



Mulher, Depressão e Disfunção Sexual

Os níveis de estrógeno começam a se elevar na puberdade, a partir da qual há variação cíclica. Os ciclos persistem durante o período reprodutivo, exceto na gravidez, quando o nível de estrógeno eleva-se abruptamente, voltando a normalizar-se no puerpério, assim que recomeçam os ciclos menstruais. O período de transição entre a fase de menstruação regular e a completa cessação de menstruação chama-se perimenopausa, que antecede em cinco a sete anos a menopausa. Na menopausa, a terapia hormonal pode restaurar os níveis de estrógeno, equiparando-os aos dos anos reprodutivos (Figura 6) (STAHL, 2008).

Foi descrito por Stahl (2001) que há maior probabilidade para a depressão feminina na medida em que se acentuam oscilações nos níveis do estrógeno ao longo da vida, a partir da menarca. Risco aumentado de depressão também é observado quando ocorre súbita elevação dos níveis de estrógeno na gravidez, seguida por acentuada queda no puerpério. Subsequentemente, há um período crítico para início ou recorrência de episódios depressivos associados à infertilidade, à ocorrência

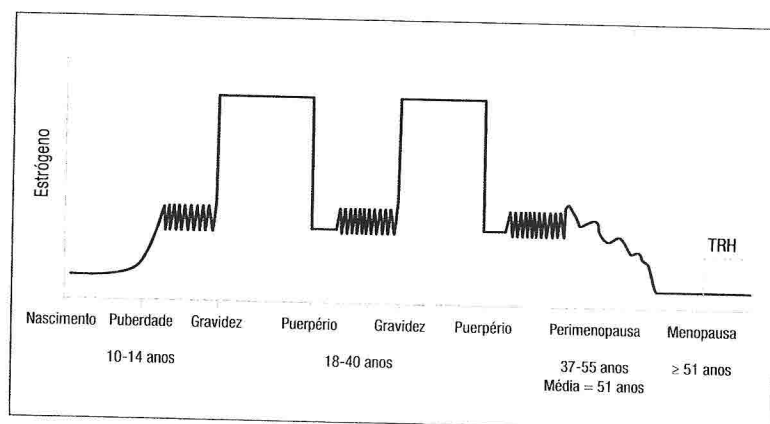


Figura 6 – Níveis de estrógeno variam drasticamente ao longo do ciclo de vida da mulher, de acordo com os eventos reprodutivos. TRH = terapia de reposição hormonal (adaptada de STAHL, 2008).

de abortos ou de perdas perinatais. A última etapa de risco aumentado é o período perimenopausal, quando os níveis de estrógeno oscilam, declinando gradualmente. História familiar de depressão ou episódios pessoais prévios, relacionamentos conflituosos, gravidez não desejada e estressores recentes predispoem à depressão 20% das gestantes (KITAMURA *et al.*, 1993). Esses mesmos fatores de risco aumentam as chances de depressão pós-parto, que acomete entre 10% e 15% das puérperas (WITTCHEN *et al.*, 2002). Aquelas que ao longo da vida tiveram transtorno disfórico pré-menstrual, depressão gestacional e/ou puerperal têm risco aumentado de depressão na menopausa (FREEMAN *et al.*, 2004; ABDO *et al.*, 1997; STEWART; BOYDELL, 1993).

Por outro lado, a incidência de depressão é basicamente constante nos homens, durante a vida, após a puberdade, e os níveis de testosterona declinam suavemente depois dos 30 anos. Não se identifica neles relação tão estreita entre depressão e níveis hormonais.

Associação entre períodos de oscilação hormonal intensa e maior prevalência/exacerbação de doença psiquiátrica foi apontada por Soares, Poitras e Prouty (2003), que destacaram a ocorrência de disforia pré-menstrual, depressão puerperal e sintomas depressivos durante a perimenopausa. Esses autores retomaram a hipótese de que os esteroides sexuais, tais como os estrógenos, a progesterona, a testosterona e a deidroepiandrosterona (DHEA), desempenham papel importante na modulação do funcionamento cerebral, provavelmente pelas interações com os vários sistemas neurotransmissores. Alteração abrupta nos níveis desses hormônios interferiria no humor e no comportamento. Dados de estudos sugerem que intervenções hormonais também podem promover alívio ou mesmo remissão de sintomas depressivos (SOARES; POITRAS; PROUTY, 2003). Entretanto, esse não deve ser o tratamento eleito para quadros depressivos femininos, especialmente em casos moderados e graves. A depressão requer tratamento antidepressivo sistematizado, uma vez feito o diagnóstico.

A súbita ocorrência de altos níveis de estrógeno na puberdade altera a sensibilidade dos sistemas neurotransmissores. Além disso, a oscilação constante de níveis de estrógeno e progesterona durante os anos reprodutivos da mulher provoca modificações constantes

nesses sistemas neurotransmissores. Essa atividade ou sensibilidade alterada pode causar síndromes pré-menstruais. A vulnerabilidade aumentada à depressão durante a gravidez e o parto seria atribuída às enormes mudanças nos níveis de estrógeno e progesterona, somadas à supressão significativa no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Na menopausa, os níveis de estrógeno diminuem paralelamente ao aumento do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo-estimulante (FSH). Desordens de humor na mulher perimenopáusicas mais vulnerável podem ser desencadeadas pela perda dos efeitos moduladores do estrógeno e da progesterona. A associação entre a eclosão de episódios depressivos e ciclo reprodutivo da mulher está esquematizada na figura 7.

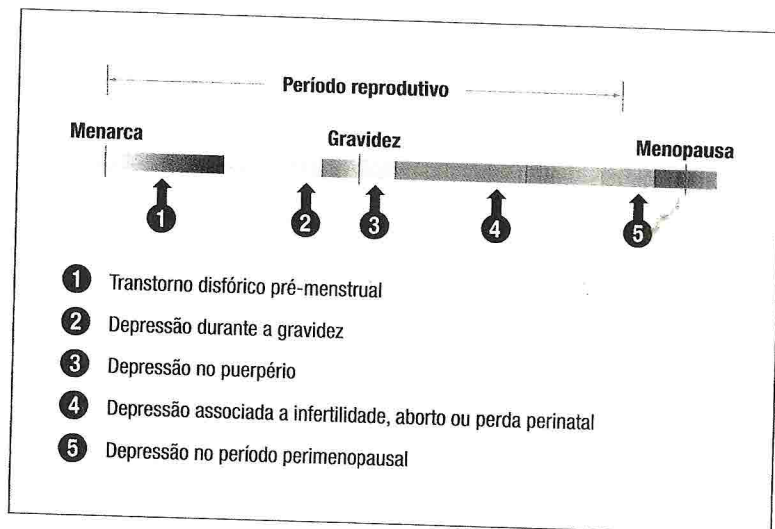


Figura 7 – Depressão ao longo do ciclo reprodutivo da mulher (adaptada de STEINER, 2008).

A irritabilidade, o choro, a ansiedade, o humor depressivo e lábil, a falta de motivação e de energia, a pouca concentração e o sono interrompido são sintomas prevalentes de depressão na perimenopausa. Revisando resultados de vários estudos, Steiner, Dunn e Born (2003) concluíram que os “calores” noturnos provocam um sono cronicamente alterado, levando a irritabilidade, ansiedade e disforia. Além disso, reconheceram que o padrão dos eventos neuroendócrinos relacionados ao processo reprodutivo feminino é dependente das mudanças, provavelmente por sensibilidade feminina aos fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos.

Atribui-se aos sintomas vasomotores a responsabilidade pelo mecanismo desencadeador de sintomas depressivos perimenopausais: a diminuição do estrógeno provocaria fogachos, que, por sua vez, levariam à insônia e, conseqüentemente, a sintomas depressivos perimenopausais, somando-se à causalidade decorrente da diminuição estrogênica (COHEN, 2004).

No climatério e especialmente na menopausa, esses sintomas se sobrepõem aos próprios dessa fase da vida da mulher, mascarando muitas vezes a depressão (Figura 8).

O *Harvard Study of Moods and Cycles* (HARLOW *et al.*, 2003) identificou que mulheres com histórico de depressão haviam tido menarca mais precoce, menor número de filhos, maior índice de massa corpórea no início do estudo, conflitos conjugais e maior probabilidade de serem tabagistas. Considerando-se uma possível associação entre transtorno

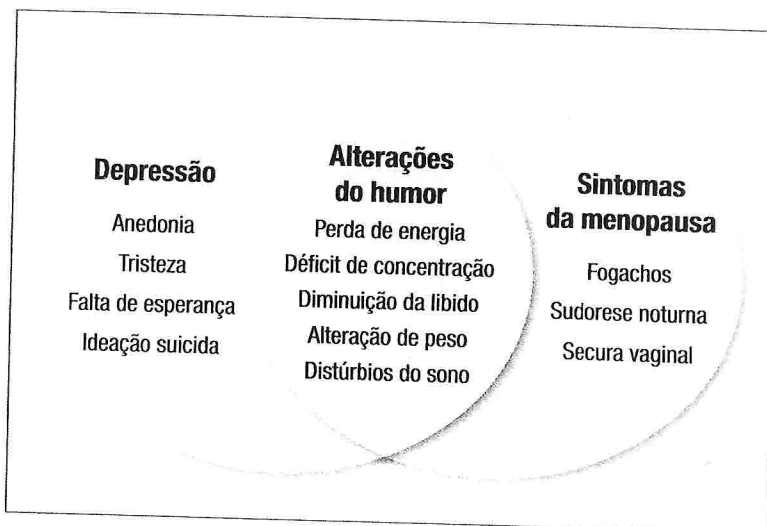


Figura 8 – Sobreposição de sintomas de depressão e de menopausa (adaptada de JOFFE *et al.*, 2003; SOARES *et al.*, 2005).

depressivo maior e declínio precoce da função ovariana, ou seja, uma transição antecipada para a perimenopausa, aventou-se a possibilidade de essas mulheres estarem expostas por mais tempo a um estado hipoestrogênico, com perda da densidade óssea, disfunção sexual, comprometimento da função cognitiva e risco aumentado para doença cardiovascular. Analisadas essas várias condições, concluiu-se que mulheres com histórico de transtorno depressivo maior foram expostas a um maior período perimenopausal, o que vem sendo associado à maior vulnerabilidade para novo episódio depressivo ou recorrência.

Valorizando a associação entre depressão e deficiência estrogênica, Steiner (2004) sistematizou resultados de alguns estudos recentes:

- modificações induzidas pela imipramina no receptor 5-HT da serotonina dependem da presença de estrógeno;
- estrógeno pode melhorar o estado psicológico de mulheres pós-menopausadas;
- estrógeno apresentou efeito semelhante ao antidepressivo (AD) em teste de natação forçada;
- estrógeno oral conjugado em altas doses promoveu redução de sintomas em mulheres deprimidas resistentes ao tratamento;
- a depressão e o não uso de terapia de reposição estrogênica são fatores de risco para doença de Alzheimer.

Esse autor se referiu a outros estudos recentes, relatando que, em mulheres com menopausa cirurgicamente induzida, a terapia de reposição hormonal (TRH) melhora o humor e o funcionamento cognitivo.

Na transição menopáusicas, fatores psicossociais, culturais e relacionais também têm importância na disponibilidade feminina para lidar com as alterações biológicas próprias dessa etapa, notadamente o envelhecimento e as oscilações hormonais (ABDO; FLEURY, 2005).

O bem-estar físico e a saúde mental, mais que a condição menopáusicas, são extremamente importantes para a percepção

da intimidade sexual dessa população (BERMAN *et al.*, 1999; NAPPI *et al.*, 2002).

A história prévia de cada mulher define sua percepção do comportamento sexual. Aquelas que valorizaram a atividade sexual, quando mais jovens, tendem a manter essa qualidade. Algumas inclusive aumentam o interesse pelo sexo na perimenopausa (PENTEADO *et al.*, 2000; FRACKIEWICZ; CUTLER, 2000).

Resultados de estudos populacionais como o *Melbourne Women's Midlife Health Project* confirmam a associação entre comprometimento da função sexual feminina e meia-idade, atribuindo às mudanças hormonais apenas um papel parcial no impacto multifatorial sobre a sexualidade. Relacionam-se, entre os fatores predisponentes, o nível prévio de funcionamento sexual, a presença de sintomas desconfortáveis, o bem-estar geral, o estresse e a presença/qualidade do relacionamento sexual com o parceiro (DENNERSTEIN, 2003).

Com as evidências de que a perimenopausa é um período em que as mulheres podem estar potencialmente mais vulneráveis a episódios de humor e disfunções sexuais, torna-se importante a atenção dos profissionais da saúde aos primeiros indícios de preocupações relacionadas a essas duas condições, muito frequentemente apresentadas como queixas sexuais. Recomenda-se uma avaliação ampla, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, relacionais e de condições sociais potencialmente relevantes, viabilizando a participação da própria mulher no desenvolvimento de habilidades adequadas a essa etapa da vida (ROMM, 2003).