
Tratamento Hormonal de Substituição e Sexualidade na Menopausa

A. Bacelar Antunes*

Resumo

Na pré- e na pós-menopausa há muitas vezes uma diminuição do interesse sexual, nomeadamente por diminuição dos estrogénios e dos androgénios.

Após, algumas considerações sobre a sexualidade da mulher, o autor aponta os benefícios da associação de pequenas doses de androgénios à THS, na melhoria da sexualidade.

Muitos autores referem que não há nenhuma relação entre a menopausa e possíveis alterações na sexualidade. Porém, na nossa prática clínica, encontramos muitas vezes desde a pré-menopausa um desinteresse sexual por parte da mulher, que se vai acentuando nos anos a seguir à menopausa. Diminuição da libido, dores com as relações sexuais, sensação de vagina seca e diminuição da frequência das relações sexuais são os sintomas mais frequentes da mulher na pré- e pós-menopausa⁽¹⁾.

A diminuição da libido ou do interesse sexual pode ser devida à diminuição dos níveis estrogénicos e androgénicos, ao *stress* psicossocial e pode, ainda, estar ligada a caracterís-

ticas da personalidade da mulher ou ao relacionamento do casal⁽¹⁾.

Sabemos que na menopausa os níveis das hormonas sexuais diminuem, trazendo como consequência um défice na resposta sexual. Mas há também que ter em conta que o prazer sexual que a mulher possa ter é dependente de vários factores, para além da redução dos níveis hormonais⁽²⁾.

A expressão livre do próprio sexo exige estar-se contente com o próprio corpo e usufruir uma estimulação sexual que dê mais prazer. Na mulher em menopausa, a sua sexualidade depende da sua sexualidade anterior, da sua relação emocional com o companheiro, do funcionamento sexual desse parceiro e das suas reacções físicas e psicológicas ao próprio climatério.

O sexo na espécie humana passa pela fantasia e também pela realidade externa do casal. A sexualidade é, ao fim e ao cabo, uma amálgama de factores intrínsecos e extrínsecos. É muito importante valorizar a qualidade afectiva da relação do casal, pois que se houver ou se manifestarem hostilidades e ressentimentos será

muito difícil manter uma relação sexual satisfatória⁽³⁾.

Dentro dos factores intrínsecos a considerar na sexualidade da menopausa há que ter em conta a depressão (para além da alteração dos níveis hormonais), já que uma das manifestações depressivas é a perda da libido⁽⁴⁾.

Uma das queixas frequentes da mulher no climatério é a depressão, ou talvez mais correctamente, o aparecimento do humor depressivo. Estudos recentes revelaram que os estados depressivos no climatério são semelhantes à neurastenia ou à depressão atípica, sem nada ter a ver com a melancolia. Estes sintomas revelam-se no quotidiano por ansiedade, tensão muscular, preocupação, temores, fadiga, exaustão, irritabilidade, perda de interesse e anedonia, diminuição da auto-estima, sensação de solidão e impotência.

Todos estes sintomas parecem estar relacionados com as alterações da actividade dos neurotransmissores centrais, afectados pela falta de estrogénios.

Por sua vez, a independência dos filhos, que não necessitam já tanto dos cuidados maternos, e as modificações físicas, laborais e económicas do marido ou companheiro, podem levar a uma diminuição da auto-estima da mulher com consequente depressão ou humor depressivo.

Também para muitas mulheres certas fantasias são o único meio para legitimar um prazer erótico culpabilizado. A insatisfação e a culpabiliza-

ção podem constituir-se como factores diminuidores das fantasias eróticas. E como dizia Freud, o sonho associa-se, muitas vezes, à realização do desejo. Se há sonhos eróticos na mulher, estes pretendem a realização alucinatória dum desejo. Para muitos autores, certos sonhos eróticos, como outros não sexuais, podem estar ligados a certos actos criativos, como, por assim dizer, tentativas inconscientes de chegar a uma solução de um determinado conflito intrapsíquico⁽⁵⁾.

Para certas mulheres, as fantasias eróticas acompanham-se dum prazer que é susceptível de induzir ou alimentar uma excitação genital. Mas, também, uma fantasia sexual pode ser perturbadora se suscita uma reacção ansiosa ou angustiante.

Na grande maioria dos casos os médicos não dão grande atenção aos processos de envelhecimento ou à atrofia dos órgãos sexuais. A atrofia ou a desvitalização dos grandes e pequenos lábios, do clitóris, o adelgaçamento da pele genital e da mucosa vaginal, a diminuição da irrigação sanguínea da vagina com atrofia epitelial, são sobejamente conhecidos, mas frequentemente desprezados, podendo ser compensados com tratamentos hormonais, não só de estrogénios mas também com androgénios. E isto porque um adequado trofismo vulvo-vaginal depende mais da terapêutica androgénica do que de um tratamento estrogénico. E se for tratamento estrogénico é mais útil utilizar o estradiol do que o estriol⁽²⁾. Ora, este tipo de tratamento não tem sido

até hoje grandemente explorado, ou mesmo, tem sido desprezado por algumas escolas mundiais.

Assim, podemos até colocar a seguinte questão (dado que o esperma constitui só por si um factor para o trofismo vulvo-vaginal) a actividade sexual diminui porque a vagina sofre uma desvitalização ou esta aparece porque a frequência das relações sexuais se torna muito menos frequente?

No Congresso Mundial de Menopausa em Sidney, em 1995, e no Congresso Europeu da Menopausa em Viena, em 1997, muitos autores chamaram a atenção para a importância da associação de androgénios à terapêutica hormonal de substituição (THS), havendo consenso no interesse dessa terapêutica para restabelecer a normalidade da libido e do orgasmo na mulher em menopausa⁽⁴⁾.

Todas as formas de administração foram propostas: via oral, injectável, transdérmica e implantes. O sistema nervoso central apresenta receptores para os estrogénios, progesterona e androgénios, no córtex, no hipotálamo, na área pré-óptica e no sistema límbico. Os efeitos destas hormonas nos diferentes receptores são muito variáveis⁽³⁾.

Assim, por exemplo, os estrogénios têm um efeito directo sobre o desenvolvimento e diferenciação das células cerebrais, modulando a plasticidade dos neurónios e das junções sinápticas; daí o seu possível interesse na doença de Alzheimer. Entretanto, a noradrenalina, o GABA, a acetilcolina, os opióides endógenos e,

talvez, a serotonina exercem um efeito negativo na sexualidade. Do lado oposto, a dopamina, a ocitonina e a ACTH têm um efeito positivo.

Os androgénios podem acarretar numa percentagem pequena de casos o aparecimento de hirsutismo se não se respeitarem as doses terapêuticas. Porém, têm também as suas vantagens: diminuição do risco de neoplasia da mama, melhoria da densidade mineral óssea, aumento da energia e da libido proporcionando, assim, um melhor bem-estar. Os androgénios são, de facto, essenciais para a manutenção da sexualidade na menopausa. E na nossa experiência clínica temos essa confirmação – doentes em pós-menopausa a tomar tibolona não têm tantos problemas sexuais, e isto porque a tibolona tem efeitos androgénicos, o que não acontece, com raras excepções, com outras terapêuticas de THS.

No entanto, há na literatura mundial um consenso relativo aos estrogénios favorecerem, também, a resposta sexual nas mulheres em menopausa, porque mantêm a irrigação sanguínea vaginal, o trofismo mucoso e a transudação da vagina.

As terapêuticas hormonais que incluem progestativos, sem adição de uma pequena dose de androgénios, pioram os resultados. Isto está de acordo com o que acontece com os contraceptivos hormonais em que há, muitas vezes, diminuição da libido, especialmente em mulheres mais velhas⁽⁶⁾.

Há que dizer, no entanto, que existe uma grande variação individual na

resposta à THS. Mas, a adição de pequenas doses de testosterona, quase nunca usada, melhora os resultados do interesse sexual na pré- e pós-menopausa⁽⁷⁾.

Segundo alguns autores, os androgénios são de primordial importância para a sexualidade feminina. E as mulheres com terapêutica androgénica apresentam aumento da libido, da sua excitação e mesmo das fantasias sexuais.

Por isso, somos favoráveis a uma THS sempre adicionada a pequenas doses de androgénios ou, então, utilizar a tibolona que tem além dos efeitos estrogénicos e progestogénicos, efeitos androgénicos, mas que só pode ser utilizada na pós-menopausa confirmada.

Summary

A decrease in sexuality is commonly found in pre and post-menopausal women and can be attributed to a decrease of estrogens and androgens.

The author makes several considerations regarding women and their sexuality and points out the benefits of associating small doses of androgens to THS.

BIBLIOGRAFIA

1. Mooradian A. Sexuality in older women. *Archives of Internal Medicine* 1990; 150: 1033-1038.
2. Bacelar Antunes, A. *Menopausa*. Ed. Rotta Farmacêutica, Lisboa, 1999.
3. Sarrel P. Sexuality and menopause. *Obstetrics and Gynecology* 1990; 75: 265-305.
4. Sherwin B. *Résumé du Congrès Mondial sur Menopause: Actualités en Reproduction Humain*. Sydney 1997; 5-17.
5. Freud S. *Le rêve et son interprétation*. Ed. Gallimard, Paris, 1925.
6. Davis, SR, Burver, HG. Androgens and the postmenopausal women. *J Clinical Endocrinol nd Metabol* 1996; 81: 2759.
7. Mayers, LS. Effects of estrogen, androgen and progestin on sexual psychophysiology and behaviour in postmenopausal women. *J Clinical Endocrinol and Metabol* 1990; 70: 1224-1131.

Informação sobre o autor:

* Especialista em Ginecologia e Obstetria pela Ordem dos Médicos. Ex-Assistente Graduado de Ginecologia do Hospital de S. João.