensitivo, motor e autonómico, causada por desmielinização dos nervos periféricos e induzida por alterações metabólicas dependentes da hiperglicemia. O frequente predomínio sensitivo e autonómico contribui decisivamente para as deformidades mecânicas e posturais do pé, que em conjunto com a hipostesia estão na origem do aparecimento de lesões tróficas em zonas de hiperpressão de que é exemplo "mal perfurante plantar".

As infecções surgidas em doentes diabéticos têm em regra um curso rapidamente progressivo e destrutivo. Pequenas lesões tróficas infectadas dos dedos do pé progridem em curto espaço de tempo para infecções generalizadas ao pé ou membro, com celulites extensas, gangrena e quadros sépticos fulminantes. A gravidade das infecções depende das alterações do sistema imunológico, do tipo de bactérias envolvido e da própria situação metabólica. É possível uma glicosilação de

anticorpos que determina a sua menor eficácia, podendo as alterações funcionais envolverem também os leucócitos. Sabe-se ainda que na cetoacidose diabética existe uma diminuição do crescimento bacteriano pelo ácido láctico. O tipo de flora bacteriana neste tipo de infecção é em geral polimicrobiano, com isolamento de agentes Gram + em 90% dos casos, Gram – em cerca de 50% e bactérias anaeróbias em 50 a 70% dos casos. É ainda frequente a colonização cutânea do pé por fungos, porta de entrada que propicia infecções bacterianas mais graves.

A avaliação clínica da doença arterial oclusiva dos membros inferiores deve ter em conta o estado geral do doente, o seu controlo metabólico, as repercussões da doença aterosclerótica nos órgãos alvo, identificação da cardiopatia isquémica e avaliação da circulação arterial dos membros inferiores. Neste campo deve ser pesquisada a presença ou ausência de claudicação intermitente, dor em repouso, aneurismas arteriais, défice de pulsos, sopros arteriais, lesões tróficas cutâneas e sinais de infecção. À inspecção são fundamentais o rubor na posição de pé pendente, a palidez cutânea com a elevação do membro, a ausência de crescimento de pelo, as unhas distróficas e a presença de úlceras ou gangrenas. Vêm complementar a informação fornecida pela inspecção a palpação dos pulsos com sua eventual diminuição ou ausência, a pele seca e fria e a alteração da sensibilidade. Em alguns casos, devido à neuropatia, pode não ser evidente um quadro de dor em repouso, não obstante a presença de deficiência circulatória grave. É pois, essencial complementar a avaliação clínica com a avaliação complementar por métodos não invasivos. Um método simples de detecção precoce de doença arterial periférica é a medição do índice de pressão tornozelo/braço. Este deve ser realizado na posição de deitado após 5 minutos de repouso. Um valor considerado normal é > 0,9. Um índice < 0,5 ou uma pressão no tornozelo < 50 mmHg indica um compromisso grave na circulação do pé. Para que este método seja fiável é fundamental a ausência de calcificação arterial significativa que torne difícil ou impossível a compressão das artérias da perna. Nestes casos, o recurso à ultrasonografia doppler e quantificação da pressão arterial distal, após prova de esforço, torna-se valiosa. A prova de esforço tem o inconveniente de não ser exequível em muitos doentes com cardiopatia isquémica e nas formas graves de doença arterial oclusiva, sendo uma técnica com indicação particular nos doentes com claudicação intermitente. O ecodoppler é um método não invasivo, extremamente útil porque, além de estabelecer o diagnóstico, permite orientar a terapêutica e seguimento do doente em termos de procedimentos de revascularização arterial. A possibilidade da observação do sistema arterial, com caracterização do ponto de vista ecográfico das lesões encontradas e determinação com rigor da sua repercussão hemodinâmica, é hoje uma realidade que permite uma

atitude intervencionista mais precoce e atempada. Sempre que seja colocada a hipótese de revascularização deve-se proceder à realização de angiografia para visualização da árvore distal, definição do padrão anatómico das obstruções arteriais e dos segmentos permeáveis, de forma a planear o tipo de procedimento. Para além da avaliação da circulação proximal, é fundamental a visualização detalhada da circulação tíbio-peroneal e do pé, porque, com frequência estão poupadas as artérias tronculares do terço inferior da perna e do pé, as quais podem ser susceptíveis de revascularização. Esta cirurgia deve ser equacionada em todos os membros com dor em repouso e/ou lesão trófica e sempre que houver evidência de isquemia significativa. Algumas séries referem taxas de salvação do membro de cerca de 90%.

Um tratamento completo não pode descurar o controlo metabólico rigoroso, o tratamento antibiótico adequado da infecção, eventualmente existente, geralmente com recurso a antibioterapia sistémica de largo espectro com cobertura de estafilococos e anaeróbios, além da eventual necessidade de drenagem de abcessos e fleimões com desbridamentos extensos, associados, se necessário, a amputações "minor". Estes procedimentos devem ser prioritários, podendo mesmo proceder a revascularização no caso de esta não ser possível de forma imediata.

A amputação "major" deve ser equacionada na presença de lesões irreversíveis extensas, de quadros infecciosos graves e/ou em que não haja possibilidade técnica de reconstrução arterial.

Esta taxa é, de certa forma, um reflexo dos padrões de educação e tratamento dos doentes pelo que deve ser objectivo primordial a sua redução.

As medidas preventivas com vista a evitar o aparecimento de lesões tróficas são de extrema importância. Com frequência, as complicações infecciosas graves iniciam-se por pequenas lesões cutâneas no contexto de alterações de postura, de traumatismos pelo calçado, de maus cuidados de higiene ou de infecções por fungos.

Deve, por isso, ser enfatizada a necessidade de manter sempre cuidados conducentes a evitar soluções de continuidade da pele que possam constituir "portas de entrada" para agentes infecciosos.

Síndrome metabólico

Isabel Mangas Palma
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo
Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

A distribuição da gordura corporal é diferente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino. Nos homens o excesso de gordura deposita-se preferencialmente na região abdominal (subcutânea e intra-abdominal ou visceral) e nas mulheres na região glúteo femoral. Os androgénios induzem acumulação de gordura visceral, paradoxalmente os indivíduos do sexo masculino com hipogonadismo mantêm esta distribuição.

O aumento da prevalência da obesidade, atingindo proporções epidémicas nos países desenvolvidos, e em desenvolvimento, tem sido acompanhado pelo aumento da prevalência do Síndrome metabólico (Smet).

O Smet é considerado a ameaça de saúde pública mais importante no século XXI.

Há vários critérios de diagnóstico de Smet, sendo os preconizadas pela American Heart Association / National Heart, Lung and Blood Institute e pela International Diabetes Federation (IDF) os mais usados.

O diagnóstico de Smet preconizado pela American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute, inclui a presença de pelo menos três dos seguintes critérios:

Obesidade abdominal definida por perímetro da cinturam > 102 cm ♂ e > 88 cm ♀;

Triglicerídeos (TG) plasmáticos ≥ 150 mg/dl ou em tratamento

HDLc plasmático <40 mg/dl ♂ ou <50 mg/dl ♀ ou em tratamento

Pressão Arterial ≥ 130/85 mmHg ou em tratamento

Glicose em jejum ≥ 100 mg/dl ou em tratamento para a hiperglicemia

A IDF considera a obesidade central como um elemento essencial no diagnóstico de Smet, com diferentes limiares de cintura para diferentes raças/grupos étnicos.

Para a IDF os critérios de diagnóstico de Smet são:

Obesidade central definida pelo perímetro da cintura ≥ 94 cm ♂ e ≥ 80 cm ♀ no caso dos europeus, mais dois dos seguintes critérios:

TG ≥ 150 mg/dl ou em tratamento

HDL < 40 mg/dl ♂ ou <50 mg/dl ♀ ou em tratamento

PA > 130/85 mm/Hg ou em tratamento

Glicose em jejum > 100 mg/dl ou diagnóstico prévio de diabetes mellitus

O termo Smet refere-se então a uma constelação de factores de risco cardiovascular como: obesidade visceral, hiperglicemia, hipertensão arterial, insulino-resistência, dislipidemia, entre outros, que aumentam o risco de desenvolvimento de muitas doenças como a diabetes mellitus (DM) tipo 2 e a doença cardiovascular (DCV).

O motivo pelo qual estes FRV coexistem não está completamente esclarecido, não obstante, a etnia, o estilo de vida, a obesidade, a idade e o sexo influenciarem o desenvolvimento do Smet. Numerosos estudos epidemiológicos recentes têm demonstrado que níveis plasmáticos baixos de testosterona e sex hormone binding globulin (SHBG) se correlacionam também com o desenvolvimento de síndrome metabólico no homem.

A obesidade central ou visceral, como também é conhecida, provoca um aumento do aporte de ácidos gordos ao fígado, via veia porta, e induz alterações metabólicas devido a perturbações do metabolismo hepático. Esta distribuição da gordura na região intra-abdominal associa-se a um estado de hiperinsulinismo e insulino-resistência, que suprime a síntese de SHBG e concomitantemente os níveis de testosterona circulante. A hiperinsulinemia pode também diminuir directamente a secreção de testosterona pelas células de Leydig, através dos receptores insulínicos existentes nestas células. Em homens obesos há uma atenuação da amplitude do pulso de hormona luteínizante (LH), sem alteração da frequência, produzindo uma fraca estimulação da produção testicular de testosterona.

A testosterona é produzida pelas células de Leydig dos testículos em resposta à libertação de LH pela hipófise. Actua no músculo, osso, medula óssea, testículos e SNC, de forma directa e indirecta, através dos seus metabolitos, que são o estradiol e a dehidrotestosterona (DHT).

O estradiol é produzido a partir da testosterona por acção da enzima aromatase encontrada em concentrações elevadas e com elevada actividade no tecido adiposo visceral. Níveis elevados de estrogénios em homens hipogonadicos reduzem a secreção hipofisária de LH, levando a diminuição da secreção de testosterona e agravamento do hipogonadismo.

A DHT, o androgénio mais potente, é produzido a partir da testosterona por acção da enzima 5α reductase na próstata e pele.

O receptor dos androgénios, é um receptor nuclear, activado pela ligação de hormonas androgénicas-testosterona ou DHT.

A testosterona activa as lípases, via receptor dos androgénios, presentes em grande quantidade no tecido adiposo, causando, hidrolise da gordura armazenada e remoção dos TG plasmáticos para serem captados pelo fígado.

O aumento do tecido adiposo no estado hipogonádico associado a diminuição da actividade das lípases, secreta activamente um "exercito" de substancias em circulação incluindo adipocinas e citocinas.

Recentemente tem sido atribuído aos adipocitos funções endócrinas, com produção e secreção de moléculas com potencial de regulação, chamadas citocinas/adipocinas, como a adiponectina, leptina, interleucina 6, factor de necrose tumoral – entre outras.

A leptina é uma adipocina que regula o apetite por actuação directa a nível do hipotálamo, dando início à sensação de saciedade. Indivíduos obesos secretam elevados níveis de leptina mas parecem ter um estado de leptino resistência no organismo, tornando o cérebro incapaz de suprimir o apetite na presença desta hormona.

A leptina pode ser um factor na associação entre adiposidade e diminuição dos níveis de testosterona. Os receptores da leptina estão presentes nas células de Leydig e inibem a síntese de testosterona em resposta a administração de gonadotrofina corionica humana. Isto pode explicar a diminuição da resposta da produção de testosterona pela LH quando os níveis circulantes de leptina são elevados, como no caso da obesidade.

A leptina é também uma adipocina inflamatória e a sua presença no sangue contribui para o estado pró inflamatório.

A adiponectina é uma hormona produzida pelo tecido adiposo, correlaciona-se negativamente com a insulino - resistência e tem acção anti inflamatória, mas está diminuída em pessoas obesas.

A Insulina e a leptina têm um efeito supressivo na esteroidogenese testicular. O aumento da actividade da aromatase no tecido visceral adiposo leva a níveis elevados de estradiol circulantes os quais suprimem a produção de testosterona por feedbck negativo.

Os homens com obesidade visceral apresentam um ciclo vicioso no qual a obesidade condiciona uma deficiência de androgénios e esta leva a redução da lipólise, redução da taxa metabólica com consequente deposição de gordura visceral e insulino-resistência. Portanto, a deficiência de androgénios contribui para os componentes do Smet, e o Smet produz estados patológicos que contribuem para a deficiência de androgénios.

No homem o avançar da idade é acompanhado por insulino - resistência e um declínio na secreção de testosterona, pensa-se que a testosterona é um importante modulador da sensibilidade à acção da insulina e da função mitocondrial no homem. A prevalência de Smet é significativamente mais elevada em homens de média idade e idosos comparativamente aos jovens. Níveis de testosterona e SHBG são mais baixos em homens com Smet.

O Smet associa-se com aumento do risco cardiovascular e todas as causas de mortalidade, pelo que devemos tratar agressiva e precocemente todos os factores de risco cardiovascular. Os Mecanismos que explicam este aumento do risco incluem as citocinas produzidas pelo excesso de tecido adiposo, as alterações do normal metabolismo lipídico por sub - estimulação das lípases e a respiração celular anormal levando a insulino-resistência.

A identificação de doentes com alterações metabólicas e consequentemente elevado risco de doença cardiovascular e DM2 é muito importante. Recomenda-se a monitorização da PA, glicemia em jejum, perfil lipídico, função hepática e renal em conjunto com o peso corporal e o perímetro abdominal. O hipogonadismo deve ser considerado e enfatizado quando se determina o perfil de risco cardiovascular do homem.

A primeira estratégia no tratamento do Smet é a adopção de um estilo de vida saudável. Com o objectivo de uma redução de 7-10% do peso corporal num período de 6 a 12 meses, institui-se um plano alimentar com moderada restrição calórica e um plano de actividade física de intensidade moderada com duração de 30 a 60 minutos/dia. A composição da dieta deve ser alterada para conter menos de 200 mg/dia de colesterol, menos de 7% de gordura saturada, poucos açúcares simples e grande ingestão de frutos, vegetais e cereais integrais. **A cessação tabágica deve ser implementada em todos os indivíduos com Smet.**

Aspirina em baixa dose está recomendada em todos os doentes com risco cardiovascular moderado a alto.

Para os doentes em que as medidas previamente citadas não são suficientes temos de recorrer a fármacos para o tratamento da obesidade (sibutramina, orlistat, rimonabant e metformina), da dislipidemia (estatinas, ácido nicotínico, fibratos, ezetimibe e óleos de peixe), da hiperglicemia (antidiabéticos orais/insulina) e da hipertensão arterial (diuréticos tiazidicos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores da angiotensina e bloqueadores ß). A questão que actualmente se levanta é se o tratamento com testosterona tem indicação no tratamento do homem com Smet. Estudos sugerem que a substituição com testosterona confere uma diminuição do perfil inflamatório em homens hipogonádicos, protegendo-os da aterogénese.

Hormonas e neurotransmissores da sexualidade

Santinho Martins
Professor Convidado
Universidade Lusófona – Lisboa

A abordagem que aqui se faz é no pressuposto de um homem de 60 anos, saudável, tanto quanto, em que as alterações verificadas resultam do envelhecimento, isto é, de um processo involutivo fisiológico.

As hormonas e/ou neurotransmissores fazem parte de um sistema informacional em que, basicamente há um emissor, um meio de transmissão e um receptor.

Na prática clínica, a tentativa de avaliação da eficácia deste sistema informacional faz-se através da determinação dos níveis séricos da hormona implicada no sistema, no sentido de avaliar a potência do emissor. No entanto, o meio de transmissão e a recepção nem sempre são suficientemente valorizados para a compreensão total da causa/efeito.

O processo de envelhecimento é acompanhado por um declínio da maioria das funções fisiológicas e, no que às hormonas/neurotransmissores diz respeito, há alterações, maiores ou menores, qualitativas e/ou quantitativas da produção dessas hormonas, das proteínas transportadoras condicionando a sua biodisponibilidade ou bioactividade, dos receptores celulares.

Nos países desenvolvidos, 75% das mortes ocorre depois dos 75 anos, logo 75% dos homens vai sofrer as alterações adiante referidas.

O que pode estar alterado na sexualidade do homem de 60 anos?

Diminuição do desejo sexual, diminuição do número e qualidade da tumescência nocturna peniana, redução da sensibilidade peniana, diminuição da quantidade e qualidade das erecções (quer por estimulação psicológica, quer por estimulação local), diminuição da vasocongestão escrotal, diminuição da elevação testicular, diminuição da sensação de iminência orgástica, diminuição ou ausência da secreção e emissão pré-ejaculatória, diminuição da qualidade do orgasmo, aumento do período refractário, diminuição da erecção dos mamilos, ausência do "rush" macropapular, diminuição ou ausência do espasmo muscular extragenital do orgasmo.

Antes de se pormenorizar a acção destas substâncias bioquímicas sobre as estruturas cerebrais, há que relembrar que outros factores podem empobrecer o comportamento sexual como os relacionais, sociais, psicológicos e, também, orgânicos relacionados ou não com o envelhecimento. A viuvez em termos de diminuição da testosterona total é comparada a dez anos de vida enquanto para a testosterona livre apenas a quatro anos.

Referir ainda a existência e a distinção entre esteróides neuroactivos e neuroesteróides. Esteróide neuroactivo, seja hormona seja neuroesteróide, actua sobre o sistema nervoso.

Neuroesteróide é sintetizado de novo a partir do colesterol, pelas células gliais, oligodendritos e astrocitos, principalmente e, também pelos neurónios, e actua localmente. Os neuroesteróides têm um efeito citoprotector importante na inibição da morte celular cerebral com repercussões na actividade cognitiva e função cerebral. Estão associados a numerosas funções fisiológicos incluindo a neurotransmissão via receptores específicos, crescimento das células nervosas e sua diferenciação, plasticidade neuronal e actividade mnésica entre outras.

Outras substâncias, os neuropéptidos, estão envolvidos no comportamento sexual. Numerosos péptidos têm funções hormonais, no sentido clássico do termo e/ou funções de neurotransmissores, podendo ser produzidos em várias partes do organismo. Com o desenvolvimento da barreira hemato-encefálica, nos mamíferos, estes péptidos passaram a poder ser produzidos e actuantes dentro do cérebro, independentemente dos efeitos periféricos que possam ter. Estes péptidos produzidos pelos neurónios cerebrais são denominados neuropéptidos.

HORMONAS

Androgénios

A Testosterona, é o mais importante androgénio. São vários os factores que contribuem para a diminuição da testosterona, sendo o testículo o principal responsável, quer pela diminuição das células de Leydig quer pela diminuição da capacidade de produção destas células. Todos os enzimas responsáveis pela síntese da testosterona diminuem com a idade assim como a proteína reguladora da esteroidogénese, envolvida no transporte do colesterol até às mitocôndrias.

A testosterona total vai reduzindo, paulatinamente, depois dos 40 anos a um ritmo de 1-2% ao ano, enquanto a testosterona livre sofre uma redução dos 3% na década dos 40 anos até mais de 30% na década dos 60. A SHBG pelo contrário tem um aumento de 1,2% ao ano. A SHBG transporta normalmente 60% da testosterona total, podendo passar a transportar mais de 75% no homem idoso, a testosterona

livre representa 1 a 2% da total, a remanescente é transportada pela albumina. As duas fracções, livre e ligada à albumina constituem a chamada testosterona biodisponível ou bioactiva. Devido à união lábil da testosterona à albumina existe um fácil intercâmbio desta com a livre, dado que o tempo médio de dissociação é menor que 1 segundo.

A testosterona biodisponível vai diminuindo, restando apenas uma pequena quantidade de testosterona livre para penetrar nas células, porque a diminuição da testosterona livre e biodisponível é maior que a de testosterona total. A quantidade de SHBG circulante, tanto no jovem como no idoso, está dependente do genótipo SHBG, condicionando assim os níveis dos esteróides sexuais circulantes. Os polimorfismos do gene promotor SHBG humano, que influenciam a sua actividade transcripcional, são responsáveis pelos valores de produção da SHBG, explicam as variações individuais tanto da SHBG como das hormonas transportadas.

Com a idade, nos humanos e nos roedores, o efeito dos androgénios, pode estar diminuído por diminuição da sensibilidade e do número de receptores, ARs, nos tecidos alvo. Os androgénios são transportados até aos receptores situados no núcleo celular para serem transcriptos, onde uma série de factores pode interferir numa correcta transcripção. A diminuição da falta de sensibilidade dos ARs pode ser devida a polimorfismos destes mesmos receptores.

A acção da testosterona, no homem, é mediada pelos receptores dos estrogénios (ER) depois da sua biotransformação, por acção da aromatase, que se encontra em níveis mais elevados na protuberância, tálamo, hipotálamo e hipocampo. A mediação dos estrogénios, na acção da testosterona, inclui a retrorregulação da LH.

No idoso, a descida de testosterona é causada, em grande parte, pela falência do eixo hipotálamo-hipofisário. Há uma diminuição da sensibilidade da hipófise à GnRH produzida no hipotálamo e, com o envelhecimento, a testosterona pode inibir mais facilmente a libertação de LH. Deste modo, a uma baixa produção de testosterona responde o eixo hipotálamo-hipofisário com valores de LH ou normais ou um pouco mais elevados que no homem jovem. O ritmo circadiano das testosteronas, total, livre e biodisponível, está diminuído na sua amplitude, consequência das alterações da LH, que por sua vez reflecte a redução dos bolus de GnRH libertados para a hipófise através da circulação portal, consequência da redução do número de neurónios hipotalâmicos produtores de GnRH, ou um menor recrutamento intermitente eficiente e/ou sincronização destes neurónios e/ou baixa regulação da sua actividade, por factores locais ou sistémicos. Além das circadianas e ultradianas, a testosterona tem variações circanuais que, em estudos efectuados no hemisfério norte, evidenciaram uma amplitude superior a 30%, com uns a apontar um máximo entre

Outubro e Dezembro e outros na Primavera e Verão, sendo que, o idoso, também perde esta variação sazonal das hormonas sexuais.

Esta baixa de testosterona, nos actuais sexagenários, pode ser atribuída a dois factores independentes; um, decorrente da própria idade, o outro, a um abaixamento generalizado, geracional, da testosterona, no mesmo sentido da já conhecida diminuição do número de espermatozóides.

A diminuição da testosterona pode provocar uma diminuição do desejo sexual, qualidade das erecções, número de erecções nocturnas, e no humor, cognição, e memória que, em última análise, se reflectem na actividade sexual. A testosterona, independentemente da sua acção específica sobre a actividade sexual, tem uma acção indirecta, ao actuar sobre a citoarquitectura e função das células cerebrais, por efeito do aumento da produção do factor de crescimento da nervo (NGF), pelo efeito protector contra o stress oxidativo e contra a aptoptose. 20% dos indivíduos com 60 anos, têm níveis de testosterona compatíveis com hipogonadismo. O hipogonadismo foi definido pela Sociedade de Medicina Sexual da América do Norte, em 2002, como uma situação clínica caracterizada por baixos níveis séricos de testosterona ocorrendo simultaneamente com algum ou alguns dos seguintes sinais ou sintomas:

Sintomas sexuais: diminuição do desejo, disfunção eréctil, dificuldade em atingir o orgasmo, diminuição da intensidade do orgasmo, diminuição da sensibilidade peniana. Diminuição da energia, sensação de vitalidade ou sensação de bem-estar. Aumento da fadiga. Diminuição do humor. Diminuição da actividade cognitiva. Diminuição da massa ou força muscular. Diminuição da densidade óssea. Anemia. Perturbações do sono. As diferenças individuais das concentrações de testosterona face aos sintomas, estão relacionadas putativamente com a actividade androgénica modificada geneticamente.

O LOH (Late Onset Hypogonadism) é uma síndrome clínica, com sinais ou sintomas atrás enunciadas, e bioquímica, de aparecimento em idade avançada (International Society of Andrology / International Society for the Study of the Aging Male / European Association of Urology) ainda que se não tenha estabelecido um limiar de idade para se considerar o LOH.

Dihidrotestosterona (DHT). Apenas 15 a 20% é produzida nos testículos, sendo os restantes 80% resultantes da conversão da testosterona por acção da 5α reductase tipo 2 nos tecidos periféricos, próstata, vesículas seminais e testículos, e por acção da 5α reductase tipo 1 no fígado, pele e cérebro. No cérebro, a testosterona pode então ser metabolizada para DHT e transportada para os receptores de

androgénios. A DHT tem uma afinidade dez vezes maior que a testosterona para os receptores androgénicos e tem uma potência biológica superior à testosterona, considerada, por alguns autores, como apenas uma pró-hormona. Não há alterações substanciais, com a idade, nas concentrações de DHT, no entanto, devido ao aumento da SHBG, verifica-se uma diminuição moderada da DHT livre.

Dehidroepiandrosterona (DHEA) e Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S)

São produzidas fundamentalmente nas suprarrenais, têm uma potência mais fraca que a testosterona e são convertidos, nos tecidos alvo, como o cérebro, seja em androstenediona seja em testosterona, podendo esta última ser aromatizada, passando a estrona ou estradiol ou convertida pela 5α reductase. Têm importância para o bem estar geral e só secundariamente esta sensação de bem-estar pode ser relevante para o desejo sexual.

A taxa de diminuição da DHEA e DHEA-S é de 1,8% por ano a partir dos 30 anos, é praticamente igual à da testosterona biodisponível, sabendo-se que as concentrações daquela são três vezes superior à da testosterona biodisponível. A queda da testosterona, com a idade, também é influenciada pela capacidade diminuída de formação dos seus precursores, DHEA e DHEA-S, por diminuição da actividade enzimática.

Outros androgénios. A androsterona, um neuroesteróide , contribui para a regulação sexual do homem. No hipogonadismo, há uma diminuição de testosterona, DHT, e androsterona no líquido cefalorraquidiano (LCR). Os valores baixos da androsterona correlacionam com a diminuição do desejo sexual.

A androsterona tem uma baixa afinidade para os receptores dos androgénios (ARs), menor que a dos seus precursores testosterona e DHT, modula o receptor GABA A, com uma afinidade comparável à de outro neuroesteróide, a alopregnanolona. É também precursor do androstenediol que activa os receptores estrogénios β (ER β).

A androsterona actua sobre a função sexual por três vias, receptores AR, receptores ER β, receptores GABA A.

A intracrinologia tem papel fundamental no metabolismo intracelular dos androgénios. Os androgénios activos exercem a sua acção nas mesmas células onde são sintetizados e metabolizados sem que sejam libertados para o ambiente extracelular.

Estrogénios

Doses mínimas podem influir no desejo, mesmo no sexo masculino, segundo uns, enquanto outros, não encontram diferenças significativas entre os valores de estradiol e a actividade sexual.

De entre as várias acções dos estrogénios, no homem, a sua acção sobre o cérebro é extremamente importante.

Do estradiol circulante apenas 20% é produzido nos testículos, enquanto os restantes 80% resultam da aromatização da testosterona e androstenediona, maioritariamente no tecido adiposo, ainda que a aromatase esteja presente em vários outros tecidos, incluindo o cérebro. A taxa de conversão da testosterona em estradiol é de cerca de 0,2%. O estradiol é também transportado pela SHBG, mas tem apenas metade da afinidade da testosterona. Como consequência do aumento da capacidade de transporte da SHBG, relacionada com a idade, as concentrações séricas de estradiol livre baixam e o estradiol biodisponível evidencia uma ligeira diminuição. O homem com diminuição dos estrogénios, défice de aromatase ou resistência aos estrogénios evidencia um aumento de LH e FSH. Genericamente, os estrogénios, têm um efeito anti-androgénico reduzindo o desejo sexual. Há autores que afirmam que o estradiol não varia significativamente com a idade porque a diminuição dos seus precursores, testosterona e androstenediona, é compensada pelo aumento da massa gorda e aumento da actividade da aromatase.

Prolactina. É segregada pela hipófise anterior, a adenohipófise, e a sua produção é inibida pelo sistema dopaminérgico tubero-infundibular.

Valores elevados provocam uma diminuição do desejo e a instalação de uma disfunção eréctil, colocando-se a questão se, estas disfunções sexuais, são devidas ao aumento da prolactina ou à diminuição da dopamina. A hiperprolactinémia pode estar associada a uma hipotestosteronémia.

A excitação sexual provocada por estímulos eróticos tem proporcionado resultados antagónicos quanto à produção de prolactina. Há um aumento de prolactina pós-orgasmo, que contribui para o período refractário.

No idoso há uma diminuição da amplitude dos pulsos nocturnos mas não nos diurnos, relacionados com alterações da regulação dopaminérgica, serotoninérgica, colinérgica e noradrenérgica, e uma diminuição da quantidade total de prolactina, devida à diminuição do número de células lactotropas, provocando uma hipoprolactinémia relativa, com outros autores a referirem que não encontraram variações significativas com a idade. Estas alterações teoricamente não se vão repercutir sobre a sexualidade.

Cortisol. A sua produção mantêm-se relativamente estável.

Opióides. É controverso o seu papel no comportamento sexual. Uns afirmam-no positivo, referindo que aumentam a excitação sexual e que continuam a ser libertados durante esta fase com a sensação de anestesia e bem estar, outros negam-no

ao não encontrar nenhuma alteração dos níveis de β-endorfina, em humanos, seja na fase de excitação seja no orgasmo.

Se o considerarmos negativo, reduz o desejo sexual, diminui a resposta genital, a ejaculação e o orgasmo. Inibe a LHRH e por conseguinte a LH e a testosterona. É produzida nas células do núcleo arcuato do hipotálamo e do núcleo do tracto solitário do tronco cerebral. Os neurónios do núcleo arcuato projectam-se para o hipotálamo, incluindo a área pré-óptica medial e a amígdala e também para o núcleo paraventricular e tronco cerebral, relacionando-se com o sistema nervoso autónomo. Tem dois efeitos duais:

Facilita a fase antecipatória da actividade sexual ao aumentar a excitação sexual e a motivação, actuando na área tegmental ventral por activação do sistema dopaminérgico mesolímbico.

Inibe a fase consumatória da actividade sexual, diminuindo o desempenho sexual ao actuar sobre a área pré-óptica medial.

Pequenas concentrações têm um efeito facilitador do comportamento sexual enquanto as altas têm um efeito inibidor. O controlo sobre o comportamento emocional e sexual por parte da amígdala é mediado pela libertação do óxido nítrico e da sua acção sobre os endocanabinóides , opióides e catecolaminas.

Leptina. Está aumentada no indivíduo idoso na razão inversa dos níveis de testosterona, e correlaciona positivamente com o tecido adiposo, havendo uma associação entre obesidade e hipogonadismo. A testosterona diminui a produção de leptina. A leptina não parece ter um efeito directo sobre a sexualidade.

Hormonas tiroideias. Nos idosos há cerca de 15% que desenvolvem um hipotiroidismo subclínico, decorrente de uma diminuição da resposta da hipófise à hormona libertadora de tirotrofina (TRH), diminuição da resposta da tiroideia à acção da hormona estimuladora da tiroideia (TSH), do aumento da prevalência da tiroidite de Hashimoto, auto-imune, com a consequente baixa de valores de T3 e T4 totais e livres e desenvolvimento de um hipotiroidismo. Um hipotiroidismo de aparecimento tardio pode ser causa de um hipogonadismo, porque os níveis de SHBG estão aumentados e porque a aromatização da testosterona em estradiol também está aumentada, logo o hipotiroidismo pode ter influencia sobre a função sexual.

Oxitocina. Aumenta durante a fase de excitação e tem uma explosão libertadora no orgasmo, voltando aos valores basais passados 5 minutos, podendo contribuir para a existência do período refractário. Caldwell (20029 definiu-a como a hormona da satisfação sexual. Valores elevados de oxitocina aumentam os afectos positivos assim como o humor e o desejo sexual, desempenhando um papel importante no comportamento afiliativo. É produzida pelos neurónios do núcleo paraventricular

(PVN) localizados no hipotálamo cujos axónios vão terminar no lobo posterior da hipófise , neurohipófise , onde se dá a sua libertação. A oxitocina estimula a produção de óxido nítrico no PVN, estando assim implicada na erecção. Os valores plasmáticos da oxitocina elevam-se com a idade devido à diminuição do efeito inibidor do GABA sobre os neurónios magnocelulares.

Não está claro o efeito destas alterações sobre a sexualidade do idoso.

Vasopressina. Durante a fase de excitação sexual aumenta a produção de vasopressina, que cai com o orgasmo, ao contrário da oxitocina. Tem uma acção facilitadora dos processos mnésicos. Com a idade o efeito inibidor do GABA vai diminuindo, por menor libertação para os núcleos paraventricular e supra-óptico. Os neurónios vasopressinérgicos ficam assim mais activos, encontrando-se uma elevação dos valores plasmáticos da vasopressina. Os ritmos circadianos e sazonais sofrem alterações. Paradoxalmente, com a idade, há grupos de células do hipotálamo que têm padrões específicos de funcionamento opostos, com uns a sofrer uma diminuição funcional notável e outros parecendo aumentar a sua funcionalidade. Não se encontrou uma relação entre as alterações descritas nos níveis de vasopressina e comportamento sexual.

Dopamina. É a hormona do desejo. Estimula o comportamento sexual masculino através da sua acção sobre a área pré-óptica medial (MPOA) localizada no hipotálamo, aumentando assim a transmissão oxitocinérgica central. A sua libertação é influenciada pela existência de testosterona, óxido nítrico e glutamato.

A dopamina e o núcleo accumbens desempenham um papel fundamental na vinculação, aprendizagem social e na sua recompensa; a sua diminuição pode estar associada a uma incapacidade para estabelecer relações sociais.

O receptor da dopamina relacionado com o desejo sexual, excitação e desempenho sexual é o DRD4. Uma explicação para as variações individuais destes componentes sexuais pode ser encontrada nas variantes alélicas codificando para diferenças na expressão do gene do receptor DRD4 e concentrações de proteínas em zonas chave do cérebro. Estes estudos que vinham sendo efectuados em roedores tiveram, recentemente confirmação em humanos.

Melatonina. Tem um importante papel na reprodução humana, e a sua acção nos animais está bem estabelecida, com os ciclos reprodutivos a serem temporizados pelas alterações do fotoperíodo. O desempenho de relógio biológico cerebral regulador dos vários ciclos biológicos está atribuído ao núcleo supraquiasmático hipotalâmico. No homem, a glândula pineal também regula os ritmos circadianos e sazonais (circanuais), relacionados com a duração dos dias e das noites, logo das

estações, com uma libertação nocturna mais prolongada no Inverno que no Verão. A sazonalidade da reprodução representa o processo pelo qual a natureza zela para que os nascimentos ocorram numa altura compatível com a sobrevivência das crias, proporcionada por condições ambientais, tanto metereológicas como alimentares.

Com a idade há uma diminuição da produção de melatonina provocando alteração dos ritmos circadianos e sazonais, verificando-se alterações do sono e alterações da produção de testosterona, que no entanto não é consensual.

Serotonina. É produzida em cerca de 80% pelas células cromafins do tubo digestivo, com 90% dos receptores a serem periféricos ao SNC.) No cérebro a serotonina é um precursor da melatonina. A serotonina circulante não chega às estruturas cerebrais porque não ultrapassa a barreira hemato-encefálica.

A serotonina é tida como negativa, em todas as fases da resposta sexual, particularmente no orgasmo e ejaculação. A um aumento da actividade seroto-ninérgica corresponde um aumento do período refractário. As estruturas implicadas no processo ejaculatório são a área hipotalâmica lateral e várias outras áreas supra-espinhosas, o núcleo paragicantofolicular e ainda a medula lombo sagrada. A resposta da estimulação dos receptores não tem sempre as mesmas consequências. A estimulação dos receptores 5HT1A, autoreceptores pré-sinápticos, e 5HT1B reduzem a neurotransmissão sináptica com uma diminuição do tempo de latência ejaculatória intra-vaginal (IELT). A estimulação dos receptores 5HT2C e 5HT2A, pós-sinápticos, vão aumentar o tempo de latência ejaculatória. É deste jogo entre os receptores 5HT1A-5HT1B e 5HT2A-5HT2C que resulta um menor ou maior tempo de latência ejaculatória. O mesmo se passa em relação à medicação com a inibição ou estimulação destes receptores.

Com a idade, há uma diminuição não só dos níveis de serotonina cerebral como também do número de receptores 5HT1A, com uma densidade menor nas estruturas límbicas, hipocampo e girus cingulado e, ainda, alterações do seu ritmo circadiano.

Na bibliografia não foram encontradas consequências destas alterações no comportamento sexual do idoso.

Conclusão: Do que ficou escrito facilmente se conclui que, o comportamento sexual é uma resultante de complexos fenómenos sociais, pessoais, psicológicos e neuro-imuno-endocrinológicos, ainda muito mais complexos.

Este homem de 60 anos em (re)construção e interacção permanente vai, ao longo da sua vida, mesmo que subtilmente, declinando as suas funções fisiológicas e cognitivas.

Se como aqui foi escrito, algumas alterações, à luz dos conhecimentos actuais são facilmente entendidas, outras não, e mais difícil ainda se torna interrelacioná-las na análise de um resultado final. É isso que torna fascinante o estudo da sexualidade seja aos 60 ou em qualquer idade e em qualquer sexo. O caminho ainda é longo.

O Hipogonadismo aos 60 anos

Alcino Oliveira
Serviço de Urologia
Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

A deficiência androgénica no homem idoso tornou-se um ponto de crescente interesse e debate em todo o mundo. Os dados demográficos demonstram um crescente aumento da população idosa e também suportam a ideia de que a testosterona cai progressivamente com a idade e que uma percentagem significativa de homens acima dos 60 anos apresentam níveis de testosterona que estão abaixo do limite inferior do adulto jovem (20-30 anos).

Este declínio é por vezes referido como "Andropausa" ou Hipogonadismo de Início Tardio (LOH). Contudo ao contrário da Menopausa onde acontece uma deficiência completa de estrogénios com as consequências clínicas conhecidas, o declínio com a idade dos androgénios é modesto e as possíveis consequências clínicas não estão bem definidas (Fig. 1).

Os estudos transversais e longitudinais efectuados demonstram uma diminuição da concentração da testosterona com a idade. O declínio é, contudo, relativamente ligeiro e ocorre principalmente durante a manhã. O jovem adulto exibe uma variação diurna com os valores mais altos por volta das 8 horas e os mais baixos cerca das 20 horas mas, os homens idosos têm pouca variação.

A globulina sérica de ligação das hormonas sexuais (SHBG) aumenta a sua concentração com a idade e, uma vez que se liga á testosterona com alta afinidade, conduz a que menos testosterona livre circule no sangue – diminui a testosterona biologicamente activa. Assim, temos que a testosterona sérica livre diminui com a idade em maior grau que a testosterona total.

Define-se o Hipogonadismo de Inicio Tardio ou Late Onset Hypogonadism (LOH) como síndrome clínico e bioquímico associado ao envelhecimento e caracterizado por sintomas típicos e deficiência nos níveis séricos de testosterona. Pode ocasionar uma perda significativa na qualidade de vida e afectar nefastamente a função de múltiplos sistemas orgânicos.

O diagnóstico clínico do LOH é problemático porque os sintomas e sinais físicos não são específicos. Foram desenvolvidos 3 questionários para ajudar a detectar o hipogonadismo no homem adulto – Androgen Deficiency of Aging Male (ADAM), fig. 1, Aging Male Survey (MAS) e MMAS. Os 2 primeiros são questionários de sintomas e o último representa uma combinação de sintomas e dados epidemiológicos. Estes questionários são úteis como instrumentos de rastreio mas são insuficientes para o diagnóstico (Fig. 2).

A clínica

(1) Quadro típico de diminuição do desejo sexual (libido) e qualidade e frequência das erecções, sobretudo erecções nocturnas.
(2) Alterações do humor com diminuição concomitante na actividade intelectual, funções cognitivas, capacidade de orientação espacial, fadiga, humor depressivo e irritabilidade.
(3) Distúrbios do sono.
(4) Diminuição na massa e força muscular.
(5) Aumento da gordura visceral.
(6) Diminuição da pilosidade e alterações da pele.
(7) Diminuição da densidade mineral óssea com osteopenia, osteoporose e aumento do risco de fracturas ósseas.

O laboratório

Colher amostra de sangue entre as 7 e 11 horas para determinar o nível de testosterona e globulina sérica de ligação das hormonas sexuais (SHBG). Os parâmetros usados para estabelecer o diagnóstico de hipogonadismo são a avaliação da testosterona total e livre séricas.

Não existe limite inferior do normal que seja universalmente aceite e desconhece-se se limites geograficamente diferentes dependem de diferenças étnicas ou outras. Existe um acordo geral de que para valores de testosterona total acima de 12nmol/L (346ng/dl) ou testosterona livre acima de 250pmol/L (72pg/ml) não é necessário tratamento de substituição.

Baseados em dados de homens jovens existe consenso de que um testosterona total inferior a 8nmol/L (231ng/dl) ou testosterona livre inferior a 180pmol/L (52pg/ml) necessitam substituição.

Se existirem alterações dos valores do testosterona deve ser colhida segunda amostra bem como doseados a LH e a Prolactina séricas. Se a LH está alta terá um hipogonadismo primário e o tratamento poderá ser considerado. Se a LH não

estiver elevada terá um hipogonadismo secundário e deverá ser investigado para doença hipofisária.

É reconhecido que ocorrem alterações significativas concomitantes noutros sistemas endócrinos no envelhecimento mas, o significado dessas alterações não é bem conhecido.

Deve existir um quadro clínico e bioquímico claro de hipogonadismo antes de iniciar um tratamento de substituição com testosterona.

Existem contra-indicações absolutas à administração de testosterona:

– Carcinoma da próstata, mama ou fígado.

São contra-indicações relativas:

– Policitemia grave

– Apneia do sono não tratada

– Insuficiência cardíaca severa

– Sintomas de grave obstrução do tracto urinário inferior devidos a hipertrofia benigna da próstata.

Estão disponíveis no mercado preparações sob a forma injectável, orais, e transdérmicas seguras e efectivas. A selecção da preparação deve ser uma decisão conjunta do doente e médico.

Dado que o aparecimento de contra-indicações durante o tratamento, nomeadamente o carcinoma da próstata, necessitará de uma rápida descontinuação do tratamento com testosterona as formulações de curta duração (transdérmicas, orais) deverão ser preferidas às de longa duração.

O nível óptimo de testosterona sérica a atingir parece ser, de momento, o nível baixo a médio dos níveis apresentados por adultos jovens. Deverão evitar-se níveis supra-fisiológicos de testosterona.

Deve obter-se uma melhoria nos sinais e sintomas de deficiência de testosterona e a sua ausência deve acarretar uma descontinuação do tratamento e investigação de outras causas.

Nos homens acima dos 45 anos é necessário efectuar o toque rectal e avaliação do PSA de 4 em 4 meses durante o primeiro ano e depois anualmente.

O aparecimento de comportamento agressivo deve fazer descontinuar o tratamento.

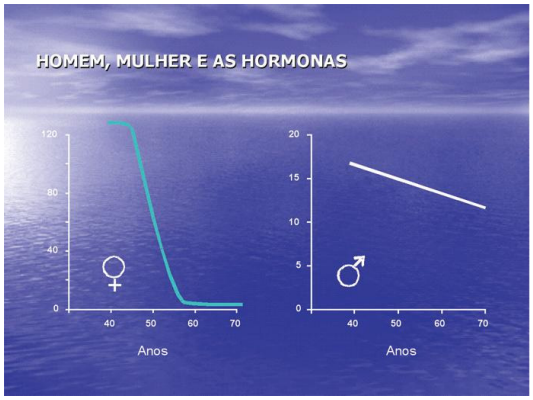


Fig. 1 – Comparativo homem mulher

Teste ADAM		
	SIM	NÃO
1. Por vezes, tem sentido diminuição da libido (desejo sexual)?		
2. Sente falta de energia?		
3. Sente que o seu corpo tende a adoptar uma postura encurvada?		
4. Tem sentido falta de força e/ou resistência?		
5. Tem notado um decréscimo na "alegria de viver"?		
6. Anda frequentemente triste e/ou irritado?		
7. As suas erecções são menos potentes?		
8. Tem sentido recentemente uma deterioração nas suas capacidades atléticas?		
9. Adormece com frequência a seguir ao jantar?		
10. Tem notado um menor rendimento no trabalho?		

Fig. 2 – Teste de ADAM

A idade das artérias

Alexandre Moreira
In memorium

É evidente que o tema, O homem de 60 anos, a idade das artérias, perante a discussão que houve hoje a respeito da sexualidade, é um tema muito mais seco, muito menos interessante, pelo que vou tentar acima de tudo dar uma ideia do ponto de vista do cirurgião vascular sobre estes problemas relacionados com o homem dos 60 anos. Nós sabemos que o ciclo da vida é uma peça em três actos, que começa quando o espermatozóide se une ao óvulo para formar o zigoto, o qual se vai subdividindo até que 260 dias depois dá origem a um ser humano, que vai sofrer uma maturação física durante cerca de 25 anos e uma maturação intelectual com mais 25 anos. E a terceira fase deste ciclo da vida é a fase em que a idade madura passa à senilidade e o envelhecimento é consequência da evolução do relógio genético, essencialmente modificável por factores ambientais. Durante esta evolução a nossa vida, mais cedo ou mais tarde, existe a pergunta: Porque nós envelhecemos? Foi seguramente João Ponce Leão o mais ousado na resposta para procurar dar continuidade àquilo que Oscar Wilde dizia "que o maior drama da velhice não consiste em ser velho mas sim em ter sido jovem". Portanto, na procura em manter essa juventude foi Ponce Leão, um explorador do tempo dos reis católicos, que andou à procura da fonte da juventude, do rio que lhe permitisse durante muito tempo beber essa água e não morrer. Na altura, esta fonte da juventude foi muito procurada, e "Luc Canaxe" pintor alemão do tempo de Lutero, exemplificava muito bem onde mostra do lado esquerdo as pessoas idosas a chegarem em carroças e a mergulhar na piscina e quando saiam estavam rejuvenescidas. E durante muito tempo, mesmo a cinematografia fez muitos filmes em que esta procura da juventude se mantém. É evidente que, actualmente, são os biologistas, que não nas selvas, procuram manter esta fonte da juventude nos laboratórios procurando nas nossas células, nos nossos cromossomas, nos nossos aminoácidos, encontrar razões que permitam que a juventude se mantenha.

E é verdade que hoje existem centenários, como devem ter ouvido, há relativa-

mente pouco tempo morreu o homem mais velho do mundo em Espanha com 112 anos. E estes centenários como em França, neste momento, com uma população de cerca de 60 milhões de habitantes, existem cerca de 3 mil centenários. Quando encontramos um centenário, que é uma verdadeira raridade biológica não podemos deixar de fazer uma pergunta: como estarão as suas artérias? É evidente que a pergunta subsequente é: em que sentido terá evoluído a tão complexa e organizada estrutura das artérias durante o tempo de evolução das idades tão avançadas e que transformações se terão formado. Por outro lado a pergunta subsequente é: como terá evoluído a arteriosclerose? Sendo a principal doença que atinge as artérias e vai influenciar toda a funcionalidade dos diferentes órgãos, como é esta arteriosclerose evolui ao longo dos tempos? Esta arteriosclerose repercute-se nas diferentes idades com uma variabilidade extraordinariamente grande. Vemos aqui uma arteriografia, uma ortografia e uma aorta de um indivíduo de 60 anos, com as repercussões inerentes a uma isquemia que se não for devidamente tratada pode acabar numa gangrena e amputação do membro, mas podemos ver outra arteriografia de um indivíduo de 70 anos com muito menos lesões, com muito menos implicações, digamos com muito menos repercussão sintomatológica. Mas também podemos encontrar indivíduos com 50 anos com um aneurisma da aorta com indicação cirúrgica antes que rompa e provoque a morte do indivíduo. Ou então encontrarmos, por exemplo aos 40 anos, indivíduos com lesões graves para a idade, lesões de estenose pré-oclusivas e também com lesões aneurismáticas. Quer dizer que a variabilidade de atingimento das diferentes artérias ao longo da vida do indivíduo está dependente de múltiplos factores e pode ser extraordinariamente diferente. Dai se diga que tem a idade das suas artérias e portanto o interesse de as manter o mais jovens, o mais íntegras e o menos deterioradas possível, de forma a que o envelhecimento progressivo, que dá esta evolução da idade tenha a menor repercussão ao nível dos diferentes órgãos.

Em 1958 a Organização Mundial de Saúde definia a arteriosclerose deste modo: associação variável de alterações da íntima das artérias de grande e médio calibre consistindo numa acumulação local de lípidos, glucídios, complexos de sangue e de produtos sanguíneos, de tecido fibroso e de depósitos calcários acompanhados de modificações da média. E curiosamente passados mais de 50 anos, esta definição mantém-se actual, quer dizer que todas as alterações que se dão ao nível de uma artéria correspondente a todo um processo de arteriosclerose que se desenvolve com diferentes idades, ainda hoje passado 50 anos está actual e os tratamentos que se conseguiram entretanto desenvolver não alteraram este conceito extremamente importante. Vejamos alguns aspectos directamente relacionados com o processo da

arteriosclerose. O indivíduo que vai na rua e subitamente sente uma dor no peito e é obrigado a parar. Poderá tratar-se de um processo de angina de peito ou de um processo de início de enfarte do miocárdio, dependendo do grau de redução do diâmetro vascular que apresentará, se atingir os 80% corresponderá a uma dor anginosa que tratada devidamente poderá ser recuperável, se atingir 100% será um enfarte do miocárdio. Também se tratado nas primeiras horas com os diferentes tratamentos trombolíticos ou nas primeiras 24 horas com os diferentes aspectos de dilatação e de angioplastia. E se repararmos no registo nacional de síndromes coronários agudos realizados no ano 2003, em 3771 registados, o síndrome é muito superior no homem do que na mulher (72% nos homens), e a média de idades é nos homens de 61 anos com uma variabilidade de mais ou menos 13 anos e nas mulheres de 10 anos mais tardia. Quer dizer que o homem de 60 anos nestes aspectos ligados directamente à patologia coronária é a idade crítica, a idade que deverá ter uma atenção primordial e está directamente ligada aos factores de risco vasculares, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e ao tabaco.

Vejamos muito rapidamente como se desenrola todo este processo da arteriosclerose, e vai evoluindo progressivamente, por alterações múltiplas, por causas variáveis ao nível da íntima, da camada mais interna da artéria. Fala-se hoje também em processos inflamatórios (discutindo-se inclusive se a arteriosclerose será uma doença infecciosa semelhante ao que se passa por exemplo com a úlcera gastroduodenal em que existem agentes bacterianos que contribuem para o seu aparecimento), e também todos os processos essencialmente relacionados com o colesterol, como o DL que vai provocar acções mais específicas; o tabagismo como sabemos provoca acções importantes; a diabetes, que vai provocar não só alterações da microangiopatia e também da macroangiopatia; a hipertensão, actuando a diferentes níveis contribuindo de uma forma marcada para que dê a formação da chamada estria lipídica que é a primeira situação a nível da parede do vaso. Lembro que esta estria lipídica independentemente destes factores pode aparecer muito precocemente. Em estudos necropsicos que realizei quando era assistente no Instituto de Medicina Legal do Porto, cheguei a ver estrias lipídicas em bebés de oito meses, o que significa que a arteriosclerose provavelmente tem factores genéticos e factores hereditários que depois serão os factores ambientais. Estes factores de risco, vão contribuir para uma mais marcada actuação aos diferentes níveis. E acima de tudo, depois toda a evolução que a placa vai dando, desde a estria lipídica até à formação da placa "ateroma" vai diminuindo o longo do vaso, vai contribuir depois para as diferentes complicações como a ruptura da placa e a formação de uma hemorragia ou a consequente constituição de um "trombo". É realmente a placa

ateromatosa complicada por ulceração, por trombose e por embolia, que vai actuar a diferentes níveis e órgãos.

Como sabemos as lesões essencialmente localizadas na carótida são as principais causadoras dos acidentes vasculares cerebrais ou de encefalopatias arterioscleróticas, desde a demência até às lesões hoje muito em voga da discussão do comprometimento vascular na doença de Alzheimer. Também ao nível da angina de peito e de enfarte do miocárdio com as lesões que se vêem na coronariografia, lesões de estenose e de oclusão dos diferentes ramos. Também ao nível dos rins com estenoses da artéria renal com todos os problemas inerentes à nefropatia esquemica e de hipertensão renovascular. Ou ao nível do intestino, embora mais raramente, mas a chamada angina intestinal que normalmente é uma dor pós prandeal correspondente a uma esquemia do território das artérias mesentéricas. Também, e com maior frequência ao nível dos membros inferiores, vemos na arteriografia que praticamente há uma oclusão ao nível da aorta, lesões em indivíduos jovens, lesões ao nível dos membros inferiores são lesões que podem provocar disfunção eréctil, ou lesões próprias duma ausência completa da artéria hipogástrica, vão contribuir para o aparecimento de impotência sexual. Perante este tipo de lesões da arteriosclerose qual é a conduta médica? Muitos tratamentos têm aparecido nestes últimos anos mas os dois parâmetros fundamentais são: tratar os indivíduos de risco (e estes indivíduos de risco são aqueles que apresentam diabetes, colesterol elevado, os fumadores pesados, hipertensão. E depois, um aspecto fundamental, tratar os primeiros sinais de doença cardíaca ou doença vascular, e aqui um papel primordial que tem a medicina ao nível da clínica geral e da medicina familiar. E também deixar a ideia que deve prevalecer, o problema principal no tratamento da arteriosclerose é prevenir o seu aparecimento. Contudo este problema não é um problema só do homem idoso, mas sim de uma sociedade de consumo, que começa muitas vezes na criança e depende da educação sanitária e dos hábitos adquiridos, alimentares, do álcool e do tabaco. E dai a importância de ter, em qualquer idade, um sistema circulatório arterial, o mais íntegro possível de forma a que o envelhecimento progressivo ao nível dos diferentes órgãos tenha a menor repercussão possível.

Em relação ao álcool, hoje está provado que depende do tipo de álcool que se bebe. Por exemplo o vinho, no caso de Portugal o vinho maduro tinto, 1 a 2 copos de vinho maduro tinto dadas as características que tem é defendido por grande parte dos indivíduos que estão a fazer os estudos epidemiológicos da arteriosclerose. Por exemplo as bebidas brancas pelo contrário é altamente provado que é altamente prejudicial. O vinho verde por exemplo também não é aconselhável. E isto tem muito

a ver com a quantidade de tanino e do tipo de uvas que o têm. Vinho maduro tinto em Portugal, 1 a 2 copos, é uma boa profilaxia para a arteriosclerose. O grande avanço que houve nos últimos anos em relação à arteriosclerose foi o aparecimento das estatinas, vieram permitir ter a esperança de haver regressão da placa da arteriosclerose, que até então praticamente não havia. Hoje começa por investigações que permitam no mesmo comprimido uma acção anti-agregante plaquetar com uma acção vasodilatadora. Por exemplo, neste momento em Portugal apareceu um novo medicamento que ainda está numa fase não comercializada que parece permitir muito rapidamente baixar para níveis praticamente normais.

Factores de risco cardiovascular aos 60 anos

Paulo Palma
Serviço de Cardiologia
Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

A Doença Cardiovascular (DCV) é muito frequente na população geral e aumenta com a idade, atingindo a maioria dos adultos com mais de 60 anos. Por sua vez a doença coronária representa 30 a 50% do total das DCV.

A DCV abrange quatro grandes áreas, que são a doença coronária, a doença cerebrovascular, a doença vascular periférica e a doença da aorta torácica e abdominal. A presença de doença aterosclerótica em algum destes territórios aumenta de forma significativa a probabilidade de existência de doença nos outros territórios vasculares. Sabe-se que a presença de doença aterosclerótica vascular em território não coronário, transporta o mesmo risco de eventos vasculares futuros que a existência de doença coronária documentada.

A maioria dos factores de risco mais importantes são modificáveis, como é o caso do tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), obesidade, factores psicossociais, consumo regular de álcool e sedentarismo.

A determinação dos factores de risco vascular na população adulta é fundamental, pois permite programar a correcção dos mesmos. Esta correcção assume uma importância diferente dependendo da faixa etária, do sexo, ou da presença de outros factores associados. Por exemplo a DM 2, o tabagismo e a hipocolesterolemia HDL têm maior importância na mulher, ao passo que a hipertensão arterial sistólica isolada é um factor de risco major em todas as idades e independente do sexo.

Entre os factores de risco cardiovascular salientam-se os seguintes:

História familiar – A história familiar é um factor de risco importante e independente, particularmente, nos adultos jovens com história de DCV familiar precoce.

Dislipidemia – As alterações lipídicas que se associam a aumento do risco de DCV são: a elevação do colesterol total e do colesterol LDL, a diminuição do colesterol HDL, a diminuição da relação colesterol HDL/LDL, a hipertriglicerídemia, o aumento da lipoproteína (a), o aumento do colesterol não-HDL, o aumento da

apolipoproteína B e a diminuição da apolipoproteína A1. A prevalência da dislipidemia em doentes com doença coronária precoce atinge valores de 75 a 85%. A importância dos valores elevados de colesterol na doença aterosclerótica ficou bem evidente nos estudos de prevenção primária e secundaria de terapêutica com estatinas.

Hipertensão arterial – A hipertensão é um factor de risco bem estabelecido para os eventos cardiovasculares, tanto coronários como cerebrovasculares. A hipertensão arterial sistólica é tão importante quanto a hipertensão arterial diastólica, como factor de risco, particularmente nos indivíduos idosos. Os valores alvo da pressão arterial a atingir na prevenção primária e secundária são diferentes e variam também com a presença de outros factores de risco.

Diabetes Mellitus tipo 2 – A insulino-resistência, hiperinsulinemia e hiperglicemia características da DM 2, estão fortemente associadas com o desenvolvimento de doença aterosclerótica. A DM 2 é comparável, em termos de risco vascular, a um enfarte prévio, pelo que foi considerada como equivalente de doença coronária quando presente. Por seu lado a DM 2, como factor de risco aterogénico, potencia este risco de forma significativa quando associada a hipertensão arterial, obesidade, aumento da relação colesterol total/HDL, hipertriglicerídemia, e elevação dos níveis plasmáticos de fibrinogénio. As guidelines na actualidade aconselham um tratamento agressivo para correcção de todos os factores de risco associados à DM 2. Níveis elevados de glicose correlacionam-se com o risco cardiovascular tanto nos diabéticos, com nos não diabéticos.

Obesidade – A obesidade está associada com outros factores de risco vascular como hipertensão arterial, insulino-resistência, intolerância à glicose, hipertriglicerídemia e baixos níveis de colesterol HDL, levando a aumento da DCV e mortalidade cardiovascular.

Síndrome metabólico – Nos doentes com síndrome metabólico a coexistência de obesidade abdominal, insulino-resistência, hipertensão arterial e dislipidemia aterogénica, aumenta o risco para o desenvolvimento de muitas doenças entre as quais a DM 2 e a DCV.

Insuficiência renal crónica – O aumento do risco coronário em doentes com doença renal crónica em fase terminal está bem estabelecido, recentemente o mesmo se passou a verificar em relação à doença renal crónica ligeira e moderada. As guidelines actuais recomendam que a doença renal crónica seja considerada, em termos de prevenção vascular, como um equivalente de doença coronária.

Estilo de vida – Uma dieta rica em calorias, gorduras saturadas e colesterol, contribui para outros factores de risco como a obesidade, DM 2, hipertensão arte-

rial e dislipidemia, que predispõem ao desenvolvimento de DCV. A dieta proposta deve ser adequada à idade, actividade física, perfil lipídico e fármacos concomitantes. Deve também ser aconselhada a redução da ingestão de gordura (saturada <7%, polinsaturada = 10%, monoinsaturada = 10% da energia total) e do colesterol. É aconselhável aumentar a ingestão de fibras (20 a 35 g/dia) principalmente fibras solúveis. A opção de uma alimentação saudável, com grande consumo de alimentos ricos em fibras, relaciona - se de forma inversa com o desenvolvimento de doença cardio e cerebrovascular. A ingestão moderada de álcool tem um efeito protector na doença cardiovascular, sendo este efeito na sua maioria atribuído à elevação do colesterol HDL, acção antioxidante, antitrombótica e anti-inflamatória. Contudo em doentes com DM ou síndrome metabólico, o álcool deve ser evitado porque pode agravar a hipertrigliceridemia, induzir ou agravar a hipertensão arterial.

Exercício físico – Os doentes devem ser motivados para a prática de exercício físico regular, actividade aeróbica moderada a intensa, pelo menos 150 minutos por semana, idealmente 30 minutos por dia, todos os dias. O exercício físico regular melhora o controlo glicémico, diminui o risco cardiovascular, contribui para a perda de peso e melhora o bem-estar do doente.

O exercício mesmo moderado tem um efeito protector na DCV. Adicionalmente à quantidade de exercício físico, a aptidão cardiovascular (medida da actividade física) que é determinada pela duração do exercício e o máximo de consumo de oxigénio em tapete rolante, está associado a uma redução na DCV.

Tabagismo – o tabagismo é um factor de risco importante e reversível. A sua correcção é de tal forma importante que em alguns estudos efectuados, o risco de um segundo enfarte diminui 50% no primeiro ano e iguala-se aos não fumadores no segundo ano. Este efeito benéfico é independente do tempo e número de cigarros consumido anteriormente. O doente deve ser encorajado a não fumar, e esta medida deve ser incluída como uma rotina na prática clínica.

Factores psicossociais – Os factores psicossociais contribuem para o desenvolvimento de aterosclerose, assim como, para a precipitação da morte súbita e do enfarte agudo do miocárdio. A sua acção pode ser directa por lesão do endotélio vascular, ou indirecta por agravamento dos factores de risco tradicionais, como o taba-gismo, a hipertensão arterial e o metabolismo lipídico. A depressão, ansiedade e o stress foram relacionados em vários estudos com o desenvolvimento de DCV.

Proteína C reactiva – Em indivíduos saudáveis o nível basal inflamatório é obtido pelo doseamento da proteína C reactiva. Esta em conjunto com o perfil lipídico permite uma estratificação do risco de um primeiro enfarte, AVC ou doença vascu-

lar periférica. A DCV foi associada a uma variedade de marcadores inflamatórios, o que dá algum suporte à teoria inflamatória para a aterosclerose.

Microalbuminuria – A microalbuminuria reflecte a lesão vascular e é um marcador de doença arterial precoce, vários estudos mostraram que é um importante factor de risco para doença cardiovascular

Possíveis factores de risco para DCV

Para além dos factores de risco vascular previamente referidos, há outros factores de risco que podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento da DCV, no entanto ainda não foi estabelecido como e quando fazer o screening destes factores de risco vascular. Entre estes possíveis factores incluem-se:

As alterações electrocardiográficas em repouso e durante o exercício em indivíduos sem doença coronária.

A frequência cardíaca em repouso e durante o exercício (FC> 90 em repouso assim como a insuficiência cronotrópica com o exercício, aumentam o risco de DCI).

A **Homocisteína** sérica em nível elevado aumenta a doença cardíaca isquémica, contudo as terapêuticas com suplementos vitamínicos de ácido fólico, para diminuir os valores de Homocisteína sérica não mostraram benefício.

A **hiperuricemia** está associada a um aumento da incidência de doença cardiovascular e mortalidade em doentes com e sem doença coronária conhecida. Os mecanismos propostos para este efeito incluem o desenvolvimento de hipertensão arterial e o stress oxidativo. Desconhece-se se a hiperuricemia possui um efeito causal ou, como tem sido diversas vezes sugerido, é simplesmente um marcador para outros factores de risco, como a hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes.

A **espessura da íntima media carotídea e femoral**, estão ligadas ao processo aterosclerótico devido a associação com outros factores de risco conhecidos. Na população adulta há uma relação entre a espessura da íntima média carotídea e a presença de aterosclerose coronária.

A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade e morbilidade no mundo ocidental. A precoce identificação e correcção de todos os factores de risco cardiovascular, permite aumentar a esperança e qualidade de vida dos doentes.

O Pénis aos 60 anos

Pepe Cardoso
Serviço de Urologia
Hospital Fernando da Fonseca – Amadora-Sintra

Antes imponente e pujante. E agora pequeno e suave, como um frágil casulo de vida.

D. H. Lawrence, O amante de Lady Chatterley, 1928

Será que podemos atribuir ao pénis uma idade cronológica e fisiológica tal como o fazemos ao homem?

Será que podemos atribuir ao pénis determinadas características que o definam e o relacionem com a idade do homem?

Um antigo professor de Medicina e prestigiado médico-chefe do Johns Hopkins Hospital (1888-1905), Sir William Osler (1849-1919), afirmou: "tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença", conceito que consideramos de grande valor e adaptámos à nossa área de intervenção, pois: "tão importante quanto conhecer o pénis que o homem tem, é conhecer o homem que tem o pénis".

Assim, o pénis aos 60 anos não é mais do que o pénis do homem de 60 anos, podendo apresentar alterações fisiológicas e ou patológicas relacionadas com o envelhecimento, ou com patologias locais, sistémicas ou mentais, isoladas ou associadas, e todas contribuem para a variabilidade de diferentes características de homem para homem.

Existem várias teorias com a finalidade de explicar o envelhecimento, como a que define o envelhecimento como um processo genético pré-definido, contudo nenhuma o consegue fazer, mas todas têm em comum que o envelhecimento é um processo complexo e variado, de natureza contínua e progressiva, ao qual também se associa a involução da sexualidade.

Figura 1 – O pénis aos 60 anos

Segundo alguns geriatras, o envelhecimento é um processo cumulativo de vários factores, desde os hormonais, à hereditariedade, aos hábitos (sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, drogas de abuso, etc.) doenças (diabetes, hipertensão, cardiopatias, dislipidemias, etc), polimedicação e muitos outros que afectam o homem e os seus diferentes órgãos de modo diferente.

Existe no homem saudável, a partir dos 40 – 50 anos, um conjunto de alterações endócrinas que se associam ao envelhecimento, em especial as que dizem respeito à redução da actividade do eixo hipotálamo-hipófise-gónada, a andropausa, e mais recentemente as relacionadas com a redução da secreção da hormona do crescimento (GH) e da produção da dihidroepiandrosterona (DHEA) na supra-renal, também designadas por somatopausa e adrenopausa.

Todas estas alterações endócrinas, nomeadamente a diminuição lenta e progressiva dos níveis sanguíneos de testosterona (total, livre e biodisponível), são de uma enorme variabilidade individual e levam a manifestações clínicas e físicas que podem ser agravadas pela associação dos factores anteriormente descritos (hereditariedade, hábitos, doenças, polimedicação, etc.).

Todos os órgãos, tecidos e células do corpo vão perdendo alguma da sua capacidade funcional com o envelhecimento afectando o funcionamento dos vários sistemas do organismo.

Embora estas alterações ou mudanças ocorram tipicamente com o envelhecimento não existe uma idade específica pré-definida para que estas se manifestem.

Assim no homem de 60 anos podemos encontrar diversas alterações, em maior ou menor grau, tais como:

- Sintomas vasomotores – sudação, afrontamentos
- Alterações afectivas e cognitivas – irritabilidade, alterações da memória, ansiedade, depressão, insónia, astenia, falta de motivação, baixa auto-estima

- Alterações da masculinidade – diminuição da massa muscular, diminuição da força muscular, aumento da gordura corporal, aumento da relação cintura-anca (obesidade andróide), diminuição da massa óssea, diminuição pilosa
- Alterações da sexualidade – diminuição da libido, disfunção eréctil, diminuição da actividade sexual, diminuição do volume testicular, diminuição do orgasmo, ejaculação fraca

O pénis, tal como todos os outros órgãos, vai sofrer alterações consequentes ao processo de envelhecimento, nomeadamente em relação a sua capacidade eréctil, as quais vão ser vividas pelo homem com angústia, tanto maior quanto mais jovem o homem é ou se sente, uma vez que o pénis continua a simbolizar a condição masculina e da masculinidade.

O que é que podemos encontrar no pénis aos 60 anos?

Sendo a erecção um fenómeno essencialmente neurovascular que se traduz por profundas modificações hemodinâmicas nos corpos cavernosos, sendo que as alterações nervosas, diminuindo a sensibilidade e a eficácia da resposta nervosa, as alterações vasculares, diminuindo o afluxo de sangue, e a perda da distensibilidade, podemos encontrar alterações da qualidade da erecção.

Podemos também encontrar aterosclerose do pénis aos 60 anos, em maior ou menor grau, com consequente isquémia e impacto directo nas estruturas intra-cavernosas, originando fibrose do tecido cavernoso que leva a alteração da qualidade da erecção.

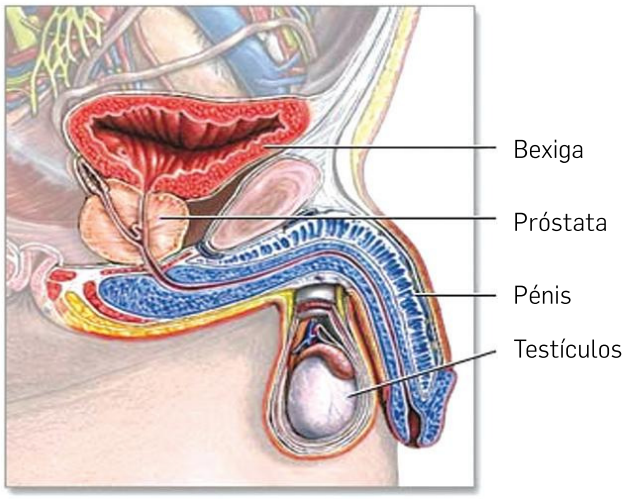


Figura 2 – homem jovem

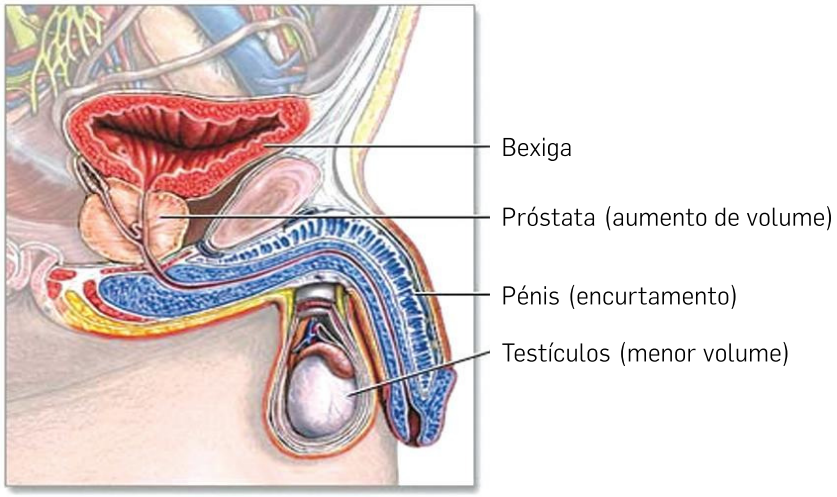


Figura 3 – homem de 60 anos

Assim, e apesar da libido se poder manter, é frequente encontrar:

- Diminuição pilosa
- Diminuição do tamanho do pénis
- Diminuição da sensibilidade
- Sensação de pénis frio
- Diminuição da actividade sexual
- Diminuição da frequência do coito
- Diminuição da frequência de erecções
- Diminuição da qualidade da erecção – menor rigidez, mais difícil de alcançar e manter
- Ejaculação mais retardada e de menor volume
- Detumescência mais rápida após ejaculação
- Perda de capacidade para ejaculações repetidas
- Alteração da qualidade do orgasmo
- Período refractário mais longo
- Diminuição da frequência das erecções nocturnas

Assim o pénis aos 60 anos é a resultante de um processo complexo e cumulativo de diversos factores que contribuem para o seu envelhecimento e também do próprio homem, salientando os factores sociais, mentais, genéticos, hereditariedade, hormonais, hábitos, polimedicação e muitos outros que afectam o homem e os seus diferentes órgãos de modo diferente contribuindo para uma variabilidade de diferentes características de homem para homem pelo que podemos afirmar que o pénis aos 60 anos, é o pénis do homem de 60 anos que o tem.

Como avalio o pénis aos 60 anos

Manuel Ferreira Coelho
Serviço de Urologia
Hospital Fernando da Fonseca – Amadora-Sintra

Avaliar o pénis aos 60 anos, não será muito diferente do que fazê-lo noutras idades, contudo o facto de o portador do orgão ter 60 anos, faz efectivamente com que as performances do orgão sejam "particulares", com velocidades de reacção mais lentas mas podendo ser igualmente "proveitosas". Com a idade ocorre um declíneo progressivo da função sexual em homens saudáveis. Masters e Johnson em 1977 notou que ocorre um aumento do tempo de latência para a erecção, menos turgidez, perda da força da ejaculação, bem como diminuição do volume ejaculado e um maior período refractário. A diminuição da frequência e a duração das erecções nocturnas foi, igualmente, reportado em grupo de homens que tinham relações sexuais regulares (Schreiner-Engel, 1988).

A disfunção eréctil aumenta com a idade, Kinsey e colaboradores em 1948 relataram que 1 em 50 homems aos 40 anos teriam D.E., mas que este número subia para 1 em cada 4 aos 65 anos. Diokno em 1990 refere que 35% dos homens casados aos 60 anos sofre de D.E.

De facto vários estudos mostram que aos 60 anos existe uma grande prevalência de D.E. com valores médios que rondam os 20 a 40%, sendo efectivamente nesta década que ocorre um grande aumento do valor da incidência da D.E. O único estudo longitudinal existente, o Massachusetts Male Aging Study revela que na década dos 60-69 anos existe 46,4% de D.E.

Em geral é fundamental avaliar os factores de risco para a D.E., nomeadamente:

Estado de saúde geral

Diabetes Mellitus – Trata-se de uma doença crónica de elevada prevalência que tem uma associação marcada com a D.E. (DE é 3 vezes maior nos diabéticos, ocorre numa idade mais cedo, sendo de 55% aos 60 anos, e é mais frequente entre os diabéticos que já apresentam neuropatia).

Doenças cardio-vasculares – Arteriosclerose ou doença oclusiva arterial traumática dos ramos da árvore-hipogástrica-cavernosa-helicinas pode levar a um déficit de perfusão e de fluxo arterial no espaço sinusoidal, levando a um atraso do tempo para a erecção máxima e a diminuição da rigidez aquando da erecção. A HTA é um factor de risco independente para a D.E., pensando-se que as lesões estenóticas arteriais serão a causa latente.

Ocorrência de outras doenças do aparelho génito-urinário e psiquiátrico

– Tabaco

– Medicamentos, nomeadamente, os anti hipertensores (diuréticos tiazidicos, alfa bloqueantes, inibidores do enzima de conversão, bloqueadores dos canais do cálcio); os antipsicóticos; os antidepressivos (Triciclicos, inibidores da MAO, inibidores selectivos da recaptação da serotonina); os antiandrogéneos. São estes os grupos mais conhecidos, mas muitas outras drogas – digoxina, estatinas, antagonistas dos receptores H2, opiácios, agentes retrovirais, têm vindo a ser estudados e demonstrado que, efectivamente, podem ser responsáveis pelo aparecimento de D.E.

Os factores hormonais, com o síndrome do "Aging man", são factores que devem sempre ser bem avaliados, pois podem ser o móbil da D.E., e manifestar-se inicialmente por uma diminuição marcada da libido. Podem numa fase posterior levar à instalação de forma progressiva da D.E., que nestes casos vem associada a uma constelação de sintomas, tais com diminuição da sensação de bem estar, da força física, aumento da gordura corporal abdominal, diminuição da massa muscular corporal, ginecomastia, osteopénia, os quais nos devem alertar e requerer a confirmação laboratorial dos níveis de testosterona.

A testosterona total começa a diminuir aos 30 anos em 1-2%/ano. Se a testosterona total estiver baixa, a testosterona livre deve ser avaliada, uma vez que decresce de forma mais rápida nos homens idosos, com o aumento da Sex Binding Hormone Globulin (SBHG).

Nos últimos anos, a avaliação e o tratamento da D.E. têm-se alterado de forma marcada. Graças ao aparecimento de novos meios de diagnóstico e ao sucesso de tratamentos, menos invasivos e mais eficazes, com o aparecimento dos IPDE 5, houve uma alteração da avaliação pelo profissional de saúde, do psicólogo, do urologista e do clínico geral.

Assim, o foco da avaliação passou a ser uma história médica e psicosocial bem efectuada, no exame objectivo e análises laboratoriais simples. Colocou-se o valor na educação e na necessidade de considerar os objectivos, motivações dos doentes

para efectuar o diagnóstico e partilhar na decisão terapêutica. Tal atitude, é fundamental, sendo necessário compreender as expectativas do doente, e respeitar as suas próprias ideias, numa área tão intima como a sexualidade.

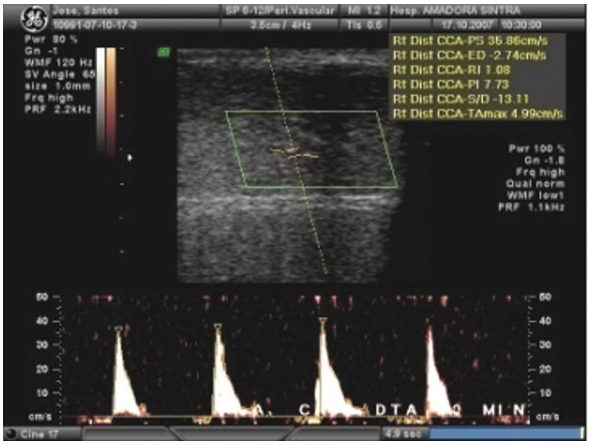
Assim, em todos os passos do processo, é fundamental que as opcções terapêuticas e diagnóstico sejam partilhadas com o doente, tendo como objectivo determinar a solução adequada a cada doente, e se encontra disponível para tratar a sua situação, com a certeza que a informação e envolvimento no processo deve, igualmente, ser adaptada a cada doente/casal.

Assim, e após a avaliação base (História clínica e exame objectivo), várias situações se podem eventualmente colocar:

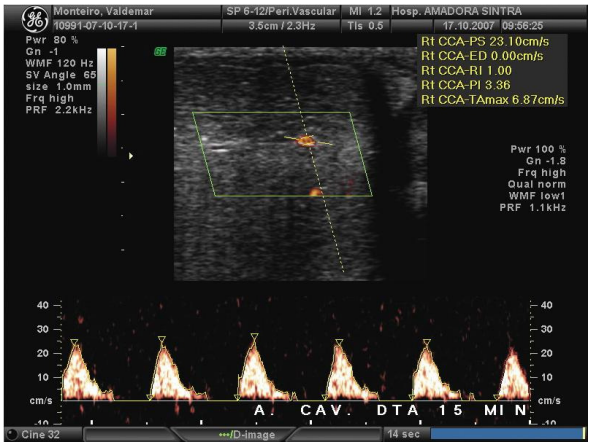
- Se existirem factores de risco reversíveis – Tentar modificar os mesmos
- Se existirem condições Cárdio Vasculares instáveis – Orientar para Cardiologia e establizar a situação.
- Se história de trauma pélvico ou períneal – Considerar exames de imagem e vasculares, nomeadamente eco-doppler para efectuar diagnóstico e prognóstico da situação.
- Se existirem situações de stress psico-social – Considerar avaliação por psicólogo e/ou psiquiatra para estabilizar a situação.
- Se no exame objectivo se identificarem alterações (doença La Peyronie, patologia prostática, sinais sugestivos de hipogonadismo) – Avaliar em conformidade com a alteração identificada.
- Caso não exista nenhuma das situações atrás referidas considerar iniciar tratamento e avaliar a resposta ao mesmo.

Após início do tratamento, reavaliamos a resposta ao fim do 1º mês, para permitir efectuar de forma continuada o tratamento, restaurar a circulação e a confiança do doente perante a parceira. Nos casos de falência terapêutica, ou respostas incompletas, ou seja, aumentou a rigidez peniana mas esta não é suficiente para manter a penetracção durante uma relação, devemos considerar efectuar um eco-doppler peniano com prova vaso-activa.

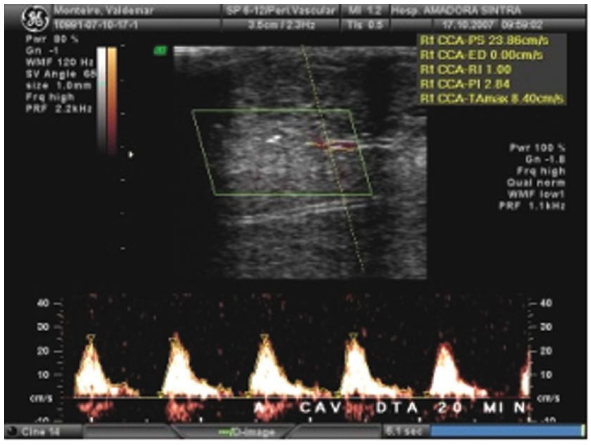
– Boa resposta vascular, com pico de velocidade sistólica superior a 30 cm/seg e IR superior a 0,75 , quer dizer que estamos perante a integridade e permeabilidade dos vasos do pénis, pelo que se não existirem contra-indicações deveremos insistir no tratamento com recurso aos IPDE 5



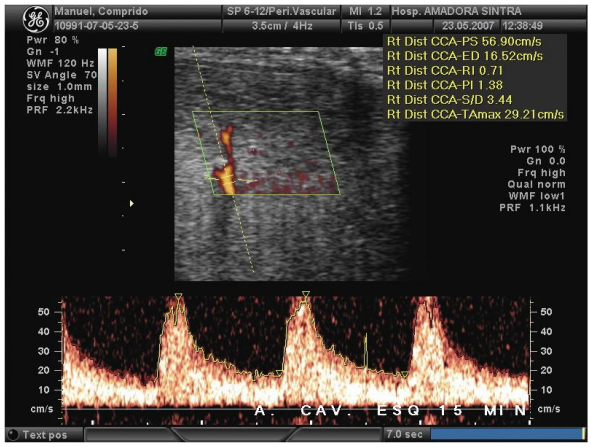
– Má resposta vascular, com pico de velocidade sistólica inferior a 20 cm/seg e IR inferior a 0,75, quer dizer que estamos perante um doente, que tem poucas probabilidades de recuperar a dinâmica circulatória peniana de forma a conseguir, mesmo com recurso a fármacos para obter uma erecção, com rigidez suficiente para uma penetracção, pelo que devemos orientar para a possibilidade de colocação de uma prótese peniana, se o doente estiver de acordo.



– Resposta vascular intermédia, com pico de velocidade sistólica entre os 20 - 30 cm/seg, e se obteve uma tumescência, mas não conseguiu uma erecção. Nestes casos devemos explicar a situação ao doente e prolongar o período de tratamento com recurso a medicamentos orais ou injectáveis, pois ainda existe uma possibilidade de recuperação da dinâmica circulatória de forma a obter uma erecção eficaz para a penetracção.



– Resposta vascular com bons picos sistólicos, mas com IR baixo e pico diastólico persistentemente elevado, acima de 10 cm/seg, devemos pensar numa falência do sistema corpo-veno-oclusivo, o que ocorre com alguma frequência nestas idades, dada a perda de elasticidade dos corpos cavernosos, já não habilitados a relaxarem totalmente de forma a encerrar o sistema veno-oclusivo. Nestas situações, dada a idade dos doentes, a falta de destreza manual existente, e se desejarem recuperar a sua capacidade eréctil, devemos orientar igualmente para a possibilidade de colocação de uma prótese peniana.



– Como avaliação laboratorial base considerar os factores de risco já mencionados e efectuar a todos os doentes as seguintes análises:

– Glicémia em jejum, para confirmar ou excluir a existência de Diabetes Mellitus, e, como forma de apresentação inicial em muitos doentes o aparecimento de uma D.E.

– Colesterol total e Triglicéridos, para confirmar ou excluir a existência de uma hipercolesterolémia ou hipertrigleceridémia, tantas vezes associada com a D.E. no síndrome metabólico.

Testosterona total, Testosterona livre e/ou Testosterona biodisponível, para confirmar a existência de um hipogonadismo químico, e desta forma iniciar um tratamento dirigido (obriga à confirmação laboratorial antes da instituição de tratamento com testosterona).

Se se observarem alterações em alguma das análises referidas poderá ser necessário uma avaliação mais aprofundada e tratar a referida situação de base.

Penso que o enorme avanço que a Andrologia teve nas últimas décadas, a Medicina teve um "voltar às origens", sendo o doente, a história clínica e o exame objectivo, novamente o centro dos "acontecimentos", e toda a panóplia de exames complementares efectuados nas últimas décadas remetidos para o lugar de onde nunca deveriam ter saído, o de complementares. Convém contudo não esquecer que tal desiderato só foi atingido pelo enorme avanço terapêutico alcançado por drogas como os IPDE 5 que vieram alterar o panorama da situação.

Farmacoterapia da erecção

José Santos Dias
Serviço de Urologia
Hospital da Luz

A terapêutica da Disfunção Eréctil (DE) sofreu uma notável modificação e evolução em anos recentes. Com efeito, até há poucos anos existiam poucos fármacos para o tratamento desta entidade e, destes, os realmente eficazes necessitavam de ser administrados directamente no pénis (através de uma injecção intra-cavernosa, isto é, nos corpos cavernosos penianos). Foi preciso esperar até ao final do século XX para que o conjunto de conhecimentos, adquiridos a partir da década de 80 desse século, permitisse o desenvolvimento de fármacos eficazes, seguros com vantagem não desprezável e administrados por via oral, com as óbvias vantagens de comodidade para os doentes.

Com efeito, só a partir dos trabalhos de Virag, publicados nos anos 80, se conheceram os rudimentos dos mecanismos hemodinâmicos envolvidos no fenómeno de erecção. Demorou ainda alguns anos para, ainda que de um modo algo fortuito, fosse possível obter um fármaco, o sildenafil – investigado para outras aplicações clínicas – passível de comercialização. A nova classe de medicamentos então surgida, os Inibidores da Fosfodiesterase 5 (IPDE-5), modificou radicalmente a abordagem e expectativas dos doentes que sofrem com DE, permitindo o tratamento de inúmeros homens "sofredores silenciosos", a melhoria da qualidade de vida sexual e global de milhões de pessoas (não só a dos homens, mas dos casais) e até uma alteração do paradigma de avaliação deste problema.

Além dos IPDE-5 e dos fármacos de administração intra-cavernosa, um vasto conjunto de outras substâncias foram e são utilizadas no tratamento da DE. Estas incluem fármacos orais, extractos de plantas, vitaminas, afrodisíacos e outros. A eficácia da maioria destes produtos é questionável e relativa, nunca tendo sido cientificamente estabelecida - ou até estudada – em ensaios clínicos válidos, controlados por placebo, aleatórios e com dupla-ocultação. Neste capítulo abordamos estes fármacos sucintamente, apenas pela grande difusão e utilização de alguns deles.

Inibidores da 5-Fosfodiesterase

A enzima Fosfodiesterase 5 (PDE-5) catalisa a clivagem do cGMP, segundo mensageiro intra-celular com um papel determinante na obtenção de erecção, cuja conversão para GMP o transforma numa molécula biologicamente inactiva, interrompendo as suas funções fisiológicas. A inactivação desta enzima, que intervém na fase final da cascata do óxido nítrico (NO), bloqueia a degradação do cGMP, permitindo o aumento dos seus níveis e efeitos intra-celulares nas células musculares lisas cavernosas, cujo relaxamento tem como resultado final o franco aumento da vasodilatação arteriolar e aporte sanguíneo ao espaço intra-caveroso que leva, por sua vez, à erecção.

Existem cerca de 11 famílias conhecidas do sistema PDE, num total de cerca de 50 iso-enzimas. A PDE-5 é a mais abundante nos tecidos cavernosos. Pelo menos 13 outras foram identificadas no mesmo tecido. Os fármacos deste grupo são selectivos para a PDE-5, mas esta selectividade não é absoluta. Embora os três possuam, nas doses utilizadas clinicamente, uma margem de segurança elevada para outras PDEs, a taxa de selectividade do sildenafil para a PDE-6 (existente exclusivamente na retina, responsável pela discriminação das cores e luminosidade) é de 11x e a do tadalafil para a PDE-11 (existente em diversos tecidos, como no músculo esquelético, miocárdio, testículos, hipófise, entre outros e de função fisiológica não totalmente conhecida) é de 5x. O significado clínico destas diferenças de selectividade é desconhecido e provavelmente não valorizável, mas poderá estar na base de alguns dos efeitos secundários mais específicos de cada um dos fármacos.

Esta classe farmacológica engloba, no momento actual, três fármacos: o Sildenafil, aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para comercialização em 1998, o Vardenafil, aprovado pela mesma entidade em Agosto de 2003 e o Tadalafil, aprovado em Novembro do mesmo ano. A eficácia destes fármacos foi extensamente investigada, apontando todos os estudos para elevados níveis de eficácia, da ordem dos 70 a 80%, nas diversas sub-populações de doentes com DE. Sendo fármacos com mecanismos de acção, eficácia e segurança muito semelhantes, as maiores diferenças entre eles residem, sobretudo, nos seus perfis farmaco-cinéticos e farmaco-dinâmicos. Os três fármacos apresentam efeitos secundários semelhantes, sendo as cefaleias e o rubor e calor facial os mais frequentes. As cefaleias surgem em cerca de 14% dos doentes medicados, surgindo o rubor/calor igualmente em cerca de 10 a 14% dos doentes (com o tadalafil a apresentar uma menor frequência deste sintoma). A dispepsia e a rinite/obstrução nasal são os outros efeitos secundários mais frequentes, comuns a todos os fármacos. As mialgias e lombalgias são efeitos secundários específicos do tadalafil (isto é, não

são provocadas pelos restantes fármacos) e surgem em cerca de 6 a 10% dos doentes. As alterações visuais são mais frequentemente registadas com o sildenafil. A esmagadora maioria dos casos são, tal como todos os efeitos secundários destes fármacos, minor, não levando geralmente à interrupção da toma do fármaco. Foram registados alguns casos de NAION (isquémia não arterítica do nervo óptico) cuja relação com a toma do fármaco não foi concludente, pelo que se deve recomendar que se forem registados distúrbios visuais importantes se interrompa a administração do fármaco até uma reavaliação médica.

Sildenafil

O primeiro fármaco deste grupo a ser investigado e introduzido na prática clínica foi no ano de 1988 (aparentemente já longínquo, dada a tão marcada alteração que provocou na abordagem e tratamento dos doentes com DE). Marcou a viragem definitiva na terapêutica desta entidade, contribuindo para alterar não só o modo como a DE era encarada a nível médico mas também a um nível bem mais geral, social, familiar, nas conversas de amigos, nos media, permitindo a quebra de tabus e a banalização de um problema antes abordado apenas em surdina, na intimidade de um quarto ou na privacidade de um consultório - sempre sem grandes respostas ou possibilidades de ajuda eficaz. Desenvolvido como um vasodilatador para aplicação na terapêutica de patologia do foro cardio-vascular, apresenta um perfil farmacocinético com um início de acção por volta dos 25-30 minutos, concentração sérica máxima (Cmáx) aos 70 minutos (Tmáx 30-120) e uma duração de acção de cerca de 4 horas. A sua absorção, condicionando parâmetros como o início de acção, Cmáx e Tmáx, está claramente dependente da dieta: as refeições ricas em gordura ou álcool causam uma diminuição da Cmáx e atraso do início de acção, com consequente menor eficácia pro-eréctil. Por este motivo, deve ser recomendado aos doentes que a administração do fármaco seja separada das refeições com aquelas características.

Vardenafil

Aprovado pela FDA em 2003, viria a ser introduzido no nosso país após o tadalafil. A características mais diferenciadoras deste fármaco prendem-se com a sua maior potência determinada in vitro que, não se traduzindo aparentemente por uma maior potência clínica, se reflecte em termos práticos por um início de acção aos 15-20 minutos e um Tmáx aos 40 minutos, portanto, mais precoces que o do sildenafil. A sua maior proporção de componentes de elevada afinidade para o site catalítico da PDE-5 (85%), superior aos do sildenafil (50%) e tadalafil (60%), faz

com que apresente um maior tempo de dissociação, explicando que, na utilização clínica, se tenha constatado uma maior duração de acção do vardenafil em relação ao sildenafil e em relação ao que poderia ser inferido em função do seu tempo de semi-vida. Os aspectos relacionados com a dieta são semelhantes ao sildenafil.

Tadalafil

Aprovado em Novembro de 2003 pela FDA, o tadalafil viria a ser o segundo medicamento deste grupo a ser introduzido no nosso País. Os aspectos mais distintivos deste fármaco relacionam-se com o tempo de acção, os efeitos secundários e a relação com a dieta. Trata-se do fármaco com a semi-vida mais prolongada (17,5 horas), o que lhe confere uma duração de acção superior aos restantes dois, atingindo as 36 horas. Em relação aos efeitos secundários, como anteriormente referido, é o único do grupo que causa mialgias e/ou lombalgias (desconhecendo-se a causa deste efeito, eventualmente relacionado com a acção sobre a PDE-11). Finalmente e em relação à dieta, não existe neste caso qualquer necessidade de cuidados em relação a refeições com gordura, uma vez que estas não prejudicam a sua absorção.

Não resposta a Inibidores da PDE-5

Os doentes que não respondem aos IPDE-5 representam um dos grandes desafios aos médicos que seguem e tratam os doentes com DE. Em primeiro lugar, há que assegurar de que se tratam de reais não-respondedores, pois muitos são os doentes que não seguem ou não compreendem as recomendações posológicas especiais destes fármacos; outros efectuaram apenas uma ou duas tomas dos fármacos (actualmente recomendam-se um mínimo de 5-6 tomas, para aferição da eficácia e eventual acerto de dose); outros casos de não compliance devem-se ao receio dos efeitos secundários ocorridos nas primeiras tomas, quando os doentes não estavam devidamente instruídos e prevenidos acerca da possibilidade do seu aparecimento (dada, nomeadamente, a enorme publicidade negativa que acompanha este grupo de medicamentos, em relação por exemplo a efeitos cardio-vasculares nefastos). Muitos dos "não-respondedores" poderão ser resgatados com aconselhamento apropriado, pelo tratamento de doenças concomitantes ou por alterações na medicação.

Os não respondedores reais são geralmente doentes com doença grave, correspondendo a doença peniana (miocavernosa, veno-oclusiva) severa. Muitos não responderão também à administração de fármacos intra-cavernosos.

As seguintes medidas têm sido propostas para aumentar as taxas de terapêutica de salvação para os doentes catalogados como não respondedores:

- re-aconselhamento do doente e do casal em relação à utilização correcta dos fármacos ("timing" de toma, cuidados com dieta, etc.) e titulação até à dose máxima dos fármacos;
- tratamento de doenças comórbidas, com controle adequado de DM, HTA, dislipidemias e promoção de medidas que contribuam para a diminuição do sedentarismo e obesidade e tabágica;
- avaliação e correcção de hipogonadismo associado, com eventual terapêutica de substituição hormonal com testosterona, nos casos indicados;
- terapêutica com altas doses de IPDE-5, podendo atingir-se o dobro da dose máxima recomendada, em aumentos sucessivos e progressivos, de qualquer dos 3 fármacos;
- troca de IPDE-5, ou seja, mudança de um fármaco para outro do mesmo grupo;
- esquemas posológicos mais frequentes, nomeadamente em utilização diária. Além de aumentar a taxa de respondedores, estes esquemas aumentam as erecções nocturnas.

Esquemas posológicos alternativos

O uso crónico diário de IPDE-5 foi proposto há já algum tempo, para doentes não respondedores e/ou com doença grave de base (DM, pós-cirurgia pélvica radical) em que, à partida, se antecipa uma má resposta terapêutica. O conceito de reabilitação peniana surgiu assim para os doentes submetidos, por exemplo, a prostatectomia radical. Inicialmente estes doentes foram submetidos, empiricamente, a este tipo de esquema posológico, sendo utilizadas as mesmas dosagens que na terapêutica "on demand", com razoáveis taxas de resposta. Recentemente, foi disponibilizado no mercado uma dosagem de tadalafil mais baixa do que a preconizada para a terapêutica "on demand", não para recuperar doentes não-respondedores, mas antes com o objectivo de substituir a terapêutica "on demand" em doentes com elevada frequência de relações sexuais ou com perfil psicológico que torne a tera-pêutica esporádica de difícil execução.

Outros fármacos orais

Qualquer dos medicamentos deste grupo desperta, nos especialistas que tratam a DE, alguma desconfiança pela ausência de estudos válidos que permitam defender a sua utilização. Apesar disso, alguns deles são utilizados pelos mesmos especialistas e pela comunidade médica em geral, bem como em auto-administração, em casos particulares.

Yohimbina

Alcalóide derivado de uma árvore (yohimbehe) abundante na África Central, este produto foi isolado pela primeira vez em 1896 e era, até ao aparecimento dos IPDE-5, o mais prescrito e utilizado no tratamento da DE, embora com resultados irregulares. Sendo um bloqueante de acção central e periférica, foi avaliado em numerosos estudos, alguns contra pacebo, prospectivos e com dupla-ocultação. Os resultados obtidos não permitem, de acordo com os Guidelines para a terapêutica da DE da American Urological Association (AUA) e da European Association of Urology (EAU), a sua recomendação para doentes com DE de origem orgânica. Fármaco utilizado por via oral, deverá assim ser reservado para alguns doentes com DE psicogénica e em casos particulares de doentes com DE orgânica. Alguns estudos sugerem a sua utilidade em casos de distúrbios da ejaculação, nomeadamente em ejaculação retardada.

Trazodone

Este fármaco não está aprovado para o tratamento da DE. No entanto, tem sido prescrito para doentes com DE numa utilização "off-label". Tratando-se de um anti-depressivo com acção central de inibição selectiva da recaptação da serotonina, a sua proclamada eficácia no tratamento poderá antes dever-se às suas propriedades de bloqueio a-adrenérgico, inibindo a contracção das células musculares lisas cavernosas. A sua utilização está confinada a casos de DE psicogénica com eventual componente depressivo concomitante – podendo ser útil em doentes com síndromes depressivos, em alternativa a outros anti-depressivos mais prejudiciais para a erecção.

L-arginina

Dado o seu papel de precursor da síntese do NO, parece fazer algum sentido teórico a sua utilização no tratamento da DE, nomeadamente no sentido de aumentar a disponibilidade de NO que, no final da cascata intra-celular, levará ao aumento dos níveis intra-celulares de cGMP. Se em utilização isolada os resultados dos estudos realizados não permitem a sua recomendação para o tratamento da DE (embora alguns estudos com doses supra-fisiológicas dadas ao longo de períodos prolon-

gados apontem para algum grau de recuperação da função eréctil), outros estudos mais recentes levantam a possibilidade de utilização de L-arginina em complemento de IPDE-5 em alguns doentes não respondedores.

Apomorfina

Este fármaco de efeito dopaminérgico, conhecido desde o final do séc. XIX e utilizado como emético e no tratamento do tremor refractário na doença de Parkinson, por administração sub-lingual, foi uma esperança para o tratamento da DE aquando do seu lançamento. Apesar dos resultados promissores dos estudos de fase II e de fase III, na prática verificou-se uma eficácia limitada no tratamento da DE orgânica, nitidamente inferior ao sildenafil, como foi demonstrado em diversos estudos. Para além disso, o perfil de efeitos secundários mostrou uma taxa relativamente elevada de náuseas, tonturas, cefaleias e vómitos. O fármaco deixou de ser comercializado em quase todo o mundo, estando apenas disponível em alguns países, como a Grã-Bretanha.

Fentolamina

O efeito pró-eréctil deste antagonista não selectivo dos receptores a1 e a2 adrenérgicos foi descrito em diversos trabalhos. Foi extensamente utilizado como fármaco de administração intra-cavernosa. A sua utilização por via oral foi testada em diversos estudos multi-cêntricos, chegando mesmo à fase de comercialização em alguns países, tendo sido, no entanto, retirado do mercado após a sua não aprovação pela FDA.

Extractos de plantas

Inúmeros componentes derivados de plantas têm sido utilizados, em todo o mundo, pelas suas alegadas capacidades pró-erécteis. Os mais estudados são o extracto de gingko-biloba e o ginseng. A maioria dos trabalhos publicados aponta para ausência de efeito ou eficácia marginal destes produtos, embora um trabalho em que o ginseng foi avaliado contra placebo e trazodone tenha evidenciado algum efeito positivo deste produto.

Fármacos de administração intracavernosa ou trans-uretral

Os trabalhos de Virag, em 1982, demonstrando que a administração intra-cavernosa de papaverina, pelo seu efeito vasodilatador, induzia uma erecção rígida, despoletou o início de uma nova era, com bases científicas mais sólidas, nos conhecimentos acerca da DE, da sua abordagem e tratamento. Diversos fármacos foram utilizados para o tratamento da DE por via intra-cavernosa. Actualmente, apenas o alprostadil está disponível.

Alprostadil

Este fármaco actua através da via do cAMP intra-celular, induzindo um relaxamento mio-cavernoso e arteriolar, provocando a erecção. O alprostadil, ou PGE-1, actua através dos receptores de membrana para prostaglandinas, com consequente activação da adenilato-ciclase e aumento dos níveis intra-celulares de cAMP. Este efeito é complementado por uma acção a nível dos canais de K+ e inibição da libertação da noradrenalina. Disponível no nosso país nas dosagens de 10μg ε 20μg (existente noutros até aos 40μg), a sua utilização nos dias de hoje está reservada a casos com ausência de resposta aos IPDE-5 orais e para realização de exames complementares de diagnóstico na avaliação da DE, como rigidometria peniana, eco-doppler peniano, cavernosometria e cavernosografia. A realização da auto-injecção para o tratamento da DE implica o ensino da auto-administração do fármaco, que é geralmente simples para a maioria dos doentes, desde que possuam a destreza e acuidade visual necessária, bem como um razoá-vel estado cognitivo. O não cumprimento destes critérios impede a sua utilização.

Drogas intra-uretrais

O mesmo fármaco, alprostadil, está disponível nalguns países para administração intra-uretral. A absorção através da uretra e corpo esponjoso implica a utilização de dosagens muito mais elevadas do que pela via intra-cavernosa (25, 500 e 1000μg). Apesar destas dosagens, a eficácia desta via é inferior à administração intra-cavernosa, como ficou documentado em diversos estudos. A utilização desta via implica alguns cuidados como a micção prévia à aplicação do "comprimido" intra-uretral para lubrificação e hidratação da uretra e a massagem pós-administração. É utilizado também em associação com um anel constritor na base do pénis. As doses mais elevadas podem desencadear sintomas locais, uretrais, como o ardor uretral, dor uretral ou peniana e uretrorragia. Foram igualmente descritos as tonturas e a síncope.

Outros compostos foram estudados para utilização por esta via, mas nenhum demonstrou eficácia ou vantagens que justificassem a sua aplicação clínica.

Papaverina, alfa-bloqueantes, combinações de fármacos

Estas drogas foram utilizadas durante algum tempo na avaliação e tratamento da DE, nomeadamente nos trabalhos pioneiros de Virag e nos primeiros anos de utilização desta terapêutica. Fármacos como a papaverina, a fentolamina, o moxisilito ou o péptido intestinal vasoactivo (VIP) foram estudados e utilizados, isoladamente ou em associação. No entanto, desde o aparecimento do alprostadil, a sua utilização caiu em desuso, sendo a sua utilização actual apenas marginal e estando reservada

para casos muito pontuais. A utilização de combinação de drogas, como o designado Trimix (papaverina, fentolamina e PGE-1) está reservado para doentes não respondedores à terapêutica oral e intra-cavernosa com alprostadil, que gostariam de evitar a cirurgia de colocação de prótese peniana, como terapêutica de salvamento e "derradeira hipótese" para evitar aquela cirurgia – sendo efectivamente casos muito raros e não expressivos.

Terapêutica tópica

A utilização de produtos aplicados por via tópica para o tratamento da DE é muito atractiva, nomeadamente dada a boa permeabilidade da pele peniana e da glande. Foi demonstrada a existência de comunicações venosas entre os corpos cavernosos e a glande. No entanto, tal como para a terapêutica trans-uretral, seriam necessárias doses elevadas para a obtenção de efeitos clinicamente relevantes. Fármacos como a PGE-1, o minoxidil, a nitroglicerina ou o gel de papaverina, entre outros, foram estudados, mas nenhum demonstrou ainda suficiente utilidade para a sua aplicação clínica.

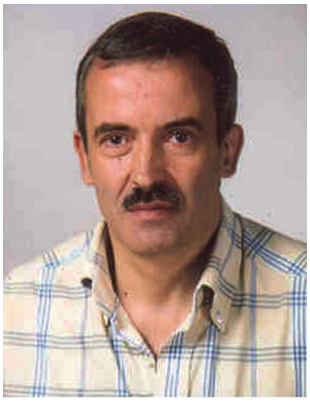
Outros produtos

Inúmeros outros produtos foram estudados e utilizados para o tratamento da DE. Nenhum sobreviveu ao teste do tempo ou revelou eficácia que faça merecer a sua referência neste artigo.

Desenvolvimentos futuros do tratamento da Disfunção Eréctil

Dada a elevada prevalência da DE e a mudança de paradigma do tratamento desta entidade induzida pelo aparecimento dos fármacos da classe dos IPDE-5, intensos esforços têm sido desenvolvidos na investigação de novos produtos para o tratamento da DE, tal como o de outras perturbações da sexualidade masculina e feminina. A este facto não será seguramente alheio o enorme potencial de retorno de investimentos realizados nesta área, dada, como referido, a prevalência da DE e o facto da maioria dos homens com DE não estarem ainda a ser tratados.

Diversos fármacos encontram-se neste momento em investigação. Destacam-se, entre os fármacos de acção central, os agonistas dos receptores da melanocortina, o glutamato, os agonistas dos receptores da serotonina, a oxitocina e os análogos da hexarelina e, em relação aos agentes periféricos, activadores da guanilato ciclase, inibidores da Rho-kinase, além dos – provavelmente já mais próximos da comercialização – novos inibidores da PDE-5 (como o avanafil ou o DA 8159), além dos inibidores da PDE-5 libertadores de NO.



Prótese Peniana - Indicações

Ferdinando Pereira
Serviço de Urologia
Centro Hospitalar do Funchal

A disfunção eréctil é conhecida desde a Antiguidade, apresentando uma alta prevalência nos nossos dias, estimando-se existirem actualmente, em Portugal, cerca de 500 000 homens com esta patologia, mas apenas 10% procura ajuda médica.

A prótese peniana é uma possibilidade quando existe uma doença refratária às outras terapêuticas disponíveis. Presume-se que 1% dos doentes poderão beneficiar desta terapêutica.

As primeiras referências bibliográficas do uso duma prótese peniana, para conferir rigidez ao pénis, datam de 1936, quando Bogoras implantou uma cartilagem costal autóloga para reconstrução dum pénis amputado de forma traumáticas. Mas a cartilagem acabou por ser reabsorvida.

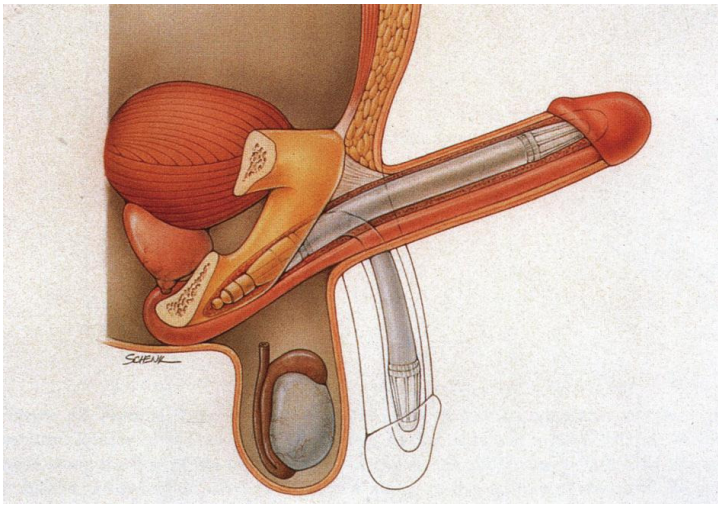
Em 1949, Godwin e all, tentou colocar uma prótese de acrílico sob a pele que mais tarde foi eliminada. Em 1960, R. Couvelaire, implantou um fragmento de costela que acabou, igualmente, por ser reabsorvido. Em 1964, Beheriol, colocou pela primeira vez, e com sucesso, uma haste de polietileno intracavernosa,.

A grande revolução surgiu em 1970, quando Small e Carion, idealizaram próteses flexíveis com silicone, que demonstraram boa eficácia e poucas complicações. Desde então, vários autores como Subrini, Finey e Jonas implantaram próteses maleáveis intracavernosas de diferentes modelos e com bons resultados.

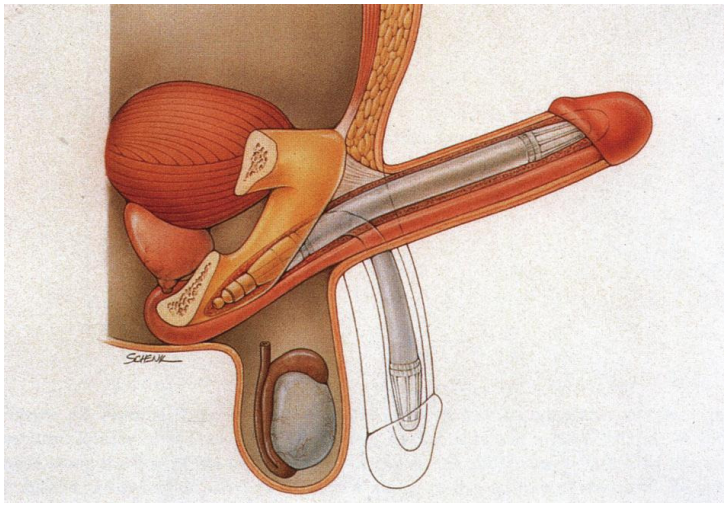
Lash e all, em 1973, implantou elastómero de silicone entre os corpos cavernosos. Também em 1973 assistiu-se a um notável progresso com Scott e all, que realizaram a implantação das primeiras próteses insufláveis, com percentagens elevadas de sucesso e satisfação por parte dos doentes.

As próteses penianas representam o último recurso terapêutico para os doentes com disfunção eréctil, constituindo a terapêutica de terceira linha. Assim, se as terapêuticas de primeira linha (os inibidores da 5-fosfodiesterase: sildenafil, varde-

nafil e tadalafil; e dos sistemas de vácuo), e os de segunda linha (injecções intra-cavernosas e medicamentos intra-uretrais) não são eficazes pode propôr-se ao doente a colocação da próteses peniana.



O objectivo ao implantar uma prótese peniana consiste em restaurar a rigidez para permitir a penetração vaginal, sem complicações a curto ou a longo prazo. A prótese peniana ideal deve ser simples de usar, apresentar grande funcionalidade, boa rigidez e baixo custo. Os tipos de próteses disponíveis actualmente são as: maleáveis, mecânicas e insufláveis.



As próteses maleáveis dispõem de um tutor no seu interior, de cobre ou prata, que permitem seja angulada até 90%. Têm a vantagem duma fácil implantação, um custo acessível, tempo de adaptação curto (4 a 5 semanas) complicações reduzidas.

Como desvantagens, têm uma menor qualidade estética, dificultam os exames ou cirurgias endoscópicas por via transuretral. Têm indicação nos doentes mais idosos, com pouca destreza manual, mas estão contraindicadas nos doentes jovens.

As próteses mecânicas têm vários segmentos articuláveis entre si unidos por um cabo de aço, permitindo a angulação até 120°. Têm vantagens e desvantagens semelhantes às maleáveis.

As próteses insufláveis têm um sistema de bombeamento entre o reservatório e os cilindros que ficam no interior dos corpos cavernosos. Têm a particularidade dos cilindros serem expansivos com aumento de 20% em comprimento e diâmetro. Nos últimos anos estas próteses são revestidas por uma camada de antibiótico, minimizando o risco de infecção. As próteses insufláveis têm como vantagem serem muito estéticas e funcionais. São mais dispendiosa embora tenham condições de garantia em caso de falha mecânica. Apresentam como contra-indicações a presença de anomalias do escroto ou cirurgias pélvicas, dificuldades manuais do doente.

No que se refere à selecção e informação ao doente é importante oferecer esta cirurgia apenas a casos adequadamente seleccionados para satisfazer as expectativas de cada doente. Isto porque uma prótese, apesar de correctamente colocada e funcionante, pode ser considerada um insucesso se as expectativas do doente / parceira não forem atingidas.

Os candidatos à implantação de prótese devem ter uma avaliação e estabilidade psicológica (do doente e parceira), imprescindível, obter a completa informação do acto cirúrgico e suas complicações. Outros factores podem complicar a cirurgia como a obesidade, diabetes mellitus, doença de La Peyronie.

A implantação da prótese pode fazer-se através de diferentes vias de acesso: penoescrotal, subcoronal, infrapúbica, transcorporal.

A mais utilizada é a penoescrotal. Uma incisão de 3cm, no rafe penoescrotal facilita a disseção lateral até atingir a albugínea do corpo cavernoso. As relações sexuais devem ser iniciadas entre as 4 e as 6 semanas.

Complicações Pós-Operatórias

O aparecimento dum hematoma é uma complicação frequente. Podemos actuar na sua prevenção aplicando uma ligadura no corpo do pénis, a qual deve manter-se durante as primeiras 12 a 24 horas do pós-operatório. A dor pode estar presente durante 2 a 3 semanas. A infecção é a complicação mais grave e receada desta cirurgia. Tem uma incidência de 2 a 5%, no entanto, nos doentes com factores de risco como a diabetes pode atingir os 8 %. A infecção profunda obriga à retirada da

prótese. A colocação de nova prótese, realiza-se 4 a 6 meses mais tarde, mas com maior risco de infecção. A dimensão inadequada da prótese que, se excessivamente longa, pode ocasionar deformidade do pénis. No caso de ser demasiado curta ocasiona uma glande pendente, que pode necessitar duma reintervenção para a corrigir. Falha mecânica. A rotura da prótese maleável constitui uma complicação rara, mas obriga a substituição da prótese. No caso de prótese insuflável, a complicação mais frequente consiste na fuga de líquido e mais raramente no não funcionamento da bomba obrigando à substituição do componente ou de toda a prótese.

Conclusões

• As próteses penianas permanecerão, no futuro como boa alternativa no tratamento da disfunção eréctil.

• Usar apenas quando fracassaram os tratamentos menos invasivos.

• A indicação deve ser muito bem ponderada.

• Deve ser prestada informação completa ao doente e parceira (consentimento informado).

• É fundamental a avaliação psicológica (doente e parceira).

• Os fracassos da cirurgia, mais do que as complicações físicas, são as inadequações psicológicas.

• Boa aceitação em 80 a 90 % dos doentes.

• A infecção e a rejeição são as complicações mais graves com a incidência de 3-5%.

Prevenção da disfunção eréctil

Nuno Louro
Serviço de Urologia
Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto

A inclusão deste tema num livro dedicado ao Homem de 60 Anos encontra justificação nos múltiplos estudos publicados de prevalência de disfunção eréctil (DE). Num dos estudos populacionais mais emblemáticos, o Massachussetts Male Aging Sudy, Feldman et al (1994) encontraram uma prevalência de DE de 34,8% nos homens americanos entre 40 e 70 anos. Apesar de ser evidente uma enorme variedade de resultados, todos os estudos publicados demonstram, claramente, uma maior prevalência à medida que a idade avança. Em relação a Portugal, os dados são aparentemente sobreponíveis, como seria de esperar. Setenta e quatro por cento dos homens entre os 60 e os 69 anos de idade apresentam algum grau de disfunção eréctil, em oposição a 29% entre os 40 e os 49 anos. Existe ainda evidência de agravamento da DE com a idade – 1% de DE completa entre os 40 e 49 anos, 2% entre os 50 e 59 anos e 10% entre os 60 e 69 anos. Assim, a idade é estabelecida como um dos principais factores de risco para DE, estando relacionada com múltiplas modificações morfológicas, celulares e moleculares, não sendo ainda possível definir as que possuem o papel mais importante.

É, actualmente, conhecido na comunidade científica que uma função eréctil adequada depende do equilíbrio entre os factores vasculares constritivos e relaxantes, mediados por um endotélio "saudável". Existem múltiplas condições patológicas ou factores de risco que podem alterar a função endotelial, sendo que a disfunção do endotélio parece ser um evento chave na patofisiologia da DE. A função endotelial parece ser influenciada por condições inflamatórias e pela presença de stress oxidativo, o que tem um grande impacto nas investigações preventivas e terapêuticas.

Vários estudos longitudinais populacionais demonstram que os factores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade central e resistência à insulina constituem factores de risco major para o desenvolvimento de DE vasculogénica. Dados mais recentes sugerem ainda que a junção destes fac-

tores, como ocorre no síndrome metabólico, pode aumentar ainda mais esse risco. Um dado de extrema importância é o progressivo reconhecimento da DE ser uma manifestação clínica precoce duma doença vascular generalizada, constituindo um factor de risco independente para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares. Esta observação é consistente com a "hipótese do diâmetro arterial" levantada por Montorsi et al (2005) – **a aterosclerose provavelmente provoca sintomas mais precoces em vasos de menor calibre, como os penianos, e só mais tarde em vasos maiores, como as coronárias**.

Um grupo particular de doentes com altas taxas de prevalência de DE e com menor resposta às terapêuticas farmacológicas é a diabetes mellitus. As alterações neuro-vasculares mediadas por fenómenos de stress oxidativo parecem ter um papel preponderante nesta situação.

A relação da DE com a ausência de exercício físico está bem documentada.

Os dados relacionados com o tabagismo não são tão consistentes como os anteriores mas apontam para o facto deste não só aumentar o risco de DE, mas também amplificar o risco associado a outros factores como a hipertensão, diabetes, dislipidemia e a idade, existindo também evidência de existir uma relação importante dose-resposta. A DE associada com o tabaco parece dever-se a uma diminuição da biodisponibilidade do óxido nítrico (NO) por diminuição da actividade da síntase de óxido nítrico neuronal (nNOS) ou por lesão da célula endotelial por espécies de oxigénio reactivo.

A relação do consumo de álcool com a função eréctil tem sido também procurada mas com resultados mais inconsistentes. Há autores que não encontraram qualquer relação entre o consumo de álcool e a função eréctil, mas encontraram um risco aumentado entre os consumidores de quantidades elevadas de álcool, ao passo que Polsky et al (2004) evidenciou um maior risco de DE com qualquer grau de consumo de álcool. Uma meta-análise recente de Cheng et al (2007) revelou mesmo um papel protector do consumo regular de álcool.

Em relação ao abuso de drogas ilícitas, a relação com várias disfunções sexuais, nomeadamente a DE, está razoalvelmente bem documentada, sobretudo em relação à heroína, anfetaminas e ecstasy.

Existem também dados que associam de forma significativa o stress psicológico, quer induzido por fontes individuais quer sociais, ao desenvolvimento de DE.

O desenvolvimento de fármacos orais eficazes para o tratamento da disfunção eréctil alterou por completo a abordagem desta situação. Se, por um lado, aumentou o conhecimento da patofisiologia da DE, trouxe a discussão da patologia sexual para um domínio público inédito até então, por outro lado, a facilidade e eficácia da

terapêutica oral é, frequentemente, um factor impeditivo de outras abordagens eventualmente menos eficazes mas com um maior peso na saúde pública.

Têm sido identificados vários factores que se relacionam com a probabilidade de um dado indivíduo empreender medidas preventivas eficazes. No modelo de Rosenstock et al (1988) esta probabilidade depende da percepção do indivíduo da sua susceptibilidade à doença e da gravidade da mesma, assim como dos claros benefícios das medidas preventivas. Recentemente, um grupo suíço reportou os dados relacionados com o conhecimento dos doentes em relação aos factores de risco para DE, concluindo que metade não conseguia identificar um único factor de risco e os factores psicológicos eram os mais frequentemente apontados. Estes dados salientam a necessidade de providenciar à população mensagens claras e simples, sublinhando a relação entre os factores de risco cardiovascular e a DE. Apesar de parecer que o risco de eventos cardiovasculares potencialmente condicionantes da expectativa de vida pode ser motivo suficiente para um determinado indivíduo implementar modificações no estilo de vida, tal não é universalmente verdade. A associação destes factores de risco com a DE poderá aumentar a motivação, criando-se uma janela de oportunidade ideal para a intervenção preventiva na saúde do homem, o qual poderá relacionar as modificações no estilo de vida não só como capazes de aumentar o tempo de vida mas também a qualidade da mesma.

Pelo que já foi descrito, previamente, concluímos que existe evidência significativa quer a nível de ciência básica, quer a nível de estudos clínicos que demonstram a relação entre a ocorrência de DE e vários factores relacionados com estilo de vida. Mas para que os modelos de prevenção resultem, é necessária evidência científica consistente que demonstre que a alteração dos hábitos de vida pode prevenir ou melhorar a DE.

A análise dos dados do Massachussetts Male Aging Study revelou que os homens com excesso de peso no início do estudo apresentavam um risco aumentado de DE, independentemente, de virem a emagrecer, enquanto que aqueles que iniciaram um programa de actividade física apresentam uma diminuição de 70% no risco de a desenvolverem. Foi também demonstrado que modificações no estilo de vida, com diminuição da ingestão calórica associada ao aumento do exercício físico, ou simplesmente com intervenções ao nível da dieta, implementando um estilo Mediterrânico, melhoram a função eréctil, com diminuição dos marcadores de inflamação e outros marcadores sistémicos de função endotelial. Black (2008) demonstrou ainda os efeitos do exercício físico nas modificações relacionadas com a idade na função vasodilatadora microvascular, indicando que estes poderão ser prevenidos por um programa de treino físico regular.

No que respeita aos benefícios de cessação tabágica, tal como acontece com os estudos de prevalência, os dados são menos consistentes. Foi demonstrado num estudo prospectivo em fumadores com DE, sem qualquer outro factor de risco, que havia uma proporção significativa de indivíduos que beneficiaram parando de fumar. A melhoria era significativamente maior nos indivíduos mais jovens, sugerindo que as alterações relacionadas com a idade poderão diminuir a capacidade de reparar as estruturas vasculares ou que algumas destas alterações poderão ser irreversíveis, uma vez totalmente estabelecidas.

Também em relação ao consumo de álcool a maioria dos estudos não consegue demonstrar um benefício claro, sendo que poderão ser necessárias intervenções precoces.

Existem aspectos intimamente relacionados com estas modificações de estilo de vida com significativa influência no relacionamento sexual, que não podem ser subestimados, como a melhoria generalizada que estas medidas condicionam na saúde mental, o aumento da auto-estima (pelas alterações na imagem corporal). Há dados que relacionam a prática de exercício físico com uma melhoria clara do comportamento sexual, nomeadamente da frequência dos actos sexuais. Ora o aumento da frequência das relações sexuais parece também, só por si, proteger da DE.

Passando a uma abordagem diferente, no campo farmacológico, os progressos têm sido evidentes. As actuais linhas de investigação têm apontado para as intervenções farmacológicas que actuam sobretudo como anti-inflamatórios e anti-oxidantes, tentando atingir um efeito preventivo da DE através do seu efeito na função endotelial.

Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 são actualmente um dos grupos de fármacos mais estudados neste sentido, com resultados encorajadores. O seu efeito inibitório da activação inflamatória e do stress oxidativo parecem contribuir para um protecção endotelial efectiva. Por outro lado tem sido evidenciado um papel neuroprotector, assim com o protector em relação a alterações relacionadas com o envelhecimento.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, outros produtos com efeito anti-oxidante têm sido também estudados, com resultados animadores. Destes os principais serão a vitamina E, a berberina, a vitamina C.

O papel das estatinas é controverso. Se por um lado existem relatos da sua associação ao desenvolvimento de DE, por outro lado parecem exercer um efeito benéfico protector do endotélio, independentemente da diminuição dos níveis séricos de colesterol, por diminuição da inflamação e da trombogénese, com estabilização da placa aterosclerótica e melhoria da função endotelial. Os inibidores da enzima de

conversão da angiotensina estão também a ser investigados, uma vez que a angiotensina II pode actuar como modulador da função eréctil e como agente pró-inflamatório.

Outras vias de intervenção têm também sido estudadas para além daquelas mais intimamente relacionadas com o NO. Park et al (2006) demonstraram que a administração crónica de fasudil, um inibidor oral da Rho kinase previne o desenvolvimento de disfunção eréctil vasculogénica num modelo animal.

Em conclusão, apesar do tratamento da disfunção eréctil ser actualmente baseado em fármacos facilmente disponíveis e com eficácia significativa, é sempre oneroso e por vezes invasivo. Por outro lado, é clara a associação da disfunção eréctil a factores de risco cardiovasculares, sendo actualmente encarada como uma eventual manifestação clínica precoce de doença vascular generalizada, tendo como ponto comum a presença de disfunção endotelial. Sendo a função eréctil um componente significativamente relacionado com a qualidade de vida, a presença de DE poderá funcionar como uma porta de acesso à saúde cardiovascular do homem. Sendo assim, a prevenção parece ser a abordagem mais apropriada. No entanto só será possível uma intervenção eficaz se aumentar o conhecimento da população relativo aos factores de risco e à associação com a doença cardiovascular. Esta intervenção deverá ser efectuada o mais precocemente possível de forma a evitar lesões irreversíveis, sendo o primeiro passo, inevitavelmente, a alteração do estilo de vida, o qual poderá, no futuro, ser complementado com terapêuticas farmacológicas baseadas nas investigações em curso.

Há perspectivas de prevenção aos 60 anos?

Pedro A. Vendeira
Serviço de Urologia – Hospital S. João
Professor da Faculdade de Medicina do Porto

É presentemente um dado adquirido, e fortemente baseado em evidência, que disfunção eréctil e disfunção endotelial são comuns em indivíduos com múltiplos factores de risco cardiovascular. Da mesma forma, é também hoje evidente que ambas estas situações constituem factores longitudinais predictivos de eventos cardiovasculares. A fisiopatologia de ambas as disfunções está intimamente ligada a alterações na expressão e activação da síntase endotelial do óxido nítrico e consequente falência deste importante mediador pró-eréctil. De facto, o óxido nítrico produzido nas células endoteliais está fortemente envolvido na manutenção de uma erecção rígida e capaz de permitir um acto sexual satisfatório. Se a doença vascular é a principal causa de disfunção eréctil, também é verdade que esta entidade (antes vista como uma condição psicológica banal e sem interesse), evoluiu como doença objectiva para um patamar ainda mais elevado de espelho de saúde sexual e saúde masculina em geral, do ponto de vista de doença potencialmente tratável e poderoso marcador de doença cardiovascular.

A disfunção eréctil é obviamente detectada clinicamente, e é desta forma que nos permite a sensibilização para a pesquisa de sinais menos claros de patologia cardiovascular ligada ao endotélio, prevendo como factor independente o risco cardiovascular do indivíduo e eventuais directrizes para linhas de orientação terapêutica / preventiva mais precoce.

Ambas as disfunções respondem a possíveis alterações dos estilos de vida, nomeadamente na presença de indivíduos com síndrome metabólico, sendo precisamente nesta área que se devem centrar os nossos esforços no futuro, no que diz respeito à melhoria da qualidade e quantidade de vida do homem de meia idade. Fármacos que habitualmente melhoram a função endotelial podem também promover uma melhoria da função eréctil embora os dados nem sempre sejam concordantes. É inquestionável o facto da classe de fármacos inibidores da fosfodiesterase tipo 5, é, actualmente, uma poderosa arma envolvida na melhoria comum de ambas as disfunções e quiçá com potencial de aplicação em patologia cardíaca.

O recente consenso de Princeton, que procura recomendar a estratificação do risco cardiovascular de forma a aconselhar ou não a prática de actividade sexual, baseia-se fundamentalmente na disfunção eréctil como marcador de doença cardiovascular em homens sem qualquer tipo de sintomas cardíacos, na avaliação da segurança de fármacos para terapêutica da disfunção eréctil e, em última directriz, a oportunidade para iniciar terapêuticas preventivas cardiovasculares. Desta forma, qualquer homem com o diagnóstico de disfunção eréctil deve ser avaliado nos seus factores de risco cardiovasculares potencialmente corrigíveis – lipídeos, glicose e tensão arterial, com ou sem electrocardiograma com prova de esforço, a fim de estratificar o risco cardíaco.

Nesta linha de pensamento, se a presença de factores de risco vascular como a diabetes, doença coronária, aterosclerose, hipertensão e tabaco, é causa de disfunção endotelial com quebra na qualidade da erecção e com o respectivo impacto na qualidade de vida do homem e do casal pela redução da confiança e autoestima, também é verdade que pouca atenção é dada pelos especialistas em Medicina Sexual no papel dos estilos de vida e sua relação com a função endotelial e eréctil.

Recentes estudos de ciência básica e clínica demonstraram o "link" entre a disfunção eréctil e diversos factores de estilo de vida, nomeadamente o tabaco, obesidade, consumo de álcool e falta de actividade física. Da mesma forma, e na linha de raciocínio já exposta, dado que a disfunção eréctil e as doenças cardiovasculares partilham uma associação epidemiológica e fisiopatológica comum, é crucial valorizar, prevenir e/ou tratar estes factores de vida desfavoráveis não apenas para adquirir e manter uma erecção rígida mas para manter uma função global endotelial normal.

Perspectivas de prevenção:

1 – Modificações de estilo da vida
- cessação do tabaco antes da meia idade
- consumo baixo de álcool
- perda de peso e diminuição do índice de massa corporal
- aumento de actividade física controlada
- controle dos efeitos laterais de medicamentos
- controle apertado de doenças crónicas associados

2 – Utilização crónica de inibidores da fosfodiesterase tipo 5
- atitude que ainda carece de estudos prospectivos alargados

O diagnóstico activo da disfunção eréctil assume-se hoje como uma oportunidade única da prevenção da doença cardiovascular, à qual nenhum médico generalista ou especialista deve estar de lado.

Os homens de 60 anos vistos por mim

Jorge Rocha Mendes
Director do Serviço de Urologia
Hospital Curry Cabral – Lisboa
Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia

Como todos sabem o gabinete médico é um excelente posto de observação dos problemas da sociedade, em especial no que diz respeito a alguns aspectos inacessiveis à maioria das pessoas como seja a vida sexual.

Numa sociedade como a nossa,em que já se transitou da medicina como sacerdócio para uma medicina convencionada, muitos de nós ainda mantemos, na relação médico-doente, uma postura compreensiva e humanista, indo assim ao encontro dos medos, das angústias e das dúvidas dos nossos clientes, que uns mais doentes do que outros,procuram uma resposta definitiva, criando-nos problemas de natureza diversa, dependendo do contexto.

Explicando melhor, estou a referir-me às dificuldades inerentes às matérias da Andrologia, mais ou menos agravadas pela personalidade e cultura de quem nos procura, pelo ambiente de consultório privado ou de serviço público, pelo tempo de que dispomos para cada consulta, pela nossa própria disponibilidade psicológica; fala-se muito pouco destes aspectos marginais e que tantas vezes fazem a diferença entre o sucesso e o insucesso da nossa intervenção. Pessoalmente penso que tudo isto ganha maior acuidade com os homens de sessenta anos; passo a explicar porquê e sempre numa óptica muito pessoal.

Em primeiro lugar porque eu próprio atravesso muitos dos problemas que me são postos pelos clientes deste grupo etário que também é o meu; depois, os homens desta idade tanto apresentam um magnífico perfil (ar juvenil, boa condição fisica, olhar franco e aberto, sentido de humor, ausência de doenças significativas) como aparecem com um ar envelhecido (parece terem mais dez anos do que eu, têm um passado carregado de episódios muito negativos sobretudo na área cardiovascular, estão tristes ou deprimidos e necessitam de medidas urgentes).

Confesso que é mais fácil tratar os do segundo grupo, pela simples razão que à partida, quer socialmente quer no seu intimo, as expectativas de melhoria são muito

baixas e assim como clínico estou desculpabilizado; em casos como esses todos os ganhos serão contabilizados como êxitos consideráveis; já em relação ao primeiro grupo, teremos muita dificuldade em responder às expectativas: tratando-se de pessoas saudáveis e que se sentem com uma idade não problemática, nunca entenderão o porquê de não funcionarem nos niveis a que estavam habituados.

Tratando-se da vida sexual, na sua complexidade e tendo em atenção os inúmeros factores que podem estar presentes, é necessária uma experiência de muitos anos para perceber com algum grau de certeza e alguns (poucos) meios de diagnóstico como lidar com cada caso e se possivel de forma expedita; é evidente que na clínica de cada um a abordagem será muito diferente,a começar pelo tipo de formação e a acabar na capacidade individual ditada pela experiência e capacidade cientifica; Não vamos insistir no primado de uma boa colheita de dados (questão incontroversa) mas dar ênfase ao enquadramento sociocultural e familiar do nosso paciente.

Assim, não devemos esquecer que o homem que atingiu esta idade fê-lo percorrendo um caminho semeado de dificuldades, adquiriu conhecimentos, fez escolhas determinantes quer no sentido familiar, quer no sentido profissional, e transporta consigo um notável património cultural definidor da sua perspectiva de vida e do que espera dela ao fazer sessenta anos; assim dou muita importância a estes aspectos, pois é aí que vai assentar a estratégia de estabelecer pontes e afinidades facilitadoras duma empatia absolutamente crucial para o êxito duma terapia, seja ela qual for; mesmo no caso limite de não haver qualquer alternativa terapêutica, será sempre uma nóticia dada com respeito e carinho e a promessa de que estaremos no futuro sempre disponiveis para ouvir.

Perguntar-se-á em que serão diferentes estes homens de sessenta anos. Penso que a diferença está patente na sua incapacidade para valorizar a idade como explicação para as suas queixas e contrastam com os mais novos porque já efectuaram quase todas as conquistas e com os mais velhos porque ainda não estão prontos para a reforma. Mas há mais: latente e sempre presente neste grupo está a percepção de que restam poucos anos de vitalidade (chamemos-lhe assim) e mais importante ainda a sua relação com as mulheres.

Considero este factor de primordial importância e por isso deixei-o para o último lugar; de uma forma resumida separaria o grupo de homens vigorosos e saudáveis e ainda cheios de energia para grandes projectos, daqueles que afectados por patologias e medicações ou de perfil negativista já caminham para uma reforma inexorável; No grupo dos primeiros é muito importante o papel das mulheres; é uma evidência para qualquer clínico; se esse homem é um conquistador, se tem uma autoimagem

positiva terá a sua companheira ou não, procurará mulheres mais jovens, raramente estará acomodado num casamento desinteressante e portanto temos aí um factor de peso: a mulher será parte do problema ou parte da solução, mas terá que ser chamada nas nossas iniciativas terapêuticas.

Se este homem está sozinho, se a sua autoestima não é a melhor, será fundamental trabalhar esses aspectos, para se conseguir um êxito terapêutico.

Quanto ao segundo grupo, é muito dificil esperar que o papel da mulher seja determinante, porque se tem a mesma idade, será compreensiva, ajudará a manter os niveis de optimismo mas nada poderemos contra a soma de factores tão pesados, sejam orgânicos ou psicologicos (neste caso as depressões são de prognóstico muito reservado, no que diz respeito à vida de relação). Se a mulher é mais nova dificilmente se manterá interessada e muito raramente a relação se aguentará.

Para terminar poderia realçar um aspecto que é transversal a todas estas variantes e que tem a ver com comportamentos: homem que não seja capaz de mudar os hábitos de vida tornando-os mais saudáveis e que permaneça em relações carregadas de rotina (sobretudo nas relações de longa duração) dificilmente escapará à implacável influência dos anos e das patologias que o poderão afectar mais cedo ou mais tarde.

Por isso, quando caminho por essas ruas, por essas praias ou por esses centros comerciais, não posso deixar de olhar para esses homens de sessenta anos, tão fascinantes na sua complexidade, tão diversos nos seus comportamentos e necessariamente tenho tendência para adivinhar o que estará por detrás das suas vidas exuberantes ou apagadas e também manifestar invejas ou medos, transportando para a minha própria vida os ensinamentos que vou colhendo.

Paternidade tardia

Luís Ferraz
Director do Serviço de Urologia
Centro Hospitalar de V. N. de Gaia/Espinho

A paternidade tardia não tem merecido a atenção dos investigadores, ao contrário da maternidade tardia que enche inúmeras páginas de livros e revistas da especialidade. A maternidade tem um limite temporal, bem evidenciado por um relógio biológico, que determina o momento a partir do qual a mulher fica definitivamente incapaz de reproduzir. Mas antes de se atingir esse fim, a mulher, a partir dos 35 anos já começa, e de maneira progressiva, a apresentar um declínio na sua função reprodutora, originado por uma má qualidade ovocitária. A natureza é implacável mas ao mesmo tempo bastante racional, pois este mecanismo representa uma defesa do organismo contra os perigos de uma maternidade tardia que vão desde os riscos para a mãe até os riscos para o bebé, sobretudo aqueles que dizem respeito a anomalias cromossómicas como o síndrome de Down (trissomia 21).

Em oposição, a paternidade não tem limite temporal sabendo-se que o homem pode ser fértil até morrer. Esta característica está bem expressa no provérbio: "homem velho e mulher nova são filhos até à cova".A paternidade tardia não tem sido motivo de preocupação, pois encerra poucos inconvenientes e até pode ser vantajosa para o casal e para o filho.

Actualmente, a paternidade tardia tem vindo a aumentar, fruto de vários condicionalismos. A expectativa de vida aumentou muito, o que leva a considerar que um homem de 50-60 anos ainda se sinta um jovem. Nesta fase da vida, eles, quase sempre, apresentam um grande desempenho quer do ponto de vista sexual ou reprodutivo. Por outro lado o número de divórcios aumentou consideravelmente o que veio originar taxas elevadas de segundos casamentos, com novas oportunidades para outros nascimentos. Num estudo realizado na Austrália, em 1980, apenas 5% dos pais, na altura do nascimento, tinham mais de 40 anos, para em 2000 esse valor passar para 11%,

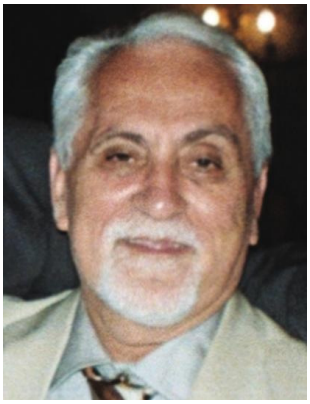
As alterações provocadas pela idade no aparelho reprodutor são muito pequenas e incapazes de perturbar acentuadamente a fertilidade. A nível dos testículos há uma diminuição discreta do volume testicular, uma diminuição ligeira do número de células de Leydig e das células de Sertoli e uma certa involução dos túbulos siminiferos. A espermatogénese está mantida e a maior alteração pode consistir num aumento da taxa de fragmentação do DNA espermático que ocasiona uma diminuição da taxa de fertilização ou abortos precoces.

Associada a estas alterações da fertilidade podem, também, aparecer algumas alterações da sexualidade que reduzindo o número de relações sexuais dificultam uma paternidade tardia. Uma das razões tem a ver com o aumento do período refractário, enquanto que outros factores estão relacionados com a diminuição da libido e a redução da qualidade da erecção. Enquanto que no grupo dos 45 aos 50 anos 95% dos homens têm pelo menos uma relação por semana, no grupo dos 65 aos 70 apenas 28% têm uma relação semanal e 24% não têm mesmo relações.

Embora, não seja consensual há, no entanto, alguns trabalhos que apontam para que os filhos de pais de idades avançadas têm um risco três vezes superior de virem a desenvolver esquizofrenia, sendo este um risco da paternidade tardia.

Um outro problema que é apontado para os inconvenientes da paternidade tardia referem-se a sentimentos opostos percebidos pelo pai; por um lado ele sofre a angústia de não conseguir viver o tempo suficiente para ver o seu filho crescer, enquanto por outro, ao lado dos amigos da sua idade, se sente orgulhoso e rejuvenescido, pois ter um filho naquela idade representa um atestado de virilidade. Sobre este assunto escreveu Armando Freitas Filho: “a paternidade na minha idade funciona como um antídoto para as perdas que sofremos ao longo da vida.”

Em conclusão, apesar de alguns dos inconvenientes apontados, a paternidade tardia pode ter algumas vantagens. Parece que os pais tardios são mais sabedores, são mais dedicados, são mais afectivos e sobretudo estão mais presentes. Por outro lado as discussões no lar são menores e a taxa de divórcios são muito baixas, o que origina uma grande estabilidade no agregado familiar. Também, a maioria dos pais tardios têm uma vida profissional mais estável e geralmente têm uma melhor condição económica podendo proporcionar ao filho uma vida mais feliz.



Amor e ternura dos 60

Adriano Pimenta

A Direcção da Sociedade Portuguesa de Andrologia, ao terminar o seu mandato do biénio 1993-94, escolheu para uma das suas reuniões o tema "O Homem dos Cinquenta Anos". Este evento científico teve lugar na cidade do Porto, com um forte contributo do Presidente e do Secretário-geral, respectivamente Adriano Pimenta e Alexandre Moreira. Foi o ponto de partida para a Direcção seguinte realizar uma reunião em Chaves, simbolizando outra faixa etária: "O Homem dos Sessenta Anos". Fui, então, convidado para abordar o tema "Amor e Ternura dos 60". Esta solicitação causou-me uma profunda inquietação pela imagem emblemática do tema, a revelação da minha experiência de sexagenário que perfila uma profunda e realística intimidade dos meus sentimentos, alguns com direito a extrema privacidade. Quero dizer a todos que nunca me senti muito à vontade neste papel de mostrar ou exteriorizar os meus (alguns) sentimentos e, portanto, lanço aqui o aviso de ser um trabalho ou uma conversa mais experimental do que experimentada. E nesta temática tão intima e restrita, não gosto de falar de mim, de falar por mim, mas para dentro de mim, para o meu ego. Assim, não é fácil retratar estas duas palavras, amor e ternura, tão indissociáveis, pois não existe amor sem eiva ou mácula de ternura, e ternura para engrandecer e enobrecer na década dos sessenta. Pese a possibilidade de muitas vezes se ouvir falar de amor mórbido, vou evocar uma situação de Capúcio para uma ajuda nesta minha explanação. Afirmou este pensador que "aos 15 anos tinha aprendido, aos 30 tinha-se afirmado, aos 40 não tinha dúvidas, aos 50 conhecia a vontade celestial, aos 60 os ouvidos estavam alerta e aos 70 seguia os desejos do coração". E assim o fiz, porque, em 1º lugar, cito a colaboração da minha mulher, dando-lhe um toque feminino ao tema. Outro pensador, Honoré Balzac que um idoso (prefiro a léxica veterano que reflecte experiência) é um homem que já jantou e vê os outros comer. Este pensamento sugeriu-me vestir a capa de um mediático imparcial e entrevistar alguém a propósito deste tema.

E quem entrevistei? A mão contrária que existe sempre em minha casa, a minha mulher. A minha querida mulher respondeu-me peremptória e prontamente desta maneira "devo confessar que amor e ternura nunca faltaram, demos e recebemos, continuamos a dar e a receber, e Deus ajudou-nos a contribuir para sermos uma família feliz, onde se sente e vive em amor paternal, amor maternal, amor fraternal e, muito particularmente, amor conjugal. Todo este equilíbrio idílico nos deveria conduzir à felicidade que a vida dos anos e os anos de vida nos devem gratificar e contemplar. Na realidade, não se pode falar numa ternura que no fundo é a de todos e para todos. Amor igual a ternura, igual a longevidade, saúde física e mental, e poderia focar muitas histórias com este simbolismo. Cito apenas um dos mais célebres romances de Camilo Castelo Branco, escrito em 1861 "Amor de Perdição" aquando da sua prisão na cadeia da Relação do Porto, juntamente com a sua companheira Ana Augusta Plácido, onde o amor e ternura reflectem paixão. Penso, no entanto, que não se deve confundir Amor com Cupido, nome grego do Deus do Amor, Eros, que os romanos traduziram por Amor ou Cupido. O amor é um sentimento natural que nos impele a conservar e desenvolver a nossa individualidade ao encontro da felicidade, finalidade máxima da sua acção e do seu desempenho. Esta perspectiva é totalmente diferente daquilo que se equaciona por amor-próprio, um mero sentimento de orgulho pessoal, tornando-se a pessoa o centro do mundo.

Não posso esquecer que converso sobre a faixa etária dos 60, sendo para mim o grande problema da idade, o receio de que ela não dure muito. Ganhar idade é um êxito, um sucesso que nem todos alcançam (cito V. Hugo). À medida que a veterania avança, vários cenários podem ser considerados. Em 1º lugar, o cenário mais chocante que se apercebe relaciona-se com as perdas físicas e incapacidades biológicas, tendendo a saúde a ser um problema crescente. Por outro lado, com a veterania, as pressões, e perdas sociais, afectam a extensão e a intensidade da rede de relações sociais. Não podemos esquecer que as sociedades ocidentais dão pouca oportunidade para o desempenho de novos papéis por parte das pessoas mais ve-lhas. Finalmente, os veteranos defrontam-se com o ajustamento à ideia de que o tempo cada vez se torna mais curto, gerando novas tarefas referentes à compreensão de si e do sentido da vida. A década dos 60, como grupo, ganhou identidade, com características próprias e necessidades específicas, traduzidas numa realização pessoal de auto-estima, de auto-realização pessoal, enriquecidas de desafios e ternuras (V. Hugo). Refiro igualmente um investigador nórdico Sten Friberg, a propósito da fragilidade do homem em relação à mulher. "Embora a 2ª metade da vida traduza uma fase de crise e de profundas alterações (de um ser criador torna-se um mentor) não deve ser considerada

como o Outono da vida mas como uma 2ª Primavera, uma vez que o poder de criatividade se mantém.

Apanágio desta faixa etária consideramos os défices auditivos, visuais, alterações neurológicas que se podem traduzir numa diversidade de patologias crónicas agravadas pelo envelhecimento celular, pela aterosclerose, pelas cardiopatologias, diabetes, hipertensão, situações depressivas e até o receio de enfrentar uma neoplasia. Na minha perspectiva, esta imagem não constitui um factor negativo que vá contrariar uma vivência em serenidade, na compreensão mútua, na paciência, na tolerância, onde o amor e a ternura são os trunfos a compartilhar entre o homem e a mulher. A década dos 60 é erradamente identificada pelas suas incapacidades e pelos seus défices. A nossa década deverá ser entendida pela capacidade dinâmica e pessoal de cada organismo humano, numa perspectiva de auto-realização e auto-estima, que se correlaciona com o grau de satisfação pessoal. Pensamos que é um tempo em que se pretende colher os frutos do trabalho e da vivência anterior. A sexualidade tem uma importância crescente na envolvência emocional que rodeia a relação sexual na sua plenitude. A afectividade ajuda a recriar a sexualidade, a comunicação ganha novas dimensões, e o encontro amoroso ajuda a encontrar o sentido da vida. A sexualidade dos 60 emerge-nos numa ideia de harmonia e ternura que a estabilidade sempre ambiciona e deseja. Já dizia Pasini " a ternura representa o melhor fermento afectivo que possibilita o crescimento e a coexistência dos seres humanos numa peculiar faixa etária". Um grande amigo meu, pessoa de invulgar cultura, Professor Salvado Trigo, recordou-me a geração de Maio de 68. Dizia-me que a verdadeira geração dos 60 foi esta; ternurenta, militante e comprometida com o amor como o núcleo da liberdade. A libertação do amor é o verdadeiro destino do homem que aos 60 almeja atingir pela ternura e não pela postura, a felicidade. Felicitas em latim é complementada pela *Temeritas*, isto é, toda a felicidade é temeridade e é isto que aos anos 60 nos ensinam. Aos 60 anos a *"sagesa"* permite-nos conhecer com saber, mas sobretudo com sabor.

Para terminar, por razões óbvias, de natureza homonímica, não poderei deixar de citar um eminente imperador romano, Adriano, que, pensava aproximar-se do fim, afirmou "sou o que era mesmo sem mudar, mas revoltado contra a insubmissão do meu corpo que gasto na caminhada exige finalmente repouso".

"O amor é como a gripe, apanha-se na rua e acaba na cama."

O Homem de 60 anos – Uma perspectiva psico-afectivo-sexual

António Pacheco Palha

Professor Catedrático de Psiquiatria

Faculdade de Medicina do Porto

Pediu-me o Professor La Fuente de Carvalho, representando a Sociedade de Andrologia como seu ex-presidente, que escrevesse a comunicação que fiz numa das últimas sessões científicas da Sociedade, dedicada ao Homem de 60 anos. Dado que, no momento tinha dificuldade de tempo para passar o conteúdo dos dia-positivos que apresentei e comentei na referida sessão para um texto corrido, decidi seleccionar alguns daqueles e colocá-los numa sequência lógica que permitisse ter uma leitura fácil e compreensível. Não sei se o consegui, mas a intenção era boa, pois penso que tudo o que possamos fazer para facilitar um melhor conhecimento desse período de vida do homem pode contribuir para uma melhor atenção no seguimento dos sexagenários do sexo masculino com queixas desta área do comportamento humano.

O contexto social do envelhecimento

Pela primeira vez na história, a maior parte das pessoas em sociedades como a nossa pode fazer planos em relação ao seu envelhecimento futuro. A esperança média de vida (EMV) tem aumentado de forma dramática. Nos EUA passou de 49 anos em 1900 para 76,5 anos em 2000. Para os homens com 65 anos de idade, a expectativa de vida é de, aproximadamente, 16 anos e para as mulheres com a mesma idade, é superior a 19 anos. Aos 85 anos de idade, os homens podem esperar viver mais 6 anos e as mulheres 7 (Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics, 2000).

A população idosa é o único segmento da população geral que vai crescer substancialmente nos próximos 50 anos, sendo as pessoas muito idosas (85 anos ou mais) um subgrupo com rápido crescimento (Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics, 2000). A definição de Saúde, segundo o conceito da OMS, 1948, " o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de

doenças." A 3ª idade e o envelhecimento encontram-se actualmente associados a um conjunto de estereótipos negativos, com consequências negativas para os indivíduos pertencentes a este grupo etário, nomeadamente, na área sexual. No idoso a saúde mental é particularmente importante.

Os esteriótipos, por definição, é a representação ou conjunto de ideias distorcidas em relação a um determinado grupo social. Tomemos como exemplo "Os ingleses são snobs", "As loiras são burras", "Os novos são irresponsáveis", "Os velhos não fazem anos". Existem os mais variados tipos de estereótipos associados ao envelhecimento como, o esquecimento / diminuição da memória são considerados normais nos idosos; ausência de capacidade de aprendizagem; a Reforma (um vazio impossível de preencher); a Incapacidade de comportamento sexual responsável "sem idade para isso"; isolamento social. Estes são estereótipos negativos, e têm como consequência última o medo do envelhecimento.

Há uma tendência frequente e bem marcada na mulheres para uma erupção do desejo sexual na menopausa – última chama de um fogo moribundo que pode facilmente revestir aspectos mórbidos. Existe da mesma forma no homem, quando os anos começam a fazer sentir, o impulso sexual pode tornar-se subitamente urgente, esta última exacerbação da sexualidade será ainda mais perigosa, quando se traduz por uma atracção por raparigas novas e por actos de familiaridade indecente com crianças

Aos 60 anos... tem a experiência da vida!

Uma sabedoria acumulada na qual se projectam necessariamente os valores sociais e culturais mais enraizados, o que faz do homem de meia idade um ser à parte e, de alguma forma previlegiado, a merecer uma atenção particular no que respeita à saúde mental. Já não é tão rentável em termos de relações profissionais e face ao aparelho produtivo, pelo que começa a estar despojado de poder reivindicativo (dificuldade em arranjar emprego nesta idade)

Como o apogeu de um processo de desenvolvimento que se iniciou na infância e na juventude, vive uma época de vida específica e peculiar, com os seus próprios problemas e virtualidades – uma fase de transição e preparação para a velhice.

A nível da realização pessoal supõe-se que a pessoa, tenha atingido o topo de uma carreira profissional; o seu projecto familiar deverá estar consolidado; no contexto de cidadania deve ter alcançado o respeito e a consideração da comunidade; possuir uma identidade sócio-cultural, assim como as suas expectativas pessoais deverão estar perto de um ponto de equilíbrio

Consciência individual do tempo de vida

A pessoa apercebe-se que já viveu mais de metade da vida. Vê-se confrontada com o aparecimento de uma geração mais nova. Reconhece o envelhecimento físico dos órgãos do corpo e desenvolve a ideia da morte. Estabelece um limite ao conceito que temos de nós próprios, central no sentido de identidade do indivíduo, e influenciado pela forma como foi lidando com as perdas afectivas ao longo da vida.

Os conflitos existenciais apaziguam-se e a vida dá o seu pleno rendimento, num caminho de serenidade. É um tempo em que espera colher os frutos do trabalho anterior (mas pode não ser assim...)

As ameaças à realização pessoal

Podem surgir devido às mudanças sociais associadas à idade, nas sociedades competitivas ditas modernas que originam perturbações da saúde psíquica e sexual, motivam o pedido de ajuda ao médico especialista, independentes do envelhecimento fisiológico. Serão as transformações biológicas, psicológicas e sociais um fatalismo da idade? Para ser feliz não é necessário nesta idade correr contra o tempo, contra si próprio, para vencer na carreira profissional. Tem de pôr à prova as capacidades físicas e intelectuais, tantas vezes próximo do limite da resistência individual. Norteando a relação interpessoal no seio da família pela ternura e pela amizade, ter uma vida sexual activa

Sexualidade e identidade

O poder da masculinidade, a relação homem / mulher; a boa comunicação entre os cônjuges alicerçada no respeito pela independência e a individualidade de cada um. A capacidade de resolução dos problemas face às questões comezinhas do dia-a-dia. A manutenção da intimidade física, com erotização e envolvimento emocional. A afectividade ajuda a recriar o sexo.

A comunicação não verbal ganha novas dimensões e torna-se uma necessidade, tal como noutras fases a mera descarga pulsional. De alguma forma o encontro amoroso ajuda a recriar o sentido da vida; dá-lhe outro sabor e harmonia

Alguns mitos da sexualidade após os 60 anos

A qualidade de vida sexual piora com a idade para os homens e as mulheres.

Se a reacção fisiológica não for imediata (lubrificação e erecção) ele ou ela não estão excitados.

Os problemas de erecção são inevitáveis e só resolvidos por intervenção médica.

Quando um homem não se excita só com o olhar para uma mulher terá muita dificuldade em fazer amor com ela. O homem atinge o máximo de erecção na juventude. Os indivíduos com problemas cardíacos devem evitar a actividade sexual.

A actividade sexual tem de terminar em orgasmo. O acto sexual não deve ser a única forma de actividade sexual.

Melhoria do desempenho sexual

A atracção física pelo(a) parceiro(a) representa nos homens 73,5% e nas mulheres 68,2%. A qualidade dos sentimentos envolvidos na relação representa para os homens 62,3% e para as mulheres 77,2% (Inquérito à Sexualidade dos Brasileiros – ProSex. 2003).

O poder das fantasias sexuais...

Independentemente da idade e para a maioria das pessoas as fantasias facilitam a excitação e o orgasmo, ajudando a bloquear preocupações intrusivas. Criam uma disposição que conduz ao encontro amoroso e enriquecem a experiência sexual.

Como pode o envelhecimento influenciar as fantasias sexuais? Uma menor sensação de culpa, fantasias menos "ameaçadoras". Deve ter-se a noção que as fantasias são uma ocorrência "normal" e não são desejos reprimidos. Uma maior abertura para a partilha de fantasias com o parceiro(a). As fantasias são mais variadas, apesar de serem idênticas ao das idades mais jovens.

O impacto da doença...

Uma doença crónica, a incapacidade resultante e o seu tratamento interferem com a função sexual. Impacto da doença na função sexual é multifactorial, numa Interacção de mecanismos fisiológicos com processos psicológicos (reacção comportamental à doença), As características da personalidade, a natureza da relação, a experiência sexual prévia.

Sexualidade e envelhecimento

A Saúde sexual no idoso depende da Sexualidade ao longo da vida. Uma actividade sexual frequente ao longo da vida e maior satisfacção (Brecher, 1984; Kaplan, 1993).

Depois dos 60 anos – O usufruto da cidadania

Perante a comunidade a pessoa de meia idade é passível de ser eleita para postos de poder e de chefia, pois tem a experiência da vida; a sabedoria e o bom senso para dialogar, ultrapassar posições irredutíveis. É capaz de contribuir para o bem comum. Sabe gerir correctamente o tempo disponível, o tempo oportuno, vivencial-particularmente do amor.

Saúde Sexual é uma " Integração harmoniosa dos aspectos somático, emocional, intelectual e social do ser sexuado, de forma a enriquecer a personalidade, a comunicação e o amor." OMS (1975).

A sexualidade deve contribuir para a descoberta de vivências e emoções que estão fora do tempo, intemporais, e que perduram quando o calor dos corpos se apaga.

Um dos aspectos mais importantes pelo qual o homem se distingue dos outros seres vivos, é pela possibilidade de desenvolvimento da sua capacidade de relações afectivas e de amor.

Os valores do homem de 60 anos

António Requixa
Serviço de Urologia e Transplantação
Hospitais da Universidade de Coimbra

"Não é divertido ficar velho... mas é a única maneira de viver mais anos."
Flaubert (1821-1880)

Nasce-se homem por imperativos genéticos ligados ao cromossoma Y: no seu desenvolvimento o homem atravessa períodos tão diversos quanto ricos em evolução, do berço à puberdade, desta à adultícia, à velhice... em que factores genéticos, educacionais, sociais, estilos de vida, etc. irão definir o perfil do Homem de 60 anos e os seus valores!

Na sistematização dos problemas que rodeiam o envelhecimento, seguindo critérios funcionais e cronológicos, considera-se a seguinte divisão:

- dos 40 aos 65 anos, a clássica "meia-idade", agora chamada "terceira idade" ou "jovens velhos"

- dos 65 aos 75 anos, a clássica "velhice", agora designada "quarta-idade" ou "médios velhos".

A necessidade desta nova nomenclatura terá resultado do aumento da expectativa de vida actual, tendo a população com mais de 65 anos passado de valores abaixo de 5% há cem anos, para valores acima dos 15% na actualidade.

ENVELHECER

"A entrada em cada nova década é sempre vivenciada com alguma expectativa e temor." F. Allen Gomes

O processo de envelhecimento arrasta consigo, gradualmente, o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções corporais e intelectuais que levam ao distanciamento, isolamento e inadaptação. A grande variabilidade do envelhecimento está dependente de factores diversos, como o código genético, o desenvolvi-

mento físico e mental sobretudo nos primeiros anos de vida, os "estilos de vida", a profissão e factores ambientais e sociológicos.

Não existem, efectivamente, leis físicas para o desempenho na velhice, mas está comprovado que o desempenho pode melhorar com a prática e o treino, tanto nos aspectos físicos como intelectuais.

A década dos 50 tem um papel fundamental: é o tempo em que, não sendo velho, o homem deixou de ser novo e começam a manifestar-se os estragos da vida que levou!

"O futuro de riscos do Homem de 50 anos é o envelhecimento em conformidade com a vida anterior. Ele será o que foi!" J. Pinto da Costa

Por isso, acima dos 65 anos, 80% dos homens sofrem, no mínimo, de uma doença crónica.

As aptidões cognitivas, atingindo o pico na década dos 30 e estáveis até ao começo da década dos 60, começam a declinar com aceleração a partir dos 70 anos. Contudo este declínio não é uniforme em todas elas: a capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável, embora com tendência para serem mais dificilmente entendidas mensagens longas e complexas e em recuperar ou reproduzir nomes, datas ou termos específicos. Sabe-se, contudo, que as pessoas na década dos 60 e 70 são mais saudáveis e instruídas revelam um prejuízo menor nestas aptidões. Quanto à inteligência tende a manter-se estável durante a maior parte da vida adulta, nomeadamente para aceder a conhecimentos de cultura geral e para o desenvolvimento de raciocínios práticos e sociais, vocabulário, capacidade de acesso à informação e compreensão. No entanto, a execução de tarefas perceptivo-motoras novas e rápidas pode começar a diminuir a partir dos 50-60 anos.

A nível intelectual parece ser muito importante distinguir a "inteligência fluída", que não depende da aprendizagem prévia, e tem a ver com a rapidez que as novas situações são analisadas e a "inteligência cristalina", relacionada com a informação acumulada e o vocabulário adquirido desde os tempos da escola, como na vida quotidiana: enquanto a primeira tende a declinar lentamente com a idade, a segunda frequentemente melhora ou expande-se com o decorrer dos anos.

Quanto às alterações das funções corporais, os órgãos dos sentidos revestem-se de particular importância, não só para a vida de relação do indivíduo, como também para dar qualidade de vida à sua existência. Embora os cinco sentidos declinem em acuidade à medida que se envelhece, o prejuízo da visão e da audição traz maior número de problemas, pois são os que maior importância têm na sua adaptação à vida do dia a dia e no convívio social. A incidência dos problemas visuais e da cegueira

aumenta progressivamente com a idade, é altamente limitativa, interferindo nas tarefas individuais mais simples, até ao acesso a actividades que podiam ser gratificantes.

No que respeita à audição, calcula-se que mais 50% das pessoas acima dos 75 anos tenha perda de acuidade auditiva, o que não permite a comunicação adequada com os outros, como não permite ouvir sinais de alarme... ou desenvolver actividades tão gratificantes como contactar com os netos.

No declínio das funções vitais sobressaem a diminuição da força muscular, os problemas músculo-esqueléticos e o declínio gradual de funções de órgãos importantes como o coração, pulmões, rins, bem como alterações hormonais, inadaptação ao stress, etc.

"Cada ser humano é ele próprio na sua circunstância."

Ortega y Gasset (1883-1955)

Acresce a tudo isto a problemática social, apontando dados recentes que, nos países do ocidente, metade dos idosos estão próximos da definição oficial de pobreza e muitos estão desprovidos de conforto nas casas que habitam.

CONTROLAR O ENVELHECIMENTO

"No campo do agir não reina o saber, mas a sabedoria."

Aristóteles (384-322 a. C.)

Saber envelhecer pressupõe um conjunto de atitudes recomendáveis e universalmente aceites:

- Aceitação e adaptação
- Prevenção
- Independência
- Amor e afecto

Aceitação e Adaptação

"Aceitar que há modificações que são inevitáveis com o desenrolar dos anos e compreender paralelamente que todos os períodos da vida podem ter aspectos que são agradáveis." A. Vaz Serra

Viver mais anos, só por si, não parece ser desejável, se não houver objectivos, se não houver ocupação em actividades de lazer, profissionais ou outras, adaptadas às mudanças do envelhecimento.

É preciso, em tempo, incentivar atitudes paralelas para, quando chegar a refor-

ma, se poderem manter tarefas que continuem objectivos de vida! Que poderá passar por frequentar um curso para seniores, como por se dedicar à pintura, à escrita, à fotografia, praticar um certo tipo de desporto, passear, conviver, apreciar a natureza e "ouvir o silêncio", dedicar o tempo em voluntariado, ajudando o próximo,etc. Aprender a descobrir novos objectivos é uma arte que deve ser cultivada.

Prevenção

"Abrir janelas que vão deixando ver aspectos diferentes da paisagem da vida." A. Vaz Serra

Prevenir é corrigir "estilos de vida", desvios alimentares, tabaco, álcool, gorduras, obesidade, sedentarismo. É estimular a prática do exercício físico regular, adaptado à idade, e sentir os seus indiscutíveis benefícios quer a nível corporal, quer cognitivo. Está provado que o exercício regular no idoso melhora não só o sistema cardiovascular e músculo-esquelético, mas também a condução nervosa com melhoria de vários desempenhos a nível intelectual; a manutenção duma actividade mental estimulante e uma boa forma física revelam um menor declínio do funcionamento cognitivo com a passagem dos anos.

Independência

"Ter responsabilidades que a pessoa possa realizar com êxito dá maior sentido à vida e evita o desgaste." A. Vaz Serra

Cultivar a independência passa pelas simples actividades diárias, do arranjo pessoal às actividades da casa, controlo das finanças, sentir-se responsável por outras tarefas fora de casa.

Em condições do meio ambiente que se consideram iguais, incentivar a independência e as tomadas pessoais de decisão, ajuda a prolongar a vida.

Amor e Afecto

"A ternura representa o melhor fermento afectivo que possibilita o crescimento e a coexistência dos seres humanos." Willy Pasini

Toda a vida amorosa molda a mente, o corpo e a alma... levando a uma mais saudável e gratificante longevidade.

Aos 60 anos o ninho esvaziou-se... os filhos já partiram, numa altura em que o homem aprendera a ser pai! Vêm os netos ... que reflectem indiscutivelmente o iní-

cio duma velhice irremediável, e o avô enternecido brinca ... e deseduca, por vezes, os filhos dos seus filhos! Com ternura, sentimento soberano!

Noutra vertente, no campo dos afectos e do amor conjugal, é indiscutível o interesse e a importância que a sexualidade assume na relação do casal: no outono da vida é um excelente revulsivo para a saúde e para a qualidade de vida. Porque, além de gratificante, aumenta a auto-estima, recria o gosto pela vida, ajuda a combater a depressão e incentiva a união e o diálogo no casal.

"É evidente que o homem depois dos 50 não tem a vitalidade da juventude, mas este abrandamento da expressão orgânica não anuncia necessariamente sofrimentos, misérias, nem implica muito menos o fim da vida erótica."

A. Pacheco Palha

Assim o afecto no casal adquire uma nova dinâmica, passada a vitalidade da juventude: ele ajuda a recriar o sexo, a comunicação gestual adquire novo valor, o encontro amoroso ajuda a recriar o sentido da vida, dando-lhe outro sabor!

No campo dos afectos, do amor, a sua prática reaviva o desejo e este actua como motor em si mesmo: a prática positiva e gratificante suscita o desejo de repetir!

"Que os seniores vivam a sexualidade como algo de positivo, sem complexos, fomentando a comunicação, desfrutando o enamoramento, os olhares, as carícias, os abraços... e mantendo a ilusão de seguirem juntos, na parte da viagem que ainda lhes falta percorrer." José Luis Arrondo Arrondo

Afinal o melhor conselho que se pode dar a um sexagenário é que mantenha a sua actividade física, mental e sexual enquanto puder: é o tripé da longevidade saudável!

SABER ENVELHECER

Se pelos 50 anos se supõe ter atingido o topo de uma carreira profissional, aos 60 cresce a sensação confiante da competência, influência e autoridade, distante já o período da "concorrência".

Aos 60 anos o homem é mais experiente, mais "usado". A diminuição da energia corporal proporciona um desenvolvimento mais profundo do mundo interior: estabilidade emocional, lealdade, objectividade e ponderação. Modificam-se paulatinamente sentimentos, interesses e valores. E se vão notando algumas perdas físicas na vitalidade global, tornam-se mais evidentes os frutos da experiência, da carga de saber acumulado, da faculdade plena das qualidades intelectuais.

Um certo saber decorrente da experiência, do estudo e da partilha aconselham a investir na vida, com o bom senso de se saber adaptar às novas realidades físicas: do controle dos excessos e uma prevenção cuidada e atenta ... a um novo estilo erótico!

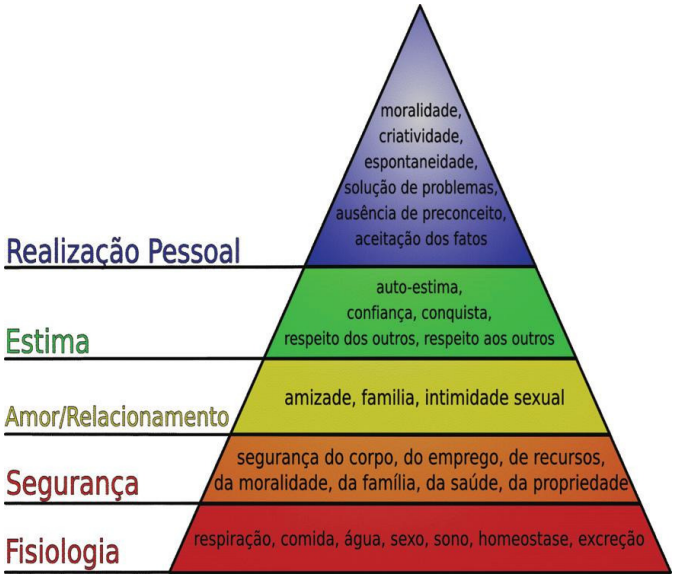
Com a experiência acumulada ganha-se confiança e auto-estima, sentindo e vivenciando que "é no dar que se recebe"! A ligação profissional aos mais novos vem dar novo sentido à vida, quando os valores do espírito e do afecto são dominantes, afastado qualquer sinal de competitividade, por insensata, incoerente e inábil!

É essa experiência de vida e uma sabedoria acrescida na qual se projectam os valores sociais e culturais mais enraizados que fazem do homem de 60 anos um ser privilegiado. Já não é tão sensível em termos de relações de mercado e face ao aparelho produtivo, por isso perde poder reivindicativo; mas ganha pela postura aberta na defesa dos princípios que o humanismo e a ética aconselham e as suas capacidades intelectuais norteiam.

À partida o seu projecto familiar deverá estar consolidado e, em termos de cidadania e identidade sócio-cultural, as suas expectativas pessoais deverão ter atingido o ponto de equilíbrio.

A auto-realização e a correspondente auto-estima estão estreitamente ligadas ao grau de satisfação pessoal. O caminho pretende-se sereno, face à progressiva aquisição de uma sabedoria de vida construída sobre a experiência pessoal. Já não é preciso correr contra o tempo para triunfar pessoalmente.

Na clássica pirâmide Maslow, onde são hierarquizadas as necessidades do homem, dir-se-á que ocupa nesta fase da vida o penúltimo patamar, com incursões frequentes no topo .



O QUE SE PODE GANHAR COM O ENVELHECIMENTO

"Em seres humanos que se exercitam intelectualmente e praticam exercício físico regular as funções biológicas e psíquicas podem resistir por muito tempo ou até melhorar com a idade". A. Vaz Serra

Significa que um idoso saudável, que obedeça a estas condições e não esteja incapacitado por nenhuma deficiência grave física ou psíquica, pode vir com o tempo a melhorar em aptidões e recursos que o diferenciam positivamente das pessoas jovens.

Cohen, em 2005, referiu que existem quatro fases distintas do desenvolvimento que ocorrem numa fase tardia, correspondendo a

- uma reavaliação da meia-idade
- um processo de libertação
- observar a vida no seu conjunto
- um desejo de "tentar de novo"

Reavaliação da meia-idade

É normal, nesta época da vida, que o homem faça uma profunda reavaliação de si próprio: "Onde estive?", "Onde estou?", "Para onde me dirijo no futuro?"

A maior parte, salienta o cientista, deseja neste período de tempo descobrir novos horizontes, encontrar respostas para questões mais profundas relacionadas com a vida e descobrir o que foi verdadeiro e significativo na sua existência.

Processo de libertação

Sobrepõe-se com frequência à fase anterior e corresponde a um desejo que a pessoa sente para experimentar, inovar e libertar-se de inibições e limitações anteriores. É um processo que ocorre nos finais da década dos 50 e se prolonga até à década dos 70. É como que uma resposta à pergunta "Se não o fizer agora, então quando o farei?"

Observar a vida no seu conjunto

Costuma decorrer entre os finais da década dos 60 e pode prosseguir até à década dos 70 e 80. Este processo de reobservação autobiográfica é acompanhado de desejos de filantropia para com a família, amigos ou sociedade em geral.

Desejo de tentar de novo

A necessidade de se manterem com vitalidade, por sua vez, leva as pessoas a novos processos de criatividade e de compromissos sociais.

"O amadurecimento que ocorre no idoso saudável leva-o a condições únicas de sinergia de cognições, inteligência emocional, juízos de valor, aptidões sociais, experiência de vida e consciência crítica, condições que permitem que o idoso revele uma sabedoria mais profunda, um melhor juízo crítico dos acontecimentos, uma perspectiva diferente e uma visão mais global das ocorrências, permitindo igualmente manifestações de criatividade". A. Vaz Serra

A História aponta-nos exemplos célebres:

- Verdi compôs a ópera Falstaff aos 80 anos
- Goethe completou Fausto aos 81 anos
- Monet pintou os seus nenúfares aos 86 anos
- Miguel Ângelo pintou até ao fim da vida, com 89 anos

O envelhecimento não corresponde à fatalidade de um caminhar sombrio, pode tornar-se uma época em que se descobrem novos aspectos da vida e em que os acontecimentos são analisados numa perspectiva diferente e mais equilibrada.

Pode também corresponder a uma época criativa em que se descobrem combinações novas facilitadas pela experiência da vida!

P. S. – *Não posso deixar de testemunhar o meu agradecimento ao Ilustre e Distinto Amigo Prof. Doutor Adriano Vaz Serra pelo muito que me tem ensinado nos "caminhos da vida", nomeadamente pelo excelente texto "Que significa envelhecer?" que abre, com chave de ouro, o livro Psicogeriatria, editado em 2006 pela Psiquiatria Clínica.*

A mulher na vida de um homem de 60 anos

Maria do Céu Bernardo Santo
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Hospital de Santa Maria – Lisboa

Em qualquer fase da vida, é difícil manter uma relação que motive duas pessoas a viverem em conjunto, partilhando a sua intimidade, os sonhos, as ambições, as motivações, as expectativas, e também os desalentos e os insucessos. O desafio passa exactamente por conseguir acompanhar as alterações que cada um sofre ao longo da vida, em qualquer idade, mantendo a vontade de partilhar a vida a dois. Isso só acontece se, apesar de a nossa forma de interacção com o outro mudar com o tempo, se mantiver uma base de compreensão e adaptação às alterações do parceiro/parceira, resistente às alterações provocadas pelos enquadramentos social, profissional e de responsabilidades diárias.

Essas mudanças e os seus efeitos são sentidos, de imediato, pela pessoa com quem dividimos a nossa vida e é com ela que vamos construindo um diário de memórias boas e menos boas. Se ao fim de muitos anos a memória nos conduzir a boas recordações tudo será mais fácil, mesmo em situações difíceis, pois a tolerância, o amor e o capital de satisfação ajudam a resolver o resto.

E isto acontece em qualquer idade. Em função das características de personalidade que nos diferenciam um dos outros, do contexto em que se vive a relação, da nossa capacidade de entender o outro e das memórias que construímos, podemos viver uma relação mais ou menos satisfatória. A idade só por si não é um factor que permita caracterizar comportamentos, definir estereótipos ou modelar perfis de actuação. Pode ter cabelos brancos e ser novo, mas a postura de velho pode ser evitada.

No entanto, quando se chega aos 60 anos, é preciso ter em conta as condições socioeconómicas, os interesses culturais, as ligações com os familiares e amigos, e as doenças, factores que acabam por ter grande influência em todas as idades, mas têm força especial nesta faixa etária.

Que idade temos?

A idade é apenas um termo de referência, face ao que já vivemos, mas mais importante, face à expectativa do tempo que nos falta. Se olhar para uma fita métrica com 80 cm – que representa a esperança média de vida - e fixar o número correspondente à sua idade, o espaço até ao fim da fita será a perspectiva do seu tempo médio de vida. Por isso viva intensamente esse período. Pense no tempo que tem para aproveitar e menos naquele que ficou para trás.

Um dia perguntaram a Galileo Galilei quantos anos tinha, ao que este respondeu "apenas 8 ou 10. Tenho na verdade os anos que me restam de vida porque os já vividos não os tenho mais, como não tenho as moedas que já gastei".

Esta relativização do tempo determina, normalmente, maior tolerância perante os mesmos factos do passado, mas pode criar uma perspectiva derrotista se deixar de existir motivação para a vida.

Muitos dos prazeres do passado foram gradualmente reduzidos e em sentido contrário, potencia-se o medo do aparecimento de doenças, ficando o sentido da vida limitado pela frase "no meu tempo", como se o nosso tempo não fosse todo o período em que estamos vivos. A actualização e a adaptação à permanente mudança do mundo exigem uma atitude inteligente e um esforço que vale a pena fazer, pois em caso contrário ficamos de facto fora do nosso tempo, como se de um antepassado se tratasse.

Em qualquer fase da vida gerimos expectativas, e há medida que o tempo passa, e não conseguimos concretizar muitos dos sonhos e ambições, vamos abandonando a vontade de ir mais longe, deixando os desafios de lado e acomodando-nos com as limitações que impomos a nós próprios.

Encontramos pessoas velhas com 40 anos e jovens com 70 porque, além do estado físico e da saúde associada a cada idade, há uma idade mental fruto dos condicionalismos que nos impusemos, da rigidez do comportamento e da desistência precoce.

A eterna juventude

Por tudo isto, o perfil da mulher e a sua atitude perante a vida é extremamente importante na qualidade e quantidade de vida do homem, pelo que, não se podem cometer erros no casting da escolha do parceiro. A vida em conjunto irá depender muito desta sociedade a dois.

Afinal qual deverá ser a atitude de uma mulher na vida de um homem de 60 anos?

Naturalmente deverá ter um papel semelhante ao que tinha em idades ante-

riores, mas consciente de novas dificuldades, distintas das que já existiam quando vivia com aquele parceiro 10 ou 20 anos antes, fruto das características pessoais que acabei de referir.

Com 60 anos, poderemos fazer quase tudo o que fazíamos com 20, o problema geralmente é mais acentuado quando se vive com um homem que já era "velho" quando tinha apenas 20 ou 30 anos. Agora passará a assumir esse papel mais escudado na desculpa da idade, vitimizando-se e potenciando o envelhecimento.

As diferenças vividas aos 60 anos estão relacionadas com um conjunto de circunstâncias que podem ter consequências no parceiro e relativamente às quais deveremos ter um atenção especial. Refiro-me à alteração do enquadramento profissional, à menor motivação para algumas actividades, à insegurança para executar determinadas tarefas (fruto de maiores limitações físicas), à maior disponibilidade de tempo sem uma ocupação motivadora, à diminuição da actividade sexual e ao medo que o envelhecimento provoca.

O papel da mulher passa exactamente por promover, junto do homem de 60, toda a atitude positiva, a energia e a ideia de que pode aproveitar, com qualidade, os muitos anos que ainda tem pela frente. A mulher deve tentar ser uma espécie de "elixir da eterna juventude", motivando o parceiro para o presente e futuro e menos para o passado!

Humor e ritmo

Se já não tem actividade profissional ou está a aproximar-se da reforma pense que finalmente tem uma coisa que só existia em criança: o tempo todo por sua conta. Depois desta boa notícia, os pessimistas formularão a pergunta, *"o que é que vou fazer com o tempo disponível se poucas coisas me interessam?"* Pelo contrário, o optimista encontrará actividades que lhe darão prazer e o tempo passará afinal a não chegar para tudo.

É fundamental não esquecer três factores que prolongam a juventude; Rir, Nadar e Dançar, encarando a vida como um copo que ainda está meio cheio e não meio vazio.

Julgo que este será o ponto de partida para a mulher ajudar a formatar o cérebro do seu parceiro e começar a programar as actividades que poderão fazer a dois e que durante muitos anos estiveram condicionadas por falta de tempo.

A maior disponibilidade e a forma como encararem esta nova fase permitirão uma maior cumplicidade, motivará cada um a encontrar surpresas que estimulem o parceiro.

Quando a mulher não ajuda...

Com a idade, muitas mulheres passam uma parte do tempo a falar de doenças e a queixarem-se, o que não é propriamente o quadro mais agradável para qualquer homem.

Atitudes que estimulem a vida são contrárias ao quadro anterior, pelo que, um aspecto importante na relação é o modo como se partilha a vida com o parceiro, sendo para isso importante a forma como a mulher consegue analisar e discutir problemas, procurando manter-se actualizada e afirmando-se como uma mulher interessante e interessada.

Se aos 60 anos um homem, para além das dificuldades próprias, ainda tem que viver com uma mulher desinteressante, que não cuida do aspecto visual e intelectual, que apenas tem tempo para as telenovelas e que ainda por cima se queixa o dia todo, na esperança de que o marido seja um analgésico, certamente sentirá pouca motivação para viver, a não ser com outra.

A sexualidade madura aos 60

Agora com mais tempo, imaginação, experiência, poderemos descobrir, aos 60 anos, um mundo de novas emoções. Para ajudar esta nova experiência, desiniba-se e compre brinquedos sexuais e utilize a imaginação.

Para melhorar a qualidade da relação e evitar a dispareunia por atrofia vaginal, a mulher poderá usar cremes na vulva e na vagina, à semelhança do que já usa para a pele da cara. É importante que programe os dias em que a vida sexual deverá ser uma prioridade, para não ficar dependente de todos os compromissos que levam muitas vezes a fazer amor ao fim de um dia de trabalho, em que já nem força há para puxar o lençol.

Não se esqueça: a vida sexual exige disponibilidade e um cérebro motivado pois é ele o principal órgão sexual.

Aliás, nesta fase da vida, o homem poderá sentir-se mais inseguro devido ao receio do insucesso sexual, sendo por isso importante, para além do que anteriormente referi, pensar que a sexualidade não é apenas genital.

Quando se tem um parceiro novo, em idade ou na relação, a libido aumenta, mas o orgasmo pode não ser tão gratificante, devido à maior insegurança relativamente às expectativas e ao medo do fracasso. Não nos podemos esquecer que a excitação do homem é fisicamente mais visível do que a na mulher.

Por isso, em qualquer fase da vida, mas principalmente nesta, o companheirismo é muito importante, nos afectos e na confiança que os dois estabeleceram e que os ajudam a ultrapassar as situações menos agradáveis.

O que referi como uma adequada postura da mulher para viver com um homem com 60 anos também se aplica em sentido contrário, pois as sociedades a dois exigem igual empenhamento dos sócios.

As pessoas que são "bem amadas" têm normalmente atitudes mais agradáveis e mais tolerantes para com os outros, pois conhecem a essência do amor e relativizam as coisas ditas menores.

Quando a relação com os outros, começando pela que temos com o nosso(a) parceiro(a), é agressiva, é sinal da falta de carinho, de afectos e de uma vida sexual pouco gratificante, o que não sendo uma condição suficiente é pelo menos necessária para mudar o estado de espírito.

Viver a dois com prazer é hoje um dos maiores desafios que as pessoas enfrentam, pois perante as primeiras contrariedades parece ser mais fácil iniciar um novo recrutamento.

O que as mulheres e os homens esperam dos respectivos parceiros exige que, em primeiro lugar se conheçam a si próprias, para evitarem erros de casting.

Em tom de conclusão e contrariando um pouco a visão típica sobre os 60 anos, lembre-se que o que ajuda a fazer a diferença não é tanto a idade mas acima de tudo a atitude que assumimos perante a vida, em qualquer das fases, e o modo positivo como encaramos o que nos vai surgindo.

Para isso, a mulher pode ter um papel extraordinário na vida de um homem, contribuindo para:

Aumentar a longevidade:

- Qualidade da alimentação
- Diminuição do stress (boa ouvinte, apoio nos momentos difíceis, bom humor, massagens, passeios e boa relação afectiva)

Melhorar a qualidade de vida:

- Estimular a actividade intelectual e física
- Recordar que evite a postura de velho como vê em alguns dos seus amigos (sempre que olhar para o relógio deverá endireitar as costas, e espreguiçar-se várias vezes ao dia (não são só as mulheres que diminuem de altura com a idade)
- Rir, dançar e nadar melhoram o humor
- Procurar partilhar os seus pontos de interesse, mas sem lhe alimentar demasiado a "preguicite"

- Contribuir para ultrapassar a inércia de começar experiências novas, com risco controlado;
- Uma vida sexualmente gratificante

Como disse o actor Charles Chaplin, **"a vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos"**.

O sentido da vida aos 60 anos

Francisco Rolo
Serviço de Urologia e Transplantação
Hospitais da Universidade de Coimbra
Presidente da Associação Portuguesa de Urologia

"...e vem-nos à memória uma frase batida: hoje é o primeiro dia do resto da tua vida"
Sérgio Godinho

Nesta breve reflexão sobre o que pode nortear o sentido da vida aos sessenta anos, podemos começar por tentar localizar a idade cronológica dos 60 anos, no actual Relógio Mundial da População. Em Portugal, no último Censo Populacional, 16,4% da população tinha mais de 65 anos. Estima-se que a média mundial seja de 7% e que Portugal seja, logicamente, um dos países em que esta taxa é mais elevada.

Em 2005 a expectativa de vida era de 78,4 anos, sendo de 81 anos para as mulheres e de 75 para os homens. É previsível um ganho de 2 anos por cada década e assim, o homem dos sessenta anos, pode colocar-se relativamente às etapas da vida, (Infância, Adolescência, Adulto jovem, Adulto, Meia-idade e Idoso) na etapa final da meia-idade, período que medeia entre os 45 e os 65.

A meia-idade é a altura da vida em que se começa a reflectir sobre o envelhecimento, a ter mais preocupação com a saúde, com o estilo de vida e ter um comportamento mais de acordo com as regras de conduta social. As pessoas tornam-se menos extrovertidas e emocionalmente mais controladas. Começam a reflectir sobre como ocupar o tempo quando se afastarem do trabalho, sobre como viver a última tapa da vida. Uma etapa que nos dias de hoje se pode perspectivar para vinte, trinta ou até mais anos.

As principais preocupações são a saúde, entendendo como saúde o bem-estar físico, emocional e psíquico, ter meios para se cuidar e manter independente e ter um ambiente social e familiar que lhe possa proporcionar felicidade.

A principal preocupação será procurar saber como pode envelhecer com saúde e uma das primeiras questões que se pode colocar é saber se, aos sessenta anos,

ainda vale a pena tentar corrigir comportamentos, excessos, doenças que nunca foram devidamente cuidadas, o tabaco que nunca conseguiu evitar, o peso que sempre foi demais, continuar a mesma vida com stress e sem tempo para o exercício lúdico, etc.

A prevenção deveria ter começado muito antes porque algumas lesões serão irreversíveis mas mesmo assim, ainda se está a tempo de modificar completamente a expectativa de vida. Viver mais tempo com saúde e alguma qualidade de vida é o que todos desejam, mas como consegui-lo? Quais as principais causas de morte? Poderiam ter sido evitadas se as pessoas tivessem visitado o seu médico de família um ano antes?

As primeiras causas de morte em Portugal em idades inferiores a 65 anos são o AVC (17,1/100.000) e as doenças cardiovasculares (16/100.00). Nos últimos anos conseguiram-se grandes avanços no tratamento destas doenças. Melhorou a rede de emergência médica e os doentes podem na maioria das situações ser rapidamente conduzidos para um centro especializado. Mesmo depois de sofrer um acidente cardiovascular o doente pode ter uma expectativa de vida razoável se seguir à risca as indicações médicas que lhe são prescritas.

Hoje morre-se muito menos por estas doenças e o acidente poderia certamente ter sido evitado se os factores de risco tivessem sido detectados e corrigidos algum tempo antes. Portanto cuidar da saúde, prevenir antes dos sintomas surgirem, pode ser vital.

Esta mensagem deve ser transmitida às pessoas não como um conselho, mas como uma obrigação cívica. Para se obter cuidados médicos gratuitos (mas pagos por todos nós) as pessoas deveriam obrigatoriamente preocupar-se com a sua saúde, visitar o médico regularmente. Mas os homens, principalmente os homens, muito raramente irão ao médico, se não se sentirem doentes. Nem sequer têm tempo para pensar nisso; vão sempre adiando. Não se esquecem no entanto, periodicamente e quando está estabelecido, da revisãozinha do automóvel... Será que a nossa "máquina" não merece uma revisão anual pelo menos depois dos "40 mil km"? Não têm receio que surja uma avaria e vos deixe ficar a meio da auto-estrada da vida?

Preparar um envelhecimento com saúde tem pois uma componente obrigatória e fundamental, a prevenção, para a qual o médico de família desempenha um papel importantíssimo. Os cuidados primários serão sempre a base de sustentação de um SNS eficiente e sustentável. Por outro lado intensificar a formação médica contínua em geriatria deveria ser uma prioridade tendo em conta a crescente percentagem da população idosa.

"A Prevenção é essencial e, é quase escandaloso termos que dizer isto, já deveria

estar a ser feita há mais de 20 anos. E é importante fazê-la mesmo depois dos 65 anos" (Helena Saldanha - VI Curso pós graduado sobre o envelhecimento).

Culpa-se muito o património genético, a hereditariedade e em parte é verdade. A idade com que morreram os nossos avós pode servir de indicador para a nossa expectativa de vida. Normalmente seria de alguns anos mais porque os cuidados de saúde melhoraram, as pessoas têm mais qualidade de vida, menos privações, alimentam-se melhor... Ou talvez não seja tudo tão simples. As pessoas passaram de uma alimentação com grandes restrições nos anos 40 para uma alimentação de abundância, com excesso de proteínas e de calorias, deixaram de andar a pé, de bicicleta, andam de carro e vivem em "reclusão" nos escritórios ou em casa a ver televisão sem sequer precisarem de se levantar do sofá para mudar de canal.

Portanto, temos os genes herdados dos nossos avós, melhores cuidados médicos, mas existem outros factores de risco. Não esqueçam que *"a saúde e o bem estar depende em 15% do Serviço Nacional de Saúde, em 40% do comportamento individual e "amigos" e só em 30 a 40% do património genético" (M. C. Machado – Fórum Saúde 2007).*

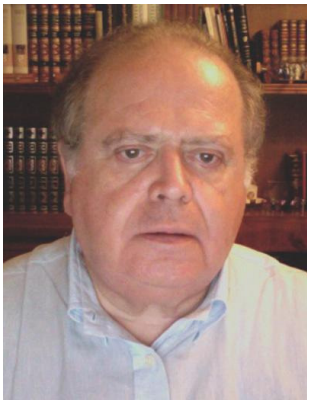
O estado de nutrição, o stress e os factores ambientais são portanto factores de grande importância no nosso estado de saúde e na expectativa de vida. Uma vida sem stress não significa uma vida parada. Qualquer que seja a idade devem existir objectivos, actividade física, mental, de memorização. Precisamos de stress a nível celular e não de acidentes de stress. E quanto à alimentação "...temos o único elixir da juventude nas mãos, que é a restrição calórica. Diminui o stress oxidativo e a inflamação e pode dar mais 30% de anos à nossa vida" (A. M. Pinto – X Jornadas de Doenças Autoimunes).

Nesta reflexão sobre o sentido da vida aos sessenta anos temos estado principalmente na parte física. Mas devemos também preparar o nosso bem estar relativamente ao ambiente social e familiar. Com a idade a capacidade de adaptação ao meio ambiente vai diminuindo e as pessoas tornam-se mais vulneráveis à depressão É importante começar a preparar o que nos irá ocupar quando chegar a reforma.

Programar actividades físicas e culturais, ler sempre, memorizar, ter uma atitude optimista, manter uma vida familiar equilibrada, procurar novos amigos, manter, se possível, actividade sexual, são conselhos que todos conhecem mas que são frequentemente esquecidos.

Em conclusão, envelhecer com saúde pode depender dos genes mas a conduta de cada um e os cuidados primários podem fazer toda a diferença.

O mais importante sobre o sentido da vida aos sessenta anos é ter como lema "lutar sempre por uma vida melhor como se hoje fosse o primeiro dia do resto das vossas vidas".



O sentimento da morte

Joshua Ruah

Um Sábio no Talmude escreveu: O objectivo da Torah é a preservação da vida e não a sua destruição.

Os 24 livros da Torah, tratam de todos os aspectos da vida omitindo a morte e o luto, como se fosse a morte um problema dos homens e a vida uma criação Divina, dando-nos a ideia que o homem foi criado eterno, e que o pecado original o tornou mortal.

Esta introdução tem como justificação o facto de que, tendo sido educado na religião judaica, não poderei desviar-me de conceitos que envolvem crenças e costumes ancestrais, quando penso, escrevo ou falo.

Qualquer outra pessoa, de outra religião ou mesmo sendo agnóstica ou ateia, não conseguirá abster-se das suas crenças e costumes culturais, porque toda a problemática da morte, do morrer e do luto se encontra eivada desses costumes, tradições e crenças religiosas.

Mas, o que será a morte? De uma forma simples, teremos que admitir, que a morte é apenas o fim da vida. Para algumas correntes modernas do judaísmo a morte física, ou melhor a imortalidade física existe pela continuidade nos nossos descendentes...

Seja em que povo for e qualquer que seja a sua religião, desde sempre, e mormente na chamada civilização ocidental, a morte, originou sentimentos de intranquilidade, angústia e simultaneamente de curiosidade e medo.

As religiões, desde sempre, não só reconhecem um ente superior ao próprio homem, que lhe estabelece o destino durante a vida e na morte, como apelam ao dever de veneração, obediência e reverência, estimulando por outro lado transcendência e espiritualidade.

As correntes filosóficas humanistas, procuram a espiritualidade no homem, matéria e espírito finito mas responsável pela e na sua existência.

O culto dos mortos resultante do sentimento de incapacidade de explicar o fenómeno da morte, é uma das exteriorizações mais antigas da manifestação externa do sentimento religioso.

É na existência duma alma e de uma vida eterna que se elabora uma mística religiosa e uma espiritualidade, que ajuda o homem a mitigar o vazio e dor da morte de outrem e de certo modo a legitimar a sua própria morte.

Será assim fácil de entender, que perante o mistério do desconhecimento da morte, que as múltiplas correntes de pensamento, construam imagens do "depois da morte" que poderão ir do nada absoluto para as correntes humanistas agnósticas ou ateias, até, ao destino desconhecido das almas, o Sheol, no judaísmo, passando pelas múltiplas imagens de paraísos e infernos do cristianismo e do islamismo.

O significado da própria morte pode ter entendimentos diferentes. Para judeus é apenas o desaparecimento físico e a certeza da imortalidade da alma, acreditando-se na ressurreição dos corpos ou como Maimonides aceita, na ressurreição das almas; para cristãos existe ainda o conceito redentor á semelhança da morte de Cristo; para muçulmanos o julgamento, em que os bons, os mártires e os heróis terão a visão do paraíso com os seus quatro rios, o de água, o de leite, o de mel e o de vinho; finalmente, para os humanistas, a passagem para o nada absoluto inimaginável ....

Estas religiões, desenvolveram a mística da morte e diversas crenças que assentam na existência de uma outra vida para além da terrestre. Desde o Homo sapiens, nenhuma espécie senão a humana inuma os mortos. O aparecimento de rituais fúnebres é, para a maioria dos especialistas um critério fundamental da humanização ou seja a própria especificidade do grupo humano.

Todas estas religiões sofreram processos de adaptação ao desenvolvimento das civilizações e culturas para que podessem sobreviver, e têm sobrevivido, influenciando grande parte da Humanidade.

A morte embora sempre presente no nosso consciente, não é sentida igualmente durante o percurso de uma existência. Este sentimento não é uniforme durante os diversos períodos da vida, todos temos a consciência de que um ano "demora" mais tempo aos dez do que aos cinquenta anos.

Assim o tempo cronométrico quase nada tem de comum com o tempo biológico no desenrolar dos acontecimentos na duração da nossa vida.

Na juventude o espaço temporal é quase infindo, a esperança, e a determinação são fortes e vigorosos, Os ideais ultrapassam por vezes a racionalidade, os projectos auguram realizações, o horizonte é límpido e distante, nada tem fim.

Na meia idade, domina o sentimento da realização, o gozo do que se construiu, o desejo urgente de terminar o que se labora. O horizonte ainda é límpido e a urgência de finalizar não enuncia fim mas necessidade de mais fazer.

Na maturidade, nada está terminado mas o desejo de finalizar torna-se angústia e incerteza. O passado torna-se distante e futuro quase imediato. A duração do nosso tempo começa a ser mais curta do que a do tempo mensurável.

O desaparecimento dos nossos pais e amigos dá-nos a noção da precariedade da vida, a finitude da nossa existência. A morte, sempre presente no nosso consciente é simultaneamente afastada pelo nosso subconsciente numa tentativa desesperada de negação da nossa própria morte.

O nosso conhecimento da morte é apenas aquele que adquirimos da experiência e da observação de outros humanos, decorre da observação do acto de morrer e da morte de outrem.

Emanuel Levinas a este propósito diz-nos: *"Tudo quanto possamos dizer e pensar da morte e do morrer, bem como do seu inevitável desenlace, nos parece, para começar, que o recebemos em segunda mão. Sabemo-lo por, ouvir dizer, ou por saber empírico".*

Ninguém poderá descrever o seu sentir da sua própria morte.

A morte é falecimento, desaparição, partida, aniquilação, passagem da existência para a inexistência, decomposição, entrada no desconhecido, isto é, no nada. Tudo isto nos leva a uma negação inconsciente da nossa própria morte, pela simples realidade de nos ser difícil ou até impossível compreender, já termos sido e passarmos a ser nada.

A realidade, no entanto, encontra-se na simples frase de Jankelevitch *"A morte: um irreversível onde desde a primeira linha sou eu que terei de morrer a minha própria morte".* Para Heidegger a morte é a certeza por excelência, escrevendo *"a morte é certa, ao ponto de ver nesta certeza da morte a origem da própria certeza, recuso retirar esta certeza da experiência da morte dos outros".*

É sobretudo na morte, mas também na doença e no envelhecimento, que a fragilidade humana se revela.

Nós, profissionais de saúde somos também educados noutras "crenças", que nos fazem por vezes pensar estar na posse do poder sobre-humano de contrariar a própria natureza, mas sempre acabamos vencidos na procura da juventude eterna ou do milagre de um tratamento.

O passo maior é sem dúvida o poder propiciar um melhor viver sem nunca conseguir evitar o fim, a morte, embora aliviando o acto de morrer.

Principalmente na segunda metade do século XX, o rapidíssimo avanço das ciên-

cias e tecnologias na área da saúde vem construindo uma imagem, de infalibilidade dos cuidados de saúde, sendo a sua falha ou ineficácia muitas vezes atribuída á incapacidade dos técnicos ou a actos de negligência.

A ciência, a tecnologia e a nossa boa vontade, como já se disse podem minorar o sofrimento, melhorar as condições de vida, aumentar a longevidade mas, a verdade é que 100% dos vivos, morrem...

Os médicos e enfermeiros são co-responsáveis nesta noção de infalibilidade dos cuidados de saúde por se recusarem persistentemente em falar ou encarar a morte, como se esta fosse, inexistente ou pecaminosa.

Nesta sociedade moderna de enormes avanços transformou-se significativamente o sentimento da morte?

Num mundo cujo paradigma é o construído no século XX, onde a violência de duas guerras, as mais mortíferas de toda a história, banalizando-se a morte e a destruição, a sociedade tornou-se menos solidária, mais materialista e sobretudo mais egoísta.

A espiritualidade, o afecto e a vida interior atenuaram-se, o materialismo, o individualismo, a ansiedade e o espírito de competição, expandiram-se desenvolvendo um vazio afectivo que levou cada um á solidão.

A Humanidade no início de um novo século, tentando sarar as feridas de uma centúria, de enorme progresso cientifico e tecnológico, é certo, mas violento e corrosivo dos valores humanos tradicionais, apesar de discursos de tolerância e paz, confronta-se com novos apelos aos sentimentos mais perversos; mudou apenas o tempo.

Mas a vulgarização da violência e da morte parece não afectar intimamente o modo como cada pessoa enfrenta a perspectiva da sua própria morte ou a dos seus entes mais queridos negando, no inconsciente, o evidente e natural.

Já nas "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort", depois da Primeira Guerra, Freud em 1915 escreve, que foi o espectáculo do cadáver do ser amado o ponto de partida das especulações humanas sobre a morte e a sobrevivência da alma. *"o nosso inconsciente não acredita na morte, ele comporta-se como se fosse imortal".*

Assistimos, no entanto, ao progressivo desinteresse, até mesmo descrédito, dos rituais mais tradicionais, que acompanham a morte e o luto que se lhe segue, considerando-os como ultrapassados. Estes rituais, permanecem, no entanto, nas sociedades mais primitivas e nos grupos religiosos mais fechados, ficando nas sociedades mais evoluídas camuflados em crenças e tradições não expressas publicamente.

O luto e os usos e costumes que estão ligados à morte, modificaram-se ao longo da história. Penso no entanto que o sentimento de pesar, como sentimento pessoal, não sofreu grandes alterações, apenas a manifestação pública do pesar é que tem sido reprimida.

Do ponto de vista social a vida inicia-se no nascimento e termina com a morte. É sem duvida este intervalo que nos dá a dimensão do tempo.

Levinas, na segunda lição de "Deus a Morte e o Tempo", utiliza a expressão *"duração do tempo"* para que fique claro que não se pode utilizar a interrogação *"o que é o tempo?"* tal como Heidegger dizia: "que não se podia colocar a questão *"o que é o tempo?" porque assim se colocava o tempo como ser".*

Assim Levinas conclui: *"duração do tempo" evita as ideias de fluxo e de escoamento que façam pensar num líquido e induzam á possibilidade de uma medida do tempo, sendo que o tempo do relógio não é o tempo autêntico. A palavra duração evita as confusões entre o que se escoa ou progride no tempo e o próprio tempo.*

Poderemos assim perceber que a vida é apenas a duração do viver, isto é a duração do tempo entre dois fenómenos naturais, o nascer e o morrer sem nunca sabermos qual vai ser a "duração desse tempo".

O poeta Samuel Ibn Nagrela Hanaguid, judeu e Visir de Granada no século XI, poeta que reflectia a realidade da vida, escreveu sobre o destino humano e o mistério da morte:

"La estancia del hombre en el seno materno es vivir en lugar angosto hasta el tiempo de la salida.

Y el día que sale entra en un mundo angosto, para sentir angustias de calamidad en calamidad.

El día en que regresa, vuelve a una tumba angosta, a la angustia merecida por el pecado.

Se verá entregado siempre del mal de una angustia a otra, de aflicción en aflicción?

De que le sirven al que padece angustias esos mundos en los que no hay curación?"

E quando é que alguém tem o sentimento do fim da sua vida ou a precessão da sua morte?

Num estudo de Kubler-Ross, ouvidas cerca de duzentas pessoas conscientes de terem entrado na ultima etapa da sua vida, por doença, o autor descreve cinco fases: recusa, cólera, negociação, depressão e aceitação.

Mas na pessoa saudável mesmo idosa?

Para o idoso saudável o pressentir da própria morte reside na consciência de já

não acabar algo que iniciou ou de não assistir à conclusão de qualquer coisa que viu iniciar...

Para Bloch, *"o medo de morrer é o medo de deixar uma obra inacabada e portanto de não ter vivido".*

Voltando a Levinas transcreveremos o início da sua lição de 21 de Maio de 1976, da obra "Deus a Morte e o Tempo": *"Pensar o tempo independentemente da morte a que leva a síntese passiva do envelhecimento, descrever o tempo independentemente da morte ou do nada do fim que a morte significa. Pensar a morte em função do tempo, sem ver nela o próprio projecto do tempo. Pensar o sentido da morte o que não significa torná-la inofensiva, justificá-la, ou prometer a vida eterna, mas tentar mostrar o sentido que ela confere à aventura humana, quer dizer à essência do ser ou ao para além da essência. Pensar o tempo, reconhecendo embora à morte uma diferença por relação com o nada saído da simples negação do ser.*

A morte não é do mundo. É sempre um escândalo e, neste caso, sempre transcendente ao mundo".

Há dias li no jornal que após as sondagens de Marte o homem poderia ir ao planeta dentro de cinquenta anos, falei nesta fantástica aventura aos meus netos, ficaram entusiasmados...

Sinceramente, pela primeira vez, não consegui partilhar com eles o seu entusiasmo...