

O QUE A TERAPIA HORMONAL PODE AJUDAR NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA?

Jorge José Serapião¹

WHAT DOES HORMONAL THERAPY CAN HELP IN FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION?

Resumo: O autor considera que, presentemente, o emprego da terapia hormonal em Disfunção Sexual Feminina se restringe ao uso de alguns tipos de esteróides. Analisa as dificuldades técnicas no estudo da ação desses hormônios na espécie humana e relata algumas das situações em que tais ações podem ser observadas refletindo-se nos papéis de gênero, na identidade e no *drive* sexual. Comenta a utilização de androgênios, estrogênios e progesterona no tratamento das Disfunções Sexuais Humanas. Conclui que esta utilização deverá ser cautelosa em relação aos androgênios tanto no sexo masculino como no feminino, tem sentido como terapia tópica em mulheres em relação aos estrogênios e nenhum sentido em relação a progesterona.

Palavras-chave: Disfunção sexual feminina; Terapia hormonal; Esteróides.

Abstract: The author considers nowadays use of hormonal therapy for female sexual dysfunction is restricted to some type of steroids. The author analyzes the technical difficulties in the use of those hormones in mankind. The author reports some cases where this action can be observed with an negative effect on sex gender and sexual drive. The author makes comments the utilization of androgens, estrogens and progestogens on the treatment of the human sexual dysfunctions. The author concludes that the use of androgens has to be cautious for both males and females. The use of estrogens is possible, in female, if by topic therapy. The use of progestogens doesn't make sense.

Keywords: Female sexual dysfunction; Hormonal therapy; Steroids.

¹ Médico e Psicólogo. Professor da Faculdade de Medicina da UFRJ e da UGF-RJ.
e-mail: serapius@unisys.com.br

1. Introdução

Quando se fala de terapia hormonal em relação à sexualidade, de um modo geral, se está referindo a ação dos hormônios ditos esteróides: estrogênios, progestagênios e androgênios. Outros tipos de hormônios, como por exemplo, a prolactina, apesar de comprovada ação sobre esse comportamento, não tem sido utilizada de forma terapêutica.

Assim, em relação aos esteróides, admite-se que eles atuem sobre o cérebro, o corpo em geral e a genitália.

Quanto à ação desses hormônios sobre o cérebro, numerosos estudos em animais inferiores, principalmente com mamíferos, tem demonstrado uma relação entre o emprego de altas doses de esteróides nas fases mais precoces do desenvolvimento desses animais e o aparecimento de diferenças entre as estruturas cerebrais de machos e fêmeas bem como de seus comportamentos sexuais. Tais pesquisas randomizadas comparam animais expostos a esse mecanismo com outros nos quais foram utilizados placebos.

Na espécie humana tais estudos seriam inadmissíveis em função de óbvias limitações de natureza ética.

Há porem a possibilidade de observações feitas em decorrência de doenças genéticas, em que determinados indivíduos são expostos a esses esteróides em diferentes fases de seu desenvolvimento. Tais dados deverão ser considerados com ressalvas na medida em que não se pode compará-los com resultados experimentais onde é possível um melhor controle de variáveis.

Na espécie humana, nas condições patológicas que simulam esses achados experimentais, não foram descritas alterações anatômicas; identificando-se, tão somente, diferenças de comportamentos que, acredita-se, relacionadas com ação desses esteróides no cérebro.

Essa ação sobre o cérebro poderia se fazer de duas maneiras:

- 1 – Ação organizadora.
- 2 – Ação ativadora.

As ações organizadoras seriam aquelas decorrentes da atuação dos hormônios sobre o sistema nervoso central, em sua fase de desenvolvimento.

São ações permanentes e ocorrem em períodos precoces do desenvolvimento (pré-natal e neonatal). Embora os hormônios atuem muito brevemente seus efeitos repercutem pelo resto da vida do animal.

São essas ações organizacionais que explicam a possibilidade de determinado hormônio, agindo sobre o cérebro, determinar as diferenças de comportamento entre os seres masculino e feminino.

Estes efeitos ainda não foram clarificados o suficiente em relação aos primatas e os homens. Para alguns parece altamente provável que influenciem o comportamento sexual tardio, tipo dimórfico, isto é, um comportamento masculino e feminino variável segundo diferenças anatômicas descritas modernamente no cérebro de homens e mulheres normais.

Um segundo tipo de ação dos hormônios sobre o comportamento sexual seria decorrente de sua ação ativadora.

Os efeitos ativadores seriam aqueles correspondentes a ação dos hormônios na fase pós-natal durante as diversas etapas de desenvolvimento dos indivíduos ao longo de vida.

As ações ativadoras são, na maioria das vezes, temporárias aumentando ou diminuindo de acordo com as variações dos níveis de hormônio e, geralmente, ocorrendo em animais maduros. Um exemplo são as ações dos esteróides ao longo do ciclo estral dos roedores. Na espécie humana um dos mais expressivos exemplos é o ciclo menstrual.

Finalmente devemos considerar que a ação dos esteróides poderá interferir nas três fases da resposta sexual humana.

Assim poderemos observar situações que interferem na identidade de gênero.

Um exemplo expressivo se dá durante o desenvolvimento de mulheres com hiperplasia supra-renal congênita (HSC).

Nessas mulheres as alterações da identidade de gênero incluem:

- uma forte e persistente identificação com o sexo oposto;
- o desejo de ser ou a insistência de que já é do outro sexo;
- um persistente desconforto com seu sexo civil e com o papel de gênero com ele relacionado.

O fato de que somente alguns casos de HSC apresentam disfunções de identidade de gênero faz supor que os altos índices de androgênios pré-natal sejam um fator facilitador, mas não necessariamente determinante da estruturação do indivíduo. Afinal, existem situações em que o sexo civil é questionado pelo indivíduo sem que seja identificada nenhuma maior exposição a níveis altos de androgênio.

Há situações que nos fazem refletir sobre a influência dos hormônios sobre o chamado papel de gênero.

Apesar das dificuldades em se estabelecer precisamente quais seriam esses papéis acaba-se por aceitar que existem diferenças de comportamentos ligados aos papéis de gênero. Exemplo: tipos de jogos juvenis; desenvolvimento de certas habilidades cognitivas (rotação mental, percepção espacial, capacidade de resolver problemas de matemática, fluência verbal, velocidade e acurácia perceptual); características de personalidade (agressividade, maternagem); manifestações de assimetria neural (preferência de mão; lateralização de linguagem).

Meninas que durante o desenvolvimento embrionário foram expostas a progesterona androgênica mostraram um aumento de interesse por jogos masculinos, brinquedos masculinos, e jogos violentos. Já aquelas expostas a progesteronas antiandrogênicas (acetato de medroxiprogesterona), não apresentaram.

Finalmente devemos considerar as situações que influenciam a orientação sexual.

Há “experimentos de natureza” que sugerem a participação dos hormônios na estruturação da orientação sexual, embora pareça que o mecanismo é mais de contribuição do que de determinação deste fator.

Um estudo clássico comparou um grupo de 30 mulheres que estiveram na fase pré-natal expostas ao dietilestilbestrol (DES) comparadas com outras 30 que não haviam sido expostas (obtidas nas mesmas clínicas ginecológicas). Os resultados sugerem que o DES está relacionado a aumento da bissexualidade ou homossexualidade feminina. Aproximadamente 24% das mulheres expostas aos DES (em contrastes com 0% das não expostas) tiveram ao longo da vida fase de homo ou bissexualismo.

A influência dos esteróides foi também observada entre indivíduos geneticamente masculinos.

Como se sabe, a deficiência de enzimas necessárias a síntese androgênica (5 α -Redutase e 17 β -Hidroxiesteroide desidrogenase) pode levar a pseudohermafroditismo masculino.

Em ambas síndromes, o aspecto do indivíduo no nascimento é mais feminino que masculino. Entretanto se os testículos não são removidos, estes indivíduos, na puberdade, tendem a desenvolver identidade, papel e orientação masculina.

Quanto à ação dos esteróides sobre o corpo em geral não se pode esquecer do desenvolvimento de caracteres sexuais fenotípicos e sua conseqüente importância na imagem corporal. Há que se considerar também ação dos androgênios no desenvolvimento de massa muscular e conseqüentemente aumento da força física.

Em relação à genitália, além de sua óbvia função diferenciadora, os esteróides, especificamente estrogênios, atuam sobre a genitália feminina determinando um aumento do fluxo sanguíneo local, da estratificação epitelial, da capacidade de transudação e da elasticidade vaginal, do trofismo muscular e da sensibilidade local.

2. Utilização de esteróides nas disfunções sexuais femininas

Finalmente cabe algum comentário quanto à utilização terapêutica dos esteroides nas disfunções sexuais femininas

Estrogênio

Entre os animais a atratividade está condicionada a níveis de estrogênio (odores e aparência vulvar). Durante o cio, por exemplo, observam-se modificações circumpereais (pele sexual) nas macacas e nas fêmeas dos gorilas.

Nas mulheres, ainda que não se possa estabelecer uma receptividade como a observada entre os animais, podemos afirmar que os estrogênios são elementos importantes para a manutenção do trofismo vaginal normal.

Androgênios

Os androgênios são substâncias com propriedades virilizantes, porém, apesar do nome (andro = masculino; gênio = produzir), se acredita que tenha também uma ação na sexualidade feminina.

A intensidade dessa influência é incerta e merece investigação mais consistente, porém já se pode afirmar que atua afetando a libido, o estado de ânimo, as funções cognitivas, a densidade óssea e o comportamento.

Considera-se que a concentração normal de testosterona circulante nas mulheres 10 a 100 ng/dl equivalente a uma décima parte dos níveis dos homens (200 a 1200ng/dl). Esses hormônios, nas mulheres, seriam produzidos pelos ovários e glândulas supra-renais, assim como pela conversão periférica da androstenediona também produzida por esses órgãos.

A diferença dos estrogênios, os níveis de testosterona não diminuem drasticamente com a menopausa natural; havendo mesmo uma leve elevação desses hormônios em função de um estímulo pelos níveis mais altos de LH. Com a instalação da menopausa, esses níveis tendem a declinar lentamente sendo que, em algumas vezes, se pode falar de uma síndrome de *deficit* androgênico feminino. Há provas de que mulheres que se submeteram à castração médica (radioterapia) ou cirúrgica, podem apresentar um déficit de testosterona.

Alguns trabalhos sugerem que a testosterona pode influir no comportamento físico de cada sexo. A testosterona estaria relacionada a um comportamento mais viril.

Assim, por exemplo, um estudo sobre a testosterona e ciclo menstrual encontrou uma débil associação entre a testosterona e estilo de vida. Mulheres com um nível de testosterona mais alto eram dadas a desenvolver uma carreira e eram menos ajustadas ao estereotipo de mulheres casada e feliz.

Mas o maior interesse das pesquisas se liga a possível relação entre a testosterona e o desejo sexual.

Embora pareça que a libido depende de muitos fatores emocionais, existe uma certa evidência de que a testosterona desempenha um importante papel agindo em áreas do cérebro ligadas ao comportamento sexual e emocional.

Alguns trabalhos já na década de 70 relacionaram o aumento da atividade sexual das mulheres a uma elevação dos níveis de testosterona no pico de LH no ciclo menstrual embora outros tenham negado essa relação.

Várias pesquisas relacionam um aumento do desejo sexual em mulheres conseqüente ao uso de testosterona.

Uma das razões pelas quais esse tratamento não tem sido mais difundido são as conseqüências de virilização (insulinismo, acne, calvície tipo masculino, aumento do clitóris, alteração da voz).

Para combater a falta de desejo também tem sido utilizado a DHEA (dehidroepiandrosterona, um hormônio produzido pela glândula supra-renal e, nos homens, também nos testículos) e o SDHEA (sulfato de dehidroepiandrosterona). Em alguns países nem sequer é considerado um medicamento, sendo vendido livremente como complemento alimentar.

Há um problema ainda não resolvido na prática que dificulta a análise dos resultados da utilização de androgênio na resposta sexual feminina. Trata-se da baixa sensibilidade dos atuais ensaios disponíveis para medir os níveis

de androgênio que como se sabe, foram desenvolvidos para aferir os níveis de androgênios masculinos 10 vezes mais elevados que o encontrados nas mulheres. Isso dificulta o diagnóstico laboratorial da insuficiência androgênica na pós-menopausa ou mesmo em qualquer outra fase da vida, razão pela qual o diagnóstico desta condição tem sido por avaliação das queixas clínicas das mulheres.

Muitos autores afirmam que a ooforectomia bilateral nas mulheres em pré-menopausa determina alterações endócrinas abruptas, privando-as, não somente de sua fonte folicular de estrogênio, como também dos androgênios provenientes do estroma ovariano. Na verdade, não existem estudos de controles adequados sobre os efeitos dessa cirurgia sobre a sexualidade feminina. Alguns autores acham que os melhores resultados obtidos na recuperação da libido em mulheres que sofrem castração, seja a associação de estrogênio + testosterona. Estudos recentes sugerem a utilização terapêutica da testosterona em duas circunstâncias: mulheres que tenham sofrido castração e mulheres com níveis de testosterona abaixo do nível funcional crítico. Isso melhoraria o desejo sexual, o estado de animo, o bem estar, a função cognitiva e a densidade óssea.

Progestagenios

A progesterona permanece, sob o ponto de vista de sua ação sobre o comportamento sexual feminino, com um enigma.

Seus efeitos podem variar, como na maioria das funções fisiológicas, de acordo com a proporção de estrogênio. Em algumas ocasiões funcionaria como um potente antiestrogênico, inibindo o interesse sexual.

Cuidadosos estudos sobre terapêutica estrogênica substitutiva, afirmam ter observado uma melhora no ressecamento vaginal e no interesse sexual, enquanto que, ao acrescentar progesterona, obteve um efeito inibitório.

Há quem defenda o uso de alguns tipos de progesterona com leve ação androgênica (NETA) como capaz de atuar favoravelmente na libido feminina.

3. Conclusões

A utilização terapêutica dos esteroides deverá ser cautelosa em relação aos androgênios tanto no sexo masculino como no feminino, tem sentido como terapia tópica em mulheres em relação aos estrogênios e pouco ou nenhum sentido em relação a progesterona.