

SEXUALIDADE FEMININA E DEPRESSÃO: DIÁLOGOS ENTRE OS ANTIDEPRESSIVOS E PSICOTERAPIA

Alexandre Romano de Araújo¹
Maria Alves de Toledo Bruns²

RESUMO

O diálogo entre antidepressivos e psicoterapia é o foco de nossas reflexões neste estudo, tendo como trilha questionamentos sobre a sexualidade feminina e o tratamento medicamentoso e a psicoterapia, destacando-se os principais benefícios e limitações de ambos os tratamentos. Essas reflexões objetivam a ampliação da compreensão dos profissionais envolvidos nos tratamentos da depressão. A escolha pelo profissional de uma droga adequada é essencial no tratamento da depressão e para a garantia de seu sucesso. E para tal é também de suma importância o compromisso de laboratórios que tenham em vista produzir medicamentos que não ofereçam reações adversas no exercício da sexualidade, bem como em outras áreas do existir humano. Com esta somatória de esforços, as vivências sexuais, ao invés de agravarem ainda mais os quadros depressivos, passam a expressar um horizonte de melhora. Quando o profissional adota essa postura, ele estará sempre aberto para reconhecer, aprender, diagnosticar e tratar o novo, não reduzindo o ser humano a apenas algum aspecto específico, mas oferecendo a suas pacientes todo o respeito e consideração que lhe são devidos, facilitando a adesão a ambos os tratamentos e possibilitando um prognóstico mais favorável.

Descritores: Depressão; Mulheres; Sexualidade; Antidepressivos; Psicoterapia.

FEMALE SEXUALITY AND DEPRESSION: DIALOG BETWEEN ANTIDEPRESSANT AND PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

The dialog between antidepressant and psychotherapy is the focus of our reflections in the present paper. We part from issues regarding feminine sexuality and medical and psychotherapeutical treatment, examining the major benefits and limitations of each. Such reflections aim to provide professionals who treat depression with a comprehensive understanding of these issues. The choice for the professional of an adequate drug is essential in the depression treatment and for the guarantee of its success. For that does very importance the laboratories commitment of that have in sight to produce medicines that do not offer adverse reactions in the exercise of the sexuality, as well as in other areas of human exist. With this addition of efforts, the sexual experiences, instead of aggravating the depressive pictures still more, start to express an improvement horizon. When the professional adopts this position, it always will be opened to recognize, to learn, to diagnosis and to treat the new, not reducing the human being only the some specific aspect, but offering to its patients all the respect and consideration that must to it, facilitating to the adhesion to both the treatments and making possible a more favorable prognostic.

Descriptors: Depression; Women; Sexuality; Antidepressive; Psychotherapy.

SEXUALIDAD FEMENINA Y DEPRESIÓN: DIÁLOGOS ENTRE LOS ANTIDEPRESIVO Y LA PSICOTERAPIA

RESUMEN

El diálogo entre antidepresivos y la psicoterapia es el foco de nuestras reflexiones en este estudio. Teniendo como guía de cuestionamiento la sexualidad femenina y al tratamiento médico y la psicoterapia, examinando las ventajas y las limitaciones de cada uno. Tales reflexiones apuntan a ampliar la comprensión de los profesionales que tratan la depresión. La opción para el profesional de elegir una droga adecuada es esencial en el tratamiento de la depresión y para la garantía de su éxito. Para ello es importante el compromiso de los laboratorios de producir medicamentos que no ofrezcan reacciones adversas en el ejercicio de la sexualidad, así como en otras áreas del ser humano. Con esta sumatoria de esfuerzos, las vivencias sexuales, en vez de agravar más los cuadros depresivos, comienzan a expresar un horizonte de mejoría. Cuando el profesional adopta esta posición, estará siempre abierto para reconocer, aprender, diagnosticar y tratar lo nuevo, no reduciendo al ser humano sólo a algún aspecto específico, sino ofreciendo a sus pacientes todo el respeto y consideración que deba a él, facilitando la adherencia a ambos tratamientos y posibilitando un pronóstico más favorable.

Descriptores: Depresión; Mujeres; Sexualidad; Antidepresivos; Psicoterapia.

¹Mestre em Ciências Humanas/Área Psicologia pelo Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil. Psicanalista. Especialista em Sexualidade Humana. Docente de graduação e pós-graduação da Universidade Iguaçu, RJ. E-mails: alexromano@uol.com.br/hergberto@uol.com.br

²Doutora em Psicologia Educacional pela Universidade de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil. Psicanalista. Especialista em Sexualidade Humana. Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa SexualidadeVida da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: toledobrun@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Nosso objetivo é apresentar ao leitor questionamentos acerca da qualidade das vivências da sexualidade de mulheres com quadros de depressão, submetidas ao tratamento com antidepressivos e psicoterapia, concomitantemente. Para realizar tal intento, iniciamos nossa trajetória em busca dessa compreensão indagando: *O que é depressão?* A depressão aflige o estado de humor e/ou os afetos da pessoa. É uma doença cujos sintomas se manifestam com uma variação extremamente significativa. Considerando-se a população em geral, ela pode se manifestar em episódios esporádicos ou caracterizar um transtorno crônico. Assim, no contexto médico, psiquiátrico e psicológico, a depressão caracteriza-se por ser uma enfermidade associada a várias condições físicas e psíquicas.

O tratamento da depressão abrange diferentes concepções terapêuticas, sendo a tendência atual a indicação de um tratamento multi-profissional. No tratamento farmacológico convencional, o emprego de medicamentos específicos, os chamados antidepressivos, constitui a regra. Já no tratamento psicanalítico, um conjunto de medidas se faz necessário para uma melhor compreensão do fenômeno. Inicialmente, a medicina considera que na depressão estejam envolvidas alterações no sistema bioquímico, baseando sua terapêutica na análise do quadro sintomatológico e no tratamento com auxílio de medicamentos antidepressivos que visam restituir à pessoa um padrão de funcionamento neuroquímico satisfatório.

Por vezes, quando a depressão está associada a outras doenças (comorbidades), é necessária a adição de outros medicamentos, como os ansiolíticos, por exemplo. Nesse sentido, o psiquiatra é o profissional que diagnostifica e medicaliza o paciente. Não raro a psicoterapia é também indicada como um recurso complementar no decorrer do processo de cura da depressão. A busca por explicações neuroquímicas para a depressão a coloca definitivamente no campo das doenças cerebrais, uma vez que, a cada dia, novas pesquisas têm surgido e ampliado o suporte fornecido pela(s) droga(s) como recurso para a cura e/ou alívio do ser depressivo.

Nas duas últimas décadas, ocorreram alterações importantes no entendimento da neuropsicobiologia dos transtornos mentais: as recentes pesquisas referentes às funções dos gânglios da base sugerem que tais estruturas participam das redes subcorticais frontais complexas, que exercem importante papel na regulação da cognição, da memória e do humor.⁽¹⁾ Nessa região, situa-se o sistema límbico, representando o substrato neural das emoções e centro integrador de diferentes comportamentos, cognições e estados emocionais. Anormalidades nos gânglios da base e no processo de captação e recaptação de neurotransmissores estariam relacionadas na fisiopatologia de transtornos como a depressão.⁽²⁾

Há uma ampla aceitação de que a depressão envolve uma redução da atividade da noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT). As atuais descobertas têm estimulado pesquisas sobre as vias da serotonina no cérebro, especialmente nos últimos anos, quando medicamentos mais seletivos foram introduzidos na prática médica.⁽²⁾ Existem diversos tipos de medicamentos antidepressivos, cada qual agindo de modo um pouco diferente em relação aos outros, reduzindo ou eliminando os sintomas e auxiliando a

pessoa a voltar a se sentir capaz de atribuir sentido e significado a sua existência.^(1,2)

Até 1980, havia apenas duas classes de antidepressivos: os tricíclicos (ADT) e os inibidores da monoaminooxidase (IMAO). Os compostos ADT agem no sistema límbico, inibindo a recaptação da noradrenalina e serotonina em diferentes graus, aumentando, assim, a concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica. Como o ADT é um potente anticolinérgico, produz diversos efeitos colaterais que são responsáveis pelo abandono do tratamento, por um grande número de pacientes, antes dos resultados desejados. O grupo das substâncias denominadas inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) tem contribuído muito para o tratamento da depressão, livres da maioria dos efeitos colaterais do ADT.^(1,2)

Os efeitos dos antidepressivos do ISRS, como secura na boca, enjôo, perda de desejo, aumento ou diminuição do sono e/ou apetite, dentre outros^(1,2), começam a ser observados de duas a quatro semanas após o início do tratamento. Da mesma forma, o tratamento crônico com os inibidores da monoaminooxidase (IMAO) – outra classe de antidepressivos – causa alterações na ligação dos receptores, produzindo diversas reações adversas, tais como ganho de peso, insônia e alterações na resposta sexual.

Existem também outros subgrupos de medicamentos antidepressivos, tais como os tetracíclicos (ou antidepressivos de segunda geração), os agentes atípicos com capacidade antidepressora, os inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) e os antidepressivos noradrenérgicos e serotoninérgicos específicos (NaSSa). Os tetracíclicos têm efeito similar ao ADT; os agentes atípicos (como a nefazodona e o bupropion) apresentam fracas propriedades anticolinérgicas e de sedação; os IRSN que respondem à necessidade de uma droga que funcione nas duas vias neurotransmissoras – a serotonina e a noradrenalina – e, finalmente, os NaSSa, que são indicados especificamente para o uso na depressão (não são utilizados em outras patologias serotoninérgicas tais como a síndrome do pânico, a fobia social e o transtorno obsessivo compulsivo – TOC).⁽²⁻⁴⁾

A seleção de um antidepressivo deve ser baseada em seu perfil de eficácia, segurança e tolerância, considerando-se cada caso isoladamente. Sabemos que o perfil de efeitos colaterais é determinante na adesão ou não ao tratamento, por exemplo: há casos em que a reação adversa ao antidepressivo pode desencadear uma disfunção sexual, nesse sentido observa-se que a bioquímica envolvida pode agravar o quadro depressivo da pessoa principalmente se esta, em seu histórico, já apresentava uma vida afetivo-sexual fragilizada. Torna-se necessário informar adequadamente ao paciente sobre as características da medicação e da depressão, pois a conduta esclarecedora do médico é tão importante quanto sua escolha do medicamento mais apropriado. Espera-se que o médico possa explicar os efeitos colaterais da droga escolhida, bem como solicitar ao paciente que o informe da ocorrência desses.⁽²⁻⁴⁾

Com o uso do antidepressivo, a pessoa sente-se mais ativa, com mais energia, inibindo ou cessando os sintomas depressivos. Estes efeitos, aliados às estratégias de marketing, fizeram com que essas drogas fossem amplamente usadas – é o caso do Prozac® (Cloridrato de Fluoxetina), que licenciado nos Estados Unidos da América em 1987 alcançou em 2001 a incrível marca de 60 milhões de usuários. A popularidade desses medicamentos tem sido alvo de

críticas de vários setores, pois o emprego excessivo da psicofarmacologia inviabiliza em muito a troca de conhecimentos entre profissionais de diferentes campos do saber. O processo de interação terapêutica contemplado pela psicoterapia como um recurso importante para assegurar o tratamento da depressão entre outras doenças.⁽⁵⁾

Destacando-se a importância da investigação dos aspectos psíquicos, podemos dispor da psicanálise como uma, entre outras, psicoterapias para a compreensão e tratamento da depressão. A psicanálise enquanto método de investigação da vida psíquica e de tratamento de certas doenças nervosas foca o humano de modo abrangente, tendo como trilha as marcas inconscientes de vivências infantis.⁽⁶⁾ A depressão, sob o ponto de vista psicanalítico, sem que negue o papel da atuação dos neurotransmissores, está diretamente associada à presença de fantasias inconscientes que interferem na produção do afeto depressivo e, sobretudo, na sua elaboração, na medida em que as experiências das pessoas têm os seus significados atribuídos por operações que não se limitam ao plano consciente ou biológico.

A compreensão psicanalítica dos estados de depressão se volta às vivências afetivo-sexuais. Urge dizer que a busca por uma melhor compreensão da sexualidade humana e de suas correlações com a depressão como fenômenos de estudo científico é relativamente recente. A dissociação entre sexualidade e reprodução biológica, acentuada a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais, nos anos 60, e da pandemia de HIV/AIDS, na década de 80, deu novo impulso às investigações acerca da prática e das representações individuais e sociais ligadas à sexualidade, constituindo-a como um campo de investigação em si própria.^(7,8) Tal particularidade pode ser compreendida no contexto da sociedade ocidental do final do século XX, que elegeu as questões relativas ao afeto, à intimidade, à vida privada e à sexualidade como foco da reflexão sobre a construção do indivíduo moderno.

A sexualidade é expressa de forma singular e é determinada pela interação de fatores relacionados: sexo biológico, identidade e orientação do desejo e dos comportamentos sexuais. Esses fatores afetam o crescimento, desenvolvimento e funcionamento da personalidade humana, sendo sua totalidade chamada de fatores psicosssexuais. Freud compreendeu a importância do papel da sexualidade na vida psíquica percebendo a vivência da repressão afetivo-sexual como fonte desencadeadora de estados patológicos. Afirmou não existirem perturbações mentais sem perturbação correspondente na vida sexual da pessoa.^(6,8)

Desse modo, a vida sexual é um aspecto importante do existir humano, mas não é o todo, ainda que em alguns momentos e para algumas pessoas, ela até pareça ser um fim e não um meio de satisfação. O homem é um ser sexuado e o projeto de uma existência saudável implica uma sexualidade responsável. A sexualidade é afetada pelos relacionamentos da pessoa e por suas circunstâncias de vida e cultura, estando estreitamente ligada a outros fatores da personalidade, bem como a fatores genéticos. É por excelência um meio propiciador de contato, seja intra ou interpessoal, assim como de afeto e sensualidade. Envolve a capacidade da autopercepção da feminilidade e da masculinidade, as atividades (geralmente prazerosas) ligadas ao corpo e aos órgãos genitais, a relação sexual e suas fantasias de busca pelo prazer.⁽⁹⁾

Nos quadros depressivos, os aspectos relativos à percepção de si mesmo geralmente passam a ser experienciados de modo desfavorável, podendo ter um impacto muito maior sobre o prazer sexual do que sobre outras áreas da vida uma vez que a sexualidade é uma dimensão muito sensível a qualquer tipo de trauma. Por exemplo: a depressão pode ser uma causa ou consequência de uma disfunção sexual. As pessoas com depressão sentem, habitualmente, uma diminuição do desejo e uma queda no desempenho sexual. A disfunção sexual pode ser, ou não, mal diagnosticada pelos profissionais de saúde ou estar encoberta pelo uso de drogas, medicamentos ou bebidas alcoólicas.⁽¹⁰⁾

Alguns homens queixam-se de terem perdido o interesse sexual pela pessoa desejada ou reclamam de estarem impotentes quando tentam o coito, ou, ainda, têm dificuldades para executá-lo ou a atividade sexual é destituída de satisfação. Em alguns casos, ao ficarem deprimidos, escondem a sua depressão no alcoolismo ou em divertimentos.⁽¹¹⁾ No caso das mulheres, respeitadas as diferenças existentes entre os sexos, sucede o mesmo, não havendo o mínimo interesse no relacionamento sexual com o parceiro ou quando ainda há algum, esse é destituído do prazer experimentado anteriormente.⁽¹⁰⁾

O ciclo reprodutivo da mulher tem sido relacionado há muitos séculos com o surgimento ou exacerbação dos transtornos de humor, sendo associado já desde a Antiguidade com o surgimento de determinados sintomas como consequência da retenção do fluxo menstrual, considerado material venenoso. A partir de então, propostas nosológicas como “melancolia climatérica” e “tensão pré-menstrual” surgiram como meios de classificação dos estados físicos e de humor claramente afetados pelo contexto hormonal particular do gênero feminino, como é o caso do transtorno disfórico pré-menstrual, dos transtornos relacionados à gravidez e ao parto, ao climatério, ou, ainda, decorrentes de histerectomia.

No campo das relações conjugais, as perturbações experimentadas nas esferas afetiva, cognitiva e fisiológica trazem à tona, no casal, dúvidas atormentadoras e paralisantes. Assim sendo, em relação aos quadros de depressão, a alteração mais marcante na esfera da sexualidade é a falta de desejo sexual, tanto em homens como em mulheres.⁽¹¹⁾ Os casos graves caracterizados por sua perda total, sendo quadros de fadiga, emagrecimento ou obesidade decorrentes dessa perda. Por vezes, existem problemas conjugais concomitantes, sugerindo que o comportamento sexual pode se dever mais a esses do que a algum mecanismo inibidor da sexualidade.

Assim, conforme o que apresentamos anteriormente, se a depressão em si pode levar a diminuição do desejo e a ausência do orgasmo, os antidepressivos utilizados no tratamento podem também alterar, diminuir ou até mesmo cessar o desejo, a excitação e o orgasmo. A otimização de resultados de melhora no tratamento da depressão é consequência direta da possibilidade de compreensão dos sintomas e dos aspectos encobertos da doença em cada pessoa, incluindo sintomas associados à função e à satisfação sexual.

Nas mulheres, dentre as disfunções sexuais secundárias promovidas pelo uso do medicamento, a perda ou falta de desejo sexual, bem como a anorgasmia (ausência de satisfação sexual) são as principais reações adversas. Observou-se que a disfunção sexual, em geral, é pouco relatada; porém, levantamentos sugerem que até 45% das pacientes fazendo uso de antidepressivos tricíclicos (ADT) podiam apresentar dificuldades nessa área. Esse

número pode chegar a até 75% se incluídos os antidepressivos da categoria ISRS. Os ADT interferem na resposta sexual provavelmente por uma combinação de ações periféricas e centrais.

A anorgasmia, a diminuição ou fim da lubrificação e a redução acentuada da libido têm sido observadas como efeito da ação de alguns desses fármacos de atividade dopaminérgica no sistema límbico. Medicamentos tais como Tofranil®, Anafranil®, Tryptanol® e Pamelor® reduzem a ansiedade, mas apresentam os mesmos inconvenientes citados acima; a Clomipramina, por exemplo, tem sido associada à elevada prevalência de anorgasmia.⁽¹²⁾ Pessoas usuárias dessa droga parecem se resignar à prática sexual, sem, no entanto, apresentarem um desempenho satisfatório do desejo sexual. A preocupação com a disfunção sexual iatrogênica tem sido significativa em usuários dos ISRS, uma vez que seus efeitos adversos sobre a função sexual ocorram em mais de 50% das pacientes. Os inibidores seletivos de 5-HT podem ser efetivos na diminuição de ansiedade sexual, mas retardam o orgasmo, tanto em homens quanto em mulheres.⁽¹⁰⁾ Dentre esses medicamentos se destacam aqueles compostos por Fluoxetina (Prozac®), Sertralina (Zoloft®) e Paroxetina (Aropax®, Cebrilin®).

As drogas serotoninérgicas estão mais estreitamente associadas a efeitos sexuais adversos do que os compostos noradrenérgicos. A Paroxetina, por exemplo, apresenta como efeitos colaterais uma grande incidência de disfunção erétil nos homens e diminuição significativa da lubrificação vaginal nas mulheres, comparada a outros antidepressivos.⁽¹³⁾ A Paroxetina chega a ser indicada para casos em que o paciente demonstra uma libido sexual exagerada, ejaculação prematura ou até mesmo parafilias.⁽¹²⁾

O uso de determinados antidepressivos, embora proporcionando reações adversas na sexualidade, é por vezes justificável pela justa adequação do quadro da paciente com a droga de escolha. Este seria um “preço” a ser pago pela paciente uma vez que tais efeitos tendem a ocorrer em um curto espaço de tempo. Cinquenta e um por cento das pacientes se referem aos efeitos colaterais na sexualidade nas primeiras semanas como sendo o mais comum e desconfortável efeito adverso, comprometendo a adesão ao tratamento. Menos de 5% das pacientes descrevem espontaneamente o problema e somente 27% delas aceitam bem o fato de terem que conviver com essa dificuldade.⁽¹⁴⁾

Atualmente, os medicamentos antidepressivos que apresentam substâncias como a Bupropiona e a Mirtazapina, que melhoram o desejo sexual, são uma boa opção para aquelas pessoas com algum grau de depressão. Essas substâncias podem também ser uma alternativa para aquelas pessoas usuárias de ADT ou dos inibidores de IMAO que sentem a influência de efeitos colaterais sobre a sexualidade.

Dessa forma, a disfunção sexual secundária, provocada por uma reação adversa de antidepressivos é um problema comum na clínica. Dessa forma, é muito importante a escolha de uma droga efetiva para o combate a depressão que não comprometa a função sexual. A perda de desejo sexual exemplifica bem essa questão: até que ponto esta perda é ocasionada pela depressão, por uma vida sexual complicada e insatisfatória com o cônjuge, pelos efeitos colaterais do medicamento ou, ainda, pela combinação de dois ou mais desses elementos? Afirmamos que apenas um inquérito detalhado por parte de um profissional pode reconstruir a trajetória da história de vida da pessoa e lançar luz sobre essas indagações. Para algumas mulheres, o tratamento medicamentoso, a despeito

das reações adversas, possibilita benefícios. Nestes casos, a pessoa pode, sob efeito da droga de escolha, temporariamente “suspender” ou ao menos minimizar significativamente os sintomas depressivos, gerando um campo propício à melhora: a vida sexual passa a ser compreendida de modo mais saudável e integral, possibilitando satisfação tanto pela recuperação da depressão quanto pela melhora na qualidade da vivência da sexualidade. De qualquer maneira, são fundamentais as orientações do psiquiatra e do psicólogo quanto ao acompanhamento medicamentoso, sendo muitas vezes determinante na adesão ou não a ambos os tratamentos.⁽¹⁵⁾

Em outros casos, não é a droga de escolha que interfere negativamente na pessoa, mais sim os aspectos psico-emocionais que atingem a de uma maneira significativamente negativa, produzindo, como um sintoma nítido, o distanciamento, a insatisfação e a impotência frente à possibilidade de buscar uma vida sexual mais saudável. Percebe-se um ciclo vicioso: a depressão gera sintomas como sentimentos negativistas, os quais, retratando aspectos de insucessos, prejudicam a vida afetivo-sexual e por consequência causam angústia, reforçando a auto-imagem negativa e mantendo o estado depressivo. O aumento da sensibilidade e a concentração da atenção na enfermidade e em seus sintomas possíveis atuam de forma que se torna difícil distinguir até que ponto aquilo que é efeito somático não está condicionado pela psique. A possibilidade de melhora passa, então, a estar vinculada à necessidade de trabalharem concomitantemente ambas as frentes: a psicoterápica e a psiquiátrica.

O afeto na depressão é um componente significativo: por um lado a paciente deprimida tem muita dificuldade em expressá-lo e embora possa solicitar carinho e atenção, paradoxalmente, expressa dificuldades em recebê-los. As mulheres com depressão muitas vezes apresentam a necessidade de sentirem mais afeto, carinho e atenção, seja delas para com o cônjuge, seja desse para com elas. Para algumas mulheres com depressão, o ato sexual pode ser compreendido como algo extremamente negativo, auto-agressivo, ou ainda como uma resignação: a pessoa mantém as relações sexuais por temer perder o parceiro. Assim, constata-se que mulheres deprimidas apresentam uma necessidade exacerbada de afeto e estima, tornando-as, por vezes, agressivas e descontentes. De outra forma, a sensação de incapacidade impede que esta mulher lute por uma condição mais satisfatória na relação com o outro. Para algumas dessas mulheres, a sexualidade é mais uma das áreas afetadas por esse desinteresse generalizado - próprio da sintomatologia da depressão. Elas sentem grandes dificuldades em realizarem seus desejos, perdendo assim o prazer diante da vida. Por conseguinte, sua capacidade orgástica fica comprometida.⁽¹⁵⁾

Um dos motivos usualmente argumentados para o abandono de ambos os tratamentos e até mesmo da desistência de buscar uma melhora na área sexual é a necessidade de sigilo e a dificuldade comumente encontrada de relatar espontaneamente as questões relacionadas à vivência da sexualidade, tanto ao psiquiatra, como ao psicólogo ou ao psicanalista. Assim, os acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos podem trazer benefícios para as pacientes fundamentalmente quando os profissionais se mostram capacitados e disponíveis para desde esclarecer o funcionamento do medicamento até fornecer orientações na esfera do comportamento sexual. A qualidade do vínculo estabelecido entre os profissionais e a paciente é essencialmente relevante.

Quando esse vínculo é favorável, proporciona acolhimento e aprendizado, quando é desfavorável, muitas vezes, contribui para o agravamento do quadro sintomático.

A regressão do quadro depressivo é sempre mais difícil se não houver intervenção terapêutica. A Psicoterapia é, portanto, essencial para o tratamento da depressão, pois pode fornecer apoio, proporcionar aprendizado e alterações de comportamento frente à patologia e, fundamentalmente, auxiliar no amadurecimento egóico da paciente. As investigações psicológicas devem considerar cada vez mais os aspectos globais das pacientes, o que permite uma melhor compreensão das sutilezas e particularidades do caso concreto, pesquisando os acontecimentos desencadeantes, os fatores disposicionais e precipitantes, os conflitos infantis e os atuais. É importante não perder de vista a importância da necessidade de considerar todos os aspectos que envolvem o existir, o homem sempre tem uma história, um passado atrás de si.

A sexualidade como aspecto que perpassa por toda a trajetória do existir humano jamais pode ser ignorada pelo profissional que busca conhecer verdadeiramente seus pacientes. O psicoterapeuta, seja ele um psiquiatra, um psicólogo ou um psicanalista, deve constantemente indagar a qualidade das vivências da sexualidade, especialmente na depressão, e quando necessário, fornecer a ajuda adequada bem como os ajustamentos aos tratamentos indicados, no intuito de favorecer a recuperação integral do sujeito.⁽⁴⁾

Novamente ressaltamos que a escolha pelo profissional de uma droga adequada é essencial no tratamento da depressão e para a garantia de seu sucesso. E para tal é também de suma importância o compromisso de laboratórios que tenham em vista produzir medicamentos que não ofereçam reações adversas no exercício da sexualidade, bem como em outras áreas do existir humano. Com esta somatória de esforços, as vivências sexuais, ao invés de agravarem ainda mais os quadros depressivos, passam a expressar um horizonte de melhora. Quando o profissional adota essa postura, ele estará sempre aberto para reconhecer, aprender, diagnosticar e tratar o novo, não reduzindo o ser humano a apenas algum aspecto específico, mas oferecendo a suas pacientes todo o respeito e consideração que lhe são devidos, facilitando a

adesão a ambos os tratamentos e possibilitando um prognóstico mais favorável.

REFERÊNCIAS

1. Lafer B, Newman J, Nieremberg AA. Inibidores seletivos da recaptção de serotonina. In: Lafer B, Almeida OP, Jr RF, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
2. Graeff FG. Sistemas serotoninérgicos. In: Miguel EC, Rauch ST, Leckman JE. (Org). Neuropsiquiatria dos gânglios da base. São Paulo: Lemos; 1997.
3. Léo H, Davy JP, Zarifian E. Lês antidépresseurs. In: Encyclopedie Medico Urgicale. Paris: Ed. Techniques; 1987. p.27.
4. Jaspers K. Psicopatologia geral. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Bucher R. A psicoterapia pela fala: fundamentos, princípios, questionamentos. São Paulo: E.P.U.; 1989.
6. Freud S. Luto e melancolia In: Freud S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
7. Heilborn ML. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
8. Laplanche J. Freud e a sexualidade — o desvio biologizante. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
9. Catonné JP. A sexualidade, ontem e hoje. São Paulo: Cortez; 1994.
10. Moreira RLBD. Medicina e sexualidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
11. Guz I. Depressão — o que é? Como se diagnostica e trata. São Paulo: Roca; 1990.
12. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Villademoros VR. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. J Clin Psychiat. 2001; 14:62.
13. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria — ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
14. Hirschfeld RM. Management of sexual side effects of antidepressant therapy. J Clinical Psychiat. 1999; 14:27-30.
15. Araújo AR. A vivência da sexualidade em mulheres com quadros de depressão, tratadas com medicamentos antidepressivos e psicoterapia [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo — Faculdade de Filosofia Ciências e Letras; 2003.

Recebido em: 07/07/2007

Aceito em: 05/09/2007

Publicado em: 01/10/2007

Endereço para correspondência

Alexandre Romano de Araújo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras — USP/Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Monte Alegre — Ribeirão Preto (SP) — Brasil
CEP: 14.040-901