

A SEXUALIDADE NO CLIMATÉRIO E O TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS NO INÍCIO DO SÉCULO XXI*

Jaqueline Brendler¹

SEXUALITY DURING CLIMACTERIC AND THE TREATMENT OF SEXUAL DYSFUNCTIONS AT THE BEGINNING OF THE 21ST CENTURY

Resumo: A autora expõe as influências sobre a sexualidade no climatério, dos fatores biológicos: 1 – químicos (neurotransmissores e hormônios); 2 – idade (modificações sexuais e estéticas), do aumento da incidência de doenças e do uso de medicamentos, mas principalmente dos fatores psicossocioculturais e conjugais que se impõem sobre os anteriormente citados. O artigo cita as principais etiologias e as opções terapêuticas medicamentosas e/ou psicoterápicas para as modificações e as disfunções sexuais prevalentes nessa fase da vida da mulher.

Palavras-chave: Climatério; sexualidade; disfunções sexuais; tratamentos.

Abstract: The author presents the influence exerted on sexuality during climacteric by biological factors (1– chemical factors: neurotransmitters and hormones; 2 – age (sexual and aesthetic changes), by the increase in the incidence of diseases and the use of medication, but mainly by psychosociocultural and conjugal factors that prevail over the aforementioned ones. The article points out core etiologies and therapy, as well as medication and/or psychotherapy options for those changes and the prevailing sexual dysfunctions in that stage of women's lives.

Keywords: Climacteric; sexuality; sexual dysfunctions; treatments.

* Trabalho apresentado no 7º Congresso da Escola de Medicina da UCPEL, outubro de 2006.

¹ Ginecologista. Terapeuta Sexual. Membro do Conselho Deliberativo SBRASH biênio 2005-2007. Membro do Comitê de Ética da FLASSES 2004-2008 e do Comitê Científico da Associação Mundial de Saúde Sexual 2007-2009. e-mail: jaqbrendler@terapiadosexo.med.br

O climatério é um período de transição entre a vida reprodutiva e a não reprodutiva.

A sexualidade envolve as emoções, a fantasia, a comunicação e a genitalidade. A primeira fase da resposta sexual é o desejo sexual, contudo, um grande número de mulheres admite que o desejo sexual surge junto com a excitação sexual ou é posterior a ela (BASSON, 2000; 2002). Sabemos que a resposta sexual da mulher a partir do climatério começa a tornar-se mais lenta e menos exuberante nas suas manifestações, então a mulher necessita mais tempo nas carícias que antecedem o coito, para ficar excitada mental e fisiologicamente. Se a excitação sexual for adequada, aumenta não somente o desejo sexual, se ele já existia previamente ou o desencadeia, o que facilitará atingir a fase orgásmica. Os orgasmos, no climatério, iniciam a serem menos intensos e de duração menor.

A saúde torna-se mais fragilizada à medida que a idade avança e o uso de algumas drogas pode interferir negativamente na sexualidade, sendo os principais: o álcool, os narcóticos, os beta bloqueadores adrenérgicos, os antiandrogênicos, os anti-hipertensivos de ação central, os bloqueadores dos receptores alfa 1 adrenérgicos, os que aumentam a serotonina, os que bloqueiam a dopamina, os que atuam sobre o Ácido Gama Aminobutírico (GABA) e os que atuam sobre os receptores H2 da histamina. O ideal é que sejam substituídos por outras que tenham um perfil mais favorável à sexualidade, a exemplo do grupo dos antidepressivos, nos quais os de eleição, pensando em sexualidade, são a bupropiona e a trazodona.

A sexualidade no climatério é influenciada por fatores biológicos: 1 – químicos: principalmente a ação dos neurotransmissores e a dos hormônios; 2 – idade: modificações no corpo e na resposta sexual, alterações estéticas (como a perda da juventude), dificuldade de lidar com a maior comorbidade (a incidência de doenças aumenta e o conseqüente uso de remédios), mas principalmente por fatores psicossocioculturais e por fatores conjugais nos quais se inclui os interpessoais. Assim as mulheres que sempre tiveram uma vida sexual enriquecida e satisfatória, têm sua resposta sexual não alterada ou menos afetada pelos efeitos colaterais das medicações e influência dos outros fatores acima citados. Em relação aos fatores químicos cabe ressaltar que é necessário, para uma sexualidade saudável, níveis normais de dopamina e de serotonina (neurotransmissores), de prolactina, dos hormônios tireoideanos e de testosterona livre.

Na pós-menopausa há alterações nas terminações nervosas que podem afetar a percepção sensorial ao toque, na pele e no clitóris. Em relação à prevenção

ou ao tratamento das principais queixas das mulheres climatéricas, a indicação sexual de algum tipo de terapêutica estrogênica se faz no sentido de tentar prevenir ou reverter, num grau menor ou maior, a redução dos receptores estrogênicos e as suas conseqüências, principalmente no sistema urogenital e na pele. A atrofia vaginal, com o seu conseqüente encurtamento e perda da elasticidade vaginal são menos intensas em mulheres climatéricas que sempre mantiveram vida sexual ativa do que nas sexualmente inativas (LEIBLUM, BACHMANN, KEMMANN, COLBURN & SWARTZMAN, 1983).

O tratamento ginecológico unicamente com estrogênios aumenta o fluxo sanguíneo pélvico; outras potenciais ações do estrogênio são: 1. promover o crescimento das células de músculo liso na vagina e no clitóris; 2. regular o metabolismo do tecido conectivo; 3. regular a síntese de óxido nítrico. Por todo esse somatório citado é relatado que os estrogênios possam ter importante papel na manutenção da integridade funcional vaginal e da função do músculo liso do clitóris (TRAISH, KIM, MIN, MUNARRIZ, & GOLDSTEIN, 2002). Os estrogênios podem ser administrados por via sistêmica (oral, subcutânea, ou transdérmica (a melhor opção pensando em sexualidade) ou via tópica (creme ou cápsulas vaginais). O uso isolado de estrogênio sistêmico apenas é permitido às mulheres que realizaram histerectomia e que não possuem as contra-indicações clássicas a esse grupo. As demais mulheres, com útero, que possuem queixas próprias do climatério, somente poderão usar uma das várias possibilidades de reposição hormonal que associam os estrogênios aos progestágenos; os progestágenos não são benéficos à sexualidade, além de poderem causar humor depressivo. Entre os progestágenos, os que trazem menos prejuízo à sexualidade são os derivados da 19 nortestosterona, por terem ação mais androgênica.

Para mulheres de 40 a 80 anos que participaram do Global Estudo sobre Atitudes e Comportamentos Sexuais (GSSAB), que envolveu 13.882 mulheres de 29 países dos 5 continentes, a falta de interesse sexual foi o problema sexual mais comum, sendo a prevalência média, de 32% (MOREIRA Jr, BROCK, GLASSER, NOCOLOSI, LAUMANN, PAIK et al., 2005). No Brasil, que participou dessa pesquisa, os três problemas sexuais mais comuns foram a dificuldade de lubrificação (23.4%), a falta de interesse sexual (22,7%) e inabilidade para atingir orgasmo (22.0%) (MOREIRA Jr., GLASSER, SANTOS & GINGLELL, 2005). Idade avançada foi positivamente associada com problemas de lubrificação vaginal, no Brasil, somente para mulheres na idade de 60 a 80 anos, quando comparada às mulheres dos 40-49 anos (MOREIRA Jr. et al., 2005). Quando o diagnóstico no GSSAB foi a de falta de interesse em sexo, este foi associado à crença de que o envelhe-

cimento reduz o desejo sexual, a pensar sobre sexo de modo infreqüente, à depressão, a baixas expectativas sobre o futuro do relacionamento e a sexo infreqüente (LAUMANN, NICOLSI, GLASSER, PAIK, GINGELL, MOREIRA & WANG, 2005).

Como há um aumento na expectativa de vida, as mulheres vão viver quase um terço após a menopausa o que as faz seguir um estilo de vida mais saudável, instruídas pela ciência médica e psicológica. Temos que pensar em qual é o perfil da mulher climatérica hoje; muitas delas são economicamente ativas e estão mantendo os seus espaços no mercado de trabalho, por isso conseguem investir mais em saúde e na sua estética física, também possuem um novo e maior vigor físico, mental e emocional, desconhecido das antigas mulheres climatéricas de 30 anos atrás. Elas estão nos mostrando uma nova mulher, também no climatério estão dando “vida aos seus anos” em vez de “dar anos à sua vida”. É essencial que a mulher seja percebida na sua totalidade, pois no climatério, com a perda da função reprodutiva, será realizado um novo balanço de vida. Quais eram os seus sonhos de vida? Como está a sua vida hoje, ela está feliz? Está deprimida? Há planos pessoais, de casal e de família para o futuro? Qual a percepção que ela tem dessa fase da vida? Ela questiona os estereótipos culturais que cultuam a beleza juvenil ou os impõe à sua vida?

Se a auto-estima da mulher estiver abalada, por dificuldades de lidar com a sua nova auto-imagem, com o envelhecimento (por terem uma visão negativa de ambos) ou porque o seu parceiro está com disfunção erétil, ela terá grande chance de adquirir uma ou mais disfunções sexuais.

Muitas mulheres que no climatério têm Desordem do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD) tinham como ideal único de vida casar e ter filhos, cujos objetivos foram atingidos nessa fase, então elas referem que “penduraram as chuteiras na vida sexual”, uma vez que apenas se percebiam mulher na medida em que existia a capacidade e o desafio de ser mãe; nelas a identificação com a mulher sexuada, com a fêmea, nunca foi internalizada, nunca foi importante. A maioria das mulheres exercem vários papéis na sua trajetória de vida: filha, profissional, mulher sexuada, mãe, dona-de-casa, avó. Quando há HSDD uma das possibilidades etiológicas é a dificuldade de lidar com a mulher sexualmente ativa (BRENDLER, 2002). Dentre os fatores ligados à gênese do HSDD, além dos comuns a todas as fases da vida, no climatério e na terceira idade, merecem ser destacados: 1- a dificuldade do par se posicionar, novamente, como um casal, após a saída dos filhos de casa e a ajuda em cuidar dos netos; 2- o relacionamento

diádico patológico, com conflitos conjugais, de longa duração, não resolvidos;
3- a ausência de sentimentos positivos em relação ao parceiro.

Pensando apenas nas três queixas mais frequentes apontadas no GSSAB, no Brasil, (MOREIRA Jr. et al., 2005) é importante para o tratamento da Desordem do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD), para a maioria das mulheres da população, que são as que têm os ovários, que se indique terapia da linha cognitiva comportamental. Menciono, entre outras técnicas dessa linha, para os casos de HSDD, o Cardápio Sexual, que é um tratamento baseado no “pensar em sexualidade”, no qual, durante a terapia sexual, a paciente criará um repertório de cenas sexuais pessoais, a partir de filmes/livros eróticos ou de romance, que será usado para criar o hábito de pensar em sexualidade, várias vezes ao dia, a fim de mudar a mente para uma situação erótica e assim torná-la mais receptiva aos estímulos sensuais/sexuais (BRENDLER, 2005).

Quanto ao uso de drogas com ação hormonal para melhorar o desejo sexual, sabemos que 97-99% da testosterona circulante é ligada a *Sex Hormone-Binding Globulin* (SHBG) e apenas 1-3% é testosterona livre, não ligada a SHBG (PALACIOS, TOBAR & MENENDEZ, 2002). Se for prescrito estrogênio através da terapia de reposição hormonal (principalmente os de administração oral isolados), hormônios tireoidianos, a SHBG aumenta e a testosterona livre, que é biologicamente ativa, diminui (PALACIOS et al., 2002). Ocorre também diminuição da testosterona no caso de ooforectomia cirúrgica bilateral ou química (com o uso de GNRH antagonistas) ou de Quimioterapia e Radioterapia sobre a região dos ovários (DAVIS, 1998). As drogas que têm mostrado melhor perfil sexual para resolver as intercorrências clínicas comuns no climatério são o estradiol transdérmico (aumenta menos a SHBG e diminui menos a testosterona livre) (MAZER, 2002; PALACIOS et al., 2002) e a tibolona (diminui a SHBG e aumenta a testosterona livre) (DÖREN, RBIG, COELINGH, HOLZGREVE, 2001; PALACIOS et al., 2002). Em 2005, quanto à reposição de testosterona em mulheres na pós-menopausa, a Sociedade Norte Americana de Menopausa, entre outras recomendações, cita: 1 – Nunca usar testosterona sem estrogênioterapia concomitante; 2 – Assegure-se de que há uma causa fisiológica para redução dos níveis de testosterona (exemplo: ooforectomia bilateral); 3 – O lipidograma completo e as provas de função hepáticas devem ser avaliadas antes do tratamento com testosterona, e no 3º mês do tratamento; 4 – A testosterona via transdérmica (em adesivo), em gel ou creme são preferíveis à testosterona via oral, por evitar os efeitos da primeira

passagem hepática; 5 – Não há dados que confirmem a eficácia e a segurança da testosteronaterapia, acima de 6 meses; 6 – Nunca usar testosterona em mulheres com câncer de mama ou útero e com doença cardiovascular (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2005). Os melhores resultados, em estudos já realizados e em outros que estão em andamento, em mulheres, em uso de estrogenerioterapia, com queixa da HSDD após menopausa cirúrgica, indicam a testosterona transdérmica em adesivos, na dose 300 microgramas / dia dose. Esta dose, por dia, usada durante três a seis meses, é segura e eficaz para o tratamento da HSDD causado por menopausa cirúrgica em mulheres que estão recebendo estrogenerioterapia concomitante (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2005). No Brasil, o único tipo de testosterona disponível, apenas em farmácias de manipulação, é a metil-testosterona, e os trabalhos associando 2,5 mg de metil-testosterona via oral a algum estrogênio diminuíram o HDL colesterol, em mulheres na pós-menopausa (BASARIA, NGUYEN, ROSENSON, DOBS, 2002).

Para a queixa do HSDD é recomendada a avaliação dos níveis hormonais de prolactina pool (mais de uma dosagem seqüencial) e dos hormônios tireoideanos; a quantificação do nível de testosterona livre apresenta controvérsias na literatura científica, pois nem sempre há correlação com a clínica de HSDD, contudo essa é outra possibilidade laboratorial. Se houver alteração nos níveis de prolactina e dos hormônios tireoideanos eles devem ser corrigidos. Não é incomum, a queixa de HSDD persistir, após ser efetuada a correção hormonal, sendo necessário a indicação de terapia sexual, pois há, nesses casos, mais de uma etiologia envolvida nessa disfunção.

No climatério e após esse período, uma vez efetuada a prevenção da atrofia pélvica, seja através de uma vida sexual ativa e satisfatória, seja com estrogênio sistêmico (preferentemente transdérmico) sem excluir a possibilidade do uso tópico, ou tibolona, a mulher poderá permitir-se um aumento no tempo das carícias, antes e durante todo o intercurso sexual. Esse aumento no tempo do jogo erótico possibilita para a imensa maioria das mulheres orgásmicas, algum toque no clitóris de maneira suave, devido às mudanças fisiológicas típicas do climatério, que pode ser continuado durante o coito, para que o orgasmo seja facilitado. As disfunções da excitação sexual e do orgasmo, em mulheres climatéricas que possuam um saudável trofismo urogenital, serão resolvidas principalmente usando as técnicas da linha cognitiva comportamental.

Para a maioria das mulheres no climatério, os fatores psicossocioculturais e os conjugais impõem-se sobre os fatores biológicos, assim o histórico anterior de uma vida sexual satisfatória e continuar percebendo-se como uma mulher sexuada, capaz de ter e despertar desejo sexual, bem como de manter-se num saudável relacionamento a dois são os principais determinantes da sexualidade satisfatória.

Referências bibliográficas

- BASARIA, S., NGUYEN, T., ROSENSON, R.S., DOBS, A.S. Effect of methyl testosterone administration on plasma viscosity in postmenopausal women. *Clinical Endocrinology*, 57: p.209-214, 2002. UK, Balckwell Science.Ltd, 2002.
- BASSON, R. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: p.51-65, 2000. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 2000.
- _____ A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 p. 1-10, 2002. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 2002.
- BRENDLER, J. A ausência de identificação feminina com a 'mulher sexuada' aparece em relacionamentos de longa duração. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v.13, n.1 p.15 – 19, 2002. SBRASH. São Paulo: Iglu, 2002.
- _____ Cardápio Sexual: um novo tratamento baseado no “pensar em sexo” para mulheres com desejo sexual hipoativo (HSDD). *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* v. 16 n.1 p. 89-104, 2005. SBRASH. São Paulo: Iglu, 2005.
- DAVIS, S. R. The clinical use of androgens in female sexual disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v.24 n. 3 p. 153-163, 1998. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, 1998.
- DÖREN, M.; RBIG, A.; COELINGH, B.H.J.T.; HOLZGREVE, W. Differential effects on the androgen status of postmenopausal women treatment with tibolone and continuous combined estradiol and norethindrone acetate replacement therapy. *Fertility and Sterility*, v.75(3) p. 554-9, 2001. American Society for Reproductive Medicine. USA: Elsevier Inc., 2001.
- LAUMANN, E.O.; NICOLOSI, A.; GLASSER, D.B; PAIK, A.; GINGELL, C.; MOREIRA, E.; WANG, T. Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17 p. 39-57, 2005. USA: Nature Publishing Group, 2005.

- LEIBLUM, S.; BACHMANN, G.; KEMMANN, E.; COLBURN, D.; SWARTZMAN, L. Vaginal Atrophy in the Postmenopausal Woman. The importance of sexual activity and Hormones. **Journal of the American an Medical Association**, v. 249 n.16 p. 2195-2198, 1983. USA: JAMA, 1983.
- MAZER, N.A. Testosterone Deficiency in Women: Etoiologies, Diagnosis, and Emerging Treatments. **International Journal of Fertility**, v. 47 (2) p. 77-86, 2002. USA: International Foundation for Studies in Reproduction, Inc. and others, 2002.
- MOREIRA Jr., E.D.; BROCK, G.; GLASSER, D.B.; NOCOLOSI, A.; LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; WANG, T.; GINGELL, C. Help-seeking behavior for sexual problems: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **International Journal of Clinical Practice**, v.59 n.1 p. 6-16, 2005. Malden, MA: Backwell Publishing Ltd, 2005.
- MOREIRA Jr., E.D.; GLASSER D; SANTOS B. D; GINGLELL, C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **São Paulo Medical Journal**, v.123(5) p. 23-41, 2005. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2005.
- NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. **Menopause**; v.12 n.5 p. 496-511, quiz 649, 2005. Cleveland: North American Menopause Society, 2005.
- PALACIOS, S.; TOBAR, A.C.; MENENDEZ, C. Sexuality in climateric years. **Maturitas** v.43, p. S69-77, 2002. Elsevier Science Ireland Ltd, 2002.
- TRAISH, A M.; KIM, N., MIN, K.; MUNARRIZ, R. & GOLDSTEIN, I. Androgens in female sexual arousal function: a biochemical perspective. **Journal of Sex & Marital Therapy**; v.28 (s) p. 233-44, 2002. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, 2002.