

A Sexualidade na Mulher com Diabetes Mellitus I

L. Ferreira Vicente

Assistente Hospitalar de Ginecologia-Obstetrícia, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa
Responsável pela Consulta de Saúde Reprodutiva da APDP

Resumo

O curso da diabetes é caracterizado pelo aparecimento progressivo de alterações vasculares e neurológicas, responsáveis pelas complicações crónicas da doença. Além dos órgãos-alvo classicamente referidos - retina, rim - também os órgãos genitais sofrem alterações no decurso da doença. Mantendo um raciocínio puramente fisiológico, a maioria dos investigadores tem dado particular atenção às alterações vasculares e neurológicas decorrentes da progressão da diabetes, assim como o seu impacto sobre as várias fases da resposta sexual feminina; no pressuposto de que, em analogia ao que acontece no modelo masculino, estivesse particularmente afectada a fase de excitação - que na mulher se traduziria por uma diminuição da vasocongestão vulvo-vaginal e da lubrificação vaginal.

Os estudos mais recentes, sugerem que há de facto uma maior prevalência de disfunção sexual na mulher com diabetes, em particular nas fases de excitação - lubrificação vaginal - e do desejo sexual. A prevalência da dispareunia, não está significativamente aumentada na maioria dos estudos. Até à data, não tem sido encontrada associação consistente com alterações da fase orgástica. Não está demonstrado que exista correlação entre a prevalência de disfunção sexual e os anos de diabetes, o mau controlo glicémico e a presença de complicações tardias. A única correlação estatisticamente significativa encontrada diz respeito a factores psicológicos: existe uma maior prevalência de depressão e má aceitação da doença crónica nas mulheres que referem disfunção sexual.

Abstract

Diabetes course is characterized by the progressive occurrence of vascular and neurological alterations responsible for the chronic complications of the illness. Besides the target organs classically referred - retina, kidney - the genital organs also suffer alterations. Keeping a purely physiological approach, the majority of the investigators have given particular attention to the vascular and neurological alterations occurring with the progression of diabetes, as well to its impact on the various phases of the feminine sexual response, preassuming that, in analogy with what occurs in the female sex, the phase of excitation would be particularly affected - which in the female would be translated by a diminution of vulvae-vaginal vasocongestion and vaginal lubrication.

Recent studies suggest that there is in fact an augmented prevalence of sexual dysfunction in the diabetic female, in particular in the excitation phase - vaginal lubrication - and in sexual desire. The prevalence of dispareunia is not significantly augmented in the majority of the studies. Till now a consistent association with alterations of the orgasmic phase has not been found. It is not demonstrated that a correlation between the prevalence of sexual dysfunction, the years of diabetes, the bad control of glycaemia and the presence of late complications exists. The only statistically significant correlation found is for psychological factors: in diabetic women who refer sexual dysfunction an augmented prevalence of depression and a bad acceptance of the disease exists.

INTRODUÇÃO

Está actualmente bem estabelecido que existem factores biológicos, psicológicos e sociais que concorrem ao longo do curso da diabetes para provocar alterações na resposta sexual. Reconhecendo que a vivência de uma sexualidade gratificante é indispensável ao bem-estar individual é importante que os profissionais de saúde conheçam e se sintam preparados para abordar as dificuldades e alterações que surtem nestes doentes.

É sem dificuldade que se encontra na literatura informação sobre a disfunção sexual no homem com diabetes. As alterações da sexualidade masculina com a doença, de que a disfunção erétil é o paradigma, foram pela primeira vez descritas no século XVIII por J. Rollo. Todos os manuais sobre diabetes dedicam um espaço a este tema. Mas o panorama é totalmente diferente quando se procuram dados sobre as alterações na sexualidade feminina associadas à diabetes. O primeiro estudo publicado data de 1971 (Kolodny)(1), e se bem que já disponhamos actualmente de publicações sobre as alterações verificadas nas mulheres, os resultados dos estudos são limitados pela pequena dimensão

das amostras e apresentam conclusões contraditórias, o que tem sido pouco esclarecedor. Para esta situação contribui sem dúvida, a maior dificuldade metodológica em avaliar de forma objectiva as variáveis fisiológicas da resposta sexual feminina. Ou, porque os estudos, frequentemente decalcados do modelo masculino, não se adaptam às particularidades da resposta sexual feminina.

Os dados de que se dispõe actualmente mostram que existem factores biológicos e psico-sociais associados à diabetes que interferem negativamente na sexualidade feminina. Foi com o objectivo de atender às dificuldades e necessidades sentidas por estas mulheres que se procurou neste artigo coligir a informação disponível sobre o tema. Abordam-se sucessivamente ao longo do texto as alterações provocadas na sexualidade pela diabetes, os dados dos estudos publicados e as dificuldades frequentemente encontradas na prática clínica.

Por último, é importante salientar que as disfunções ou dificuldades não devem ser atribuídas de forma redutora à presença da doença. Em todas as situações devem ser integradas as componentes psico-sociais e relacionais que concorrem na sexualidade de cada indivíduo. Numa imagem

semelhante à das *matrioskas* - as bonecas russas - na sexualidade da mulher com diabetes encontramos sucessivamente várias esferas: a mulher sexuada em quem a aprendizagem afectivo-sexual determina a forma como sente e se relaciona; a mulher com uma doença crónica que modula o seu auto-conceito e auto-imagem; a mulher com diabetes, com as repercussões biológicas e psico-sociais que a doença acarreta.

I. ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELA DIABETES MELLITUS NA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

I.1 Os Factores Biológicos

Será importante rever alguns aspectos fisiopatológicos implicados no curso da diabetes, para melhor compreender as alterações genitais esperadas e conseqüentemente os problemas envolvidos na resposta sexual dos indivíduos com diabetes.

A diabetes é caracterizada pelo aparecimento progressivo de lesão endotelial - vasculopatia de pequenas e grandes artérias - e lesão do sistema nervoso periférico e autonómico. O curso das lesões vasculares é semelhante entre os dois sexos e correlaciona-se com os anos de diabetes, o controlo glicémico, presença de hipertensão sistólica e dislipidémia. (2) A lesão vascular é caracterizada por disfunção endotelial provocada por perda/redução da bioactividade do óxido nítrico (ON) na parede vascular, e conseqüentemente do miorelaxamento e remodelação vascular mediada pelos factores endoteliais (3).

A neuropatia autonómica pode produzir alterações variadas tais como: dificuldade de deglutição, atraso do esvaziamento gástrico, obstipação, diarreia nocturna, hipotensão ortostática, alterações da sudação, retenção vesical e por diminuição da capacidade de (auto)reconhecimento dos episódios de hipoglicémia ("hypoglycemic unawareness"). A neuropatia autonómica tem sido motivo de investigação nos últimos anos, por ter sido encontrada uma correlação directa entre o grau de lesão autonómica e a gravidade da lesão endotelial (4,5).

Sabe-se que no homem a disautonomia é responsável por disfunção eréctil e ejaculação retrógrada (6). A prevalência de disfunção eréctil nos homens com diabetes depende da gravidade da lesão vascular e autonómica; correlacionando-se estas alterações directamente com a idade, a duração da doença, o mau controlo metabólico, a presença e número de complicações em outros órgãos-alvo (7,8,9). A disfunção eréctil no homem com diabetes tipo I é mais frequente e de início mais precoce, relativamente à população em geral (7,8,9).

Na mulher a excitação sexual está associada a um aumento do fluxo sanguíneo nos tecidos perivaginais e clitorianos. A nível vaginal há vasocongestão, miorelaxamento do tecido muscular liso e transudação através do endotélio capilar, que se traduzem em engorgitamento perivaginal e lubrificação vaginal. O tecido miocavernoso do clitoris sofre vasocon-

gestão em tudo semelhante à produzida nos corpos cavernosos do pénis; porém na mulher, estes tecidos não são contidos por uma fascia tensil (albugínea) pelo que não existe erecção evidente. Mantendo um raciocínio puramente fisiológico, e à luz do que se conhecia no homem, seria de esperar que as alterações vasculares e neurológicas típicas da diabetes, tivessem um impacto semelhante na resposta sexual feminina.

Rostlapil & Zrustova (1978) encontraram uma diminuição da inervação clitoriana e lesões vasculares dos pequenos vasos no estudo de cadáveres de mulheres com diabetes, quando comparadas com mulheres sem doença (10). Contudo, nos estudos não foi possível encontrar uma associação inequívoca entre os achados histológicos e a prevalência de disfunção sexual na mulher com diabetes [Tyrer (11), Ellenberg (12), Enzlin (13)]. Também não foi possível estabelecer uma correlação entre os anos de diabetes, o controlo glicémico e presença de complicações tardias da doença e a prevalência de disfunção sexual feminina (DSF)(13).

I.2 Os Factores Psico-Sociais

Os dados mostram que a depressão tem maior prevalência entre os indivíduos com diabetes, comparativamente à população em geral, afectando cerca de 15 a 20% dos doentes; se bem que a taxa não seja superior às que têm sido demonstradas noutras doenças crónicas. De acordo com um estudo recente, a incidência de "major depressive disorder (MDD)" num período de 12 meses era de 9,3% comparado com 6,6% na população em geral (14,15). Por sua vez, a depressão está com frequência associada a uma diminuição do desejo sexual.

Os estudos realizados nas mais diferentes situações de doença crónica têm evidenciado um denominador comum: o processo psicológico de adaptação à doença crónica influi de forma significativa no relacionamento interpessoal em geral, e no relacionamento afectivo-sexual em particular [Schover & Jensen] (16). Estas autoras consideram a diabetes como um modelo de estudo sobre o impacto dos factores psico-sociais na sexualidade dos indivíduos com doença crónica. Em concordância com estes achados Enzlin (2003) (17), no estudo com o maior número de mulheres com DM tipo I realizado até agora, encontrou como factores preditivos de disfunção sexual apenas variáveis psico-sociais: nesta amostra a disfunção era referida mais frequentemente em mulheres com sintomatologia depressiva e menos adaptadas psicologicamente à diabetes como doença crónica; levando os autores a concluir que a "aceitação da doença é um factor crucial para prever a funcionalidade da interacção sexual num par".

Tal como refere Rubin (2005)(18) nos últimos 25 anos a investigação tem melhorado o entendimento de como os problemas emocionais são frequentes nas pessoas com diabetes, e quão profundamente afectam a vivência diária do doente crónico (19,20).

Numa recente revisão sobre sexualidade nos doentes crónicos, Paulo Abrantes (21) abordando os mitos que rodeiam a

sexualidade e doença, relembra uma importante questão: "A evolução do modelo da sexualidade reprodutiva no sentido de uma maior valorização do prazer, não trouxe benefícios à forma como a sociedade encara a sexualidade de determinados grupos, tais como os idosos e os doentes. Se por um lado o papel reprodutor viu a sua importância diminuída, a sexualidade passou a ser atributo do jovem bonito, enérgico e cheio de vitalidade". É preciso não nos esquecermos que na grande maioria dos casos o diagnóstico de diabetes tipo I é realizado na adolescência e na mulher jovem, em que a doença se torna determinante na forma como a própria se vê e se deixa ver, como Ser atractivo e sedutor. Auto-conceito e auto-imagem são questionados e redefinidos no contexto de uma doença crónica.

2. AS ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE NA MULHER COM DIABETES - Dados dos Estudos Publicados

A prevalência da disfunção sexual na mulher, assim como as várias fases afectadas, têm revelado uma grande, para não dizer mesmo enorme, discrepância entre os vários estudos que se encontram na literatura. Nalguns casos não se encontrou aumento significativo de disfunção sexual nas mulheres com diabetes [Jensen, 1981 (22); Schreiner-Engel, 1987 (23)], noutros a prevalência referida atinge os 71% [Doruk, 2005 (24)]. Contudo, tal como Enzlin referia em 1998 numa revisão sobre o tema (25) "afirmar que não existem alterações da excitação na mulher com DM I, parece-nos negligenciar a evidência traduzida na maioria dos estudos".

Existem possíveis explicações para a grande variedade dos resultados encontrados nos estudos:

- a maioria dos estudos são de pequena dimensão, grande parte dos quais sem grupo controlo. Este último facto tem importância, porque mesmo os valores da prevalência de disfunção sexual feminina (DSF) na população em geral são díspares. Por exemplo, Enzlin cita um estudo de Diemont *et al* que refere uma prevalência de 14,9% de DSF na população holandesa (26). Laumann em 1999 encontrou uma prevalência de 43% de DSF na população americana (27). Num estudo publicado em 2004, realizado em 29 países diferentes o mesmo autor encontrou prevalências muito variáveis com a região estudada (28);
- Na mulher existe comparativamente ao homem, uma maior dificuldade metodológica em avaliar parâmetros objectivos da fase de excitação;
- A metodologia usada nos estudos não é uniforme, o que impede que possam ser comparados linearmente os resultados;
- Tal como vários autores têm salientado nos últimos anos [Basson (29,30), Tiefer (31), Leiblum (32)] a resposta sexual feminina não se adapta aos modelos unissexuais e sequenciais descritos por Masters & Johnson (1966) ou por H. Kaplan (1979) e que são utilizados nos vários estudos.

2.1 Alterações do Desejo Sexual

Se bem que o desejo sexual se defina como a motivação em

iniciar a interacção sexual, a verdade é que não existem parâmetros objectivos que traduzam a intensidade ou frequência do desejo. Por isso mesmo, têm sido usadas variáveis indirectas como por exemplo: o número de vezes que um individuo toma a iniciativa de um relacionamento sexual, a auto-avaliação do interesse em iniciar relacionamentos sexuais, o número de relacionamentos num determinado intervalo de tempo, sonhos ou pensamentos sexuais, frequência de masturbação.

Para além desta dificuldade de "definição objectiva" de desejo comum aos dois sexos, acresce uma outra nas mulheres: Basson (29,30), Leiblum (32), Levine (33) têm salientado o facto de que o desejo espontâneo - universal e precedendo a fase de excitação, como consagrado no modelo de Kaplan - não é uma realidade constante da resposta sexual feminina. Levine refere que numa população não clínica (e sem queixas de disfunção sexual) 30% das mulheres não têm desejo sexual espontâneo, apesar de manterem uma interacção sexual satisfatória quando estimuladas. Basson (2000) propõe um novo modelo de resposta sexual feminino circular em que distingue desejo sexual antecipatório, espontâneo ou endógeno (coincidente com o desejo do modelo de Kaplan) e "sex arousability": desejo propiciatório, desencadeado pela estimulação sexual. Da mesma forma, Leiblum (2000) (32) fala de "proneis" em conformidade com esta ideia de que existe um estado de receptividade em que a estimulação sexual desencadeia uma resposta sexual adequada e em que o desejo se desenvolve em simultâneo com a excitação.

Esta nova visão da resposta sexual feminina é actualmente aceite como a mais correcta. Porém, a maioria dos estudos publicados são anteriores a esta concepção e portanto consideram que as mulheres sem desejo espontâneo classificam como tendo um desejo hipoactivo ou insuficiente.

Ao rever a literatura sobre sexualidade nas mulheres com diabetes estas considerações são importantes visto tratar-se de uma das alterações referidas neste grupo de mulheres e que apresenta além disso uma prevalência muito variável entre os estudos [Montero (34) 14%; Ellenberg (12) 20%; Tyrer (11) 21%; Jensen (35) 24%; Enzlin (13) 17%; Zrustova e Rostlapil (10) 45%].

Nos trabalhos em que foi usado um grupo controlo, encontrou-se uma maior prevalência de desejo hipoactivo nas mulheres com diabetes comparativamente às mulheres sem doença. Porém, em nenhum caso a diferença atingia a significância estatística.

Kolony (1971) (1) numa população de mulheres com diabetes (internadas) referindo uma diminuição significativa do orgasmo, não encontrou diminuição do desejo.

2.2 Alterações da Excitação

As alterações da fase da excitação sexual têm constituído nos estudos publicados o achado mais frequente e constante nas mulheres com diabetes. Contudo, ao contrário do que acontece nos homens, não foi possível correlacionar a sua prevalência com os anos de diabetes, controlo metabólico,

número e gravidade das complicações tardias, nomeadamente com a arteriopatia e a neuropatia autonómica.

No estudo com o maior número de mulheres com DM1 (120 mulheres) publicado até à data, Enzlin encontrou um aumento estatisticamente significativo da prevalência de diminuição da lubrificação vaginal (13). 14% das mulheres na amostra (*versus* 6% no grupo controlo) referiam diminuição da lubrificação vaginal. Este facto era mais significativo no subgrupo das mulheres com complicações tardias (18,6%) comparativamente às mulheres sem complicações (8,7%). Tal como Enzlin refere no comentários ao estudo realizado, "apesar da neuropatia ser teoricamente, em analogia ao que sucede no homem, uma causa provável de disfunção sexual na mulher com diabetes, não é ainda clara esta associação". Neste seu estudo, de facto, as mulheres com disautonomia referiam mais frequentemente diminuição da lubrificação vaginal, mas a diferença para o grupo controlo não atingia a significância estatística. Para este facto os autores apontam como possível explicação a diminuta dimensão do subgrupo em causa. Tyrer(11) no estudo publicado em 1983, apresenta 14 mulheres com disautonomia - definida pelas queixas clínicas e comprovada com os testes cardiovasculares descritos por Ewing (4)- nas quais não está aumentada a prevalência disfunção sexual. Contudo, o autor refere que neste grupo a disautonomia estava associada a uma "sensação de excitação sexual menos intensa".

Nos vários estudos que se encontram na literatura, a avaliação da excitação sexual é normalmente realizada com base em auto-questionários e/ou entrevista semi-estruturadas. Ou seja, numa avaliação subjectiva: a sensação de lubrificação vaginal/excitação tal como é sentida pela própria. Em apenas dois estudos (Slob, Wincze) a auto-avaliação foi completada com a avaliação de parâmetros biológicos.

Slob (36) usando a labiotermometria, não encontrou diferença na temperatura vaginal/labial em resposta ao visionamento de filmes eróticos, entre mulheres com diabetes e não diabéticas. Contudo, encontrou uma diferença significativa na temperatura basal entre os dois grupos, o que tornou difícil a comparação segura dos resultados.

Wincze(37) utilizou a fotopletismografia na avaliação do fluxo vascular capilar vaginal durante a excitação sexual, num grupo de 7 mulheres durante o visionamento de filmes eróticos. Neste grupo não existiam diferenças na noção subjectiva de excitação sexual entre mulheres com diabetes e sem diabetes. Porém, nas primeiras a resposta vascular durante a excitação era menor, apesar de subjectivamente as mulheres a considerarem adequada. Este estudo, apesar da sua pequena dimensão, levanta uma questão já abordada nos trabalhos de Laan (1994) (38): nas mulheres a noção subjectiva de excitação ("sentir-se excitada") pode não coincidir com as alterações biológicas genitais associadas à fase de excitação. É possível encontrar mulheres com diminuição da lubrificação vaginal (quando avaliada biologicamente), que não sentem alteração da excitação. Assim como ao contrário: mulheres referindo diminuição da excitação sem que exista diminuição da lubrificação vaginal. Estes estudos

foram realizados em mulheres sem diabetes mas este facto pode ser importante no estudo das alterações sexuais nas mulheres diabéticas. A relação causal que se pretende estabelecer entre as complicações da doença e a disfunção sexual, passam por alterações somáticas genitais, de que os questionários de auto-avaliação poderão não constituir uma boa forma de avaliação.

2.3 Alterações do Orgasmo

Kolodny (1971) (1) no que consistiu o primeiro estudo publicado sobre disfunção sexual nas mulheres com diabetes, encontrou uma maior prevalência de disfunção da fase orgástica. Numa população de mulheres insulino-dependentes internadas, 35% referiam não terem atingido o orgasmo durante o ano anterior, contrastando com uma prevalência de 5% no grupo controlo (mulheres sem diabetes e não internadas). Paradoxalmente, e tal como se referiu antes, o mesmo grupo de mulheres não referia mais frequentemente diminuição do desejo ou da lubrificação vaginal.

Este achado de Kolodny não tem sido encontrado em estudos subsequentes (Tyrer, Jensen, Enzlin). Tyrer (1983) estudando uma amostra de 82 mulheres com DM1 não encontrou qualquer diferença na frequência do orgasmo com o grupo controlo. Enzlin (2002) numa amostra de 120 mulheres com DM1 também não encontrou alteração significativa no orgasmo quando comparadas com o grupo controlo. Neste último estudo as mulheres com diabetes referiam mais frequentemente disfunção sexual (27% *versus* 15% nos controlos; $p=0,004$), mas a única diferença significativa dizia respeito às alterações da fase de excitação (14% *versus* 6%), tal como já se referiu anteriormente.

Dispareunia

No estudo de Tyrer (1983)(11) um maior número de mulheres com DM referia alguma dor ou desconforto, em pelo menos 25% das relações sexuais quando comparadas com mulheres sem DM (12% *versus* 4%); sem que a diferença atingisse a significância estatística. Num estudo mais recente Enzlin (2002)(13) encontrou resultados semelhantes: referiam dispareunia 12% de mulheres com DM e 6% no grupo controlo, o que não constituía diferença estatisticamente significativa na amostra em causa. O mesmo acontece referido em outros estudos (Jensen, 1981; Schreiner-Engel, 1985).

3. A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER COM DM1 NA PRÁTICA CLÍNICA

Na consulta de Saúde Reprodutiva da APDP, as mulheres com diabetes levantam algumas questões, que não se encontram normalmente referidas nos estudos ou nas revisões teóricas. São "apenas" aspectos da vida prática, mas que interferem na forma como vivem a sua intimidade. Porque assim como um indivíduo global não vive sem a noção de

sexualidade individual, também a sexualidade não vive independente do ser no seu todo.

- *A ausência de contraceção eficaz e confortável*

Falo do "vazio contraceptivo" a que muitas mulheres com diabetes são ainda votadas. A contraceção eficaz e confortável deve ser encarada como um factor essencial na vivência de uma sexualidade gratificante. Contudo, são ainda muitas as que, por receio próprio ou dos médicos assistentes, não realizam contraceção segura e/ou confortável, vivendo constantemente o receio de uma gravidez. E com isso, modificam toda a forma como se relacionam sexualmente. É indispensável modificar que assim seja, até porque, nos últimos anos passaram a estar disponíveis em Portugal, várias formas contraceptivas seguras para este grupo de mulheres, mesmo entre as que têm complicações tardias. Por isso mesmo é essencial o acompanhamento em consulta de ginecologia/planeamento especializada.

- *As vulvo-vaginites recorrentes*

podem provocar dispareunia. Entre as mulheres com diabetes são frequentes as vulvo-vaginites a fungos (sendo a *Candida albicans* o agente mais frequente), particularmente quando não existe um bom controlo glicémico. Nem sempre é referido como causa primária dos problemas sexuais. Porém é causa recorrente de mal-estar, podendo interferir negativamente na auto-imagem corporal. O tratamento deve ser feito quando a mulher tem sintomas e não apenas quando a observação é sugestiva ou quando algum exame aponta para a colonização vaginal por fungos. Isto porque as terapêuticas repetidas ou incompletas são responsáveis pela infestação com espécies diferentes (por exemplo a *Candida glabrata* ou *Candida tropicalis*) ou resistentes à terapêutica disponível.

- *O receio de hipoglicémia durante as relações sexuais*

Este problema é mais frequente entre as mulheres com um bom controlo glicémico, sendo uma "das dúvidas" colocadas pelas jovens ou em mulheres com diagnóstico recente de diabetes. É de facto uma possibilidade real porque a actividade sexual e até a ansiedade de um encontro amoroso podem consumir muitas calorías...Bastará simplesmente proceder a alguns ajustes: reforçar a ingestão de hidratos de carbono antes ou depois ou diminuir a dose de insulina a administrar. Chama-se a atenção que estas indicações devem ser abordadas como "pequenos truques" e não como directivas médica, evitando assim que mais uma vez se faça sentir o peso da crónica da doença crónica na vida diária.

- *O "peso da doença crónica" na vida diária da mulher*

Algumas mulheres revêm-se como "doentes" e não como mulheres com diabetes; sentindo por isso que a diabetes limita a sua socialização e inevitavelmente as suas relações de intimidade. Tal como Enzlin refere nos seus estudos, são as mulheres menos adaptadas à vivência da diabetes como doença crónica que referem mais frequentemente dificuldades no relacionamento sexual. No processo de adaptação à doença crónica, o trabalho realizado deve contemplar a forma como são vividas as representações

da doença na vida diária ou nas expectativas de vida; assim como as implicações, representações e expectativas na vivência da intimidade/sexualidade. Nesta situações o trabalho interdisciplinar com a psicologia é indispensável.

- *Os efeitos secundários da medicação utilizada*

Vários antidepressivos interferem negativamente no desejo sexual. Em algumas situações pode por isso tornar-se difícil destringir entre os efeitos da doença (depressão) e a sua terapêutica. Nestas situações a discussão multidisciplinar entre os vários técnicos envolvidos na terapêutica torna-se essencial para melhor entender o quadro e ajudar efectivamente a mulher.

Os estrogénios de baixa-dosagem podem em certas situações diminuir a lubrificação vaginal e/ou o desejo sexual. Na mulher não está demonstrado que os anti-hipertensores possam interferir na resposta sexual.

- *A diminuição da lubrificação vaginal*

Seja qual a causa subjacente - que importa investigar para orientar/tratar - esta situação pode ser melhorada com a utilização de lubrificantes vaginais e/ou a administração de estrogénios tópicos. Esta terapêutica, apesar da sua simplicidade, é frequentemente negligenciada pelos técnicos de saúde. Por outro lado, é importante falar da naturalidade da sua utilização, visto que são ainda muitas as mulheres que oferecem uma grande "resistência mental" à sua manipulação.

CONCLUSÃO

A sexualidade humana é condicionada por uma multiplicidade de determinantes que interagem de forma constante e dinâmica. Se bem que teoricamente estes factores são habitualmente divididos em três grandes grupos - factores biológicos, psicológicos e socio-culturais -, é importante reconhecer que no indivíduo agem de forma interligada e simultânea, sendo por vezes fictícia a sua sistematização em grupos estanques. É por isso compreensível que na prática clínica numa disfunção sexual se encontrem envolvidos múltiplos factores.

Os dados de que dispomos sobre o impacto da diabetes na sexualidade feminina são ainda incompletos e fragmentados. Cresce a evidência de que a doença está associada a um aumento da prevalência de disfunção sexual feminina, em particular do desejo e da excitação sexual. O que não está estabelecido é o peso relativo que os vários factores-biológicos, psicológicos e relacionais - terão na génese das alterações verificadas.

É ainda de realçar o que parece ser um facto curioso: a prevalência e os factores predisponentes de disfunção sexual são aparentemente diferentes nos dois sexos, embora o curso biológico seja idêntico em ambos. O peso relativo dos factores biológicos por um lado, e dos factores psicossociais ligados à vivência da sexualidade no indivíduo com doença crónica, por outro, constituem o fulcro da discussão sobre as diferentes repercussões da doença na sexualidade em cada um dos sexos, sendo que o modelo masculino parece

muito mais afectado pelo impacto biológico e o modelo feminino mais determinado por influências psicológicas e relacionais.

Por último, é importante não esquecer que, para além dos múltiplos aspectos que desenham o complexo tecido da sexualidade individual, se tem de ter em conta o contexto relacional na qual ela se desenvolve. O tipo de comunicação, o grau de intimidade e confiança que se estabelece, assim como as particularidades de cada indivíduo em interacção, justifica porque cada relacionamento constitui um universo único em que duas pessoas se encontram...ou...desencontram.

BIBLIOGRAFIA

1. Kolodny RC. "Sexual Dysfunction in Diabetic Females". *Diabetes* 1971;20: 557-559.
2. Williams KV, Erbey JR, Becker D, Orchard TJ. "Improved Glycemic Control Reduces the Impact of Weight Gain on Cardiovascular Risk Factors in Type I Diabetes. The Epidemiology of Diabetes Complications Study". *Diabetes Care* 1999;22: 1084-10913.
3. Cai H, Harrison DG. "Endothelial Dysfunction in Cardiovascular Disease: the Role of Oxidant Stress". *Circ Res* 2000;87: 840-4.
4. Ewing JD; Martyn CN; Young RJ; Clarke B "The Value of Cardiovascular Autonomic Function Tests: 10 years Experience in Diabetes". *Diabetes Care* 1985;8(5): 491-98.
5. Wackers FJT et al. *Diabetes Care* 2004;27: 1954-61.
6. Thomas,AN; LoPiccolo,J."Sexual Functioning in Persons With Diabetes:Issues in Research, Treatment and Education" *Clin Psych. Rev* 1994;14(1): 61-86.
7. Veves A, Webster L, Chen T, Payne S, Boulton A. "Aetiopathogenesis and Management of Impotence in Diabetes Males: Four Years Experience from a Combined Clinic". *Diabet Med* 12:77-82, 1995.
8. Feldman H, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. "Impotence and its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study". *J Urol* 155:1: 54-61,1994.
9. Fedele D, et al. "Erectile Dysfunction in Type I and Type 2 Diabetics in Italy". *Int J Epidemiol* 29: 524-531, 2000.
10. Rostlapil M, Zrustova J, Kabshelova A. "Sexual Disorders in Diabetic Women". *Ches. Gynecol.*1978;43: 277.
11. Tyrer G, Steel JM, Ewing DJ, Bancroft J, Warner P, Clarke BF. "Sexual Responsiveness in Diabetic Women". *Diabetologia* 24: 166-171,1983.
12. Ellenberg M. "Sexual Aspects of the Female Diabetic". *MT Sinai J Med* 1977;44: 495-500.
13. Enzlin et al. "Sexual Dysfunction in Women with Type I Diabetes Mellitus: a Controlled Study". *Diabetes Care* 2002;25: 672-677.
14. Egede LE, Zheng D. "Independent Factors Associated With Major Depressive Disorder in a National Sample". *Diabetes Care* 2003;26:104-111.
15. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. "The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Replication (NCS-R)". *JAMA* 2003;289:3095-3105.
16. Schover, L.R, Jensen,SB. in"Sexuality and Chronic Illnes. A Comprehensive Approach".1988 Guilford Press. New York.
17. Enzlin P. et al. "Prevalence and Predictors of Sexual Dysfunction in Patients With Type I diabetes". *Diabetes Care* 26: 409-414, 2003.
18. Rubin RR."Councelling and Psychotherapy in Diabetes Mellitus" in *Psychology in Diabetes Care*. Edited by Snoek & Skinner.2005.
19. Kessing LV; Nilsson FM; Sierma V, Andersen PK. "No Increased Risk of Developing Depression in Diabetes Compared to Other Chronic Illness". *Diabetes Res Clin Practice* 2003;62(2): 113-121.
20. De Groot M; Anderson R; Freedland KE; Clouse RE; Lustman PJ. "Association of Depression and Diabetes Complications: a Meta-analysis". *Psychosomat Med* 2001;63(4): 619-630.
21. Paulo Abrantes."Sexualidade e Doença" in *A Sexologia - Perspectiva Multidisciplinar*. Quarteto Ed. Coimbra, 2003.
22. Jensen SB. "Diabetic Sexual Dysfunction:a comparative Study of 160 Insulin-treated Diabetic Men and Womem and an Age-matched Controlro Group". *Archs Sexual Behavior* 1981;10: 493-504.
23. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorsz D, Smith H. "The Differential impact of Diabetes Type on Female Sexuality". *J Psychosom Res* 1987;31: 23-33.
24. Doruk H, Akbay E, Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Acar D. "Effect of Diabetes Mellitus on Female SexualFunction and Risk Factors". *Arch Androl.* 2005 Jan-Feb;51(1): 1-6.
25. Enzlin P et al. "Diabetes Mellitus and Female Sexuality: a Review of 2 years Research". *Diabet Med* 1998;15: 809-815.
26. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJJH, Doesburg WH, Lemmens WAJG, Berden JHM. "Sexual Dysfunction after Renal Replacement Therapy". *Am J Kidney Dis* 2000;35: 845-851.
27. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. "Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors". *JAMA* 1999;10: 537-45.
28. Lauman EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. "Sexual Problems Among Women and Men Aged 40-80y: Prevalence and Correlates Identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors" *Int J Impot Res* 2004, jun24Epub.
29. Basson R. "Female Sexual Response Revisited". *J Soc Obstet Gynecol* 2000: 378-83.
30. Basson R. "Women´s Sexual Dysfunction:Revised and Expanded Definitions". *CMAJ* 2005;172(10)1327-35.
31. Tiefer L"A New view of Women´s Sexual Problems:Why new? Why Now?" *J. Sex Research* 2001;38: 89-96.
32. Leiblum SR. Redefining Female Sexual Response. *Contemporary Ob/ Gyn* 200;45:120-6
33. Levine S. "Intrapsychic and Individual Aspects os Sexual Desire. In:Leiblum SR, Rosen RC, eds. *Sexual Desire Disorders*. NY. Guilford Press, 1988: 21-44.
34. Montero P, Donatoni E, Magi D. "Diabète et Activité Sexuelle Chez la Femme". *Annuelles Diabetologie de L´HotelDieu* 1973;11-13: 91-103
35. Jensen SB, "Sexual Relationships in Couples with a Diabetic Partner". *J Sex Marital Ther* 1985;11: 259-269.
36. Slob K, Koster J, Radder JEA. "Sexuality and Psychophysiological Functioning in Women With Diabetes Mellitus". *J Sex Marital Ther* 1990;16: 59-69.
37. Wincze JP, Albert A, Bansal S. "Sexual Arousal in Diabetic Females:Physiological and Self-reported Mesures". *Archs Sexual Behavior* 1993;22: 587-601.
38. Laan E. "Determinants of Subjective Experience of Sexual Arousal in Women; Feedback From Genital Arousal and Erotic Stimulus Content" *Psychophysiology* 1995. Set;32(5): 444-51.