



Disfunção Sexual na Prática Psiquiátrica – Uma Revisão

Sexual Dysfunction in Psychiatric Practice – A Review

Guadalupe Marinho * , Diogo Almeida **

RESUMO

Introdução: A função sexual é considerada uma parte importante da experiência humana e um fator determinante de qualidade de vida. Tendo isto em consideração, em Psiquiatria esta tem sido uma temática que tem preocupado aqueles que se ocupam não só do bem-estar físico, mas também psicológico e emocional dos seus pacientes, sendo que a disfunção sexual (DS) afeta uma percentagem significativa das pessoas com perturbações mentais.

Objetivos: Analisar a associação entre DS e as principais perturbações psiquiátricas, tal como as várias componentes da função sexual que podem estar alteradas nestes pacientes e as suas possíveis causas, e por último investigar as diferentes abordagens terapêuticas da DS na prática psiquiátrica.

Métodos: Foi efetuada uma revisão não sistemática da literatura através de uma pesquisa na base de dados *PubMed/Medline* utilizando as palavras-chave “mental disorders”, “psychiatric disorders”, “sexual disorders”, “sexual dysfunction”, “psychotropics”, “antidepressants” e “antipsychotics”. Os arti-

gos foram posteriormente selecionados tendo em conta a sua relevância para o objeto de estudo.

Resultados: De acordo com a literatura científica, a DS é mais frequente nos indivíduos com perturbação mental relativamente à população geral. Esta tem sido reportada em 30 a 60% dos pacientes com esquizofrenia medicados com antipsicóticos, em 70% dos doentes com depressão medicados com antidepressivos e em até 80% dos indivíduos que sofrem de perturbações ansiosas. Os problemas sexuais frequentemente associados à perturbação psiquiátrica e ao seu tratamento incluem a diminuição do desejo sexual, dificuldades ao nível da excitação, dificuldade em atingir o orgasmo ou anorgasmia no sexo feminino e disfunção erétil e problemas ao nível da ejaculação no sexo masculino. Estudos indicam que a DS presente nestes doentes poderá ser devida não só às relações interpessoais e ao meio que envolve os indivíduos, mas também à própria influência da psicopatologia na função sexual e à ação dos psicofármacos escolhidos para o tratamento. A DS associada ao uso dos psicotrópicos tem ainda como consequência grave a diminuição da adesão terapêutica ou até

* Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E; ✉ glupe.marinho@gmail.com

** Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

 <https://orcid.org/0000-0001-8810-7790>

Recebido / Received: 23/09/2018 - Aceite / Accepted: 12/02/2019

mesmo o total abandono do seguimento psiquiátrico.

Conclusões: A DS tem um impacto importante na saúde mental e na qualidade de vida de muitos dos pacientes afetos de perturbações psiquiátricas. É, portanto, essencial que o clínico esteja atento a este fenómeno e às suas possíveis implicações, tomando uma atitude informada e optando pela abordagem mais adequada. Esta abordagem permitirá evitar ou, pelo menos, minorar o impacto da perturbação mental e dos psicotrópicos na função sexual e assim assegurar uma boa adesão terapêutica e uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: perturbação mental, perturbação psiquiátrica; função sexual, disfunção sexual, psicotrópicos

ABSTRACT

Background: Sexual function is considered an important part of human experience and a determining factor of quality of life. With this in mind, sexual dysfunction (SD), which is present in a significant percentage of patients with psychiatric disorders, has been a focus of study of those who are concerned not only with the physical well-being but also with the psychological and emotional well-being of their patients.

Aims: To analyze the association between SD and major psychiatric disorders, such as the various components of sexual function that may be altered in these patients and their possible causes, and finally investigate the different approaches to SD in psychiatric practice.

Methods: Non-systematic review through literature research in PubMed/Medline database, using the key-words: “mental disorders”, “psychiatric disorders”, “sexual disorders”, “sexual dysfunction”, “psychotropics”, “antidepressants” and “antipsychotics”. The articles were selected according to their relevance to the topic.

Results: According to the reviewed literature, SD is more frequent in individuals with mental disorders compared to the general population, affecting 30-60% of patients being treated with antipsychotics for schizophrenia, 70% of patients receiving antidepressants for treatment of depression and up to 80% of individuals with from anxious disorders. Sexual problems often associated with psychiatric disorders and its treatment include decreased sexual desire, difficulties in arousal, difficulty in achieving orgasm or anorgasmia in females, and erectile dysfunction and problems with ejaculation in males. Studies indicate in these patients SD may occur not only due to interpersonal and environmental factors, but also due to the influence of psychopathology on sexual function and the action of psychotropic drugs chosen for treatment. Psychotropic drug induced SD may reduce therapeutic adherence or even be associated with total discontinuation of follow-up.

Conclusions: SD has a significant impact on the mental health and quality of life of many patients with psychiatric illness. It is therefore essential that the clinician is aware of this phenomenon and its possible implications, taking an informed attitude and opting for the most appropriate approach.

This approach will avoid, or at least mitigate, the impact of mental illness and psychotropic drugs on sexual function and thus ensure good therapeutic adherence and an improvement in the quality of life of these patients.

Key-words: *mental illness; psychiatric disorders; sexual function; sexual dysfunction; psychotropics.*

INTRODUÇÃO

A sexualidade tem sido descrita como a união perfeita entre corpo e mente, fenómeno no qual ambas as partes se conjugam e dependem para alcançar não só uma satisfação física, mas também psicológica e relacional. Sob este prisma, a função sexual é considerada por muitos uma parte importante da experiência humana e um fator determinante de qualidade de vida e de estabelecimento e manutenção de relações interpessoais satisfatórias e gratificantes. Tendo isto em consideração, esta tem sido uma temática cada vez mais investigada, fruto da preocupação daqueles que se ocupam não só do bem-estar físico, mas também psicológico e emocional dos seus pacientes.¹

A resposta sexual para além de implicar uma combinação de fatores neurológicos, vasculares e hormonais, é bastante influenciada pela componente psicológica, nomeadamente, pelo contexto emocional e pelas dinâmicas relacionais existentes entre os indivíduos. Estes múltiplos fatores são coordenados pelo hipotálamo, sistema límbico e córtex cerebral e contam com a intervenção de diferentes neurotransmissores e neuropeptídeos.¹

A disfunção sexual (DS) é um problema frequente na população geral, atingindo até 40% das mulheres e 30% dos homens.¹⁻³ No caso das mulheres, a queixa mais prevalente é a diminuição do desejo sexual, sendo reportada por cerca de um terço. Já no sexo masculino, a DS mais comum é a disfunção erétil (principalmente nos homens com idade mais avançada) e a ejaculação prematura.⁴⁻⁵

No que concerne a população psiquiátrica, a percentagem de DS é ainda superior relativamente à população geral, principalmente nos indivíduos que estão sob tratamento com psicotrópicos. Mais especificamente, a DS tem sido reportada em 30 a 60% dos pacientes com esquizofrenia medicados com antipsicóticos, em 70% dos doentes com depressão medicados com antidepressivos e em até 80% dos indivíduos que sofrem de perturbações ansiosas. Convém ter em atenção que estes números provavelmente estão subestimados, devido não só ao receio dos doentes em abordar esta questão, mas também à renitência de muitos clínicos em questionar os seus pacientes sobre a sua função sexual, pelo que a realidade da DS nos doentes com patologia psiquiátrica pode ser ainda mais grave do que aquela que está reportada.^{4,6-7}

Quanto à percentagem elevada de pacientes afetos de DS em Psiquiatria, julga-se que esta poderá ser devida não só aos psicofármacos com os quais estes indivíduos estão a ser medicados, mas também à própria influência da psicopatologia na função sexual e nas relações interpessoais que definem a manifestação da sexualidade. Salienta-se ainda que os neurotransmissores envolvidos no funcionamento sexual também estão implicados na fisiopatologia das

doenças mentais e que estes sofrem alterações com a administração dos psicofármacos.⁴ A DS pode também ser causada por uma perturbação sexual primária, o abuso de substâncias psicoativas ou a coexistência de outras doenças médicas e o seu tratamento, como por exemplo a diabetes mellitus, as doenças cerebrovasculares, a administração de antihipertensores e a realização de cirurgias prostáticas.^{2,3,7}

OBJETIVOS

Analisar a associação entre DS e as principais doenças psiquiátricas, tal como as várias componentes da função sexual que podem estar alteradas nestes pacientes e as suas possíveis causas, e por último investigar as diferentes abordagens terapêuticas da DS na prática psiquiátrica.

MÉTODOS

Foi efetuada uma revisão não sistemática da literatura através da pesquisa na base de dados *Pubmed/Medline*, usando as palavras-chave: mental disorders”, “psychiatric disorders”, “sexual disorders”, “sexual dysfunction”, “psychotropics”, “antidepressants” e “antipsychotics”. Posteriormente, foram analisados os resumos dos artigos obtidos, tendo sido selecionados os artigos com maior relevância científica e excluídos os que não se encontravam em língua portuguesa, francesa, espanhola ou inglesa. Os artigos selecionados foram examinados na íntegra, tendo sido posteriormente incluídos nesta revisão.

RESULTADOS

Vários estudos indicam que a relação entre doença psiquiátrica e DS tende a ser bidire-

cional. Isto é justificado pelo facto de a DS estar associada ao aumento da prevalência de perturbações ansiosas e de que as perturbações ansiosas e depressivas presentes ao longo da vida são mais prevalentes entre os indivíduos com DS em comparação com a população geral. Esta relação terá por base a influência das hormonas sexuais e dos neurotransmissores, que tanto modulam o comportamento sexual como os sintomas ansiosos e depressivos.²

Os problemas sexuais frequentemente associados à doença psiquiátrica e ao seu tratamento incluem a diminuição do desejo sexual, a dificuldade ou mesmo a incapacidade de atingir a excitação, com queixas ao nível da lubrificação por parte das mulheres, a disfunção erétil nos homens, o atraso em atingir o orgasmo ou a anorgasmia nas mulheres e o atraso na ejaculação ou a ejaculação prematura no caso do sexo masculino. As dores associadas ao ato sexual raramente são reportadas em associação à perturbação psiquiátrica ou ao seu tratamento.²

Num estudo transversal que envolveu 103 pacientes (54 mulheres e 49 homens) com perturbação depressiva ou ansiosa, verificou-se que 87% dos indivíduos com depressão tinha DS. Alguns destes indivíduos apresentavam DS em mais do que uma fase do ciclo sexual, mas a maioria (97%) dos que estavam diagnosticados com perturbação depressiva major queixavam-se de problemas ao nível do desejo sexual. Dentro dos pacientes com perturbação ansiosa, 64% apresentava DS, sendo que dois terços tinham queixas relativas ao orgasmo e um quarto em relação à libido.²

A disfunção sexual nas diferentes doenças psiquiátricas

Esquizofrenia

A esquizofrenia caracteriza-se, entre outros aspetos, pela presença de sintomas negativos, como a anedonia, a apatia, a abolia e o embotamento afetivo. Estes sintomas influenciam o funcionamento sexual na medida em que por si só diminuem a possibilidade de estabelecimento de relações interpessoais e, assim, a ocorrência de experiências sexuais.^{1,7}

Estudos indicam que os indivíduos com esquizofrenia têm menor tendência a interessar-se e a envolver-se em atividades sexuais, tal como costumam retirar um menor grau de satisfação das mesmas. Este fenómeno está em associação com a gravidade da psicopatologia que os indivíduos apresentam, verificando-se menor interesse, envolvimento e satisfação ao nível das atividades sexuais nos pacientes com patologia mais grave. Pelo contrário, a masturbação é uma prática comum nos doentes com esquizofrenia, sendo até numa frequência superior à dos controlos saudáveis.¹⁻³

Os sintomas positivos da patologia, por sua vez, podem estar associados a um aumento da libido. Conjuntamente com esta sintomatologia e o aumento da libido, podem surgir delírios erotomaníacos ou ligados à identidade sexual, tais como as alucinações cinestésicas de natureza sexual. Já as agressões sexuais são raras neste grupo de doentes.¹

Os problemas sexuais são frequentes na esquizofrenia, atingindo mais de 70% dos homens e 50% das mulheres não hospitalizados/as. O desejo sexual e a frequência de orgasmos são inferiores neste grupo em comparação com a média da população geral, mesmo naqueles

que não estão sob tratamento. Cerca de 50% dos homens sofre ainda de disfunção erétil.¹ Estas alterações na função sexual podem surgir antes do estabelecimento da doença psicótica ou então na fase prodrômica da doença.¹⁻² A introdução de antipsicóticos nos indivíduos com esquizofrenia eleva ainda mais o risco de desenvolver DS, atingindo nesta população os 60%, ou até mesmo os 90% segundo alguns estudos. Os homens queixam-se sobretudo de problemas eréteis ou de atraso na ejaculação, mas também apresentam uma diminuição do desejo sexual. Já as mulheres reportam sobretudo problemas ao nível da libido e do orgasmo, queixando-se ainda algumas de dispareunia.¹⁻³

Estudos demonstram também que a fertilidade nos pacientes com esquizofrenia é significativamente mais baixa em comparação com a população geral.²

Perturbação Depressiva

Os indivíduos que sofrem de depressão, quer seja uma distímia ou uma perturbação depressiva maior, queixam-se habitualmente de perda ou diminuição do desejo sexual. Para além disso, a depressão também tem sido associada a outras alterações sexuais, como a disfunção erétil, dificuldade em atingir a excitação (com diminuição da lubrificação no sexo feminino) e perda ou dificuldade na obtenção do orgasmo/ejaculação.^{1-3,7}

A DS é um problema especialmente comum nos indivíduos com perturbação depressiva maior, com prevalências de 40 a 65% mesmo antes da introdução do antidepressivo.^{1,7-10} Segundo um estudo, mais de 40% dos homens e 50% das mulheres avaliadas apresentavam

uma diminuição do desejo sexual; cerca de 50% dos indivíduos tinham dificuldades na excitação e 20% apresentavam problemas ao nível do orgasmo.¹ Nos homens com depressão grave e com idade avançada, a disfunção erétil pode chegar aos 90%.¹¹⁻¹³ É de notar também que os episódios depressivos são frequentemente pautados por sintomas como anedonia, abolia e apatia e que estes sintomas, por si só, podem ter repercussões diretas no funcionamento sexual.¹

Por outro lado, há investigadores que afirmam que a depressão nem sempre está na origem de uma diminuição da sexualidade, podendo pelo contrário estar associada a um aumento do interesse sexual por parte dos indivíduos com sintomas depressivos.^{1-2,14} Há um estudo em que se verifica que 23% dos homens diagnosticados com depressão apresentavam um aumento da libido. No caso das mulheres, não foi tão notório o aumento do desejo sexual, mas sim o aumento da frequência da masturbação. Este facto levou os investigadores a supor que a masturbação poderá ser um método usado por estas mulheres para regulação do humor.¹⁴ É importante notar que alguns dos casos em que se verifica esta hipersexualidade associada à depressão poderão não ter sido bem diagnosticados, podendo na verdade tratar-se de perturbações afetivas bipolares com episódios depressivos atípicos, mistos ou de hipomania.²

Outro fenómeno que se tem observado é que os indivíduos com DS são mais propensos a desenvolver sintomas depressivos e ansiosos, o que incita a pensar numa relação bidirecional entre a DS e a patologia ango-depressiva. Também é levantada a possibilidade de que os

problemas sexuais possam atingir de tal forma o bem-estar dos indivíduos que estes acabam por desenvolver sintomatologia psiquiátrica no seu decorrer.¹

Estudos de neuroimagem em indivíduos deprimidos demonstram alterações na atividade cerebral relativas ao funcionamento sexual, tanto no sexo masculino como feminino. Num desses estudos, 9 mulheres saudáveis com uma média de 40,3 anos de idade e 7 mulheres diagnosticadas com depressão e com uma média de 41,7 anos de idade, foram sexualmente estimuladas através da visualização de um filme erótico. Verificou-se que as mulheres sem depressão apresentavam uma ativação significativa de várias regiões cerebrais envolvidas no funcionamento sexual (giro temporal médio, giro occipito-temporal medial, giro frontal inferior, insula, hipotálamo, área septal, giro cingulado anterior, giro parahipocampal, tálamo e amígdala). Em comparação com estas mulheres, as que tinham sido diagnosticadas com depressão apresentavam uma atividade cerebral inferior, principalmente na região do hipotálamo, da área septal, do giro cingulado anterior e do giro parahipocampal.¹¹

Perturbação de Ansiedade

Cerca de 15% da população sofre de algum tipo de perturbação de ansiedade e esta pode ser um fator importante no desenvolvimento de uma DS. O seu contributo tem sido reportado em vários casos de ansiedade de desempenho, principalmente em homens preocupados com a sua resposta erétil e duração da mesma. A autoestima dos indivíduos com este problema vai diminuindo progressivamente e poderão adotar modificações comportamentais, como

evitamento da intimidade e afastamento dos companheiros. Estes fatores por sua vez podem levar a um agravamento da ansiedade e do desempenho sexual, tornando-se num ciclo contínuo de fracasso e de ansiedade crescentes.⁴

Vários estudos demonstram que indivíduos com elevados níveis de ansiedade têm uma percentagem maior de DS comparativamente com a população em geral, tendo um estudo inclusive verificado que 75% dos pacientes com perturbação de ansiedade se queixavam de problemas ao nível da esfera sexual. Destes doentes, metade apresentava uma aversão sexual e masturbava-se menos frequentemente, apontando como motivo o receio de desencadear um ataque de pânico.¹

O papel da ansiedade é especialmente claro na patogénese das perturbações fóbicas relacionadas com a atividade sexual e a sua aversão. Existe uma elevada incidência de perturbações de pânico nos indivíduos que evitam a atividade sexual ou que se queixam de aversão, tendo alguns destes inclusive experienciado um ataque de pânico durante a atividade sexual. O pensamento de estar a envolver-se em algo “pecaminoso/sujo”, o medo da perda de controlo e a preocupação com o desempenho têm sido apontados como fatores desencadeantes.⁴ Um estudo que envolveu tanto homens saudáveis como com DS, que avaliou o grau de excitação destes indivíduos perante um estímulo erótico associado a um estímulo gerador de ansiedade, verificou que enquanto os indivíduos saudáveis exibiam um grau de excitação superior àquele que obtinham quando expostos apenas ao estímulo erótico, os indivíduos com DS, pelo contrário, reagem ao estímulo erótico combinado com o gerador de ansie-

dade com diminuição do grau de excitação. Os autores concluíram que a ansiedade afeta aparentemente de forma diferente os homens sexualmente funcionais ou com DS.¹⁵

Relativamente à fobia social, vários estudos sugerem uma associação com problemas sexuais, nomeadamente, dificuldades de intensidade moderada ao nível da excitação, do orgasmo e da satisfação sexual, queixando-se de preocupações relacionadas com o desempenho e o escrutínio dos outros.¹⁻⁴ Num estudo em que foram avaliados estudantes universitários, observou-se que aqueles que apresentavam uma percentagem elevada de ansiedade social tinham também uma maior incidência de DS.¹⁶ Um outro estudo aponta para uma percentagem de DS de 33.3% em pacientes com fobia social diagnosticada, queixando-se a maioria de ejaculação prematura. Para além disso, os homens com fobia social reportam um início mais tardio da atividade sexual e recorrem mais à prostituição (42%) comparativamente com homens sem esta perturbação (8%). Mulheres com fobia social queixam-se principalmente de dificuldades ao nível do desejo, da excitação e do orgasmo, apresentando taxas reduzidas de satisfação subjetiva com a atividade sexual. Estas mulheres têm também um menor número de parceiros sexuais em comparação com as mulheres saudáveis, sendo a percentagem de mulheres com fobia social com apenas um ou nenhum parceiro sexual de 44% contra 6% das mulheres sem a fobia.¹⁷

Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Diversos estudos têm reportado uma maior incidência de anorgasmia, dificuldades de ex-

citação, disfunção erétil, ejaculação precoce e evitamento sexual nos doentes com perturbação obsessivo-compulsiva (POC). Os indivíduos com POC apresentam ainda uma diminuição do desejo sexual, uma menor satisfação com as atividades sexuais e uma menor frequência das mesmas comparativamente com os indivíduos controlo. Estas alterações sexuais são ainda mais prevalentes nestes indivíduos do que naqueles diagnosticados com perturbação de ansiedade generalizada.^{1-2,4,7}

Num estudo em que foi avaliada a satisfação sexual de mulheres com POC, verificou-se que 62% apresentava um desejo sexual diminuído, 29% tinham dificuldades ao nível da excitação, 33% queixava-se de problemas relacionados com o orgasmo e 10% queixava-se de ausência de prazer e de satisfação com a atividade sexual. Os autores não observaram alterações significativas ao nível da frequência da atividade sexual, apesar das mulheres com POC parecerem evitar os contactos sexuais.⁷

Perturbação do Comportamento Alimentar

As perturbações do comportamento alimentar são caracterizadas, entre outras coisas, por uma alteração da imagem corporal, o que por si só pode influenciar a vivência da sexualidade. Alguns autores têm observado uma maior incidência de problemas sexuais nestes pacientes, chegando por vezes a afetar 80% desta população, que apresenta sobretudo uma diminuição da libido.^{1,7}

Os pacientes com anorexia nervosa por norma têm uma visão negativa deles próprios em relação com a sexualidade e praticam menos frequentemente a masturbação, o que já não é tão comum nos indivíduos com bulimia. Na

anorexia nervosa também está documentado um comportamento sexual inibido, uma repulsa em relação à atividade sexual e um medo da intimidade.^{1,7} Num estudo com este grupo de doentes, mais de 60% não estava em nenhuma relação sentimental.¹ Num outro estudo, as mulheres com anorexia nervosa exibiam um menor interesse sexual e uma maior quantidade de afetos negativos durante a atividade sexual, em comparação com a amostra controlo.⁷

Perturbações da Personalidade

Os pacientes com perturbação da personalidade exibem traços de personalidade desadaptativos e de tal forma rígidos que interferem com o funcionamento interpessoal e que acarretam dificuldades relacionais significativas, que por sua vez poderão influenciar o seu funcionamento sexual e a sua capacidade de intimidade. Tendo em conta estes aspetos e de acordo com alguns autores, estes indivíduos podem apresentar um conjunto diverso de alterações ao nível da esfera sexual, que vão da promiscuidade ao evitamento.^{1,7}

A relação entre a sexualidade e os diferentes tipos de perturbação de personalidade ainda não foi alvo de estudos suficientes, existindo apenas dados mais consistentes relativamente à perturbação de personalidade histriónica e *borderline*.

Segundo a literatura, os indivíduos com personalidades histriónicas têm por norma uma necessidade constante de gratificação, de ser reconfortados e de estar no centro de todas as atenções. Tendem também a preocupar-se bastante com o seu nível de atração e com o seu desempenho sexual. As mulheres com traços

de personalidade histriónica relatam menos problemas ao nível do desejo e da atividade sexual, mas sim maiores dificuldades na obtenção do orgasmo, uma maior insatisfação nas relações conjugais, um maior número de relações extraconjugais e uma menor autoestima. Já os homens referem ter relações sexuais mais frequentes, descrevem-se como os melhores amantes, proporcionando maiores níveis de satisfação às suas parceiras e tendo um maior número de relações extraconjugais.¹

Relativamente à perturbação de personalidade *borderline*, esta caracteriza-se por estabelecimento de relações interpessoais intensas e instáveis, pautadas por um medo intenso do abandono e da rejeição, e pela oscilação entre a idealização e a desvalorização do próprio e dos outros. Estas características influenciam a sexualidade destes indivíduos, que tanto podem manifestar uma hiper como uma hiposexualidade e exibir comportamentos que vão da promiscuidade ao evitamento da atividade sexual. As mulheres com perturbação de personalidade *borderline* adotam mais frequentemente comportamentos de risco e apresentam um aumento da atividade sexual, do número de parceiros e da autoestima. Por outro lado, também manifestam mais preocupações ao nível da esfera sexual e um maior descontentamento em relação à sua sexualidade. Segundo alguns estudos, 65% das mulheres e 45% dos homens com perturbação de personalidade *borderline* reportam experiências dissociativas, ideias de morte e comportamentos de automutilação depois de se envolverem numa atividade sexual e frequentemente evitam as relações sexuais para não sofrerem destes sintomas. Muitas vezes, os traumas sexuais

experienciados no passado são o que estão na origem desta sintomatologia, o que poderá explicar o facto de estarem documentados menores problemas sexuais nos pacientes com perturbação de personalidade *borderline* sem este tipo de antecedentes.¹

Influência dos Psicotrópicos na Função Sexual

O papel dos psicotrópicos no funcionamento sexual tem sido um assunto bastante abordado nos últimos anos, tendo-se observado uma associação entre a sua toma e o aumento da DS nos doentes com patologia psiquiátrica. Julga-se que a base explicativa para este fenómeno reside na interação que se estabelece entre os diferentes psicofármacos e os vários neurotransmissores envolvidos tanto na doença mental como na função sexual.^{2,7}

A resposta sexual é mediada tanto pelo sistema nervoso central como pelo periférico, e participam nela uma variedade de neurotransmissores, neuropeptídeos e hormonas. Alterações nestas substâncias poderão estar na origem de várias DS.^{2,7}

Relativamente aos neurotransmissores, a dopamina influencia positivamente a libido, a motivação sexual, a excitação, a ereção e o orgasmo, e é modulada pelo sistema serotoninérgico.^{1,7} A noradrenalina participa também na excitação, tanto em termos cognitivos como genitais.² A serotonina pode facilitar ou inibir a resposta sexual, dependendo da quantidade de neurotransmissão serotoninérgica existente na sinapse dos neurónios serotoninérgicos do sistema nervoso central. O seu efeito também vai depender do subtipo de receptor serotoninérgico que vai ser afetado. Por

exemplo, quando há uma ativação dos recetores 5-HT1A, a ejaculação vai ser estimulada; já quando os recetores 5-HT2C ou 5-HT2A estão inibidos, poderá ocorrer um aumento do desejo sexual.⁷

Para a manutenção da libido, é necessário ainda um determinado nível de testosterona plasmática em circulação, tanto no sexo masculino como feminino. A produção e libertação desta hormona está, por sua vez, dependente do nível plasmático de prolactina. A hiperprolactinemia inibe a libertação da testosterona e, por isso, está associada a uma redução do desejo sexual. Já a dopamina hipotalâmica inibe a libertação da prolactina, tendo como resultado final, um aumento da libido. A serotonina, por sua vez, estimula a libertação de prolactina, pelo que pode contribuir indiretamente para uma diminuição do desejo sexual. Várias outras substâncias podem interferir com os níveis de prolactina e, dessa forma, ter uma ação sobre a libido. Por exemplo, medicamentos como os antipsicóticos, antidepressivos, antihipertensores e analgésicos opiáceos estimulam a libertação de prolactina, diminuindo assim o desejo sexual. Pelo contrário, fármacos como a levodopa e agonistas dos recetores de dopamina podem aumentar a libido através da inibição da libertação de prolactina que provocam.⁷

Estudos recentes indicam também que os indivíduos não são igualmente afetados no seu funcionamento sexual pelos fármacos, verificando-se que uns estão geneticamente mais predispostos a sofrer uma DS provocada pelos psicotrópicos do que outros. Por exemplo, aqueles que possuem o genótipo do recetor 5-HT2A-1438 GG têm maior probabilidade de

vir a desenvolver uma DS associada à administração de antidepressivos em comparação com aqueles que tiverem um genótipo AA ou forem heterozigóticos. Polimorfismos no recetor D4 da dopamina também parecem contribuir de forma significativa para alterações na libido, na excitação e no orgasmo na população em geral.^{2,3}

Efeito dos Antidepressivos na Função Sexual

A introdução de um antidepressivo pode afetar todas as fases da resposta sexual, levando a vários tipos de disfunção. A prevalência de dificuldades sexuais em indivíduos deprimidos e sob tratamento com um antidepressivo pode chegar até aos 73%, com metade dos indivíduos a queixarem-se de problemas na libido e dois terços com disfunção ao nível do orgasmo.²

Relativamente à função sexual, os efeitos secundários provocados pelos antidepressivos mais conhecidos são o atraso na ejaculação, a anorgasmia, a disfunção erétil e a diminuição do desejo sexual. Podem também ocorrer outros efeitos mais raros, observados principalmente após a toma de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs), como a anestesia do pênis, do clitóris ou da vagina, ejaculação retrógrada, orgasmos dolorosos ou espontâneos, priapismo, aumento da libido e diminuição do volume ejaculatório.^{1,7}

Os efeitos secundários sexuais provocados pelos antidepressivos são na sua maioria dose-dependentes e reversíveis, desaparecendo ou atenuando quando a dose é reduzida ou o fármaco descontinuado. Contudo, nem sempre isto se verifica, existindo alguns casos em que os efeitos se mantêm após a suspensão do

antidepressivo. Estes efeitos são denominados de disfunção sexual pós-SSRI. Uma outra disfunção rara e que foi descrita recentemente é a síndrome dos genitais inquietos, que se caracteriza por sensações genitais pré-orgásticas não voluntárias e persistentes e que podem ocorrer em conjunto com a síndrome das pernas inquietas ou da bexiga hiperativa. Esta síndrome ocorre principalmente no início ou durante a descontinuação do antidepressivo e persiste muito tempo após a suspensão do mesmo. Afeta sobretudo mulheres, mas também pode surgir nos homens com sensações persistentes de pré-ejaculação na ausência de ereções.⁷

Segundo a literatura, é o mecanismo de ação dos antidepressivos que determina o efeito destes na função sexual, sendo que os que mais provocam alterações sexuais são os SSRIs, os inibidores da recaptção da noradrenalina e da serotonina (SNRIs), os inibidores da monoamina-oxidase e os antidepressivos tricíclicos.^{2,7}

De acordo com uma meta-análise realizada em 2009 e que incluiu todos os estudos duplamente cegos, transversais e retrospectivos realizados até à data que avaliavam a ação de vários antidepressivos na função sexual, os antidepressivos que provocam mais DS são a paroxetina, a sertralina, a venlafaxina, o citalopram e a fluoxetina. Já a duloxetina, a reboxetina, a imipramina, o escitalopram e a fluvoxamina apresentavam uma menor interferência na resposta sexual em comparação com os anteriores. Ainda nesta meta-análise, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o placebo e a agomelatina, a amineptina, a tianeptina, o bupropiom, a

moclobemida, a mirtazapina e a nefazodona. Neste estudo não foi incluída a vortioxetina, que é um antidepressivo recente e que aparentemente terá uma baixa incidência de efeitos secundários sexuais.¹⁸ Estudos mais recentes em que foi avaliado o efeito da vortioxetina na função sexual, verificaram que esta era equivalente em relação ao placebo no risco de provocar DS ou agravar os sintomas sexuais pré-existentes. Um estudo verificou ainda uma melhoria significativa no funcionamento sexual dos pacientes que previamente apresentavam DS quando medicados com citalopram, paroxetina ou sertralina e que depois lhes foi administrada vortioxetina, comparativamente àqueles que passaram a estar medicados com escitalopram.³

O efeito na DS da paroxetina (pertencente à classe dos SSRIs) em comparação com a duloxetina (pertencente à classe dos SNRIs) foi também avaliado em quatro ensaios, duplamente cegos, controlados com placebo e com um total de 1463 indivíduos. Verificou-se que a DS era significativamente maior no grupo tanto da paroxetina ($P > 0.001$) como da duloxetina ($P = 0.007$) em comparação com o placebo. Observou-se também que os indivíduos sob tratamento com paroxetina apresentavam maior DS que aqueles sob duloxetina. ($P = 0.015$).² Resultados similares foram obtidos num estudo que envolveu 188 indivíduos com perturbação depressiva major, em que 46.5% dos que estavam a ser tratados com duloxetina reportavam DS contra 62.8% dos que tomavam paroxetina.¹⁹ Um outro estudo, que avaliou o efeito na DS do citalopram e da duloxetina durante 8 meses, também demonstrou que a duloxetina provoca significativa-

mente menos efeitos secundários sexuais que o citalopram.²⁰ O mesmo se verificou em relação à duloxetine e o escitalopram, provocando este último mais DS.⁷

Mais tarde, um ensaio multicêntrico prospetivo que englobou 1022 doentes sob tratamento com diferentes antidepressivos, obteve incidências de DS associada aos SSRIs e à venlafaxina bastante elevadas (58-73%) em comparação com a mirtazapina (24%), a nefazodona (8%), a moclobemida (4%) e a amineptina (7%).²¹

Um outro estudo, que avaliou a DS associada à administração de SSRIs, SNRIs e bupropiom (um antidepressivo com atividade adrenérgica e dopaminérgica) em doentes deprimidos (N=798), verificou que mais de um quarto dos indivíduos a tomar SSRIs ou SNRIs exibiam DS, contra os 7% dos doentes sob tratamento com bupropiom que apresentavam DS. Neste estudo observaram-se também diferenças ao nível da DS segundo o sexo dos pacientes, com os homens a queixarem-se mais de problemas de desejo e orgasmo, e as mulheres de dificuldades ao nível da excitação. Os fatores de risco para DS associada aos antidepressivos e identificados neste estudo foram idade superior a 50 anos, menor nível de educação, não ter emprego a tempo inteiro, consumo de tabaco, presença de doenças comórbidas ou administração de fármacos conhecidos por também causar DS. Doses diárias totais dos antidepressivos pertencentes à metade superior da dosagem normal recomendada também estão associadas a maior DS do que doses pertencentes à metade inferior da dosagem recomendada, exceto no caso da fluoxetine e do bupropiom. Já a raça, o sexo e a duração do tratamento não permitiram prever o risco de DS neste estudo.²²

Foram também realizados outros estudos que compararam o efeito na função sexual dos SSRIs com o do bupropiom. Todos eles demonstraram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, tendo os SSRIs provocado maior DS que o bupropiom.²³ Num ensaio controlado com placebo e que envolveu 456 pacientes, observou-se que 30% dos indivíduos sob tratamento com fluoxetine apresentava dificuldades ao nível do orgasmo e ejaculação, em comparação com 10% dos doentes que estavam a tomar bupropiom ou placebo. Resultados similares foram obtidos noutro estudo que comparou a sertralina com o bupropiom em doentes com perturbação depressiva major. Dos que estavam medicados com sertralina, 52% queixava-se de problemas no orgasmo e na ejaculação, contra os 8% dos que estavam sob tratamento com bupropiom. Verificaram-se resultados semelhantes quando o bupropiom foi comparado com a paroxetina, o escitalopram e a venlafaxina em termos de interferência na função sexual.^{23,7}

Dentro da classe dos antidepressivos tricíclicos, estudos recentes têm indicado a clomipramina, a amitriptilina e a imipramina como os que mais afetam a função sexual, causando principalmente redução da libido, diminuição da lubrificação e inibição da ejaculação e do orgasmo. A desipramina e a nortriptilina são os antidepressivos tricíclicos que aparentemente provocam menos efeitos secundários sexuais em comparação com os anteriores.²³ Investigadores que avaliaram a influência da clomipramina em doentes com POC, observaram que mais de 90% destes apresentavam um atraso grave na obtenção do orgasmo.⁷ Outros autores defendem que a clomiprami-

na tem sido usada com sucesso em casos de ejaculação prematura. Contudo, estão descritos também casos em que a clomipramina foi responsável pelo surgimento de orgasmos espontâneos e de ejaculações dolorosas.^{2,3}

Uma meta-análise recente quantificou o risco de aparecimento de DS com diferentes antidepressivos, apresentando a seguinte estratificação (do menos provável ao mais provável de causar DS): moclobemida (4%), agomelatina (4%), amineptina (7%), nefazodona (8%), bupropiom (10%), mirtazapina (24%), fluvoxamina (26%), escitalopram (37%), duloxetine (42%), fenelzina (42%), imipramina (44%), fluoxetina (70%), paroxetina (71%), citalopram (79%), venlafaxina (80%).¹⁸

Existem também alguns estudos que demonstram que a administração de antidepressivos em doentes com depressão pode melhorar a função sexual ao mesmo tempo que diminuem os sintomas depressivos, notando-se principalmente melhorias ao nível do desejo, do interesse e da satisfação sexual. Os SSRIs podem ainda ter um efeito desejável no funcionamento sexual, na medida em que atrasam a ejaculação, podendo ser úteis para resolver problemas de ejaculação precoce.¹ A trazodona também tem sido associada a efeitos positivos na função sexual, tendo-se verificado que está associada a um aumento da libido e a um prolongamento do tempo para atingir o orgasmo. Alguns casos de priapismo também têm sido relacionados com a toma deste fármaco.²³

Efeito dos Antipsicóticos na Função Sexual

Todos os tipos de DS (diminuição da libido, dificuldades na excitação e ereção, ejaculação

retrograda, atraso na ejaculação, priapismo, entre outros) têm sido descritos em associação com o uso de antipsicóticos.^{2,3,24}

Os antipsicóticos podem influenciar a resposta sexual através de diversos mecanismos, sendo os mais estudados o efeito antidopaminérgico, a hiperprolactinemia, a inibição da atividade adrenérgica e o efeito antihistamínico e anti-muscarínico.^{1,24}

A hiperprolactinemia causada pelos antipsicóticos, devido ao antagonismo dopaminérgico que estes provocam na região tuberoinfundibular, tem sido apontada como a principal responsável pelos efeitos secundários sexuais associados aos antipsicóticos, correspondendo a 40% dos casos de DS nos pacientes com esquizofrenia. Este efeito é dose-dependente e é mais acentuado no caso dos antipsicóticos típicos e na risperidona.^{2,24}

A DS tem sido identificada entre 40 a 70% dos pacientes tratados para uma doença psicótica, sendo mais prevalente nos que estão sob tratamento com antipsicóticos típicos.² Acredita-se que os antipsicóticos atípicos exercem menor DS que os típicos devido ao facto de não provocarem uma hiperprolactinemia tão acentuada (com exceção para a amisulprida e a risperidona) e também por causarem mais raramente efeitos extrapiramidais, que por si só podem afetar o funcionamento sexual.^{1,2,3,7,24}

Num estudo que avaliou a função sexual em 46 pacientes sob tratamento com olanzapina ou risperidona, verificou que aqueles que estavam a ser tratados com olanzapina reportavam uma menor DS que os que estavam sob risperidona (12% vs. 52.4%).² Já num outro estudo, em que se comparou a risperidona com a quetiapina, observou-se que a DS era

menos frequente nos indivíduos com quetiapina (16%) do que com risperidona (50%).³ Estes resultados podem ser compreendidos tendo em conta que a risperidona, dentro do grupo dos antipsicóticos atípicos, é a que mais está associada ao aumento da prolactina.⁷

Segundo vários autores, a quetiapina é dos antipsicóticos que menos leva a um aumento da prolactina e menos provoca efeitos extrapiramidais, pelo que tem um risco menor de exercer um efeito negativo sobre a sexualidade em comparação com o haloperidol, a risperidona e a olanzapina (18% vs 35-43% segundo um estudo). A ziprasidona e a clozapina também não provocam alterações significativas ao nível da prolactina, pelo que são igualmente consideradas uma boa opção tendo em conta este aspeto.^{1,7,24}

Alguns estudos têm também demonstrado que a olanzapina exerce uma menor DS que a risperidona e que inclusive pode reverter alguns problemas sexuais provocados pela administração desta. Num ensaio prospetivo, de quatro meses de duração, indivíduos de ambos os sexos e com esquizofrenia estável tratada com risperidona ou um antipsicótico típico, foram divididos em dois grupos: num o tratamento antipsicótico era mantido e noutra alterava-se para a olanzapina. No final do estudo, verificou-se que os indivíduos cujo esquema terapêutico foi alterado para olanzapina apresentavam uma redução significativa dos níveis de prolactina e uma melhoria também significativa do funcionamento sexual. Os homens exibiram ainda um aumento da testosterona livre e algumas mulheres beneficiaram de uma regulação dos seus ciclos menstruais e resolução da galactorreia e ginecomastia.³

O aripiprazol também não costuma estar associado nem a um aumento da prolactina, nem a uma maior incidência de problemas sexuais, podendo pelo contrário provocar uma melhoria ao nível da libido, da excitação e do orgasmo.^{1,2,24} Um estudo em que se avaliou o efeito do aripiprazol na função sexual quando adicionado a um esquema terapêutico previamente estabelecido com outro antipsicótico, obteve como resultado ao fim de 12 semanas uma redução dos níveis de prolactina, tanto no grupo em que o antipsicótico anterior foi substituído pelo aripiprazol como no grupo em que o aripiprazol foi apenas adicionado ao esquema. Observou-se ainda uma melhoria ao nível da resposta erétil e ejaculatória no caso dos homens e a uma regulação do ciclo menstrual nas mulheres. Com estas alterações favoráveis, obteve-se como resultado final uma melhoria do funcionamento sexual e um aumento da satisfação neste grupo de doentes.³

Duas revisões recentes que compararam os diferentes antipsicóticos tendo em conta a DS que cada um provoca, confirmaram os resultados anteriormente descritos, concluindo que a risperidona é a que mais frequentemente provoca DS, seguida pelo haloperidol, clozapina, olanzapina e quetiapina. A menor frequência de DS foi atribuída ao aripiprazol.²⁵

Efeito das Benzodiazepinas na Função Sexual

Segundo a maioria dos estudos, as benzodiazepinas (BZDs) não interferem com a função sexual de forma significativa. Contudo, alguns investigadores notaram que a incidência de problemas sexuais é maior nos

pacientes que estão sob tratamento apenas com antidepressivos do que naqueles que estão medicados com antidepressivos e BZDs. Estes resultados provavelmente devem-se ao alívio que as BZDs podem proporcionar aos indivíduos com ansiedade de desempenho.^{1,26} Outros investigadores têm estabelecido uma associação entre o lorazepam e o clonazepam a um aumento da libido, e a uma maior desinibição sexual, respetivamente.³ Contrariamente, existem outros estudos que apontam para um agravamento da função sexual nas mulheres que tomam BZDs.^{2,26} Outros reportam ainda diminuição do desejo sexual, atraso na obtenção do orgasmo e disfunção erétil nos indivíduos que consomem BZDs, possivelmente através do aumento da atividade GABAérgica.^{3,26}

Efeito dos Estabilizadores de Humor na Função Sexual

Os estabilizadores de humor, como o lítio e os anticonvulsivantes, também têm sido associados ao desenvolvimento de problemas sexuais. Contudo, esta associação é pouco frequente e são raros os estudos que a estabelecem de forma significativa.^{2,26}

Relativamente ao lítio, há um estudo recente que avaliou a função sexual em 35 indivíduos com perturbação afetiva bipolar ou esquizoafetiva que estavam sob tratamento com lítio. Os autores concluíram que 31.4% dos indivíduos apresentava DS e que destes, 23% queixava-se de redução de pensamentos sexuais, 20% de dificuldades na excitação e 14% de disfunção erétil. Neste estudo não foi possí-

vel detetar uma correlação entre a DS e o nível sérico do lítio.³

Quanto ao ácido valpróico, sabe-se que provoca um aumento dos níveis de testosterona e de estrogénio, que por sua vez podem contribuir para o desenvolvimento de hirsutismo e da síndrome do ovário poliquístico nas mulheres, e levar a uma redução do volume testicular nos homens. Para além disso, têm sido descritos casos de diminuição grave da libido e anorgasmia em mulheres com perturbação afetiva bipolar a tomar ácido valpróico. Há autores que atribuem estes sintomas ao aumento da atividade serotoninérgica induzida pelo valproato.^{3,26}

A carbamazepina, por sua vez, tem sido associada a uma redução da testosterona livre e a um hipogonadismo. No caso da oxcarbazepina, há estudos que afirmam que pode contribuir para uma anorgasmia e ejaculação retrógrada. Num outro estudo, realizado em indivíduos com epilepsia a tomar oxcarbazepina, verificou-se que 181 participantes (79.4%) apresentavam uma melhoria do funcionamento sexual 3 meses após o início da toma.³ No que diz respeito à gabapentina e à pregabalina, têm sido descritos casos de anorgasmia e de disfunção erétil associados à sua administração. A gabapentina têm sido ainda associada a diminuição da libido e problemas de ejaculação e a pregabalina a atrasos na ejaculação.³

A lamotrigina acredita-se que não afeta a função sexual, mas ainda existem poucos estudos que tenham avaliado o seu efeito neste campo.³

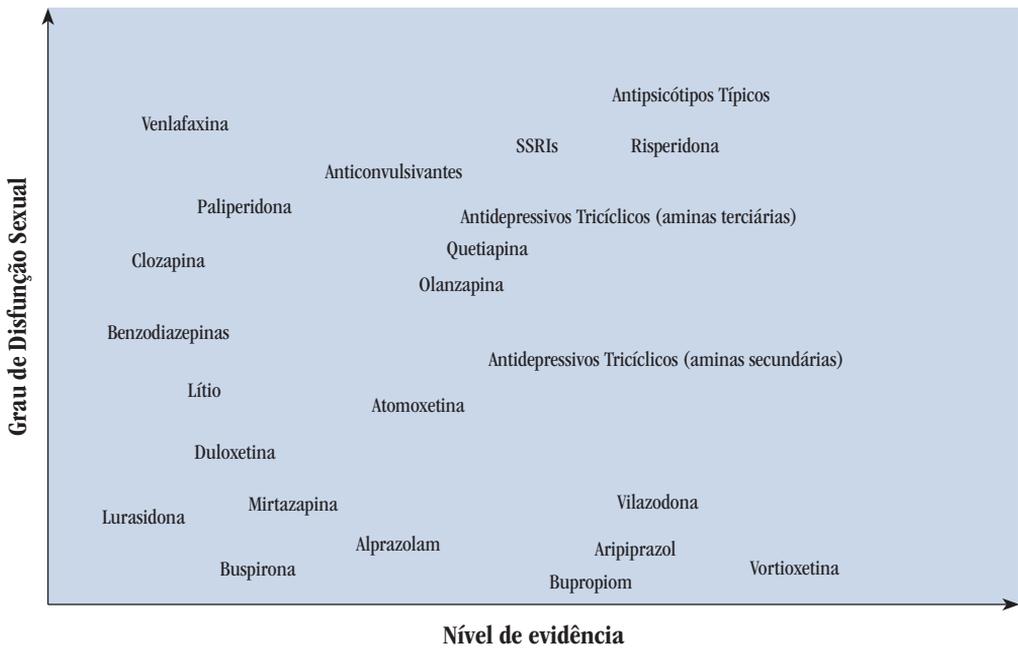


Figura 1. Gráfico com o grau de disfunção sexual nos diferentes psicofármacos e de acordo com o nível de evidência para cada um. (Adaptado de Clayton *et al*, 2016) ³

Abordagem da Disfunção Sexual em Psiquiatria

Quando na prática psiquiátrica um paciente apresenta um problema ao nível sexual é essencial, antes de mais, realizar uma história clínica completa e detalhada, focando a sintomatologia e toda a vivência psicológica, social e relacional que a engloba. É também importante compreender a influência que a sexualidade comporta na qualidade de vida do indivíduo, de forma a poder atuar em consonância com ela.²⁵ É igualmente imprescindível apurar toda a medicação que o indivíduo está a tomar, excluir o abuso de substâncias psicoativas (que muitas vezes

estão na origem da DS) e procurar outros sintomas que poderão estar a afetar a função sexual, nomeadamente sintomas físicos de doenças endócrinas ou vasculares.²⁵ Após a recolha da história clínica e da realização do exame físico, pode ser também recomendável a prescrição de exames complementares de diagnóstico para pesquisar possíveis causas médicas de DS, nomeadamente, alterações orgânicas provocadas pelos psicofármacos. Os exames laboratoriais mais frequentemente realizados são o doseamento da glicemia, o perfil lipídico e estudos hormonais (como o doseamento das hormonas tiroideias, da testosterona e da prolactina).^{4,27}

Relativamente à abordagem terapêutica, existem diferentes tipos de tratamento disponíveis, incluindo estratégias não farmacológicas e farmacológicas. Contudo, é importante salientar que a maioria das estratégias descritas na literatura e usadas na prática clínica não estão fundamentadas por estudos científicos sólidos, randomizados e controlados com placebo.

Relativamente às opções terapêuticas não farmacológicas usadas em pacientes com doença psiquiátrica e que apresentam DS, as mais indicadas são a psicoterapia (individual ou de casal) e a modificação comportamental (como por exemplo a adoção de outras práticas sexuais, programação regular da atividade sexual, realização de exercício antes da atividade sexual, entre outros). Se o doente apresentar fatores psicológicos que possam estar a contribuir para a DS, como ansiedade de desempenho, conflitos interpessoais com o companheiro ou história de trauma sexual, poderá ser especialmente benéfico ser submetido a psicoterapia. Quanto ao exercício antes da atividade sexual, julga-se que este poderá aumentar a libido. Apesar de não existirem estudos randomizados que comprovem a eficácia destas medidas neste tipo de população, elas parecem ser um bom primeiro passo na abordagem terapêutica, principalmente quando o clínico ou o paciente estão hesitantes em adotar outro tipo de medidas, ou então como terapia adjuvante.³

A modificação dos fatores de risco associados à DS e que podem estar agravados com a administração dos vários psicofármacos, é também primordial na abordagem do doente psiquiátrico com DS. Isto inclui promover a

suspensão do consumo de álcool ou de outras substâncias psicoativas, estimular a cessação tabágica, controlar os níveis glicémicos e tratar a obesidade, a hipertensão, a dislipidemia e a doença cardiovascular.^{3,4}

Quanto ao tratamento farmacológico da DS que se acredita ser devida à ação dos psicofármacos, outras medidas podem ser tomadas, nomeadamente:

a) Aguardar por uma remissão espontânea da DS – Vários clínicos optam por esperar que uma possível remissão dos sintomas sexuais ocorra, antes de realizar qualquer alteração terapêutica ao esquema previamente instituído. Existem alguns estudos que suportam esta atitude, contudo estes demonstram que a remissão espontânea da DS demora entre 4 a 6 meses e apenas ocorre em 5 a 10% dos indivíduos. Convém portanto ter cuidado quando se opta por esta medida, que poderá estar associada a um agravamento da qualidade de vida e a um maior grau de insatisfação por parte do paciente, por sua vez poderá levar ao não cumprimento do esquema terapêutico, a uma falha na relação médico-doente e ao abandono do seguimento.^{3,4,23,24}

b) Redução da dose do psicofármaco associado à DS – Os estudos indicam que a DS causada pelos SSRI é dose-dependente e reversível, pelo que esta medida pode ser bastante eficaz na resolução dos problemas sexuais. No caso dos antipsicóticos, uma redução da dose também pode ser útil na melhoria da função sexual. Contudo, requer uma maior vigilância por parte do clínico em relação a possíveis recaídas dos sintomas psiquiátricos.^{3,4,23,24,25}

c) Pausa na toma da medicação – Suspender a toma do psicofármaco durante 2 a 3 dias antes da atividade sexual pode também ser uma medida válida para aqueles pacientes que têm atividade sexual planeada e pouco frequente. Por outro lado, comporta o risco de aparecimento de sintomas de descontinuação e pode levar a que o doente deixe de tomar a medicação por inteiro. Um estudo em que se avaliou o efeito na função sexual da suspensão de duas tomas consecutivas de sertralina ou paroxetina durante o fim-de-semana em quatro fins-de-semana consecutivos, obteve uma melhoria no funcionamento sexual nos dias em que a medicação não era tomada. No estudo, não se detetou nenhum agravamento ao nível dos sintomas depressivos, mas não foi avaliada a presença de sintomas de descontinuação. Contudo, esta estratégia é apenas viável no caso de antidepressivos de semivida curta, como a paroxetina e a sertralina, não surtindo qualquer efeito com a fluoxetina devido à sua semivida longa. Para além disso, não é uma solução satisfatória para uma grande maioria de doentes por a DS surgir com a retoma da medicação, requerer um planeamento da atividade sexual e interferir com atividades sexuais mais frequentes. No caso dos antipsicóticos, esta medida é desencorajada por estar associada ao aumento do risco de recaídas e de falhas na adesão terapêutica.^{3,4,23,24}

d) Optar por outro psicofármaco – Existem medicamentos que em princípio terão uma menor interferência na função sexual, pelo que poderá ser uma boa estratégia optar por estes sempre que a condição clínica o permita. No caso dos antidepressivos, os que estão associados a uma menor incidência de efeitos

negativos na resposta sexual são: o bupropiom, a mirtazapina, a vilazodona, a vortioxetina, a nefazodona, a reboxetina, a atomoxetina, a agomelatina, a trazodona e a moclobemida. Segundo uma revisão da Cochrane realizada em 2013 e que avaliou as diferentes estratégias de tratamento da DS associada aos antidepressivos, o bupropiom foi o único medicamento, a par do inibidor da fosfodiesterase-5, que permitiu reverter os problemas sexuais de forma significativa, tanto em homens como em mulheres. No caso dos antipsicóticos, é aconselhável optar por um que provoque uma menor hiperprolactinemia, menos efeitos extrapiramidais e tenha uma menor repercussão em termos metabólicos. Tendo em conta estes efeitos, os antipsicóticos que têm sido mais indicados são a quetiapina, a ziprasidona, a clozapina, a paliperidona e o aripiprazol. Vários estudos confirmam que trocar um antipsicótico com elevada repercussão nos níveis de prolactina por outro que reverte este efeito, é benéfico na função sexual, podendo inclusive reverter a disfunção. O antipsicótico que apresenta melhores resultados ao nível da reversão da DS associada a outros antipsicóticos é o aripiprazol. No entanto, convém ter em atenção que trocar a medicação anteriormente prescrita por outra, pode acarretar uma resposta aos sintomas psiquiátricos menos eficaz, existindo o risco de recaída.^{3,4,23,24}

e) Adicionar um fármaco que melhore a resposta sexual – Se o esquema terapêutico instituído estiver a produzir bons resultados do ponto de vista psiquiátrico, é válido que o clínico opte por manter o mesmo esquema e que introduza um outro fármaco com o objetivo de contrabalançar os efeitos do an-

terior ao nível da resposta sexual. Com base na evidência científica disponível, os únicos medicamentos com claro benefício quando adicionados a um esquema anterior e que permitem uma melhoria ao nível da função sexual de forma estatisticamente significativa são o bupropiom, em ambos os sexos, e os inibidores da fosfodiesterase-5 no caso dos homens. No caso do bupropiom, o seu efeito positivo a nível sexual é dose-dependente, verificando-se que frequentemente são necessárias doses diárias de 300 a 450 mg para obter benefício. Quanto aos inibidores da fosfodiesterase-5 (sildenafil e tadalafil), eles são eficazes em reverter a disfunção erétil e as dificuldades ao nível do orgasmo associa-

das à toma dos psicofármacos quando usados antes da atividade sexual. Vários outros fármacos têm sido usados com o objetivo de melhorar a função sexual e aparentemente com resultados positivos, nomeadamente: mirtazapina, buspirona, antihistamínicos (ciproetadina e loratadina), amantadina, ioimbina, aripiprazol, betanecol, granisetron e adenosilmetionina. O *ginkgo biloba*, o óleo de rosa damascena e a raiz de maca também têm sido usados com este propósito. Contudo, ainda não existe evidência suficiente ou estatisticamente significativa quanto à eficácia destes fármacos e substâncias na função sexual, sendo necessários mais estudos que comprovem o seu efeito benéfico.^{3,4,23,24}

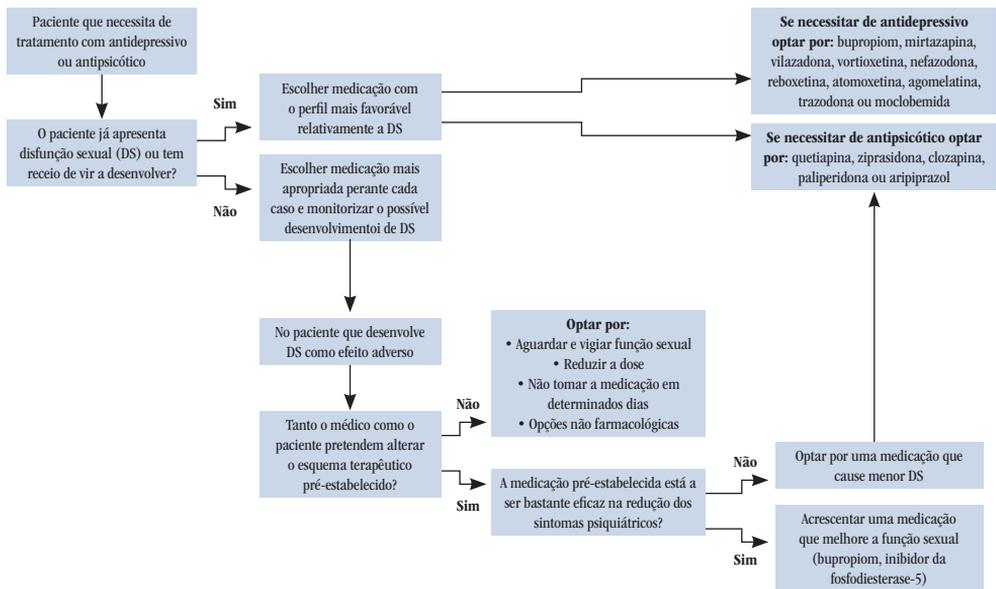


Figura 2. Algoritmo sugerido para abordagem terapêutica da disfunção sexual associada a psicofármacos. (Adaptado de Clayton *et al*, 2016)³

CONCLUSÃO

A DS tem um impacto importante na saúde mental e na qualidade de vida de muitos dos pacientes afetos de doença psiquiátrica. Estudos indicam que a DS presente nestes doentes poderá ser devida não só às relações interpessoais e ao meio que envolve os indivíduos, mas também à própria influência da psicopatologia na função sexual e à ação dos psicofármacos escolhidos para tratamento. A DS associada ao uso dos psicotrópicos tem ainda como consequência grave a diminuição da adesão terapêutica ou até mesmo o total abandono do seguimento psiquiátrico. É portanto essencial que o clínico esteja atento a este fenómeno e às suas possíveis implicações, tomando uma atitude informada e optando pela abordagem mais adequada. Esta abordagem permitirá evitar ou, pelo menos, minorar o impacto da doença mental e dos psicotrópicos na função sexual e assim assegurar uma boa adesão terapêutica e uma melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared that no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared that no external funding was received for this study.*

Bibliografia / References

1. Soldati L. Sexual dysfunction among patients with psychiatric disorders. *Rev Med Suisse.* 2016; 12(510):544-7.
2. Clayton AH, Balon R. The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: the evidence and management. *J Sex Med.* 2009; 6(5):1200-11; quiz 1212-3.
3. Clayton AH, Alkis AR, Parikh NB, Votta JG. Sexual Dysfunction Due to Psychotropic Medications. *Psychiatr Clin North Am.* 2016; 39(3):427-63.
4. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:89-106.
5. Shivananda MJ, Rao TS. Sexual dysfunction in medical practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):331-5.
6. 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.
7. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handb Clin Neurol.* 2015; 30:469-89.
8. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med.* 2008; 5: 289–300.
9. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM et al. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med.* 2008; 5: 777–787.
10. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010; 7: 1598–1607.
11. Yang JC. Functional neuroanatomy in depressed patients with sexual dysfunction: blood

- oxygenation level dependent functional MR imaging. *Korean J Radiol.* 2004; 5:87–95.
12. Ponzholzer A, Temmi C, Mock K et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. *Eur Urol.* 2005; 47: 80–86.
 13. Mialon A, Berchtold A, Michaud PA et al. Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *J Adolesc Health.* 2012; 51: 25–31.
 14. Bancroft J. Sexual arousal and response: The psychosomatic circle. Bancroft J, ed. *Human sexuality and its problems.* 3rd ed. Londres: Churchill Livingstone Elsevier. 2009.
 15. Heimberg RG, Barlow DH. Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics.* 1988; 29:27–37.
 16. Leary MR, Dobbins SE. Social anxiety, sexual behavior, and contraceptive use. *J Pers Soc Psychol.* 1983; 45:1347–1354.
 17. Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D et al. Sexual function and behavior in social phobia. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63:874–879.
 18. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants. A meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29: 259–266.
 19. Lunde I, Ortmann J. Prevalence and sequelae of sexual torture. *Lancet.* 1990; 336(8710):289-91.
 20. Perelman MA. The sexual tipping point: a mind/body model for sexual medicine. *J Sex Med.* 2009; 6(3):629-32.
 21. Georgiadis JR, Kringelbach ML. The human sexual response cycle: brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Prog Neurobiol.* 2012; 98(1):49-81.
 22. Ashton AK, Jamerson BD, Wagoner C, et al. Antidepressant-related adverse effects impacting treatment compliance: results of a patient survey. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2005; 66(2):96-106.
 23. La Torre A, Giupponi G, Duffy D, Conca A. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review--part I: antidepressants. *Pharmacopsychiatry.* 2013; 46(5):191-9.
 24. La Torre A, Conca A, Duffy D, Giupponi G, Pompili M, Grözinger M. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review part II: antipsychotics. *Pharmacopsychiatry.* 2013; 46(6):201-8.
 25. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The facts about sexual (Dys) function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull.* 2015; 41(3):674-86.
 26. La Torre A, Giupponi G, Duffy DM, et al. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: a critical review. Part III: mood stabilizers and anxiolytic drugs. *Pharmacopsychiatry.* 2014; 47(1):1-6.
 27. Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, et al. Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *J Sex Med.* 2016; 13(8):1166-82.