

DISFUNÇÃO SEXUAL PERSISTENTE PÓS-ANTIDEPRESSIVOS: INVISIBILIDADE CLÍNICA E IMPACTOS NA SAÚDE E SEXUALIDADE

PERSISTENT POST-ANTIDEPRESSANT SEXUAL DYSFUNCTION: CLINICAL INVISIBILITY AND IMPACTS ON HEALTH AND SEXUALITY

DISFUNCIÓN SEXUAL PERSISTENTE POST-ANTIDEPRESIVOS: INVISIBILIDAD CLÍNICA E IMPACTOS EN LA SALUD Y LA SEXUALIDAD

Vitor Salles Coelho dos Reis¹  Guilherme Gomes Einsfeld Oliveira¹  Rafael Lopes da Silva¹  Maria Helena Durães Alves Monteiro² 

Resumo: A Disfunção Sexual Pós-ISRS (PSSD) é uma condição iatrogênica persistente caracterizada por sintomas como anestesia genital, perda de libido, anorgasmia, disfunção erétil e ausência de prazer sexual, que permanecem mesmo após a suspensão dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Apesar do número crescente de relatos, a PSSD ainda é subnotificada, pouco compreendida e ausente dos principais manuais diagnósticos internacionais. Este trabalho tem como objetivo revisar criticamente a literatura científica sobre a PSSD, propor um fluxograma diagnóstico baseado em critérios clínicos reconhecidos e discutir aspectos negligenciados da escuta médica, impactos psicossociais nos pacientes e a urgência de reavaliação dos critérios de prescrição dos ISRSs. Destaca-se a necessidade de novos protocolos clínicos e investimento em pesquisas com alto nível de evidência científica para avançar na compreensão, reconhecimento e tratamento dessa síndrome.

Palavras-chave: Disfunção sexual pós-ISRS; Antidepressivos; Efeitos adversos persistentes; Anestesia genital. PSSD.

Abstract: Post-SSRI Sexual Dysfunction (PSSD) is a persistent iatrogenic condition characterized by symptoms such as genital anesthesia, loss of libido, anorgasmia, erectile dysfunction, and lack of sexual pleasure that persist even after the discontinuation of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs). Despite a growing number of reports, PSSD remains underreported, poorly understood, and absent from major diagnostic manuals. This study aims to critically review the scientific literature on PSSD, propose a diagnostic flowchart based on recognized clinical criteria, and discuss overlooked aspects of medical listening, psychosocial impacts on patients, and the urgent need to reassess current SSRI prescribing practices. The study emphasizes the need for new clinical protocols and investment in high-quality research to advance the understanding, recognition, and treatment of this syndrome.

Keywords: Post-SSRI sexual dysfunction; Antidepressants; Persistent adverse effects; Genital anesthesia; PSSD.

Resumen: La Disfunción Sexual Post-ISRS (PSSD) es una condición iatrogénica persistente caracterizada por síntomas como anestesia genital, pérdida de la libido, anorgasmia, disfunción erétil y ausencia de placer sexual, que persisten incluso después de la suspensión de los Inibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). A pesar del creciente número de reportes, la PSSD continúa subnotificada, poco comprendida y ausente de los principales manuales diagnósticos internacionales. Este trabajo tiene como objetivo revisar críticamente la literatura científica sobre la PSSD, proponer un diagrama de flujo diagnóstico basado en criterios clínicos reconocidos y analizar aspectos frecuentemente desatendidos en la práctica médica, los impactos psicossociales en los pacientes y la urgente necesidad de reevaluar los criterios de prescripción de los ISRS. Se destaca la necesidad de nuevos protocolos clínicos y de inversión en investigaciones con alto nivel de evidencia científica para avanzar en la comprensión, el reconocimiento y el tratamiento de este síndrome.

Palabras clave: Disfunción sexual post-ISRS; Antidepressivos; Efectos adversos persistentes; Anestesia genital. PSSD.



¹Acadêmico de Medicina e Pesquisador. Universidade Afya Unigranrio, Duque de Caxias/RJ, Brasil. sallesdroid@gmail.com; guilherme.einsfeld@unigranrio.br; rafaelsilva7@unigranrio.br

²Universidade Afya Unigranrio / Farmanguinhos (Fiocruz). maria.duraes@unigranrio.edu.br

Introdução

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) constituem uma classe de medicamentos amplamente utilizada no tratamento de transtornos mentais, como depressão maior, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade generalizada. Além dessas indicações, apresentam também aplicações off-label, como no tratamento da ejaculação precoce (Althof *et al.*, 2014; Bala, Nguyen & Hellstrom, 2018).

Segundo Nardi, Silva e Quevedo (2022), os principais fármacos dessa classe são: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram e escitalopram. Conforme explicou Soares (2005), embora compartilhem o mesmo mecanismo de ação, esses medicamentos apresentam diferenças estruturais e perfis farmacocinéticos e farmacodinâmicos distintos, o que contribui para manifestações adversas variadas.

Apesar da eficácia terapêutica, os ISRS estão fortemente associados à disfunção sexual, cuja incidência pode chegar a 73% durante o tratamento (Zeiss *et al.*, 2024). Além disso, cerca de 100% dos usuários relatam redução da sensibilidade genital em até 30 minutos após a administração do medicamento (Healy, 2020). A disfunção sexual induzida por ISRS pode afetar todas as fases da resposta sexual, incluindo desejo, excitação e orgasmo, manifestando-se como disfunção erétil, anorgasmia, ejaculação retardada, entre outros sintomas (Figueiredo, Freitas & Ferreira, 2022).

Em alguns casos, esses efeitos colaterais persistem mesmo após a interrupção do tratamento, caracterizando a Disfunção Sexual Pós-ISRS (PSSD) (Ben-Sheetrit *et al.*, 2023). Esse conjunto de sintomas persistentes e o termo PSSD foram introduzidos na literatura médica por Bahrack (2006), e desde então o número de relatos tem aumentado significativamente (Peleg *et al.*, 2022). Posteriormente, verificou-se que casos de PSSD já haviam sido reportados a agências reguladoras desde 1991.

Em 2012, o Lareb (Centro Holandês de Farmacovigilância) emitiu um alerta sobre disfunção sexual persistente. Em 2013, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) passou a mencionar que a disfunção sexual pode perdurar mesmo após a suspensão dos ISRS. Em 2019, a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) reconheceu oficialmente a PSSD como uma disfunção sexual que pode persistir após a interrupção do uso de ISRS, recomendando a atualização das bulas para alertar sobre esse risco. Atualmente, a bula da fluoxetina nos Estados Unidos também inclui a possibilidade de disfunção sexual duradoura como efeito adverso (Healy, Le Noury & Mangin, 2019).

Os principais sintomas da PSSD incluem anestesia genital, perda de libido, disfunção erétil e orgasmos enfraquecidos, sendo a tríade mais característica a anestesia genital, perda de libido e disfunção erétil. Em alguns casos, a PSSD pode surgir após uma única dose de um ISRS, causando profundo sofrimento e impacto na qualidade de vida dos pacientes (Bala, Nguyen & Hellstrom, 2018). A inexistência de tratamento eficaz, a dificuldade diagnóstica e o desconhecimento da condição por parte dos profissionais de saúde agravam o sofrimento dos pacientes, que frequentemente enfrentam dificuldades emocionais, isolamento social e falta de suporte adequado (Stinson, 2013).

Diante da relevância do quadro e da escassez de literatura científica sobre o tema no Brasil, este artigo pioneiro tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os impactos da Disfunção Sexual Pós-ISRS (PSSD). O foco será destacar os aspectos mais relevantes da condição, explorar seus mecanismos fisiopatológicos, critérios diagnósticos, fatores de risco e estratégias de manejo clínico. Busca-se contribuir para que profissionais de saúde reconheçam a PSSD e ofereçam suporte adequado aos pacientes afetados. Além disso, pretende-se fomentar o conhecimento sobre a condição e incentivar novas pesquisas, contribuindo para a atualização das práticas psiquiátricas e farmacológicas no país.

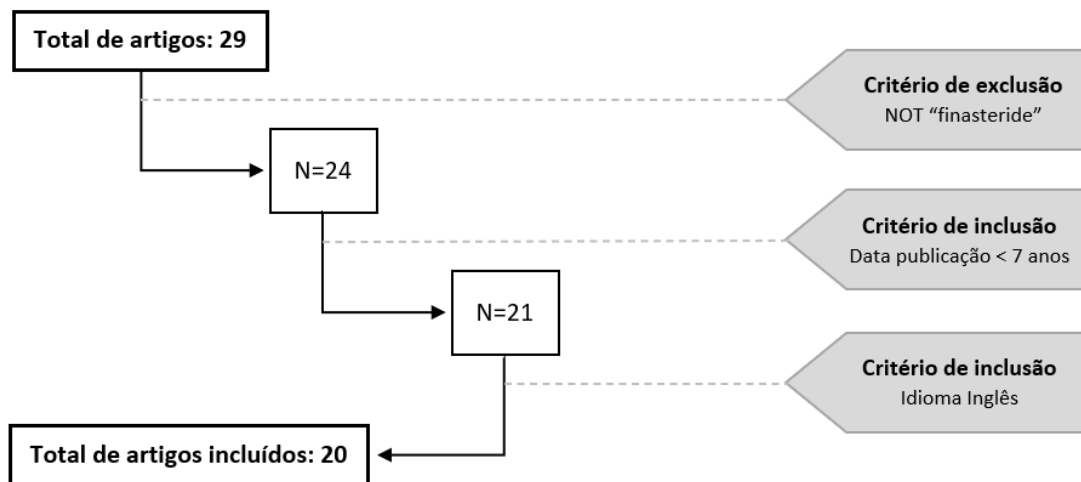
Metodologia

A metodologia utilizada para este trabalho foi uma revisão integrativa de literatura, utilizando-se a base de dados eletrônica Pubmed/Medline (US National Library of Medicine). Os descritores utilizados foram: "Post-SSRI Sexual Dysfunction" e "finasteride", com o operador booleano "NOT" para excluir artigos que mencionassem "finasteride". Foram selecionadas literaturas considerando os seguintes critérios de inclusão:

literaturas completas disponíveis eletronicamente, na língua inglesa, publicados nos últimos 7 anos (2018-2025).

A busca nas bases de dados resultou em um total de 29 artigos. A exclusão dos artigos contendo o descritor “finasteride” resultou em 24 artigos, dos quais 21 foram publicados nos últimos sete anos. Dentre esses, 1 não foi publicado na língua inglesa. Por fim, os 20 artigos resultantes foram usados neste estudo. Conforme apresentado na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma dos resultados obtidos na revisão de referências bibliográficas do PUBMED



Fonte: Vitor Salles Coelho dos Reis (2025).

Resultados

Os estudos incluídos nesta revisão apontam que a disfunção sexual pós-ISRS (PSSD) persiste em uma parcela significativa dos pacientes, mesmo após a suspensão do medicamento.

Entre os sintomas mais frequentemente descritos, a redução da libido foi citada em 90% dos artigos, seguida pela anorgasmia e orgasmo enfraquecido (70%), diminuição da sensibilidade genital (65%) e disfunção erétil ou lubrificação insuficiente (60%). Esses achados reforçam a consistência clínica da PSSD, com um padrão sintomático recorrente.

Do ponto de vista fisiológico, diversos estudos sugerem possíveis mecanismos envolvidos no desenvolvimento da PSSD. As hipóteses mais citadas incluem a dessensibilização dos receptores serotoninérgicos, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e modificações na neurotransmissão dopaminérgica. Essas alterações podem contribuir para a manutenção dos sintomas, mesmo após a eliminação do fármaco do organismo.

O impacto psicossocial da PSSD foi amplamente abordado, sendo citado em 55% dos artigos analisados. Os estudos indicam que os pacientes apresentavam sofrimento psicológico significativo associado a diminuição da autoestima, prejuízo nos relacionamentos afetivos e agravamento de sintomas depressivos e ansiosos decorrentes da disfunção sexual persistente.

A tabela 1 lista os estudos selecionados, destacando suas principais características.

Tabela 1 - Caracterização dos artigos conforme ano de publicação e principais conclusões

Nº	Título do artigo	Autor e Ano	Principais resultados
1	Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review	Bala, Nguyen e Hellstrom (2018)	Revisão de literatura que descreve a disfunção sexual induzida por ISRSs, com foco na persistência dos sintomas após a descontinuação. Discute a escassez de dados clínicos e a falta de reconhecimento do PSSD.
2	Post-SSRI Sexual Dysfunction: Preclinical to Clinical. Is It Fact or Fiction?	Coskuner <i>et al.</i> (2018)	Revisão que discute evidências clínicas e pré-clínicas sobre sintomas sexuais persistentes após o uso de ISRSs. Não conclui que o PSSD é uma condição estabelecida, mas reconhecem a necessidade de mais estudos sobre a condição.
3	Towards Improving Post-SSRI Sexual Dysfunction by Using Nutraceuticals: Lessons from a Case Study	Calabrò <i>et al.</i> (2019)	Estudo de caso de um paciente com PSSD que apresentou melhora parcial após uso de um nutracêutico. Após 4 semanas de tratamento, observou-se melhora de alguns sintomas. Reconhece limitação de generalização a partir de um único caso.
4	Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals	Healy, Le Noury e Mangin (2019)	Estudo qualitativo com 62 relatos de pacientes, coletados via chamada pública no site RxISK.org. Mostra que muitos pacientes enfrentam descrença, atribuição dos sintomas à saúde mental e falta de conhecimento clínico sobre PSSD ao procurar ajuda.
5	Post-SSRI sexual dysfunction & other enduring sexual dysfunctions	Healy (2020)	Editorial que discute o PSSD e outras disfunções sexuais persistentes induzidas por medicamentos. Defende o reconhecimento, destaca sua subnotificação e propõe que a condição deve ser tratada com seriedade na pesquisa e prática clínica.
6	Post-SSRI sexual dysfunction	Reisman (2020)	Descreve os efeitos adversos sexuais persistentes da PSSD. Discute o impacto na qualidade de vida, a falta de reconhecimento médico e a necessidade de um diagnóstico mais preciso. Sugere que a duração dos sintomas pós-tratamento pode variar.
7	Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Bioelectric Mechanism?	Healy, LaPalme e Levin (2020)	Propõe que a PSSD pode ser explicada por uma disfunção bioelétrica dos canais iônicos, afetando a condução nervosa nas regiões genitais. Sugere que o ISRS pode alterar o equilíbrio elétrico do sistema nervoso periférico, contribuindo para os sintomas. Levanta que fármacos que restauram o equilíbrio iônico poderiam oferecer benefícios terapêuticos.
8	Antidepressant-induced sexual dysfunction	Rothmore (2020)	Revisão narrativa que descreve a alta prevalência da disfunção sexual associada ao uso de antidepressivos. Destaca a importância da anamnese sexual antes de iniciar o tratamento e da reavaliação

			contínua durante o uso. São discutidas estratégias para manejo.
9	Exposure to serotonin selective reuptake inhibitors or serotonin noradrenaline reuptake inhibitors and sexual dysfunction: Results from an online survey	Patacchini e Cosci (2021)	Pesquisa online com 135 participantes revelou que o uso de ISRSs e IRSNs está frequentemente associado a disfunção sexual persistente. Conclui que em muitos casos a PSSD tem um curso mais maligno do que a doença psiquiátrica inicial que necessitou do tratamento com ISRS/IRSN.
10	Effects of paroxetine treatment and its withdrawal on neurosteroidogenesis	Giatti <i>et al.</i> (2021)	Estudo pré-clínico com camundongos machos mostrou que o tratamento com paroxetina altera significativamente os níveis de neuroesteróides no sistema nervoso central e periférico. Após retirada do fármaco, algumas alterações persistiram.
11	Characterizing post-SSRI sexual dysfunction and its impact on quality of life through an international online survey	Studt <i>et al.</i> (2021)	Estudo que avaliou 239 respostas de uma pesquisa online aplicada a indivíduos com PSSD. Conclui que a condição causa um impacto extremamente negativo na qualidade de vida e sugere a necessidade de maior reconhecimento clínico e pesquisas aprofundadas.
12	Post-SSRI Sexual Dysfunction (PSSD): Biological Plausibility, Symptoms, Diagnosis, and Presumed Risk Factors	Peleg <i>et al.</i> (2022)	Revisão narrativa que descreve a plausibilidade biológica da PSSD com base em dados clínicos e hipóteses mecanísticas. Sugere que a disfunção sexual contínua após ISRS pode refletir alterações neuroendócrinas complexas. Destaca fatores de risco e propõe critérios diagnósticos preliminares.
13	Persistent sexual dysfunction after SSRI withdrawal: a scoping review and presentation of 86 cases from the Netherlands	Chinchilla Alfaro, Van Hunsel e Ekhart (2022)	Revisão de escopo baseada em dados do banco de farmacovigilância holandês identificou 86 casos de PSSD. O tempo médio de persistência foi de 19 meses, com casos durando até 13 anos. Os autores destacam a necessidade de maior conscientização.
14	Cutting the First Turf to Heal Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Male Retrospective Cohort Study	De Luca <i>et al.</i> (2022)	Estudo retrospectivo com 13 homens diagnosticados com PSSD, tratados com nutracêuticos e outros compostos neuroprotetores. Após 3 meses, 9 pacientes relataram melhora parcial ou significativa, na sensibilidade genital e na função erétil.
15	The pathophysiology of Post SSRI Sexual Dysfunction - Lessons from a case study	Klaas <i>et al.</i> (2023)	Estudo de caso detalhado de um paciente que passou por extensa avaliação fisiológica, neurológica e psicológica. Propõe que a PSSD pode envolver disfunção neurofisiológica específica, independente de fatores emocionais. Destaca a importância de desenvolver protocolos diagnósticos objetivos.
16	Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to	Ben-Sheetrit <i>et al.</i> (2023)	Estudo retrospectivo baseado em um questionário aplicado a 82 participantes que relataram sintomas compatíveis com

	serotonergic antidepressants		PSSD. Conclui que, embora raro, o risco de PSSD irreversível é real e mensurável.
17	A clinical review of antidepressants, their sexual side-effects, post-SSRI sexual dysfunction, and serotonin syndrome	Marks (2023)	Revisão que contextualiza a PSSD dentro do espectro dos efeitos adversos sexuais induzidos por medicações. Discute mecanismos neurobiológicos comuns entre disfunções sexuais durante o uso e aquelas que persistem após a descontinuação.
18	Post-SSRI sexual dysfunction: barriers to quantifying incidence and prevalence	Healy e Mangin (2024)	Editorial que discute os principais obstáculos para determinar a prevalência da PSSD. Destaca a ausência de códigos diagnósticos, a baixa notificação em sistemas de farmacovigilância, e o viés de atribuir os sintomas à condição psiquiátrica original.
19	Frequency of self-reported persistent post-treatment genital hypoesthesia among past antidepressant users: a cross-sectional survey of sexual and gender minority youth in Canada and the US	Pirani <i>et al.</i> (2024)	Estudo transversal com 343 jovens LGBTQIA+ ex-usuários de antidepressivos avaliou a frequência de hipoestesia genital persistente após o fim do tratamento. 25% relataram sintomas compatíveis com PSSD, mais comum em uso de ISRSs e em tratamentos iniciados antes dos 18 anos. Recomendam a inclusão da informação de efeito adverso persistente em bulas.
20	Transcriptomic Profile of the Male Rat Hypothalamus and Nucleus Accumbens After Paroxetine Treatment and Withdrawal: Possible Causes of Sexual Dysfunction.	Giatti <i>et al.</i> (2025)	Estudo experimental com ratos avaliou alterações na expressão gênica após tratamento com paroxetina e retirada subsequente. Os resultados apoiam a hipótese de que a paroxetina induz modificações duradouras em circuitos neurais centrais envolvidos na sexualidade, oferecendo possíveis mecanismos moleculares.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

Apresentação clínica

Klass *et al.* (2023) sugerem duas possíveis classificações para a PSSD. São elas: a PSSD-I, cujos efeitos colaterais surgem durante o tratamento com ISRS's e permanecem após a descontinuação, e a PSSD-II, cujos sintomas aparecem apenas após a descontinuação do tratamento medicamentoso. Apesar dessa distinção, os mecanismos fisiopatológicos que a justificam ainda não são compreendidos (Klass *et al.*, 2023). Calabrò *et al.* (2019) apontam que o tempo de uso de antidepressivos que leva ao desenvolvimento da PSSD foi estimado entre 4 dias e 2,5 anos. A duração da síndrome pode variar de poucos dias ou meses até casos em que o quadro persiste por tempo indeterminado (Peleg *et al.*, 2022).

Os sintomas da PSSD mais frequentemente relatados incluem: anestesia genital, orgasmos enfraquecidos ou desprovidos de prazer (orgasmo anedônico), diminuição da libido, incapacidade de sentir atração sexual através de estímulos visuais, táteis ou por pensamentos relacionados a um parceiro sexual, disfunção erétil, diminuição ou ausência de ereções noturnas, ejaculação precoce, lubrificação vaginal diminuída, flacidez da glândula peniana e redução da sensibilidade tátil dos mamilos (Patacchini; Cosci, 2021; Peleg *et al.*, 2022; Reisman, 2020; Studt *et al.*, 2021). Dentre esses sintomas, a tríade mais característica é composta por anestesia genital, diminuição da libido e disfunção erétil (Bala; Nguyen; Hellstrom, 2018). Segundo Chinchilla Alfaro, Van Hunsel e Ekhart (2022), o sintoma mais característico da PSSD é a anestesia genital, um achado que não foi reportado por pacientes que apresentam disfunção sexual decorrente de

outras condições psicológicas. Foi descrito, ainda, que o efeito de anestesia genital provocado pelos ISRSs se assemelhe ao efeito de aplicar lidocaína na região genital (Healy; LaPalme; Levin, 2020). Outras manifestações clínicas menos frequentes também foram relatadas, como: diminuição do tamanho peniano, redução do volume seminal, atrofia ou dor testicular, ciclos menstruais irregulares (Bala; Nguyen; Hellstrom, 2018).

Alguns pacientes descreveram a PSSD como uma espécie de “desconexão” entre o cérebro e a genitália (De Luca *et al.*, 2022). Dados provenientes de numerosos relatos de caso sugerem a presença de sintomas não sexuais, que ocorrem em paralelo aos sintomas sexuais. Muitos pacientes referem aumento da ansiedade, maior reatividade emocional, anedonia, apatia, redução da capacidade de expressão de emoções, dificuldade de concentração e problemas de memória (Peleg *et al.*, 2022; Patacchini; Cosci, 2021). Studt *et al.* (2021), a partir da condução de uma pesquisa internacional, estimaram que cerca de 70% dos pacientes analisados manifestaram ao menos um sintoma não-sexual.

Ademais, a duração, a frequência e a intensidade da PSSD variam entre os pacientes e podem aumentar ou diminuir com o tempo (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022). Também é possível que, com o tempo, a apresentação dos sintomas se modifique, ou que ocorra uma recaída parcial ou total da condição, ou ainda de alguns dos sintomas (De Luca *et al.* 2022).

Nesse contexto, algumas pessoas podem atribuir erroneamente o quadro a outras causas, especialmente se experimentaram uma melhora na função sexual após a interrupção do antidepressivo. Por exemplo, alguns pacientes recuperam a capacidade de atingir o orgasmo, após apresentarem anorgasmia durante o uso do medicamento, no entanto, mesmo com essa recuperação, é frequente que o orgasmo seja percebido como menos intenso do que anteriormente. Como esses indivíduos que não estão mais em uso da medicação, é comum que alterações como essa sejam atribuídas ao envelhecimento, considerando que uma grande proporção de pacientes permanece em uso de ISRS's por muitos anos após o início do tratamento (Healy; Mangin, 2024).

Fatores de risco

Em relação aos fatores de risco associados à PSSD, ainda há uma escassez de dados epidemiológicos (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022). No entanto, é amplamente aceito que a síndrome pode afetar indivíduos de qualquer etnia, sexo ou faixa etária.

A condição já foi associada ao uso de diversos antidepressivos como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN), e até alguns antidepressivos tricíclicos (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022; Peleg *et al.*, 2022). Patacchini e Cosci (2021) observaram que, ao comparar pacientes com disfunção sexual grave com aqueles com formas moderadas ou leves, não foram identificadas diferenças significativas quanto às variáveis demográficas, tipo de medicação utilizada ou duração do tratamento.

Peleg *et al.* (2022) ainda sugere outras hipóteses como fatores de risco: predisposição genética, especialmente variantes menos eficientes do gene MTHFR (C677T e A1298C); estresse mental prolongado, antes, durante ou após o uso de ISRSs; uso de antidepressivos pela primeira vez sem sequelas de PSSD, acredita-se ser possível que a primeira exposição a antidepressivos possa aumentar o risco de desenvolver PSSD no uso subsequente desses medicamentos; distúrbios pré-existentes relacionados ao metabolismo do glutamato, como transtorno bipolar, epilepsia e transtorno do espectro autista (TEA); uso de substâncias psicoativas em paralelo ao uso de antidepressivos, como o MDMA (ecstasy), a metanfetamina, a cocaína e o metilfenidato; exposição prévia à Isotretinoína ou inibidores da 5-alfa-redutase (ex.: Finasterida, Dutasterida e Saw Palmetto).

Diagnóstico

A PSSD pode ser de difícil diagnóstico, não possuindo critérios estabelecidos por sistemas reconhecidos, como o DSM ou a CID. Isso exige uma avaliação clínica minuciosa, que considere o histórico de

uso de antidepressivos, bem como a cronologia dos sintomas em relação ao início e à interrupção do tratamento. É fundamental assegurar que os sintomas persistentes não estejam relacionados à recorrência do transtorno depressivo, visto que a disfunção sexual também é um sintoma comum desse transtorno (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022; Peleg *et al.*, 2022). Marks (2023) reforça que é importante avaliar a função e atividade sexual pré-morbidas, determinando a presença e agravidade de qualquer disfunção sexual antes de iniciar o uso de medicação. Isso ajuda a compreender se a disfunção sexual é um sintoma da doença mental ou um efeito colateral do tratamento.

A exclusão de outras possíveis causas de disfunção sexual é indispensável para considerar o diagnóstico de PSSD. De modo geral, o médico deve excluir elementos de confusão, como idade, tabagismo, consumo de álcool e abuso de substâncias, pois são reconhecidos como causadores de sintomas de disfunção sexual (Bala; Nguyen; Hellstrom, 2018). Ben-Sheetrit *et al.* (2023) utilizaram diversos critérios de exclusão ao selecionar os pacientes para seu estudo, entre eles: comorbidades médicas — cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, metabólicas e endócrinas; doenças respiratórias graves; reumatológicas; dermatológicas graves; infecciosas crônicas ou graves; ortopédicas graves; gastrointestinais; hepáticas; geniturinárias; condições oncológicas e estado pós-transplante — que foram associadas à disfunção sexual ou que, plausivelmente, poderiam levar a esse quadro com base em considerações clínicas; história de outras comorbidades psiquiátricas relacionadas à disfunção sexual (por exemplo: esquizofrenia, transtorno bipolar, autismo, deficiência intelectual, demências, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos dissociativos, de personalidade, somatoformes ou disforia de gênero); uso de medicamentos associados à disfunção sexual durante o período do estudo, bem como histórico de abuso de substâncias — como álcool, cannabis, tabaco ou outras drogas que possam desencadear sintomas sexuais.

De Luca *et al.* (2022) sugerem também que se faça um perfil hormonal sexual completo, incluindo dosagem laboratorial de testosterona, LH, FSH, prolactina e estrogênios. Estes autores baseam seu diagnóstico em critérios já propostos na literatura, incluindo como elementos essenciais: tratamento prévio com inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) e alteração persistente na sensação genital somática (tátil) ou erógena (sexual) após a interrupção do tratamento. Critérios adicionais incluem: redução persistente ou perda do desejo sexual; disfunção erétil prolongada (em homens); incapacidade persistente de atingir o orgasmo ou diminuição do prazer orgástico; sintomas presentes por pelo menos um mês após a suspensão do medicamento. Para o diagnóstico, não deve haver: evidência de disfunção sexual prévia compatível com o quadro atual; condição médica que possa explicar os sintomas; uso de medicações ou substâncias que possam justificar os sintomas.

Embora alguns casos de PSSD possam ser mais simples de diagnosticar na prática clínica, quando todos os detalhes do histórico médico e da apresentação clínica estão disponíveis, há diversos fatores que tornam mais obscura a visibilidade da PSSD em uma população mais ampla. Isso representa um desafio significativo para os epidemiologistas e uma lacuna informacional de grande importância para pacientes e profissionais de saúde (Healy; Mangin, 2024).

Tratamento

Atualmente, não existe um tratamento estabelecido para a PSSD. Os pacientes são tratados com base em suas características, necessidades, expectativas e segundo dados limitados provenientes de relatos e séries de caso existentes (De Luca *et al.*, 2022). Na tentativa de achar um tratamento que funcione, os pacientes têm recorrido a uma ampla gama de medicamentos com ação sobre diversos receptores de dopamina e serotonina, além de inibidores da fosfodiesterase e outras drogas (Healy; LaPalme; Levin, 2020).

Observa-se, tanto na prática clínica quanto em relatos de caso, que alguns pacientes com PSSD são tratados com bupirona ou flibanserina. No entanto, nota-se que o alívio sintomático promovido por essas medicações pode se reduzir rapidamente ao longo do tempo, em razão da dessensibilização farmacológica e da redução da densidade dos receptores, sendo frequentemente seguido por uma piora dos sintomas (Peleg *et al.*, 2022). Alternativas terapêuticas focadas nos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico foram sugeridas, utilizando agonistas 5HT1 e antagonistas dos receptores 5HT2 e 5HT3, como bupirona, trazodona

e mirtazapina. Embora esses últimos dois fármacos possam induzir priapismo e aumento da libido em indivíduos saudáveis, mostraram pouca ou nenhuma eficácia em pacientes com PSSD. Agonistas dopaminérgicos como pramipexol e cabergolina também foram testados, mas os benefícios relatados foram mínimos. Testes usando fototerapia com laser de baixa potência foram realizados em um paciente com anestesia peniana, essa intervenção resultou em uma melhora de 40% na sensibilidade do pênis, porém, não foi eficaz para os sintomas de anejaculação e disfunção erétil no mesmo paciente (Bala; Nguyen; Hellstrom, 2018). Calabrò *et al.* (2019) verificaram a melhora de um paciente que fez uso de um nutracêutico (EDOVIS) contendo L-citrulina, *Tribulus terrestris*, maca andina, damiana, muira puama e ácido fólico. Atribuindo a melhora na função sexual em decorrência da ação do suplemento alimentar sobre o equilíbrio entre os sistemas serotoninérgico/nitroxidérgico e os neuroesteroides, uma vez que os sintomas cessaram apenas após o tratamento com EDOVIS, enquanto outras medicações mais comuns se mostraram ineficazes. Healy e Mangin (2024) afirmam ser importante pontuar que inibidores da PDE5 não são um tratamento para PSSD, uma vez que não possuem nenhum efeito direto na perda da sensação de prazer. De Luca *et al.* (2022) realizaram um estudo de coorte retrospectivo que testou o sucesso terapêutico de alguns pacientes que utilizaram Vortioxetina, Bupropiona, Tadalafila e terapia de vibração do músculo pélvico (Vibra-Plus). Os resultados mostram alguma melhora com o uso de praticamente todos os métodos, com destaque para a Vortioxetina e Vibra-Plus que alcançaram as melhores taxas de sucesso terapêutico. No entanto, a amostra reduzida e o desenho retrospectivo do estudo limitam a generalização dos dados.

A maioria das abordagens terapêuticas adotadas até o momento têm se concentrado, em grande parte, na reversão dos efeitos sexuais agudos, em vez de atuar sobre o mecanismo responsável pelos efeitos persistentes. Isso é semelhante aos esforços de pesquisa sobre a discinesia tardia, que, por quatro décadas, focaram no sistema dopaminérgico sem alcançar uma solução. Assim, um segundo desafio consiste em identificar precisamente um mecanismo que possa estar na base de efeitos persistentes como os presenciados na PSSD (Healy; LaPalme; Levin, 2020).

Fisiopatologia

Durante a utilização de ISRSs, observam-se diferentes alterações, tais como: elevação dos níveis de serotonina (5-HT), redução da dopamina, bloqueio de receptores colinérgicos e de receptores α 1-adrenérgicos, inibição da síntese de óxido nítrico (NO), elevação dos níveis de prolactina e redução dos níveis de testosterona e de ocitocina. Não se sabe, porém, se essas alterações são normalizadas com a interrupção da terapia (Coskuner *et al.*, 2018).

A patogênese da PSSD ainda é desconhecida (Giatti *et al.*, 2021), apesar de diversas etiologias propostas, sendo possível que uma combinação dessas teorias esteja envolvida diretamente na fisiopatologia dessa condição (Bala; Nguyen; Hellstrom, 2018). À vista disso, Chinchilla Alfaro, Van Hunsel e Ekhart (2022) relatam que as hipóteses encontradas na literatura incluem: desequilíbrios endocrinológicos e neuroquímicos, neurotoxicidade, alterações em canais iônicos e alterações epigenéticas. Alguns autores sugerem, ainda, que a PSSD possa resultar de mecanismos semelhantes aos de efeitos extrapiramidais relatados por alguns usuários de ISRSs, estando a diferença na região cerebral afetada (Healy, 2020).

Segundo Klass *et al.* (2023), o uso prolongado de ISRSs é capaz de dessensibilizar e de desregular autoreceptores pré-sinápticos 5-HT_{1A}, enfraquecendo a inibição da liberação de serotonina e elevando os níveis sinápticos desse neurotransmissor. Nesse viés, Peleg *et al.* (2022) propõe que níveis sustentadamente elevados de serotonina, mesmo após a cessação do tratamento, sejam cronicamente danosos ao transportador de serotonina (SERT), bem como aos autoreceptores pré-sinápticos 5-HT_{1A} e aos receptores pós-sinápticos 5-HT_{1A}. Acredita-se, também, que essa desregulação afete negativamente a motivação sexual e que o efeito dos ISRSs sobre os níveis de serotonina em nervos periféricos provoque dano axonal (neurotoxicidade serotoninérgica), de maneira similar à do 3,4-metilenodioximetanfetamina (ecstasy), substância associada, igualmente, à disfunção sexual após a interrupção (Rothmore, 2020).

Giatti *et al.* (2021) e Peleg *et al.* (2022) apontam para a possibilidade de que o déficit do desejo sexual fisiológico relacionado à PSSD levante a questão de uma possível desativação dopaminérgica dos centros de

prazer do hipotálamo, da área tegmental ventral (ATV) e do núcleo accumbens (NAc). O gatilho neurobiológico do desejo sexual fisiológico envolve, provavelmente, a sinalização dos receptores de andrógenos e estrogênios no hipotálamo, que eventualmente resulta na ativação dopaminérgica da área pré-óptica medial do hipotálamo (mPOA), região central responsável pelo controle das ereções.

Junto a isso, Chinchilla Alfaro, Van Hunsel e Ekhart (2022) acrescentam que receptores serotoninérgicos estão envolvidos na regulação por feedback negativo do eixo hipotálamo-hipófise-testículo (HHT), de modo que a desregulação promova, adicionalmente, uma redução da testosterona e, por isso, um desequilíbrio do ciclo de resposta sexual. Há, ainda, relatos de redução dos níveis plasmáticos dos hormônios luteinizante e folículo-estimulante (LH e FSH, respectivamente) em pacientes usuários de ISRSs com disfunção sexual associada quando comparados a pacientes assintomáticos também em tratamento com essa medicação.

Ademais, não há um consenso sobre como surgem as alterações sensoriais causadas pelos ISRSs. A lidocaína, que também provoca dormência genital, parece fazê-lo por meio de uma ação sobre as correntes tardias de sódio, sendo que, curiosamente, medicamentos inibidores da recaptção de serotonina também apresentam efeitos sobre essas correntes iônicas (Healy, 2020; Reisman, 2020). Healy, LaPalme, Levin (2020), a partir de ensaios experimentais envolvendo planárias intactas e a fluoxetina, demonstrou que planárias cujos circuitos bioelétricos foram brevemente modulados por pequenas moléculas farmacológicas apresentaram alterações permanentes nos padrões bioelétricos de seus tecidos, bem como nas funções celulares e teciduais, mesmo muito tempo após a retirada dos medicamentos originais. Aparentemente, esse processo ocorre ao longo de vários meses e parece ter um efeito permanente, apesar da renovação rápida de todas as suas células somáticas dentro de poucas semanas. Logo, sugere-se que a exposição aos ISRSs seja capaz de modificar as propriedades bioelétricas de células neurais e não neurais, resultando em modificações persistentes da eletrofisiologia e da sinalização celular.

Em adição, supõe-se que o uso prolongado de ISRSs cause uma regulação negativa persistente dos receptores 5-HT_{1A} (mesmo após a descontinuação do medicamento) por meio de alterações epigenéticas, na forma de aumento da expressão de MeCP2 e MBD1 (Klass *et al.* 2023). Em seguida, essas alterações promovem um aumento da produção de mRNA HDAC2 e, simultaneamente, uma redução da produção da desacetilase da histona (HDAC) H3. Esse processo de modificação epigenética foi observado em três áreas do cérebro: córtex frontal, giro denteado do hipocampo e putâmen. Por isso, acredita-se que a regulação negativa e a dessensibilização dos receptores 5-HT_{1A} estejam envolvidas na regulação da motivação sexual, propondo, assim, uma nova teoria para a PSSD (Bala; Nguyen; Hellstrom, 2018).

Por fim, sugere-se que a PSSD possa estar relacionada a polimorfismos genéticos em genes ligados ao sistema glutamatérgico de pacientes com depressão ou a alterações estruturais em regiões do cérebro envolvidas na resposta sexual. Observou-se que o uso de paroxetina para o tratamento de Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) causou uma redução significativa no volume da amígdala esquerda em pacientes adolescentes (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022). Ou seja, diferentes estudos indicam que os ISRSs, a partir de atuações sobre o funcionamento do sistema glutamatérgico em diferentes áreas cerebrais, sejam capazes de provocar desequilíbrios da neuroplasticidade. Dessa maneira, especula-se que a capacidade desses medicamentos de alterar profundamente o perfil neuroplástico possa explicar, em partes, a natureza dos sintomas permanentes da PSSD (Peleg *et al.*, 2022).

Impacto

É um fato que os sintomas sexuais persistentes causados pela PSSD podem ser extremamente angustiantes para as pessoas que os vivenciam (Marks, 2023). Em uma pesquisa conduzida por Studt *et al.* (2021), 59% dos pacientes responderam que a condição teve um efeito extremamente negativo em sua qualidade de vida, enquanto outros 23% afirmaram que o impacto foi muito negativo. Em respostas escritas, indivíduos com PSSD informaram terem recebido novos diagnósticos de depressão, ansiedade e TEPT como resultado de sua condição. Também houve relatos de tentativas de suicídio, de ideação suicida atual e de conhecidos que sofriram com as alterações persistentes e deram um fim à própria vida. Um tema preocupante

nas respostas escritas é a disposição, sem precedentes, dos pacientes em experimentar substâncias potencialmente nocivas e ilícitas para tratar os sintomas da PSSD. Um homem relatou ter gastado mais de 80 mil dólares e viajado por diversos países em uma tentativa frustrada de obter alívio dos sintomas. Tais relatos ilustram o nível de sofrimento e desespero enfrentado por indivíduos com PSSD.

O dano causado vai além das consequências sexuais. O impacto emocional afeta a identidade, comportamento e provoca uma autopercepção negativa. Além disso, é importante frisar que a PSSD não é uma deficiência visível, e na maioria das vezes os pacientes se sentem incompreendidos. Os relacionamentos românticos também são afetados pela condição. Para alguns pacientes, o quadro levou ao término do casamento, para outros, cuja autoestima foi abalada, permanecer sozinho pareceu uma solução melhor do que enfrentar diversas rejeições até encontrar um novo parceiro. Por fim, no âmbito social, há relatos de pacientes que perderam o emprego em decorrência da PSSD. Uma das primeiras barreiras enfrentadas pelos pacientes é a falta de credibilidade e a subestimação da condição por parte dos profissionais de saúde (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022).

A falta de conhecimento sobre a PSSD entre os profissionais de saúde foi mencionada como um fator que contribui para sentimentos de raiva, frustração e desesperança. A maioria dos pacientes com PSSD não foi orientada sequer quanto à possibilidade de surgimento de sintomas de disfunção sexual durante o uso de um ISRS. Outros relataram experiências negativas com profissionais da saúde que nunca ouviram falar da PSSD ou que desconsideraram os sintomas de disfunção sexual após a retirada de um ISRS (Studt *et al.*, 2021). Normalmente essa manifestação acaba sendo interpretada pelos médicos como um sinal de recaída da depressão, ignorando o possível impacto do uso de ISRSs, que pode até contribuir para a instalação de um novo quadro depressivo (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022). Nesse contexto, torna-se imprescindível que os profissionais estejam atentos aos sintomas não sexuais e sejam capazes de diferenciar a disfunção sexual associada à PSSD daquela relacionada à depressão, uma vez que os sintomas de cada condição podem ser bastante distintos, com apenas alguns sintomas em sobreposição (Peleg *et al.*, 2022). Marks (2023) cita que os médicos precisam fazer mais para garantir que os pacientes sejam informados sobre os possíveis efeitos adversos antes de iniciar o uso de antidepressivos. Ao fazer isso, podem ao mesmo tempo oferecer esperança e potencialmente melhorar a adesão ao tratamento ao informar que a PSSD é rara e que a disfunção sexual durante o uso de ISRSs pode ser manejada por meio da troca de medicação, redução da dose, uso de inibidores da PDE5, ou terapia psicosssexual. Acrescenta, ainda, que a omissão dessa informação pode ser vista como uma violação da ética médica.

A prioridade atual deve ser aumentar a conscientização sobre a condição entre pacientes e profissionais de saúde. Os profissionais precisam estar cientes do intenso sofrimento vivenciado por pacientes com PSSD, fornecer informações sobre a função sexual e registrá-la cronologicamente, antes da prescrição, durante os acompanhamentos regulares e após a suspensão do uso de ISRSs. Se faz necessário, também, o desenvolvimento de questionários objetivos e validados, que incluam informações sobre anestesia genital e orgasmo sem prazer (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022). O conceito de que um tratamento farmacológico essencial pode levar a efeitos adversos de longo prazo após sua descontinuação deve ser considerado na prática clínica. A PSSD é, atualmente, um novo e importante exemplo disso (Peleg *et al.*, 2022).

Discussão

Apesar dos avanços na caracterização clínica da PSSD, seu diagnóstico ainda representa um desafio significativo para os profissionais de saúde, especialmente pela ausência de critérios formalmente reconhecidos por sistemas classificatórios como o DSM ou a CID (Chinchilla Alfaro; Van Hunsel; Ekhart, 2022). Essa lacuna contribui para a subnotificação da condição, para o atraso no início de intervenções terapêuticas e para a invalidação recorrente das queixas dos pacientes no âmbito clínico.

Diante disso, foi proposto neste trabalho um fluxograma diagnóstico baseado na revisão crítica da literatura atual e nos seus critérios mais citados. A ferramenta tem como objetivo guiar o raciocínio clínico por meio de um roteiro sistemático, promovendo maior segurança diagnóstica e exclusão de possíveis causas

concorrentes para a disfunção sexual.

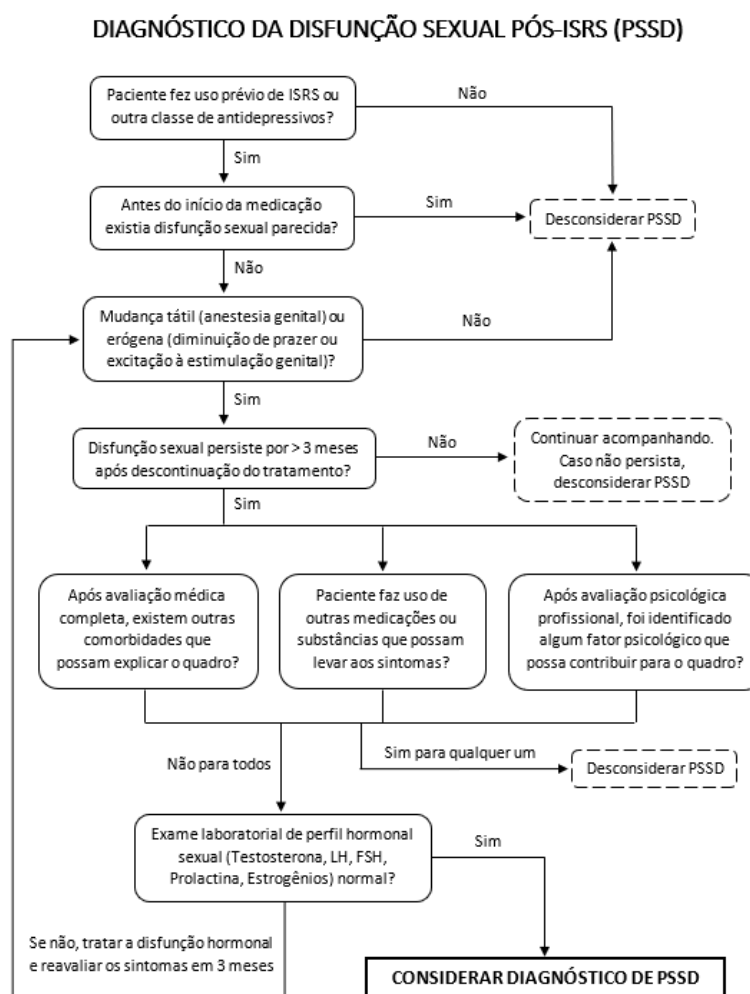
O fluxograma tem início com a verificação do uso prévio de ISRSs ou outros antidepressivos e, a partir disso, orienta a investigação sobre o início, tipo e persistência dos sintomas, com ênfase na presença de alterações táteis e erógenas, consideradas características marcantes da síndrome. A estrutura do algoritmo também contempla avaliações clínicas complementares, como exames hormonais, exclusão de comorbidades médicas e avaliação psicológica formal. O objetivo é garantir que o diagnóstico de PSSD só seja considerado após descartadas todas as hipóteses diferenciais plausíveis. Veja na figura 2.

É importante frisar que tal proposta não substitui um critério diagnóstico oficial, mas se apresenta como uma contribuição relevante para a prática clínica, visto que oferece uma ferramenta clara e estruturada para apoiar profissionais no enfrentamento de um quadro complexo, multifatorial e, muitas vezes, negligenciado.

A grande proporção que a condição vem tomando é indiscutível. Nos últimos anos, vários grandes veículos de mídia internacionais e nacionais publicaram sobre a PSSD, como, por exemplo: *The New York Times* – “After Antidepressants, a Loss of Sexuality” (Ghorayshi, 2023), *The Guardian* – “‘It feels like we’ve been lobotomised’: the possible sexual consequences of SSRIs” (Cox, 2024), *G1* – “O risco de anestesia genital depois de interromper o uso de antidepressivos” (Tavares, 2024), *Brasil em Folhas* – “Disfunção sexual pós-antidepressivos gera preocupação em pacientes e especialistas” (Oliveira, 2024), *New York Post* – “Gen Zers says antidepressants have ruined their sex lives: ‘I’m dead inside’” (Schlott, 2025).

Com a crescente visibilidade do tema, têm surgido diversos *websites* dedicados ao apoio a pacientes com PSSD e à promoção de novas pesquisas sobre a síndrome. Alguns exemplos são: *rxisk.org* (que oferece um prêmio de \$100.000 USD a quem encontrar uma cura), *sidefxhub.com*, *pssdnetwork.org*, *pssdforum.org*, *pssdcanada.ca*, *pssd-uk.org*, *survivingantidepressants.org*, *antidepressantrisks.org*.

Figura 2 - Fluxograma proposto para o diagnóstico clínico da PSSD



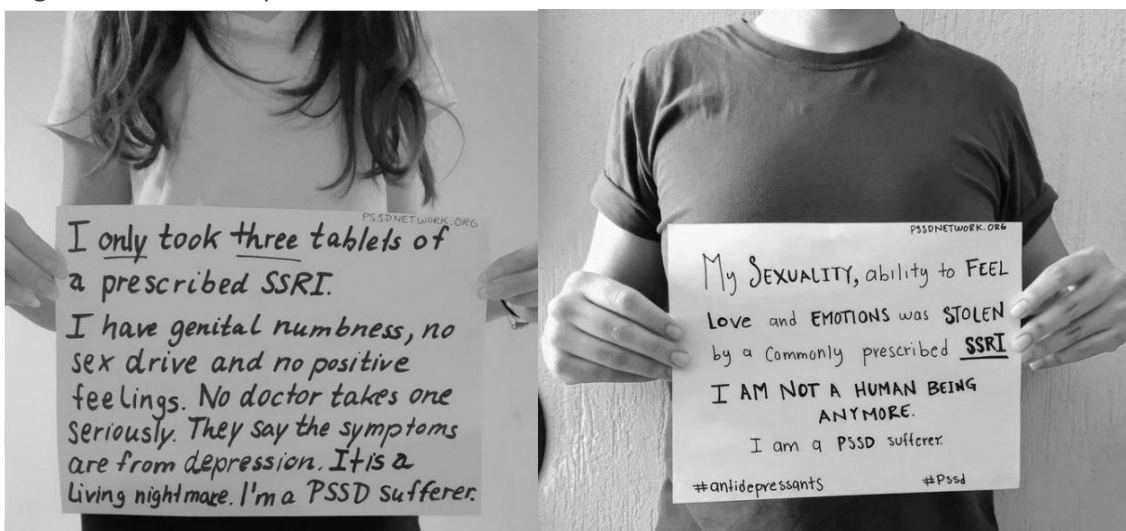
Nota: Este fluxograma é baseado na integração de evidências observacionais, relatos

de caso e diretrizes não oficiais, não sendo ainda reconhecido por sistemas classificatórios formais como DSM ou CID.

Fonte: Vitor Salles Coelho dos Reis (2025).

A página [pssdnetwork.org](https://www.pssdnetwork.org) criou uma campanha de conscientização bastante impactante, na qual pacientes com a condição publicam suas fotos segurando placas que informam sobre o impacto causado pela doença em suas vidas. Trazemos como exemplo o relato de dois jovens anônimos que sofrem com a PSSD: Um dos jovens declara: “Tomei apenas três comprimidos de um ISRS prescrito. Estou com dormência genital, sem libido e sem sentimentos positivos. Nenhum médico leva isso a sério. Eles dizem que os sintomas vêm da depressão. É um pesadelo vivo. Sou uma pessoa que sofre de PSSD.” O outro escreveu: “Minha sexualidade, capacidade de sentir amor e emoções foi roubada por um ISRS comumente prescrito. Eu não sou mais um ser humano. Sou uma pessoa que sofre de PSSD.” Veja na figura 3.

Figura 3 - Relatos de pacientes com PSSD



Fonte: Adaptado do site *PSSD Network*. Disponível em: <https://www.pssdnetwork.org>. Acesso em: 9 jun. 2025.

À luz dessa crescente mobilização social e do sofrimento evidente nas narrativas dos pacientes, torna-se urgente repensar as formas como o campo médico tem abordado os efeitos adversos persistentes induzidos por antidepressivos. Apesar do avanço no reconhecimento da condição por parte da mídia e da comunidade de pacientes, muitos profissionais da saúde continuam minimizando ou negando a possibilidade de que a PSSD represente um fenômeno iatrogênico real e distinto da depressão.

Muitos pacientes relatam experiências clínicas negativas, incluindo desconsideração de seus relatos, recusa em reconhecer a literatura publicada e atribuição automática dos sintomas à recaída do quadro depressivo. Esse padrão não apenas compromete o diagnóstico adequado, mas também agrava o sofrimento psíquico dos afetados (Healy; Le Noury; Mangin, 2019). Como mostra Stinson (2013), muitos dos pacientes com PSSD já haviam superado o episódio depressivo ou não apresentavam sintomas de humor concomitantes, permanecendo exclusivamente com os sintomas sexuais após a interrupção do ISRS. Tais dados reiteram que a PSSD não é uma queixa trivial, mas uma condição potencialmente devastadora, que compromete aspectos fundamentais da identidade, afetividade e sexualidade humana.

Nesse cenário, e diante da consolidação das evidências sobre a PSSD e seus graves impactos, devemos, mais do que nunca, reavaliar os critérios atuais de prescrição de antidepressivos, especialmente em quadros leves ou subclínicos de transtornos de humor ou de ansiedade. Recomenda-se, que os medicamentos sejam utilizados na menor dose possível, que seja capaz de atingir o efeito terapêutico desejado, minimizando a exposição excessiva e prolongada a alterações bioquímicas, que contribuem para a instalação de quadros persistentes. Como ainda não temos um tratamento estabelecido, bem como a fisiopatologia da condição, a prevenção se torna fundamental. Especialistas recomendam a descontinuação imediata do uso do

medicamento assim que houver o surgimento de anestesia genital (Ben-Sheetrit *et al.*, 2023).

Observa-se, na prática clínica, que a maioria dos pacientes que entra em um consultório psiquiátrico, acaba saindo com uma prescrição de ISRS. Essa classe de medicamentos, por apresentar uma boa eficácia e ser considerada segura por muito tempo, consolidou-se como primeira escolha terapêutica para diversos transtornos, como depressão, ansiedade, bulimia e transtorno disfórico pré-menstrual. No entanto, os dados emergentes apontam para uma necessidade de maior cautela. Por exemplo, seria adequado prescrever um ISRS para um jovem de 22 anos com ansiedade leve, ciente do risco – ainda que raro – de perda permanente da função sexual? Nesse caso, será que os benefícios superam os riscos? O objetivo desta discussão não é descredibilizar o uso de ISRS, mas sim problematizar sua prescrição indiscriminada, muitas vezes sem a devida ponderação do risco/benefício à luz das novas evidências científicas.

É igualmente importante reconhecer as limitações metodológicas do presente trabalho que por ser uma revisão narrativa, e não sistemática, implica em maior suscetibilidade a vieses de seleção e interpretação. A inclusão das fontes foi influenciada pela disponibilidade, relevância clínica percebida e visibilidade recente, sem a abrangência garantida por protocolos formais de revisão sistemática. Ademais, a maior parte da literatura disponível sobre PSSD consiste em relatos de caso, séries pequenas e documentos não oficiais, limitando a força das conclusões e impossibilitando análises quantitativas mais robustas. A existência de restrições temporais e linguísticas podem ter excluído publicações relevantes em outros idiomas ou períodos. A ausência de coleta de dados primários reforça que os achados aqui descritos devem ser interpretados como sínteses críticas da literatura existente, e não como evidências definitivas.

Considerações finais

A Disfunção Sexual Pós-ISRS (PSSD) constitui uma síndrome ainda subnotificada e insuficientemente compreendida, caracterizada por sintomas como anestesia genital, perda ou redução de libido, anorgasmia, disfunção erétil e ausência de prazer sexual, que persistem mesmo após a descontinuação do antidepressivo. Esses sintomas afetam significativamente a qualidade de vida, a identidade e os vínculos afetivos dos pacientes acometidos.

Apesar do aumento nos relatos clínicos e da crescente mobilização de comunidades de pacientes e pesquisadores, a literatura científica segue marcada por lacunas substanciais. Dados sobre prevalência, incidência, tempo de início, evolução clínica, fatores de risco, comorbidades e características demográficas permanecem escassos. Tal ausência compromete o reconhecimento formal da síndrome nos sistemas classificatórios internacionais, como o DSM e a CID, e reforça a negligência institucional frente à condição.

Diante desse cenário, este trabalho teve como objetivo sistematizar o conhecimento atual sobre a PSSD, propor um fluxograma diagnóstico prático que auxilie na identificação da condição e refletir criticamente sobre a escuta médica, o reconhecimento clínico da síndrome, seus impactos psicossociais e os critérios atuais de prescrição de ISRSs.

Como revisão narrativa, este trabalho apresenta limitações inerentes ao seu delineamento, como a ausência de um protocolo sistematizado de busca reduz a exaustividade e pode introduzir viés de seleção das fontes incluídas. Além disso, a literatura existente é composta majoritariamente por relatos de caso, séries pequenas e documentos não oficiais, restringindo a força das conclusões e impossibilitando estimativas epidemiológicas robustas. Também podem ter ocorrido limitações linguísticas e temporais na seleção de publicações, o que reforça que os resultados apresentados devem ser interpretados como síntese crítica da produção atual, e não como evidência conclusiva.

Para que a PSSD seja adequadamente compreendida, diagnosticada e tratada, é imprescindível o desenvolvimento de estudos robustos, com alto nível de evidência científica. Isso inclui pesquisas multicêntricas, longitudinalmente controladas e com amostras amplas e globais. Esses estudos são fundamentais para estimar com precisão a prevalência da síndrome, identificar fatores de risco clínicos, genéticos, hormonais ou ambientais, compreender seus mecanismos fisiopatológicos e, sobretudo, desenvolver intervenções terapêuticas eficazes que restaurem a função sexual e a qualidade de vida dos pacientes.

Destaca-se, ainda, a necessidade urgente de protocolos clínicos para avaliação da função sexual antes, durante e após o uso de antidepressivos, bem como do fortalecimento de estratégias de farmacovigilância ativa. O reconhecimento clínico da PSSD, aliado a uma escuta qualificada e empática, representa não apenas um avanço técnico-científico, mas um imperativo ético que reforça os princípios da autonomia do paciente e do consentimento informado.

Concluimos, portanto, que a PSSD deve ser tratada como uma condição real, com potencial incapacitante, e que demanda maiores investimentos em pesquisa científica. Espera-se que as informações aqui reunidas contribuam para ampliar o conhecimento sobre esta síndrome e sirvam de base para pesquisas futuras, de modo que, em um futuro próximo, os pacientes deixem de ser invisibilizados e possam, enfim, receber um cuidado digno, respaldado por conhecimento científico sólido e sensibilidade clínica.

Referências

ALTHOF, S. E. *et al.* An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sexual Medicine*, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 60-90, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/sm2.28>. Acesso em: 08 maio 2024.

BAHRICK, A. Post SSRI Sexual Dysfunction. *ASAP Tablet*, [s.l.], v. 7, n. 3, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236587031_Post_SSRI_Sexual_Dysfunction. Acesso em: 08 maio 2024.

BALA, A.; NGUYEN, H. M. T.; HELLSTROM, W. J. G. Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. *Sexual Medicine Reviews*, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 29-34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.07.002>. Acesso em: 27 maio 2025.

BEN-SHEETRIT, J. *et al.* Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. *Annals of General Psychiatry*, [s.l.], v. 22, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00447-0>. Acesso em: 27 maio 2025.

CALABRÒ, R. S., *et al.* Towards Improving Post-SSRI Sexual Dysfunction by Using Nutraceuticals: Lessons from a Case Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, [s.l.], v. 45, n. 6, p. 562-565, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1556755>. Acesso em: 27 maio 2025.

CHINCHILLA ALFARO, K.; VAN HUNSEL, F.; EKHART, C. Persistent sexual dysfunction after SSRI withdrawal: a scoping review and presentation of 86 cases from the Netherlands. *Expert Opinion on Drug Safety*, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 553-561, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2007883>. Acesso em: 27 maio 2025.

COSKUNER, E. R. *et al.* Post-SSRI Sexual Dysfunction: Preclinical to Clinical. Is it Fact or Fiction?. *Sexual Medicine Reviews*, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 217-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.004>. Acesso em: 27 maio 2025.

COX, D. 'It feels like we've been lobotomised': the possible sexual consequences of SSRIs. The Guardian, Londres, 2024. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2024/mar/02/ssri-antidepressants-sexual-dysfunction-side-effects-consequences-libido>. Acesso em: 02 jun. 2025.

DE LUCA, R. *et al.* Cutting the First Turf to Heal Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Male Retrospective Cohort Study. *Medicines*, [s.l.], v. 9, n. 9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicines9090045>. Acesso em: 27 maio 2025.

FIGUEIREDO, C. J. M.; FREITAS, J. D. S. C. F.; FERREIRA, M. do C. Disfunção Sexual Persistente e Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina: Mito ou Realidade? *Gazeta Médica*, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 230-239, 2022. Disponível em: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/572>. Acesso em: 08 mai. 2024.

GHORAYSHI, A. *After Antidepressants, a Loss of Sexuality*. The New York Times, Nova York, 2023. Disponível

em: <https://www.nytimes.com/2023/11/09/health/antidepressants-ssri-sexual-dysfunction.html>. Acesso em: 02 jun. 2025.

GIATTI, S. *et al.* Effects of paroxetine treatment and its withdrawal on neurosteroidogenesis. *Psychoneuroendocrinology*, [s.l.], v. 132, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105364>. Acesso em: 27 maio 2025.

GIATTI, S. *et al.* Transcriptomic Profile of the Male Rat Hypothalamus and Nucleus Accumbens After Paroxetine Treatment and Withdrawal: Possible Causes of Sexual Dysfunction. *Molecular Neurobiology*, [s.l.], v. 62, n. 4, p. 4935-4951, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12035-024-04592-9>. Acesso em: 27 maio 2025.

HEALY, D. Post-SSRI sexual dysfunction & other enduring sexual dysfunctions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [s.l.], v. 29, p. e55, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000519>. Acesso em: 27 maio 2025.

HEALY, D.; LAPALME, J.; LEVIN, M. Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Bioelectric Mechanism?. *Bioelectricity*, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 7–13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bioe.2019.0010>. Acesso em: 27 maio 2025.

HEALY, D.; LE NOURY, J.; MANGIN, D. Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, [s.l.], v. 30, n. 3, p. 167–178, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JRS-191005>. Acesso em: 27 maio 2025.

HEALY, D.; MANGIN, D. Post-SSRI sexual dysfunction: barriers to quantifying incidence and prevalence. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, [s.l.], v. 33, p. e40, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s2045796024000441>. Acesso em: 27 maio 2025.

KLAAS, S. *et al.* The pathophysiology of Post SSRI Sexual Dysfunction – Lessons from a case study. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, [s.l.], v. 161, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.114166>. Acesso em: 27 maio 2025.

MARKS, S. A clinical review of antidepressants, their sexual side-effects, post-SSRI sexual dysfunction, and serotonin syndrome. *British Journal of Nursing*, [s.l.], v. 32, n. 14, p. 678-682, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.14.678>. Acesso em: 27 maio 2025.

NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da; QUEVEDO, J. *Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: ArtMed, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/355217389_Tratado_de_Psiquiatria_da_Associacao_Brasileira_de_Psiquiatria. Acesso em: 27 maio 2025.

OLIVEIRA, B. de. *Disfunção sexual pós-antidepressivos gera preocupação em pacientes e especialistas*. Brasil em Folhas, [s.l.], 2024. Disponível em: <https://www1.brasilemfolhas.com.br/2024/10/disfuncao-sexual-pos-antidepressivos-gera-preocupacao-em-pacientes-e-especialistas>. Acesso em: 02 jun. 2025.

PATACCHINI, A.; COSCI, F. Exposure to serotonin selective reuptake inhibitors or serotonin noradrenaline reuptake inhibitors and sexual dysfunction: Results from an online survey. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 229-242, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JRS-200074>. Acesso em: 27 maio 2025.

PELEG, L. C. *et al.* Post-SSRI Sexual Dysfunction (PSSD): Biological Plausibility, Symptoms, Diagnosis, and Presumed Risk Factors. *Sexual Medicine Reviews*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 91-98, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.07.001>. Acesso em: 27 maio 2025.

PIRANI, Y. *et al.* Frequency of self-reported persistent post-treatment genital hypoesthesia among past antidepressant users: a cross-sectional survey of sexual and gender minority youth in Canada and the US. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [s.l.], 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02769-0>. Acesso em: 27 maio 2025.

REISMAN, Y. *Post-SSRI sexual dysfunction*. BMJ, [s.l.], v. 368, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m754>. Acesso em: 27 maio 2025.

ROTHMORE, J. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *The Medical Journal of Australia*, [s.l.], v. 212, n. 7, p. 329-334, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5694/mja2.50522>. Acesso em: 27 maio 2025.

SCHLOTT, R. *Gen Zers says antidepressants have ruined their sex lives: 'I'm dead inside'*. New York Post, Nova York, 2025. Disponível em: <https://nypost.com/2025/02/25/us-news/gen-zers-says-antidepressants-have-ruined-their-sex-lives>. Acesso em: 02 jun. 2025.

SOARES, P. J. R. Inibidores seletivos da recaptção da serotonina. *Psychiatry on line Brasil*, [s.l.], v. 10, n. 10, 2005. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano05/artigo1005b.php>. Acesso em: 08 maio 2024.

STINSON, R. D. *The impact of persistent sexual side effects of selective serotonin reuptake inhibitors after discontinuing treatment: a qualitative study*. Orientadora: Saba R. Ali. 2013. Dissertação (Psychological and Quantitative Foundations) – University of Iowa, Iowa City, 2013. Disponível em: <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/The-impact-of-persistent-sexual-side/9983777053502771>. Acessado em: 09 maio 2024.

STUDT, A. *et al.* Characterizing post-SSRI sexual dysfunction and its impact on quality of life through an international online survey. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 321-329, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JRS-210039>. Acesso em: 27 maio 2025.

TAVARES, M. *O risco de anestesia genital depois de interromper o uso de antidepressivos*. G1, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/blog/longevidade-modo-de-usar/post/2024/10/27/o-risco-de-anestesia-genital-depois-de-interromper-o-uso-de-antidepressivos.ghtml>. Acesso em: 02 jun. 2025.

ZEISS, R. *et al.* Sexual Dysfunction Induced by Antidepressants—A Pharmacovigilance Study Using Data from VigiBase™. *Pharmaceuticals*, [s.l.], v. 17, n. 7, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ph17070826>. Acessado em: 09 maio 2024.

Recebido em: 19/12/2025

Aprovado em: 12/04/2026