

Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina

Regina Maria Volpato Bedone¹, 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

Obesidade, hipertensão, dislipidemia e diabetes tipo 2 são doenças consideradas fatores de risco para aterosclerose e disfunção endotelial. Essas alterações estão frequentemente presentes em indivíduos com síndrome metabólica, também conhecida como síndrome X. Inúmeros estudos comprovam a correlação entre disfunção endotelial, doença cardiovascular e disfunção erétil.¹ Outros comprovam a correlação entre síndrome metabólica e disfunção sexual feminina.¹⁻⁵ Entre a ampla variedade de fatores de risco para a disfunção sexual feminina, está a disfunção endotelial, que pode comprometer a oxigenação dos tecidos e promover subsequente dano funcional e estrutural no trato genital feminino.⁶

A obesidade tornou-se uma epidemia mundial, tanto nos países subdesenvolvidos quanto nos mais desenvolvidos, com maior prevalência entre as mulheres.⁷ De acordo com o National Health Examination Survey (NHES) e o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) houve aumento crescente das taxas de obesidade na população dos Estados Unidos ao longo da segunda metade do século 20.⁸ Atualmente, mais de um terço da população norte-americana é obesa. Entre as mulheres adultas, em 2003 e 2004, a prevalência de obesidade era de 33,2% e, em 2005 e 2006, de 35,3%. Na população adulta masculina, a prevalência nos mesmos períodos foi de 31,1% e 33,3%, respectivamente.⁹ Segundo dados atualizados do Ministério da Saúde, no Brasil a prevalência de obesidade na população adulta das 26 capitais brasileiras, mais o Distrito Federal, é de 15,8%, sendo ligeiramente menor entre os homens (15,6%) do que entre as mulheres (16%).¹⁰

SÍNDROME METABÓLICA

A diretriz do Adult Treatment Panel III (ATP III) recomenda como definição de síndrome metabólica a presença de pelo menos três das cinco características: obesidade abdominal (cintura > 102 cm no homem e > 88 cm na mulher), triglicérides

elevados (> 150 mg/dL), redução dos níveis de HDL (*high density lipoprotein*) colesterol (< 40 mg/dL no homem e 50 mg/dL na mulher), hipertensão arterial (> 130/85 mmHg) e glicemia de jejum elevada (> 110 mg/dL).³

A obesidade abdominal promove resistência aos efeitos da insulina sobre a glicose periférica e sobre a utilização dos ácidos graxos periféricos. A resistência à insulina, a hiperinsulinemia, a hiperglicemia e as citocinas dos adipócitos podem levar a alterações no perfil lipídico e na pressão arterial. A inflamação vascular e a disfunção endotelial são os fatores-chave no desenvolvimento da aterosclerose.⁶

O hipogonadismo no homem está associado com o aumento do risco de síndrome metabólica, doença cardiovascular e disfunção sexual. Ao contrário, hiperandrogenismo associa-se a aumento do risco de síndrome metabólica em mulheres, com ou sem a síndrome dos ovários policísticos.¹¹

A síndrome metabólica é um dos maiores problemas de saúde pública nos países ocidentais, com prevalência de 30% e com projeção de aumento contínuo desse índice nas próximas décadas.⁶ A prevalência da síndrome metabólica aumenta em conjunto com a epidemia de obesidade e estima-se que incida em 34% dos adultos norte-americanos.¹² No sexo feminino, a prevalência da síndrome cresce na quinta e sexta décadas de vida, coincidindo com o período da pós-menopausa.¹³ Llaneza e cols. sugerem que a síndrome metabólica seja um dos mais importantes fatores que comprometem a qualidade de vida de mulheres no climatério.¹⁴

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Disfunção sexual feminina é definida como um transtorno do desejo sexual, da excitação, do orgasmo ou a presença de dor na relação sexual, levando a sofrimento pessoal.¹⁵ Na mulher, as dificuldades sexuais parecem ser mais generalizadas, influenciadas por fatores psicológicos e biológicos, comprometendo a qualidade de vida e as relações interpessoais.⁵

¹Ginecologista e obstetra, certificada em Sexologia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e mestranda do Departamento de Fisiopatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

¹¹Psiquiatra, 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.

No Brasil, como em outros países, a disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública pela alta prevalência e por estar relacionada com a qualidade de vida dos indivíduos. O “Estudo da Vida Sexual do Brasileiro”, realizado entre 2002 e 2003, constatou importante prevalência de todos os tipos de disfunções sexuais em homens e em mulheres, sendo respectivamente, 48,1% e 50,9%.¹⁶

Nos Estados Unidos, a disfunção sexual é mais prevalente nas mulheres (43%) do que nos homens (31%) e está associada com várias características demográficas, incluindo idade e escolaridade.¹⁷

Até recentemente, somente a disfunção sexual feminina de natureza psicológica era estudada. Atualmente é reconhecida como um fenômeno complexo, controlado por fatores hormonais, neurovasculares e psicológicos,¹⁸ além daqueles de natureza relacional e exclusivamente psíquica. O comprometimento de alguns desses fatores pode resultar em disfunção sexual.³

Estudos epidemiológicos demonstram correlação entre disfunções sexuais femininas e deficiências hormonais, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, neuropatias, etilismo, tabagismo, uso de alguns medicamentos ou drogas ilícitas, depressão e obesidade.^{5,19-24}

OBESIDADE, SÍNDROME METABÓLICA E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Por serem, obesidade e síndrome metabólica, problemas de saúde pública, modificar os fatores comportamentais de risco (sedentarismo, dieta hipercalórica) é muito importante para impedir a progressão de ambas. Essa também pode ser uma estratégia para diminuir a prevalência das disfunções sexuais, diminuindo o risco da disfunção endotelial.³

Adultos obesos, inscritos em programa para perda de peso, submetidos a questionário multidimensional para avaliar a função sexual, apresentaram prejuízos na função sexual em maior proporção quando comparados com adultos de peso normal. O comprometimento dessa função foi mais evidente em mulheres obesas.²⁵

Estudo com 108 mulheres saudáveis, que correlacionou o índice de massa corpórea e o Female Sexual Function Index (FSFI: questionário validado e usado no diagnóstico de disfunção sexual), concluiu que, quanto maior o índice de massa corpórea, maior é a probabilidade de disfunção sexual. Os autores mostraram que as mulheres obesas apresentam prejuízos em vários aspectos da função sexual, incluindo excitação, lubrificação e orgasmo, mas desejo sexual preservado e ausência de dor à relação sexual.⁴

Recentemente, Esposito e cols. avaliaram a prevalência de disfunção sexual em 120 mulheres na pré-menopausa e com síndrome metabólica. Observaram redução da satisfação sexual e diminuição significativa da excitação, do orgasmo e da lubrificação, quando elas foram comparadas com grupo controle de 80 mulheres na pré-menopausa e sem síndrome metabólica.² Em outro estudo, com 329 mulheres em pré-menopausa, cuja média de idade era 38,5 anos, a

síndrome metabólica foi considerada um fator de risco independente para o comprometimento do desejo sexual.⁶ Veronelli e cols., em um estudo com 91 mulheres na pré-menopausa (28 com diabetes, 39 obesas e 24 com hipotireoidismo), encontraram aumento da prevalência de disfunção sexual nessas mulheres, quando comparadas com outras saudáveis. Relataram ainda que a presença de síndrome metabólica em algumas delas também elevou a prevalência de disfunção sexual, independentemente da doença subjacente ou associada.²⁴ Martelli e cols. compararam 103 mulheres na pós-menopausa com síndrome metabólica com 105 controles saudáveis na pós-menopausa. Concluíram que a prevalência de disfunção sexual foi maior entre aquelas com síndrome metabólica. Também concluíram que os níveis mais elevados de triglicérides estavam associados a maior risco de disfunção sexual.²⁶

Em estudo com 659 mulheres com diabetes tipo 2, Esposito e cols. concluíram que o risco para disfunções sexuais está aumentado em diabéticas e que idade, síndrome metabólica e dislipidemia aterogênica são fatores independentes para disfunção sexual feminina. Nível mais intenso de atividade física foi considerado fator de prevenção de disfunção sexual.²⁷ Outro estudo semelhante com mulheres hiperglicêmicas, com média de idade de 54 anos, na pós-menopausa e com síndrome metabólica, constatou impacto negativo sobre a resposta sexual.¹³

COMO DIMINUIR O IMPACTO DA SÍNDROME METABÓLICA SOBRE A FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

A prevenção e o tratamento da síndrome metabólica tem como finalidade evitar as complicações do diabetes, síndrome coronariana aguda e acidente vascular cerebral.²⁸ Entretanto, Kinzl e cols. mostraram que, para 17% das mulheres obesas, a melhora na aparência e no relacionamento sexual com seus parceiros são os fatores mais significativos para se submeterem à cirurgia bariátrica.²⁹

O tratamento clínico da síndrome metabólica deve ser realizado por meio da mudança de estilo de vida (perda de peso, exercícios físicos, abandono do tabagismo e do sedentarismo e dieta balanceada), tratamento clínico do diabetes, da hipertensão e da dislipidemia, administração de aspirina e atenção especial às consequências da síndrome, como por exemplo, as disfunções sexuais.^{1,3,5} Avaliação sistemática da função sexual deve ser enfatizada nesses pacientes, de modo a identificar aqueles que necessitam de tratamento.¹

A dieta do Mediterrâneo melhora o risco cardiovascular e, como consequência, reduz efetivamente a prevalência de síndrome metabólica. Esposito e cols. estudaram o efeito dessa dieta por dois anos em mulheres com síndrome metabólica e disfunção sexual. Concluíram que o consumo de mais frutas, vegetais, nozes, grãos e azeite de oliva melhorou a função sexual delas.³⁰ Kim e cols., em um estudo com 44 mulheres com sobrepeso e obesas, referiram melhora significativa na excitação, lubrificação,

orgasmo e satisfação sexual após tratamento clínico para perda de peso (terapia comportamental e sibutramina).³¹

Estudos a respeito da ação da terapia estrogênica na pós-menopausa sobre a resistência à insulina e outros parâmetros metabólicos indicam que a reposição hormonal reduz a obesidade abdominal,³² a resistência à insulina, a incidência de diabetes, o colesterol LDL (*low density lipoprotein*), a pressão arterial média e outros fatores metabólicos. Esse aspecto foi observado tanto no tratamento por via oral como por via transdérmica. A terapia por via oral aumentou a proteína C-reativa e diminuiu a proteína S, mas a via transdérmica não ocasionou esses efeitos. Por essa razão, a via transdérmica é preferível na terapia hormonal em pacientes com síndrome metabólica.³³

Diversos estudos mostraram que o tratamento cirúrgico para perda de peso tem impacto positivo sobre a função sexual.^{29,34-36} Outros contrariaram esses resultados.³⁷⁻⁴⁰ No futuro, algumas evidências preliminares sobre a cirurgia bariátrica, relacionadas com a melhora da resposta sexual, deverão ser obtidas por meio de estudos clínicos mais sistematizados.¹ A alta prevalência de síndrome metabólica e sua evidente associação com piora na qualidade de vida justificam a promoção de mudanças de estilo de vida na população.⁴¹

CONCLUSÃO

Estudos epidemiológicos sobre síndrome metabólica e disfunção sexual feminina são escassos e deveria ser estabelecida metodologia padrão para obtenção de resultados confiáveis sobre essa correlação. A ocorrência simultânea de obesidade, síndrome metabólica e disfunções sexuais, principalmente nos países ocidentais, tornando-as problemas de saúde pública, devido à alta morbidade e prevalência, chama a atenção para a prevenção em âmbito educacional. Devem ser incentivados hábitos saudáveis, como atividade física diária, alimentação balanceada, controle do peso e esclarecimento sobre a importância da prevenção de doenças, como o diabetes e as doenças cardiovasculares, as quais interferem na qualidade de vida em todos os seus domínios, inclusive na qualidade de vida sexual.

REFERÊNCIAS

- Borges R, Temido P, Souza L, et al. Metabolic syndrome and sexual (dys) function. *J Sex Med.* 2009;6(11):2958-75.
- Esposito K, Ciotola M, Marfella R, et al. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res.* 2005;17(3):224-6.
- Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005;17(5):391-8.
- Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res.* 2007;19(4):353-7.
- Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, et al. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res.* 2008;20(4):358-65.
- Ponholzer A, Temml C, Rauchenwald M, Marszalek M, Madersbacher S. Is the metabolic syndrome a risk factor for female sexual dysfunction in sexually active women? *Int J Impot Res.* 2008;20(1):100-4.
- James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obes Res.* 2001;9 Suppl 4:228S-233S.

- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.* 2006;295(13):1549-55.
- Ogden CL, Carroll MD, McDowell MA, Flegal KM. Obesity among adults in the United States--no statistically significant change since 2003-2004. *NCHS Data Brief.* 2007;(1):1-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilite Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigite_2011_final_0812.pdf. Acessado em 2013(27 fev).
- Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet.* 2007;369(9561):597-611.
- Vetter ML, Wadden TA, Lavenberg J, et al. Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses. *Int J Obes (Lond).* 2011;35(8):1087-94.
- Chedraui P, Pérez-López FR, Blümel JE, Hidalgo L, Barriga J. Hyperglycemia in postmenopausal women screened for the metabolic syndrome is associated to increased sexual complaints. *Gynecol Endocrinol.* 2010;26(2):86-92.
- Llaneza P, González C, Fernandez-Iñárrrea J, et al. Insulin resistance and health-related quality of life in postmenopausal women. *Fertil Steril.* 2009;91(4 Suppl):1370-3.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;172(10):1327-33.
- Abdo CHN. Descobrimiento sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus; 2004.
- Laumann EO, Paik A, Rose RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
- Raina R, Pahlajani G, Khan S, et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril.* 2007;88(5):1273-84.
- Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology.* 1999;54(3):385-91.
- Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior. *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6.
- Talakoub L, Munarriz R, Hoag L, et al. Epidemiological characteristics of 250 women with sexual dysfunction who presented for initial evaluation. *J Sex Marital Ther.* 2002;28Suppl 1:217-24.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):35-9.
- Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, et al. Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(3):472-9.
- Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, et al. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med.* 2009;6(6):1561-8.
- Ostbye T, Kolotkin RL, He H, et al. Sexual functioning in obese adults enrolling in a weight loss study. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(3):224-35.
- Martelli V, Valisella S, Moscatiello S, et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med.* 2012;9(2):434-41.
- Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, et al. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res.* 2010;22(3):179-84.
- Droupy S, Descazeaud A. Syndrome métabolique et dysfonctions sexuelles. *Sexologies.* 2007;16(Suppl 1):S6-9. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136007800235>. Acessado em 2012 (13 Nov).
- Kinzl JF, Trefald F, Fiala M, et al. Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obes Surg.* 2001;11(4):455-8.

30. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, et al. Mediterranean diet improves sexual function in women with the metabolic syndrome. *Int J Impot Res*. 2007;19(5):486-91.
31. Kim KK, Kang HC, Kim SS, Youn BB. Influence of weight reduction by sibutramine on female sexual function. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(5):758-63.
32. Salpeter SR, Walsh JM, Ormiston TM, et al. Meta-analysis: effect of hormone-replacement therapy on components of metabolic syndrome in postmenopausal women. *Diabetes Obes Metab*. 2006;8(5):538-54.
33. Lobo RA. Metabolic syndrome after menopause and the role of hormones. *Maturitas*. 2008;60(1):10-8.
34. Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obes Surg*. 1996;6(4):356-60.
35. Hafner RJ, Watts JM, Rogers J. Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. *Int J Obes*. 1991;15(8):555-60.
36. Dallal RM, Smith JA, O'Leary MP, Harkaway RC, Sawh SL. Profound sexual dysfunction in common in the morbidly obese male and is reversed after gastric bypass surgery. *The Journal of Urology*. 2008;179;4 supplement:405-6. [abstract 1178]. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0022-5347/PIIS0022534708611866.pdf>. Acessado em 2012 (13 nov).
37. di Frega AS, Dale B, Di Matteo L, Wilding M. Secondary male factor infertility after Roux-en-Y gastric bypass morbid obesity: case report. *Hum Reprod*. 2005;20(4):997-8.
38. Vásquez C, Morejón E, Muñoz C, et al. Repercusión nutricional de la cirugía bariátrica según técnica de Scopinaro: análisis de 40 casos [Nutritional effect of bariatric surgery with Scopinaro operation: analysis of 40 cases]. *Nutr Hosp*. 2003;18(4):189-93.
39. Khedun SM, Naicker T, Maharaj B. Zinc, hydrochlorothiazide and sexual dysfunction. *Cent Afr J Med*. 1995;41(10):312-5.
40. Merhi ZO. Bariatric surgery and subsequent sexual function. *Fertil Steril*. 2007;87(3):710-1.
41. Miettola J, Niskanen LK, Viinamäki H, Sintonen H, Kumpusalo E. Metabolic syndrome is associated with impaired health-related quality of life: Lapinlahti 2005 study. *Qual Life Res*. 2008;17(8):1055-62.

EDITOR RESPONSÁVEL POR ESTA SEÇÃO

Carmita Helena Najjar Abdo. 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.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência

Regina Maria Volpato Bedone
Alameda dos Colibris, 62
Jardim do Cedro – São José do Rio Preto (SP)
CEP 15038-000
Tel. (17) 3231-5169
E-mail: rvbedone@terra.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 5 de novembro de 2012

Data da última modificação: 5 de novembro de 2012

Data de aceitação: 26 de novembro de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Sexualidade.
Síndrome X metabólica.
Obesidade.
Qualidade de vida.
Climatério.

RESUMO

Obesidade, hipertensão, dislipidemia e diabetes tipo 2 são doenças consideradas fatores de risco para aterosclerose e disfunção endotelial e estão frequentemente presentes em indivíduos com síndrome metabólica. Inúmeros estudos comprovam a correlação entre disfunção endotelial e disfunção sexual, pelo comprometimento da oxigenação dos tecidos e subsequente dano funcional e estrutural no trato genital masculino e feminino.

A prevalência da síndrome metabólica aumenta em conjunto com a epidemia de obesidade nos países ocidentais e parece ser um dos mais importantes fatores que comprometem a qualidade de vida de mulheres no climatério.

Em geral, as disfunções sexuais são prevalentes em ambos os sexos, com taxas mais elevadas entre as mulheres. Por serem, obesidade e síndrome metabólica, problemas de saúde pública, modificar os fatores comportamentais de risco (sedentarismo, dieta hipercalórica) é essencial para impedir a progressão de ambas e, conseqüentemente, diminuir a prevalência das disfunções sexuais, sobretudo na pré e pós-menopausa. A prevenção e o tratamento da síndrome metabólica inclui evitar principalmente complicações mórbidas, tratando o diabetes, a hipertensão, a dislipidemia e promovendo mudanças no estilo de vida (perda de peso, exercícios físicos, abandono do tabagismo e do sedentarismo, dieta balanceada). Atenção às disfunções sexuais também proporciona melhora na qualidade de vida em homens e mulheres. Na mulher, a terapia hormonal parece ter influência positiva nos parâmetros metabólicos. O benefício da cirurgia bariátrica sobre a função sexual feminina ainda é controverso e são necessárias novas pesquisas.