Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão

Bárbara Braga de Lucena¹, Carmita Helena Najjar Abdo¹¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

É cada vez mais conhecida a importância da saúde sexual para a saúde global e o bem-estar do indivíduo, tendo relevância legitimada pela Organização Mundial de Saúde,¹ que reconhece a sexualidade como um dos pilares para a qualidade de vida. No entanto, diversos fatores interferem negativamente na atividade sexual humana, desencadeando as disfunções sexuais (DS) que se caracterizam por perturbações relacionadas à alterações psicofisiológicas do ciclo de resposta sexual ou à dor que se associa à relação sexual, promovendo sofrimento psíquico e dificuldades no relacionamento interpessoal.²

As DS femininas são classificadas em: transtorno do desejo sexual hipoativo (deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual), transtorno de aversão sexual (aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual), transtorno de excitação (incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual), transtorno orgásmico (atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual), dispareunia (dor genital associada com intercurso sexual) e vaginismo (contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo).²

As DS femininas são um problema multicausal e multidimensional, com componentes biológicos e psicológicos,³ envolvendo condições clínicas gerais (especialmente diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares) e neurológicas, medicações,⁴ conflitos psicológicos e transtornos psiquiátricos,⁵ entre os quais se destaca a depressão.^{6,7}

CORRELAÇÃO COMPROVADA

A disfunção sexual e a depressão são problemas que costumam ocorrer simultaneamente⁸ com grandes evidências de associação. 9-12

Devido ao incremento de morbidade, incapacidade social, risco de mortalidade, elevada taxa de utilização dos recursos

médicos e consumo cada vez maior de psicofármacos, a depressão constitui uma entidade de particular importância dentro das perturbações do humor. ¹³ Assim como a disfunção sexual, a depressão é problema de saúde pública, devido à alta prevalência e ao impacto negativo sobre a qualidade de vida. ¹⁴

Existe um consenso geral de que a ocorrência de disfunção sexual seja consistentemente maior em pacientes com depressão do que na população sem depressão.¹⁵ Um estudo na Suíça mostrou que prevalência de problemas sexuais em mulheres com depressão (incluindo aquelas com depressão maior, distimia, depressão breve e recorrente) é aproximadamente o dobro do que em mulheres sem depressão (50% versus 24%).16 Na França, a disfunção sexual mostrou-se duas a três vezes mais provável na população deprimida do que na população sem depressão.¹⁷ Nos Estados Unidos, uma comparação entre homens e mulheres funcionais (grupo controle) com homens e mulheres sexualmente disfuncionais constatou níveis mais elevados de sintomas depressivos agudos e uma prevalência significativamente maior de transtornos afetivos no segundo grupo.⁵ Outro estudo americano demonstrou que, conforme cresce o grau da depressão, também há acréscimo na gravidade das disfunções sexuais femininas (DSF).18

Todas as fases do ciclo de resposta sexual, com a possível exceção da resolução, são prejudicadas em mulheres deprimidas.⁷ Em 2004, um estudo apontou que indivíduos com depressão são 5,3 vezes mais propensos à falta de desejo sexual.¹⁹ Há evidência de que a ausência de desejo sexual é o segundo sintoma somático mais frequente em mulheres deprimidas, precedido apenas por distúrbios do sono.⁹ Além disso, dores associadas ao ato sexual são mais prevalentes em mulheres deprimidas.²⁰

Depressão em mulheres com disfunção sexual ou disfunção sexual em mulheres com depressão?

Embora a evidência empírica confirme o importante papel da depressão na DS feminina, a direção exata de causalidade entre estas variáveis é difícil de ser apurada, admitindo-se cinco razões para tal:

¹ Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar, pós-graduanda em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

[&]quot; Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

- a DS é uma resultante psicossocial, podendo o estresse, que constitui parte invariável da DS, levar à depressão em indivíduos com personalidades mais vulneráveis;
- 2. a DS pode ser um sintoma de depressão;
- 3. a medicação com antidepressivos pode provocar DS;
- 4. fatores como álcool, cigarro e doenças vasculares podem contribuir para o aparecimento de ambas as doenças;
- 5. em alguns casos, DS e depressão têm etiologias distintas. 13,21

Essas razões evidenciam a importância de analisar caso a caso. No entanto, de modo geral, admite-se que a depressão seja um importante fator de risco para disfunção sexual, assim como o desempenho sexual insatisfatório pode ser um fator de risco para depressão, a qual conduz à perda da autoestima, da autoconfiança e à diminuição da libido, retroalimentando os problemas sexuais.^{5,6}

Tratamento

A avaliação da função sexual feminina deve incluir entrevista clínica detalhada e cuidadosa, face à carência de técnicas diagnósticas adequadas, exames específicos e protocolos de tratamento. Além disso, é fundamental que o ginecologista — geralmente o primeiro a entrar em contato com a DS feminina — faça encaminhamento à psicoterapia daquelas pacientes cujo transtorno envolve etiologia psicogênica e mista (orgânica e psicogênica).²²

O modelo biopsicossocial fornece uma razão convincente para o ceticismo de qualquer enfoque único, seja ele médico ou psicológico. Há necessidade de colaboração entre os profissionais de saúde de diferentes disciplinas para avaliação, tratamento e educação de questões referentes às disfunções sexuais. Em muitos casos, nem a psicoterapia nem a intervenção médica por si só são suficientes para a solução duradoura dos problemas sexuais.⁵

Quando, além da DS feminina, a paciente está deprimida, o tratamento exige maior sensibilidade por parte do médico e deve ser adaptado às necessidades individuais e às circunstâncias.²³ Nestes casos, o tratamento da DSF deve ser parte do tratamento da depressão, ¹⁸ levando em consideração que a combinação destes dois fatores pode resultar em risco de suicídio.²⁴ Infelizmente, a farmacoterapia da DS feminina ainda é bastante restrita²⁵ e a da depressão costuma potencializar as queixas sexuais.²⁶

Antidepressivos

Indispensáveis para o manejo dos casos mais graves de transtorno depressivo, os antidepressivos são as drogas mais relacionadas com as DS femininas e os efeitos colaterais na esfera sexual constituem um dos principais fatores de abandono do tratamento da depressão.⁴ Assim, é recomendado que, antes de iniciar o tratamento, os médicos avaliem a função sexual de suas pacientes com depressão a fim de escolherem a medicação mais apropriada.²⁷

Estudos têm apontado que as drogas que apresentam mecanismo de ação serotoninérgica têm maior potencial para causar DS feminina. Os antidepressivos tricíclicos (ADT), os inibidores de monoaminoxidase (IMAO) e, principalmente, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) têm sido os mais relacionados em interferências no desejo sexual e no orgasmo.⁴

Drogas de ação dual (serotoninérgica e noradrenérgica), como a venlafaxina, a mirtazapina e o milnaciprano, parecem influenciar menos do que os ADT, os IMAO e os ISRS no ciclo de resposta sexual.^{28,29} Já a alphabupropiona parece estar associada a uma baixa incidência de efeitos sexuais adversos, sendo significativamente superior à sertralina com relação aos efeitos sexuais colaterais em um estudo³⁰ e aos ISRS em outro.³¹

Algumas estratégias podem ser benéficas no tratamento da disfunção sexual em indivíduos que usam antidepressivos, 8,23 incluindo:

- modificações nos hábitos sexuais (aumentar o tempo de preliminares, por exemplo);
- espera para o desenvolvimento de tolerância à medicação;
- redução na dosagem do medicamento, quando possível;
- adequar o horário da ingestão do medicamento para depois de concluída a atividade sexual;
- "drug holidays": breves interrupções do tratamento, quando possível;
- tratamentos adjuvantes (que aliviem os efeitos colaterais do antidepressivo utilizado).
- mudança de antidepressivo.

Psicoterapia

É comum que mulheres depressivas com DS passem a evitar o intercurso sexual.³² Nestes casos, a psicoterapia pode abordar o medo antecipatório, auxiliando no reestabelecimento da intimidade, a fim de reduzir o medo e a ansiedade.^{33,34} Por meio de intervenções psicoterápicas, as pacientes são estimuladas a identificar necessidades, habilidades e valores para a resolução de problemas, estimulando a reestruturação cognitiva mais adaptativa para superar de quadros de depressão.³⁵

Portanto, a psicoterapia é parte integrante do tratamento, pois propicia à paciente a compreensão do contexto no qual a disfunção ocorre, além de diminuir os níveis de ansiedade acerca do desempenho, ajudando, assim, a resgatar função e a satisfação sexual.⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre humor depressivo e disfunção sexual é bidirecional e complicada pelo efeitos sexuais adversos do tratamento com antidepressivos. As complicações sexuais mais comuns em mulheres com depressão são ausência ou redução de desejo, de excitação e de orgasmo.

Deste modo, o tratamento das queixas sexuais em pacientes deprimidas exige especial atenção, devendo incluir equipe multiprofissional e abordagens terapêuticas distintas, adequadas a cada caso, a fim de contribuir com a saúde mental, a adesão ao tratamento, a satisfação no relacionamento e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th edition. Washington: American Psychiatric Association: 2000.
- Bancroft J. Human sexuality and its problems. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1989.
- Cordás TA, Laranjeiras M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual [Sexual side effects of psychotropic drugs]. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2006;33(3):168-73.
- Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. J Sex Med. 2005;2(6):793-800.
- Abdo CHN. Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa). 2ª ed. Rio de Janeiro: Vizoo Editora; 2008.
- Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev. 2009;29(7):573–85.
- 8. Clayton AH, Montejo AL. Major depressive disorder, antidepressants, and sexual dysfunction. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 6:33-7.
- Casper RC, Redmond DE Jr, Katz MM, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(11):1098-104.
- Gitlin MJ. Effects of depression and antidepressants on sexual functioning. Bull Menninger Clin. 1995;59(2):232-48.
- Hirschfeld RM. Care of the sexually active depressed patient. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 17:32-5; discussion 46-8.
- 12. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. Br Med Bull. 2001;57:81-99.
- 13. Moeda ACS. Sexualidade e depressão: associação entre sintomas depressivos e disfunções sexuais numa consulta de medicina geral e familiar [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
- Dobkin RD, Leiblum SR, Rosen RC, Menza M, Marin H. Depression and sexual functioning in minority women: current status and future directions. J Sex Marital Ther. 2006;32(1):23–36.
- Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. Arch Sex Behav. 1982;11(4):323-8.
- Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol. 1998;13 Suppl 6:51-4.
- Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. Curr Med Res Opin. 2003;19(2):114-24.
- 18. Fabre LF, Smith LC. The effect of major depression on sexual function in women. J Sex Med. 2012;9(1):231-9.
- Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. Arch Sex Behav. 2004;33(1):55-63.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. J Epidemiol Community Health. 1999;53(3):144-8.
- 21. Nobre P. Disfunções sexuais. Lisboa: Climepsi Editores PC; 2006.

- Koehler J. Sexual dysfunction. In: Sanfilippo JS, Smith RR, editors. Primary care in obstetrics and gynecology: a handbook for clinicians. 2nd ed. New York: Springer; 2007. p. 398-413.
- 23. Baldwin DS, Birtwistle J. Antidepressant drugs and sexual function: improving the recognition and management of sexual dysfunction in depressed patients. In: Briley M, Montgomery S, editors. Antidepressant therapy at the dawn of the third millennium. London: Martin Dunitz; 1998. p. 231-54.
- 24. Shindel AW, Eisenberg ML, Breyer BN, Sharlip ID, Smith JF. Sexual function and depressive symptoms among female North American medical students. J Sex Med. 2011;8(2):391–9.
- 25. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas: [revisão] [The assessment and management of female sexual dysfunction [review]]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(6):312-21.
- Goldstein BJ, Goodnick PJ. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of affective disorders–III. Tolerability, safety and pharmacoeconomics. J Psychopharmacol. 1998;12(3 Suppl B):555–87.
- 27. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. J Clin Psychipharmacol. 2009;29(2):157-64.
- 28. Kristensen E. Sexual side effects induced by psychotropic drugs. Dan Med Bull. 2002;49(4):349-52.
- Gitlin MJ. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches. J Clin Psychiatry. 1994;55(9):406-13.
- Croft H, Settle E Jr, Houser T, et al. A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustainedrelease bupropion and sertraline. Clin Ther. 1999;21(4):643-58.
- 31. Modell JG, Katholi CR, Modell JD, DePalma RL. Comparative sexual side effects of bupropion, fluoxetine, paroxetine, and sertraline. Clin Pharmacol Ther. 1997;61(4):476–87.
- 32. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality intimacy after gynecological cancer. Maturitas. 2010;66(1):23-6.
- 33. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co.; 1970.
- Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. Maturitas. 2011;70(3):210-5.
- Manne SL, Winkel G, Rubin S, et al. Mediators of a coping and communicationenhancing intervention and a supportive counseling intervention among women diagnosed with gynecological cancers. J Consult Clin Psychol. 2008;76(6):1034-45.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Bárbara Braga de Lucena Av. Rebouças, 1.490 São Paulo (SP) CEP 05402-100 Tel. (11) 4119-4170

E-mail: barbarab delucena@gmail.com

Fontes de fomento: nenhuma declarada Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 6 de março de 2012

Data da última modificação: 26 de março de 2012

Data de aceitação: 4 de abril de 2012

PALAVRAS-CHAVE:

Sexualidade.

Comorbidade.

Comportamento sexual.

Antidepressivos.

Psicoterapia.

RESUMO

A depressão e a disfunção sexual feminina costumam ocorrer simultaneamente e têm forte impacto negativo sobre a qualidade de vida. Em mulheres com depressão a prevalência de dificuldades sexuais é aproximadamente o dobro do que em mulheres sem depressão. Por esse motivo, avaliar a presença e o grau de disfunção sexual e de depressão nas pacientes deve fazer parte da rotina de trabalho dos profissionais que lidam com as demandas femininas. O tratamento é feito a partir de abordagens terapêuticas distintas, podendo incluir o uso de antidepressivos, os quais costumam agravar as disfunções sexuais, exigindo especial manejo clínico, já que os efeitos colaterais na esfera sexual constituem um dos principais fatores de abandono do tratamento da depressão.