

SEXUALIDADE E TRH.

Lucas Vianna Machado

Prof. Titular de Ginecologia Da Fac. Ciências Médicas de MG

Iêda Pinheiro Machado

Psicóloga, Terapeuta Sexual.

Falar da sexualidade da mulher climatérica e os possíveis efeitos da terapia de reposição hormonal sobre a mesma implica, antes de mais nada, em um conhecimento básico da resposta sexual humana e dos valores que regem o comportamento sexual humano.

Devemos de início distinguir atividade sexual de comportamento sexual:

- Atividade sexual ou coito é um ato instintivo, biológico, natural e universal. Todos os animais o praticam e tem como finalidade a perpetuação da espécie.
- Comportamento sexual não é universal. É fruto do aprendizado e como tal é ditado pela cultura em que cada indivíduo está inserido, portanto, os comportamentos podem ser diferentes em culturas diferentes e não tem necessariamente a finalidade procriativa. Esta diferenciação já nos permite inferir que os hormônios sexuais são indispensáveis para a procriação, mas não imprescindíveis no comportamento sexual.

Sexualidade no climatério.

À semelhança do que ocorre em relação a muitos outros aspectos de nossas vidas, aos cinquenta anos a atividade sexual é a simples continuação do que existiu previamente. Se o passado contiver muitos reveses e desgostos será difícil, para não dizer improvável, que se continue uma vida amorosa adequada. Enferrujaram para tal! Como desfrutar agora algo que não foi bom desde que se era jovem? Pelo contrário, sempre foi foco constante de conflito emocional, resultante ou causador de relações difíceis com seus parceiros. Por isso, muitas e muitos a interrompem, usando a idade como álibi perfeito para a recusa do sexo sem prazer.

A sexualidade é um longo processo de desenvolvimento e aprendizagem que requer capacidade de reconhecer e compartilhar sentimentos que envolvem tanto a comunicação como a parte física.

Enquanto os animais praticam um sexo predominantemente genital e com finalidade reprodutiva, homens e mulheres vão além desta atividade. Por isso, a experiência sexual entre os seres humanos é um acontecimento específico e inigualável, fonte e expressão de uma energia vital que todos temos, mas que não aparece de repente na nossa vida. É o produto final de um longo e natural processo de desenvolvimento que começa com o nascimento e envolve quem somos, o que somos e como lidamos com isso numa relação afetiva interpessoal. A experiência de aproximação, obtenção de afeto, transmissão de sensações e conservação de vínculos fazem do sexual uma matéria complexa, delicada e exigente.

Mais complexa ainda quando se trata de sexualidade no climatério, porque poucos assuntos se revestem de massa tão compacta de contradições e tabus como a vivência da sexualidade nessa fase da vida. Racionalmente, podemos reconhecer não haver motivo para que a sexualidade se extinga em determinada idade, mas cultural e emocionalmente ficamos bastante constrangidos com a idéia de pessoas idosas mantendo relações sexuais.

Mas, culpar a idade é absolutamente injusto, porque os estudos mostram que não é o tempo que dessexualiza o indivíduo, nem é o envelhecimento que, por si só, diminui o interesse da mulher por sexo, e muito menos seu potencial de reação sexual, se as condições de saúde forem boas.

É lógico que o processo de envelhecimento diminui gradativamente as funções fisiológicas, incluindo a sexual, mas diminuir não significa parar.

Através dos estudos de Masters e Johnson ⁽¹⁾ sabemos que à medida que se envelhece algumas mudanças físicas acontecem nos órgãos reprodutores. As paredes vaginais ficam mais delgadas e o seu revestimento perde as rugosidades e sulcos, tornando a vagina mais curta e mais estreita, mas ainda capaz de acomodar um pênis, e não afetando, em muitas mulheres, a habilidade de ter relações sexuais. A lubrificação vaginal que na jovem é abundante e ocorre de dez a trinta segundos depois que ela fica sexualmente excitada, no climatério leva de um a cinco minutos e a quantidade de lubrificação é menor do que antes, podendo causar algum desconforto durante a relação, especialmente quando não há suficiente estímulo prévio. A habilidade de ter um ou mais orgasmo não muda depois da menopausa, mas a duração e a intensidade diminuem um pouco.

Mas será que estas mudanças são tão importantes assim e são elas que carregarão a culpa se uma mulher de meia idade interrompe a sua vida sexual?

Seria bem mais fácil de se lidar se fossem só elas as únicas responsáveis pelas dificuldades sexuais da mulher no climatério. Hormônios, cremes vaginais e outros truques poderiam ser recomendados, adotados e a situação estaria completamente solucionada, mas sabemos que há mais coisas envolvidas quando se trata de sexualidade feminina.

Enxergar o sexo apenas com uma ótica biológica – o que funciona ou não funciona – não ajuda muito, porque o comportamento sexual é a manifestação das necessidades físicas sim, mas é vestida com a roupagem cultural. E a repressão sexual sempre foi o “prato predileto” da nossa cultura.

As mulheres de 50 anos ou mais hoje, foram preparadas e educadas para o casamento, mas não parou o sexo. O despertar para ele trouxe dúvidas e angústias e assim, quando a mulher chega à menopausa, os velhos tabus que já haviam sufocado a sexualidade dessas pessoas na infância e adolescência, reaparecem, mais uma vez, com suas proibições e interdições e os sentimentos de culpa em relação ao sexo que se instalaram nelas, continuam impedindo a sua manifestação.

Acrescente-se a estes um outro mito que tem força em nossa cultura que é a o da identificação da função reprodutora com a função sexual. Assim, a menopausa deve ser não apenas uma pausa na menstruação, mas também uma pausa nas manifestações sexuais.

Mas as mulheres estão mudando e hoje sabe-se que idosas também tem vida sexual, e muitas gostam!

As que conseguiram ultrapassar as barreiras que encontraram pela vida, mudando um roteiro já estabelecido, dizem que não foi uma batalha fácil, mas que valeu a pena. Tiveram, contudo, que olhar de frente mitos e tabus que sempre foram um entrave à possibilidade de se viver plenamente a sexualidade nessa fase da vida, não sendo raro o relato de que até se interessam mais por sexo agora. Os anos levaram-nas a cortar inibições, a fazer experiências, a reivindicar coisas que lhes dão mais prazer, aprenderam a desejar e a serem desejadas e, principalmente, não negligenciaram a prática regular do amor.

Quando Masters e Johnson demonstraram as alterações na resposta sexual, demonstraram também que mulheres de mais idade que mantêm vida sexual ativa são as que menos sofrem modificações em suas respostas, deixando claro que se não se usa o sexo, você o perde (“Use it or lose it”).

Nessa aventura, os parceiros ajudaram de modo decisivo na descoberta da possibilidade de exercerem uma boa sexualidade, partilhando da jornada, tornando se um companheiro interessado e interessante, modificando conceitos arraigados e vendo o sexo não como uma performance atlética, mas fundamentalmente troca de emoção e afetividade envolvendo sentimento, cumplicidade e comunicação entre corpo e alma. E ao se executar o sexo dessa forma, as pessoas estão falando o que Butler e Lewis, em seu livro *Sexo e Amor na Terceira Idade*, chamam a “Segunda linguagem do sexo”⁽²⁾, uma arte muito mais aprendida do que instintiva, que exige sensibilidade e que se torna altamente criativa e cheia de

imaginação. Contudo, é uma arte que exige um aprendizado lento, adquirido cuidadosamente através de anos de experiência em dar e receber.

E se os homens foram citados como co-responsáveis pela continuidade da vida sexual da mulher, como estarão? Porque como elas, eles também envelheceram.

Tornou-se um companheiro chato, com manias e exigências, um aposentado implicante com a ordem em casa e horários rígidos ou está no ápice da carreira, e o que mais faz é trabalhar e quando descansa é para pensar no trabalho e não na mulher?

Ou a velhice da mulher espelha a sua própria e ele acha que poderá receber uma “transfusão de juventude”, exercitando aquela abominável matemática de trocar uma de 50 por duas de 25?

Pode ser também que tenha se tornado um homem preocupado e um pouco desiludido com as mudanças que a mulher vem sofrendo nos seus papéis tradicionais, sentindo ele na própria pele, que a esposa já não lhe parece tão dedicada, viaja sozinha com as amigas e tem planos arrojados de estudo, trabalho e realizações. “Onde estão as mulheres do tipo de minha mãe?” pergunta assustado.

Mas não são só as mulheres que detêm o monopólio da angústia da meia idade. Estamos vendo que ela pode surpreender os homens, e mais uma vez, o que vai importar agora são as idéias e valores que cada um construiu e incorporou e que vão ser determinantes da possibilidade de viver bem quando se chega à maturidade, e mais uma vez ainda, estarão bem, agora, aqueles que se modificaram e se livraram de estereótipos sexuais machistas.

É bom lembrar que a maioria dos cinquentões de hoje, apesar de exercerem a atividade sexual desde muito cedo, foi quase sempre com prostitutas que começaram, desenvolvendo atitudes e pontos de vista extremamente distorcidos, sem envolvimento nem responsabilidade, sem nenhum vínculo com afeto, mas apenas um ato, uma conquista, fazendo com que a primazia dos genitais não pudesse dar lugar a outras abordagens. Muitos levaram para o casamento este script, tornado-se “instrutores” de uma matéria que tinham mais a aprender do que a ensinar.

Esse desconhecimento costuma acompanhar muitos homens pela vida afora fazendo com que os tabus que cercam a sexualidade na velhice precipitem o fim de uma vida sexual que poderia ser gratificante até os últimos dias. Isto fica evidente nos estudos do comportamento sexual da idade avançada que indicam que, entre muitos casais que interrompem a vida sexual, a responsabilidade recai sobre o homem. Como se expressaram Butler e Lewis: “Os homens são as principais vítimas de uma vida inteira de ênfase excessiva no desempenho físico. A masculinidade é equiparada à proeza física”.

E como estamos nós, profissionais da saúde, que lidamos com as pessoas nesta faixa etária? Quais os mitos que ainda conservamos em relação aos velhos e sua sexualidade? Estamos preparados para ajudá-los?

O importante é não nos tornarmos defensores da castidade na velhice, ironizando suas paixões, escandalizando-nos quando a reivindicação da mulher climatérica for a melhoria de sua vida sexual, mas lembrarmos também, que é possível viver uma vida feliz e satisfatória sem sexo, quaisquer que sejam as razões. Por isso, não devemos fazê-las sentirem-se culpadas, desajustadas ou incompletas se o sexo não desempenhar um papel importante em suas vidas, prescrevendo fórmulas que aumentem o desejo sexual, quando não for essa a sua vontade.

Dinâmica hormonal do climatério⁽⁵⁾.

Com o correr do período reprodutivo, ocorre uma diminuição progressiva do número de folículos ovarianos e conseqüentemente, um aumento relativo do estroma. As células da teca interna provenientes dos milhares de folículos atresícos serão reincorporadas ao estroma, de onde se originaram e continuarão a secretar, sob estímulo do LH, os hormônios que são próprios deste compartimento, ou seja, testosterona e androstenediona. Portanto, o fato de o

ovário ter esgotado a sua população folicular e a mulher ter entrado na menopausa não significa que a função ovariana se extinguiu. Na verdade, ela continua ativa, só que de uma maneira diferente daquela observada no menácme.

Outro aspecto muito importante da esteroidogênese pós-menopausa foi descrito por Smith⁽³⁾, sendo por ele denominado ‘hiperplasia do estroma cortical ovariano’ e encontrado em maior ou menor grau em um terço dos ovários pós-menopausa. Estando o LH naturalmente elevado neste período, o seu estímulo crônico e prolongado poderá induzir a hiperplasia do estroma ovariano com conseqüente maior produção de androgênios, que se somarão à androstanediona de origem supra-renal. A importância deste achado é que a hiperplasia do estroma encontra-se presente em 80 % dos casos de adenocarcinoma do endométrio, fornecendo substratos para a aromatização em estrogênios no tecido adiposo, daí a relação clássica entre obesidade e adenocarcinoma do endométrio.

Em suma, podemos concluir que, apesar de a mulher menopausada ter uma produção estrogênica inferior ao necessário para a função reprodutiva, ela não é desprezível ou ausente, mas talvez, em alguns casos, satisfatória para manter o trofismo genital.

Do ponto de vista clínico, é fundamental identificar o padrão endócrino da paciente pós-menopausada, pois é exatamente este perfil que irá orientar a conduta clínica e terapêutica.

Assim, segundo Howard Judd⁽⁴⁾, encontraremos um grupo de mulheres que se apresentam hormonalmente equilibradas para a idade, sem manifestações clínicas específicas. Um outro grupo apresentará manifestações clínicas que podem ser divididas em três categorias:

I – Aquelas que apresentam sinais e sintomas de deficiência estrogênica, como os sintomas vasomotores, sudorese noturna, palpitações, atrofia dos órgãos urogenitais e alterações da pele e esqueleto (osteoporose e perda do colágeno).

II – Aquelas que apresentam sinais e sintomas de excesso de androgênios, como defeminização, hirsutismo e eventualmente virilização. Estas geralmente são magras, pobres em tecido adiposo.

III – Aquelas que apresentam sinais e sintomas paradoxais de excesso de estrogênios, tais como sangramento uterino disfuncional, hiperplasia ou adenocarcinoma do endométrio. São geralmente obesas e portanto, as que apresentam maiores índices de aromatização periférica.

esteroidogênese ovariana pós-menopausa.

Com a falência da população folicular o ovário deixará de produzir estrogênios, o que provocará uma elevação das gonadotrofinas (FSH e LH) por falta de feedback negativo. A elevação do FSH não trará nenhuma alteração funcional, mas o LH elevado irá atuar no estroma ovariano fazendo com que o mesmo produza em maiores quantidades os esteroides que são próprios deste compartimento, ou seja, testosterona e androstanediona. Estes androgênios por sua vez irão diminuir a produção hepática da proteína carreadora dos esteroides sexuais (SHBG) levando a um aumento da testosterona livre, que é a fração biologicamente ativa, contribuindo ainda mais para acentuar os efeitos biológicos dos mesmos. Isto significa que a menopausa em si, não diminui o desejo sexual, podendo inclusive aumentá-lo, e muitas relatam esta mudança.

Hormônios e sexualidade.

Isoladamente, os esteróides ovarianos podem facilitar, estimular ou inibir o comportamento sexual:

Estrogênios – despertam na puberdade, por ação no hipotálamo (sistema límbico), o interesse e a atração pelo sexo oposto. Periféricamente atuam na receptividade anatômica e funcional da genitália, mantendo o trofismo, a elasticidade e a secreção cérvico-vaginal. Geralmente não interferem na libido, podendo, entretanto, diminuí-lo em algumas pacientes,

pois ao fazer feedback negativo com as gonadotrofinas, diminuem os níveis do LH, reduzindo, portanto, a produção androgênica do estroma.

Androgênios - atuando no sistema límbico aumentam a libido, a disposição física e o bem estar geral. Periféricamente, ao aumentar a libido, promovem a lubrificação vaginal durante a interação sexual, uma vez que esta corresponde à primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina e não depende da presença de estrogênio. Atuam também diretamente sobre o clitóris provocando a tumescência e estimulando a sua hipertrofia.

Progestogênios - suas ações variam de acordo com a categoria do progestogênio. A progesterona e todos os progestogênios cuja fórmula possui 21 átomos de carbono (Medroxiprogesterona, Nomegestrol, 17-OH-progesterona por exemplo), por serem estruturalmente semelhantes à progesterona natural, podem induzir ou acentuar estados depressivos, bem como a diminuição da libido em algumas pacientes. Particularmente os progestogênios que competem com os androgênios em seus receptores como a Ciproterona e Clormadinona. Algumas pacientes relatam estas alterações ao associar este tipo de progestogênio na segunda metade do ciclo.

Os progestogênios com 19 átomos de carbono, cujo núcleo básico é o androstano, são derivados 19-nor esteroides (Noretisterona, Norgestrel, Norgestimato, Noretinodrel, Tibolona) e apresentam intrinsecamente efeitos androgênicos, uns mais, outros menos intensos. O conhecimento deste fato é muito importante, uma vez que poderemos utilizá-lo na escolha do progestacional adequado para determinada paciente. A simples troca de um progestogênio com 21 átomos de carbono por um de 19 átomos de carbono poderá ser o suficiente para modificar a libido e a disposição da paciente e vice-versa.

TRH e sexualidade

A imensa maioria dos sintomas climatéricos é devido exclusivamente à deficiência estrogênica. A rigor, estrogênios deveriam ser usados isoladamente e poderiam ser assim utilizados em pacientes anteriormente submetidas à histerectomia. Entretanto, as pacientes que conservam seus úteros devem, em princípio, fazer uso de um progestogênio de maneira cíclica ou contínua associado ao estrogênio, para evitar o risco de desenvolverem um adenocarcinoma do endométrio. A combinação de um ou mais hormônios pode interferir favorável ou desfavoravelmente na disposição física, bem estar e libido das pacientes. Por isso devemos estar atentos para estas modificações e procurar corrigi-las modificando o tipo do hormônio ou da combinação.

Os estrogênios são fundamentais na preservação das características físicas femininas, mantendo o turgor da pele, impedindo a perda do colágeno e, ao manter ou recuperar o trofismo genital, são indispensáveis no tratamento de uma dispareunia conseqüente à atrofia vaginal. Eles atuam principalmente nos aspectos fisiológicos e anatômicos da atividade sexual, mas como vimos, não interferem diretamente na libido, podendo às vezes, indiretamente, diminuí-lo conforme mecanismo acima citado.

Os androgênios são os esteroides que podem aumentar a libido e a disposição física, bem como o número de fantasias sexuais, sonhos eróticos e episódios masturbatórios. Existem produtos disponíveis no mercado, com potências e características diferentes, que, a depender da situação específica, podem dar bons resultados. Sua indicação é quase obrigatória nas pacientes submetidas à ooforectomia bilateral, devido a perda dos androgênios produzidos no estroma ovariano. Mesmo que a paciente não tenha vida sexual ativa, eles contribuem para a melhora da disposição física e bem estar geral, além de contribuir na manutenção da massa óssea.

Pacientes não ooforectomizadas que se queixam de desânimo, baixo astral, cansaço físico e perda da libido também se beneficiam dos androgênios. Vale ressaltar, e isto é muito importante, que os androgênios não irão resolver os problemas emocionais e afetivos de casais que vivem em conflito, nem transformar os companheiros em indivíduos agradáveis,

interessados e interessantes. Não há dose de testosterona que a mulher possa tomar que irá apagar mágoas, frustrações e decepções acumuladas, ou tornar o companheiro mais afetuoso e carinhoso, muito menos fará com que uma mulher menopausada que nunca teve orgasmo passe a tê-los, como num passe de mágica. Ao contrário, ao aumentar a libido e testá-la em nova relação, poderá sim, aumentar a frustração por mais uma tentativa fracassada. Em outras palavras, testosterona não é terapia sexual.

Mas, se a mulher sempre teve com o companheiro uma vida sexual prazerosa e valorizaram ficar juntos, passear juntos, divertir juntos, enfim se curtiram juntos, e agora sentem que os desgastes naturais da idade e os percalços da vida diminuiriam a disposição para a atividade sexual, os androgênios estarão perfeitamente indicados.

Podemos empregar várias substâncias androgênicas, com potências e vias de administração diferentes, que se ajustem às necessidades individuais. Devemos lembrar sempre que os androgênios podem atuar desfavoravelmente sobre o perfil lipídico das pacientes, o que exige uma seleção criteriosa das mesmas e uma atenta vigilância. Citaremos as mais empregadas e disponíveis no mercado:

Via oral.

Metil-testosterona.

Terá que ser obtida em farmácias de manipulação. A dose a ser administrada deverá ser baixa o suficiente para proporcionar os efeitos desejados sem, contudo, provocar uma virilização, denunciadas pelo hirsutismo, espinhas e voz rouca. Ela varia em torno de 2,5mg diariamente. Mulheres que apresentam uma sensibilidade aumentada da unidade pilosebácea, por fatores raciais ou por uma atividade aumentada da 5- alfa-redutase, podem reduzir a dose para 1,5 ou 2mg, ou ingeri-las a cada 2 dias.

Undecanoato de testosterona.

Encontra-se disponível em cápsulas de 40mg. Apresenta uma característica importante que é a sua absorção pelo sistema linfático, evitando primeira passagem hepática, impedindo a sua metabolização e afetando em menor escala o perfil lipídico. A dose poderá variar de 40mg diariamente a 5 dias por semana ou em dias alternados.

Sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA).

É um androgênio de potência reduzida, produzido naturalmente pelas supra-renais e tem a sua síntese diminuída progressivamente com o correr dos anos. Poderá ser manipulada na dose de 50mg e ingeridas diariamente. Pode também ser encontrada em estabelecimentos que comercializam produtos nutritivos e dietéticos importados. Esta última fonte, por não ser fiscalizada pela vigilância sanitária e pelo FDA (a maioria é produzida nos EUA), não é confiável. De acordo com a resposta individual, a dose poderá ser espaçada para dias alternados.

Tibolona.

É intrinsecamente um androgênio (C19 esteroide) derivado do noretinodrel, que por sua vez é um isômero da noretisterona. Possui uma forte ação progestacional, como todos os 19 nor-esteroides. Ao ser absorvida, é metabolizada em 3 outros esteroides: 3 alfa e 3 beta hidroxí-tibolona, que, por ter uma oxidrila no carbono 3, ocupa o receptor estrogênico e se comporta como um estrogênio não tão potente como a estrona ou estradiol, mas o suficiente para aliviar a maioria dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo. O terceiro metabólito é o isômero delta-4 da tibolona, que juntamente com a tibolona exercem efeitos androgênicos. Estes efeitos são muito interessantes nas mulheres que queixam de desânimo, pouca disposição física e diminuição da libido. Por apresentar ações estrogênicas, progestacionais e androgênicas, pode ser utilizada como medicação única na terapia de reposição hormonal.

Via injetável.

Dois produtos injetáveis combinados encontram se disponíveis no mercado. Um associa o estradiol, a progesterona e a testosterona de ação prolongada, que pode ser

administrada em ampolas mensais. Não é uma escolha interessante pela presença da progesterona e deve ser reservada para situações em que ela é desejável.

Um produto interessante é a associação de estradiol e testosterona de ação imediata e prolongada, capazes de manter níveis terapêuticos com uma única injeção por 30 a 40 dias. Cada ampola contém propionato de testosterona 20mg, fenilpropionato de testosterona 40mg, isocaproato de testosterona 40mg, benzoato de estradiol 1mg e fenilpropionato de estradiol 4mg. Esta é uma boa alternativa para se iniciar o tratamento das pacientes que estão necessitando de um estímulo inicial para depois passarem para a terapia oral. Como a resposta é variável, de acordo com a sensibilidade individual aos androgênios, muitas pacientes fazem uso por tempo prolongado sem apresentarem manifestações hiperandrogênicas.

Uso tópico.

Creme de Propionato de testosterona a 2%. Usado em aplicações tópicas diárias ou em dias alternados na região do clitóris e pequenos lábios.

BIBLIOGRAFIA.

- 1 - Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Little, Brown and Co., Boston 1966.
- 2 – Butler RN, Lewis MI. Sexo e amor na terceira idade. Summus Editorial. São Paulo, 1985.
- 3 – Smith GVS. Carcinoma of endometrium: review with results of treatment through 1935. New Engl J Med 1941; 225: 608- 15.
- 4 – Judd H. Hormonal dynamics associated with the menopause. Clin Obst Gynecol. 1976; 19: 775 – 80.
- 5 – Machado LM. Endocrinologia Ginecológica. Medsi. Rio de Janeiro, 2000.