

# Função e disfunção sexual na depressão: uma revisão sistemática

*Sexual function and dysfunction: a systematic review*

Walter dos Santos Gonçalves<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7325-2987>

Bruno Rabinovici Gherman<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8208-3273>

Carmita Helena Najjar Abdo<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6312-8306>

Antonio Egidio Nardi<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2152-4669>

Jose Carlos Borges Appolinário<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6089-4400>

## RESUMO

**Objetivo:** Revisar sistematicamente as informações disponíveis acerca da função sexual e/ou disfunção sexual em pacientes com transtorno depressivo maior (TDM) e/ou distímia (DIS). **Métodos:** Foi realizada uma busca sistematizada na base eletrônica Medline por estudos que avaliavam a função/disfunção sexual em pacientes com TDM e DIS. Foram incluídos estudos publicados até junho de 2017. Artigos relevantes presentes nas referências dos artigos foram pesquisados manualmente e incluídos nesta revisão. **Resultados:** Vinte estudos foram elegíveis para análise. Foi observada uma grande diversidade de resultados decorrente da heterogeneidade dos delineamentos empregados e devido aos diferentes métodos de avaliação utilizados. De forma geral, os dados provenientes demonstraram uma redução das principais funções sexuais em pacientes com TDM e DIS, tais como: libido (31%-32%), *drive* (31%-87%), excitação (29%-85%), ereção (18%-46%), lubrificação (18%-79%) e orgasmo (26%-81%). Aumento de libido (15%-22%) também foi descrito em alguns estudos. **Conclusão:** A disfunção sexual é altamente prevalente na DIS e no TDM. Foram notadas diversas alterações de funcionamento sexual na população estudada. Discrepâncias acerca de suas prevalências podem ter ocorrido devido às variadas metodologias de análise utilizadas nos estudos.

## Palavras-chave

Depressão, distímia, transtorno depressivo persistente, disfunção sexual, função sexual.

## ABSTRACT

**Objective:** To review the available data on the evaluation of sexual function and/or sexual dysfunction in patients with major depressive disorder (MDD) and/or Dysthymia (DYS) without pharmacological and psychotherapeutic treatment. **Methods:** A systematic electronic search was conducted in the Medline database for studies that evaluated sexual

1 Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Ambulatório de Depressão Resistente, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2 Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido em  
18/Maio/2019  
Aprovado em  
04/Jun/2019

Endereço para correspondência: Walter dos Santos Gonçalves

Estrada do Galeão, 2730, Sala 301, Portuguesa

21931-582 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Telefone: +55 (21) 3393-6348

E-mail: wsg1989@gmail.com

DOI: 10.1590/0047-2085000000234



### Keywords

Depression, dysthymia, persistent depressive disorder, sexual dysfunction, sexual function.

function/dysfunction in patients with MDD and DYS. We included studies published up to June 2017. Relevant articles present in the articles references were manually searched and included in this review. **Results:** Twenty studies were eligible for analysis. It was observed a variety of results due to the heterogeneity of the studies and due to the different evaluation methods used. In general, the data from these studies demonstrated a reduction of the main sexual functions in patients with MDD and DYS such as: libido (31%-32%), drive (31%-87%), arousal (29%-85%), erection (18%-46%), lubrication (18%-79%) and orgasm (26%-81%). Increased libido (15%-22%) has also been described in some studies. **Conclusion:** Sexual dysfunction is highly prevalent in DYS and in MDD. Several sexual functioning alterations were observed in this study population. Prevalence discrepancies may have occurred due to the varied methodologies used in the studies.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a depressão é a principal causa de incapacitação no mundo<sup>1</sup>. Os principais representantes nosológicos dessa síndrome são o transtorno depressivo maior (TDM) e o transtorno depressivo persistente (distímia), sendo o TDM responsável por acometer 4,4% da população mundial em 2015, segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>. Entre os diferentes impactos negativos gerados por esses transtornos, a atividade sexual é uma que se destaca entre eles<sup>3</sup>. Apesar da ausência de consenso, alguns estudos estimam que 35% a 47% dos pacientes deprimidos possuem disfunção sexual<sup>4</sup>, o que corrobora a presença recorrente dessas queixas na prática clínica diária.

A sexualidade é um aspecto complexo da vida humana. Vários autores desenvolveram teorias a fim de conceitualizar as principais funções sexuais humanas, tendo o primeiro modelo de resposta sexual sido elaborado por Masters e Johnson na década de 1960<sup>5</sup>. Apesar de diversas modificações ocorridas ao longo dos anos, como as contribuições de Kaplan<sup>6</sup> e Basson<sup>7</sup>, o modelo constituído pelas funções desejo, excitação, orgasmo e resolução ainda é utilizado como guia para as classificações das disfunções sexuais nos principais manuais diagnósticos vigentes<sup>8</sup>.

Importante ressaltar que alterações no funcionamento sexual em um indivíduo podem ocorrer num *continuum*, desde a ausência de anormalidades até níveis de extrema gravidade. As escalas utilizadas nos estudos medem, na maioria das vezes, aspectos dimensionais do funcionamento sexual e, portanto, não realizam um diagnóstico específico. Portanto, a presença de certa alteração do funcionamento sexual não significa que aquele indivíduo apresenta uma disfunção sexual. Instrumentos como a *Arizona Sexual Experience Scale* (ASEX) podem exemplificar esse fato. Utilizando essa escala, um paciente poderia, por exemplo, apresentar um escore sugestivo de diminuição de *drive* sexual, porém essa alteração não seria necessariamente caracterizada como uma disfunção sexual<sup>9</sup>.

Conforme evidenciado em uma metanálise em 2012, há uma relação bidirecional importante entre disfunção sexual e depressão<sup>10</sup>. Somando-se esse fato à alta prevalência de

ambas as condições, torna-se necessário, portanto, ampliar o conhecimento dessa área na literatura. Sendo assim, o objetivo deste estudo é sumarizar as informações disponíveis acerca da avaliação da função sexual e/ou disfunção em pacientes com TDM e/ou distímia sem tratamento farmacológico e psicoterápico.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática na base eletrônica Medline, sendo a busca dos artigos efetuada em junho de 2017 por um par de pesquisadores independentes (W. S. G. e B. R. G.) para possível inclusão completa dos artigos. Caso não houvesse concordância entre os pares acerca da publicação selecionada, uma discussão específica do artigo em questão era feita até um consenso. Se mantida a divergência, um terceiro avaliador (J. C. A.) determinaria a inclusão ou não do estudo. Os investigadores não estavam cegos para os nomes dos autores, instituições e jornais de publicação.

Os termos de busca utilizados e pesquisados no campo "all fields" foram: "major depressive disorder" ou "major depression" ou "MDD" ou "persistent depressive disorder" ou "dysthymia"; e "sex function" ou "sex functioning" ou "sexual function" ou "sexual functioning" ou "sex dysfunction" ou "sex dysfunctioning" ou "sexual dysfunction" ou "sexual dysfunctioning" ou "sexual satisfaction" ou "excitement" ou "masturbation" ou "lubrication" ou "erection" ou "libido" ou "sex activity" ou "sexual activity" ou "sexual behavior" ou "sexual behaviour" ou "sex behavior" ou "sex behaviour" ou "arousal" ou "ejaculation" ou "orgasm" ou "sexual drive" ou "sex drive" ou "sex fantasy" ou "sexual fantasy" ou "sexual desire" ou "sex desire" ou "sex resolution" ou "sexuality" ou "sexual disorder" ou "sex disorder" ou "sexual interest" ou "sex interest".

Foram selecionados artigos com população de sexo masculino e feminino, com idade maior ou igual a 18 anos e que possuíssem diagnóstico índice de transtorno depressivo (TDM e/ou distímia), segundo os critérios estabelecidos a partir do *Feighner Criteria* até as classificações atuais definidas pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais* – DSM (as várias versões desde o DSM-III) e/ou pelo Có-

*dição Internacional de Doenças* – CID. Foram incluídos artigos com delineamento transversal e longitudinal, assim como revisões narrativas ou sistemáticas. Os dados presentes nas revisões não foram inseridos no resultado final, sendo estes artigos inicialmente incluídos para fins de busca de referências que não tenham sido localizados na busca eletrônica. Em relação aos ensaios clínicos que avaliaram a função sexual, somente os dados da linha de base – ou pré-intervenção terapêutica – foram incluídos. Não houve restrição de estudos por idioma.

Foram excluídos nesta revisão artigos em que o TDM e/ou distímia não fossem o transtorno principal do paciente. Não foram incluídos artigos que possuísem outros transtornos/doenças diagnosticados e que fossem causas já estabelecidas na literatura como relacionadas a alguma forma de disfunção sexual. Relatos de casos, assim como estudos em crianças e adolescentes não foram selecionados. Artigos em duplicata tiveram uma de suas publicações excluídas da análise.

Foi realizada uma análise descritiva dos estudos utilizando tabelas e diagramas, assim como foi feita uma discussão qualitativa dos achados. Variáveis demográficas como sexo e idade, variáveis relacionadas à função sexual, como diagnóstico prévio de disfunção sexual, e variáveis relacionadas ao transtorno depressivo, como gravidade e subtipos de depressão, foram analisadas. Foi objeto de avaliação também a presença de comorbidades, tanto clínicas quanto psiquiátricas.

## RESULTADOS

Foram avaliados no total 572 artigos. Quinhentos e trinta e um foram selecionados por meio da base eletrônica Medline e 41, por meio de buscas manuais nas referências de revisões e nas referências de artigos incluídos para análise final. Um fluxograma detalhando o processo de identificação dos estudos relevantes encontra-se apresentado na figura 1.

Vinte estudos foram incluídos para análise final, sendo 10 deles experimentais. Dois artigos utilizaram amostras de base populacional, e apenas um avaliou uma amostra de pacientes hospitalizados, enquanto o restante analisou pacientes ambulatoriais. Dezesseis estudos avaliaram apenas o TDM, três estudos investigaram o TDM e a distímia e apenas um estudo teve por objetivo avaliar especificamente a distímia. Os principais achados desses artigos podem ser encontrados na tabela 1. Importante destacar que foram utilizadas 14 formas distintas de avaliação de função sexual (Tabela 2).

### Estudos que avaliaram função/disfunção sexual em pacientes com transtorno depressivo maior e distímia (não farmacológicos)

O estudo mais antigo incluído, de Mathew e Weinman<sup>10</sup> (1982), teve por objetivo avaliar a incidência de disfunções

sexuais em pacientes deprimidos sem medicação em comparação com um grupo controle. As alterações sexuais foram avaliadas por uma escala própria que consistia em perguntas apenas sobre alterações de libido e genitais. Não foram notadas alterações estatisticamente significativas de disfunção sexual entre os grupos, no entanto foi notada uma associação entre aumento de libido e falta de orgasmo em mulheres, assim como uma correlação entre impotência e ejaculação precoce. Destaca-se ainda a associação entre perda de libido e estados e traços ansiosos, além da associação de alterações de libido (aumento ou redução) com neuroticismo e de falta de orgasmo com extroversão<sup>11</sup>.

Já o estudo de Reynolds 3rd *et al.*<sup>12</sup> (1988) teve por objetivo avaliar as propriedades psicométricas do *Brief Sexual Function Questionnaire* (BSFQ) em três grupos: homens deprimidos, saudáveis e com disfunção erétil. Esse estudo se destaca por ter investigado determinados aspectos não usualmente avaliados (presença de ereção em diferentes cenários) e por ter aplicado uma escala para os parceiros dos pacientes. A escala aplicada aos parceiros apresentou resultados semelhantes aos dos pacientes, confirmando os achados de redução de atividade, interesse e satisfação sexuais nessa população<sup>12</sup>.

Angst<sup>13</sup>, em 1998, publicou os resultados da única coorte inclusa segundo os critérios preestabelecidos do estudo. Tal coorte teve duração de 15 anos, tendo sido realizada na Suíça. Os pacientes possuíam idade em torno de 28 a 35 anos. Esse artigo evidenciou que, enquanto os homens possuem maior aumento de libido quando deprimidos, as mulheres apresentam mais alterações de caráter emocionais, disfunções sexuais e redução de libido. Problemas emocionais no contexto do sexo, como inibição e sentimento de culpa, foram também observados mais na população de deprimidos do que em indivíduos saudáveis (23% x 12%). Cabe ressaltar que no estudo não houve análise de significância estatística das prevalências entre ambos os grupos<sup>13</sup>.

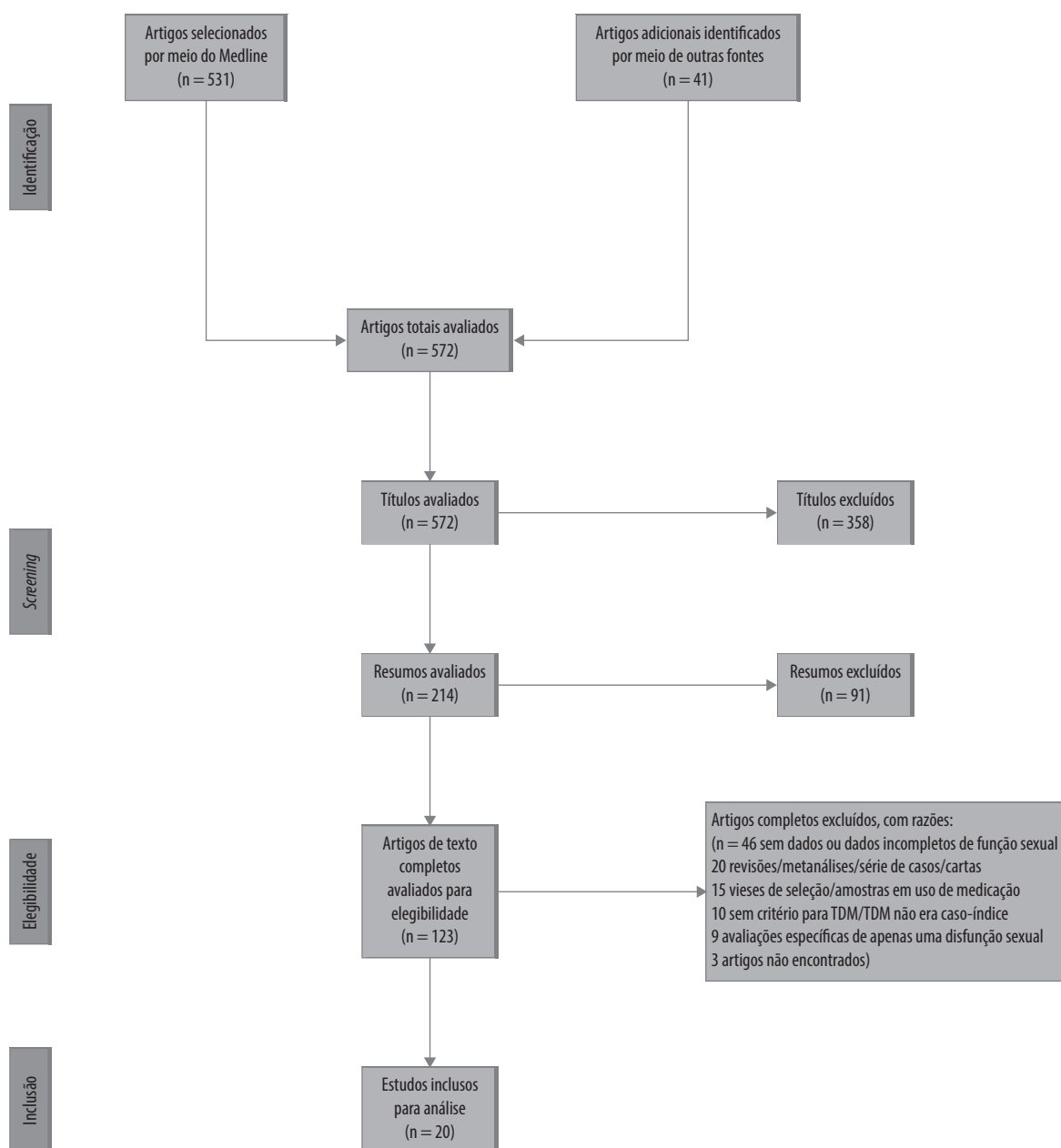
Em 1999, Kennedy *et al.*<sup>4</sup> publicaram um artigo que tinha por objetivo primário avaliar o funcionamento sexual em pacientes com TDM sem tratamento. No geral, 84% das mulheres encontravam-se na pré-menopausa e 85% dos homens possuíam menos de 50 anos. Esse dado é importante, pois mulheres na menopausa e homens mais idosos possuem risco maior de alterações sexuais não decorrentes de um quadro depressivo. Nas mulheres, foi observada associação entre alterações de excitação/orgasmo e altos níveis de neuroticismo e baixos escores de extroversão. Já na população masculina, não foram encontradas associações com traços de personalidade. Associações entre disfunção sexual e gravidade/subtipos da depressão também não foram encontradas. Alterações de desejo, excitação e orgasmo foram mais frequentes em homens com menor número de episódios depressivos prévios, enquanto nas mulheres ocorreram entre desejo e mais episódios anteriores. Importante também salientar que alterações de excitação e orgasmo foram mais

frequentes em homens que apresentaram abertura de quadro depressivo mais tardio. Não foram notadas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres<sup>4</sup>.

Bonierbale *et al.*<sup>14</sup> (2003) realizaram o maior trabalho analisado nesta revisão. O estudo populacional francês tinha por objetivo observar a prevalência de disfunção sexual em pacientes que não a possuíam antes de um quadro depressivo. Nesse artigo os autores reportaram alta prevalência de alterações sexuais. Os autores atribuíram os altos índices ao fato de a escala utilizada ter sido aplicada apenas em pacientes que apresentavam alguma queixa sexual durante a entrevista inicial. Um dado interessante do estudo foi a avaliação da comunicação dos sintomas sexuais aos avaliadores. Apenas 35,6% dos pacientes os relataram espontaneamente, em

contraste com 68,9%, quando questionados ativamente pelos entrevistadores, tendo esses sintomas sido mais relatados aos psiquiatras do que aos médicos de família. Foram observados também mais relatos desses sintomas na presença de mais episódios prévios, maior gravidade e maior duração do quadro depressivo<sup>14</sup>.

Um estudo transversal de Taiwan, de 2011, publicado por Lai<sup>3</sup>, teve por objetivo investigar a diferença de sintomas, de qualidade de vida, de prejuízo funcional e de disfunção sexual entre ambos os gêneros. Por meio da utilização da escala ASEX, foi observado que as mulheres possuíam maiores alterações do que a população masculina. Após análise de regressão linear, constatou-se que o gênero foi um fator preditor para os desfechos apresentados<sup>3</sup>.



**Figura 1.** Fluxograma detalhando o processo de seleção dos artigos.

**Tabela 1.** Estudos avaliando a função/disfunção sexual em pacientes com transtorno depressivo maior/distímia

Autor	Delineamento	Amostra	Diagnóstico	Análise	Principais resultados	Comentários
Mathew e Weinman (1982)	Transversal comparativo com controle	Amb (51 pc) 68% ♂ 32% ♀	TDM ( <i>Feighner Criteria</i> )	Escala própria	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: perda de libido (31%), ↑ de libido (22%).</li> <li>DS: alterações de impotência, ejaculação precoce, ejaculação retardada e falta de orgasmo não significativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> </ul>
Reynolds 3rd et al. (1988)	Transversal comparativo com controle e impotentes	Amb (42 pc) 100% ♂	TDM (DSM-III + RDC)	BSFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ pensamentos sexuais e fantasias, preliminares, sexo oral, relações sexuais, reação a avanço sexual do parceiro, ereção nas preliminares e inserção do pênis, capacidade de nova ereção, prazer com experiência sexual, ejaculação, satisfação com própria vida sexual e com o relacionamento sexual com parceiro.</li> <li>↓ escores de atividade, satisfação, interesse sexuais. Sem alteração significativa de competência fisiológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Excluída disf sexual prévia.</li> <li>Ausência de alterações significativas de competência fisiológica.</li> </ul>
Nofzinger et al. (1993)	Experimental comparativo com controle (intervenção psicoterápica)	Amb (40 pc) 100% ♂	TDM (DSM-III + RDC)	BSFQ + DSFI	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: não remitidores possuíam de base: ↑ <i>drive</i>, ↓ satisfação sexual, ↑ atividades sexuais diárias, ↑ dias sexualmente ativos. Remitidores: comportamento sexual normal, ↓ satisfação com esse comportamento. Ambos apresentaram alteração de imagem corporal.</li> <li>BSFQ: ↓ satisfação, sem alteração significativa de <i>drive</i>, atividade e interesse sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> <li>Não exclusão de pacientes com doenças clínicas que afetassem a função sexual.</li> </ul>
Clayton et al. (1997)	Experimental comparativo com controle (intervenção farmacológica)	Amb (32 pc) 41% ♂ 59% ♀	TDM agudo TDM crônico TDM + DIS DIS (DSM-III-R)	CSFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ frequência e prazer nas atividades sexuais, desejo em engajar em sexo, pensamentos sexuais, capacidade de conseguir e manter a excitação (ereção nos ♂) e capacidade de concluir o ato sexual por meio do orgasmo (ejaculação no ♂).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia e comorbidades clínicas.</li> <li>Não excluídas todas as comorbidades psiquiátricas.</li> </ul>
Angst (1998)	Coorte comparativa com indivíduos saudáveis	Pop (126 pc) 37% ♂ 63% ♀	TDM DIS Depressão Recorrente Breve (SPIKE + SCL-90-R)	Clínico e/ou SPIKE	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: libido: ♂ – ↑ 23,3% (6,9% c) / ↓ 25,7% (11,1% c) / ♀ – ↑ 8,8% (1,7% c) / ↓ 35,3% (31,6% c) / A – ↑ 14,6% (5,2% c) / ↓ 32,0% (17,9% c) problema sexual: ♂ – 48,2% (17,6% c) / ♀ – 50,9% (31,9% c) / A – 45,1% (25,8% c) DS: ♂ – 11,1% (6,9% c) / ♀ – 25,7% (18,0% c) / A – 13,1% (10,7% c).</li> <li>Ausência de análise de significância estatística entre os grupos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia ao quadro depressivo e comorbidades clínicas e psiquiátricas.</li> <li>Amostra com idade entre 28 e 35 anos.</li> </ul>
Kennedy et al. (1999)	Transversal descritivo não comparativo	Amb (134 pc) 41% ♂ 59% ♀	TDM (DSM-IV)	SFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ <i>drive</i> (41,8% ♂ / 50,0% ♀), interesse em objetos sexuais (36,4% ♂ / 38,0% ♀), fantasias sexuais (41,8% ♂ / 35,4% ♀), masturbação (40,0% ♂ / 30,4% ♀), vigorosidade da ereção (34,1%), sustentação da ereção (46,3%), ereções espontâneas (22,0%), lubrificação vaginal (40,0%), excitação (50,0% ♀), orgasmo (15,0% ♀) ↑ ejaculação precoce (12,2%), ejaculação retardada (22,0%).</li> <li>40% (49% ♀ / 26% ♂) não tiveram atividade sexual no mês anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> <li>33% possuíam ao menos uma comorbidade psiquiátrica.</li> <li>18% utilizavam medicações clínicas. 14% das mulheres usavam pílulas anticoncepcionais.</li> </ul>
Ekselius e von Knorring (2001)	Experimental descritivo (intervenção farmacológica)	Amb (308 pc) 28% ♂ 72% ♀	TDM (DSM-III-R)	UKU-SES	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↑ desejo (0,5% ♀), ↓ desejo (47,2% ♀ / 47,5% ♂).</li> <li>DS: ♀ – 22,2% disf orgásmica, 47,0% possuíam alguma disf. ♂ – 23,1% disf erétil, 14,6% disf ejaculatória, 20,3% disf orgásmica, 58,6% alguma disf.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliadas disf sexual prévia e comorbidades clínicas.</li> </ul>
Zajecka et al. (2002)	Experimental descritivo (intervenção farmacológica e psicoterápica)	Amb (669 pc) 35% ♂ 65% ♀	DIS TDM + DIS TDM recorrente com recuperação interepisdódica incompleta (DSM-IV)	MRSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ adquirir ereção (19%), manter ereção (22%), lubrificação durante excitação (18%), intensidade do orgasmo (33% ♂ / 19% ♀), sensibilidade genital após estimulação física (33% ♂ / 10% ♀), interesse e satisfação sexual (A) atraso do orgasmo/ejaculação (37% ♂), orgasmo/ejaculação antes do tempo desejado (22% ♂), dificuldade de orgasmo (30% ♀) ausência de orgasmo/ejaculação (13% ♂ / 21% ♀).</li> <li>DS: 65% ♂ e 48% ♀ possuíam algum tipo de disfunção sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> <li>58,7% com transtornos de personalidade comórbidos.</li> <li>Histórico de transtorno de ansiedade (32,7%) e abuso de substâncias (33,2%).</li> <li>Comorbidades clínicas leves e moderadas passíveis de inclusão.</li> </ul>

Autor	Delimitação	Amostra	Diagnóstico	Análise	Principais resultados	Comentários
Bonierbale <i>et al.</i> (2003)	Transversal descritivo	Pop (4.557 pc) 43% ♂ 57% ♀	TDM (DSM-IV)	ASEX + Clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ e ausência de <i>drive</i> (86,9% / 17,8%), de excitação (85,4% / 8,8%), de ereção (78,8% / 2,3%), de lubrificação (79,4% / 5,6%), de orgasmo (80,7% / 13,6%) e ↓ satisfação com o orgasmo (79,4%)</li> <li>DS: 52,8% disf libido, 8,2% atraso no orgasmo, 3,7% orgasmo prematuro, 24,2% disf na ereção / lubrificação, 29,3% alteração na frequência sexual, 7,5% dor genital, 10,4% perda de sensação local, 0,1% outros tipos de disfunções, 64,9% possuíam alguma disf sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de disf sexual prévia.</li> <li>Não excluídas comorbidades psiquiátricas (exceto psicóticos e demenciados).</li> <li>Presença de comorbidades clínicas e uso de medicações causadoras de disf sexual.</li> </ul>
Kennedy <i>et al.</i> (2006)	Experimental comparativo (intervenção farmacológica)	Amb (141 pc) 62% ♂ 48% ♀	TDM (DSM-IV)	Sex FX + IRSDF	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ valores de desejo, excitação, orgasmo e satisfação geral em ♀ em comparação aos ♂. Relação inversa entre desejo, satisfação geral e escore total da Sex FX com HAM-D17. Sem alterações estatisticamente significativas nos ♂.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de disf sexual prévia.</li> <li>Não avaliados comorbidades e uso de medicações clínicas.</li> </ul>
Clayton <i>et al.</i> (2007)	Experimental comparativo (intervenção farmacológica)	Amb (789 pc) 38% ♂ 62% ♀	TDM (DSM-IV)	MED-D-SD	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ interesse, excitação, orgasmo e satisfação com a atividade sexual em ♀ em comparação aos ♂. Não avaliado se a diferença entre os gêneros foi estatisticamente significativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia. Nem todos os pc responderam a todos os questionários.</li> </ul>
Hewett <i>et al.</i> (2010)	Experimental comparativo (intervenção farmacológica)	Amb (581 pc) 34% ♂ 66% ♀	TDM (DSM-IV)	CSFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: escores de desejo/frequência, desejo/interesse, prazer, excitação, orgasmo, e escore total médio indicativo de disf sexual (apenas presença de valores brutos do CSFQ no <i>baseline</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> <li>Comorbidades clínicas leves e moderadas passíveis de inclusão.</li> </ul>
Lai (2011)	Transversal descritivo	Amb (146 pc) 39% ♂ 61% ♀	TDM (DSM-IV-TR)	ASEX	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ desejo sexual, excitação, "sensação de excitação", orgasmo e satisfação com orgasmo em ♀ em comparação aos ♂.</li> <li>Gênero foi fator preditor de pior desfecho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de disf sexual prévia.</li> </ul>
Fabre e Smith (2012)	Transversal de 5 estudos experimentais (intervenção farmacológica)	Amb (1183 pc) 100% ♀	TDM TDM com características atípicas (DSM-IV)	DISF + CSFQ + Clínico (DSM-IV excluindo critério C da avaliação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: disf de <i>drive</i>/relacionamento, orgasmo, comportamento/ experiência e escore total da DISF. Sem diferença estatisticamente significativa de desejo (cognição/fantasia) e de excitação.</li> <li>DF: 17,7% transt de desejo sexual hipotivo, 3,2% transt sexual aversivo, 5,6% transt de excitação sexual feminino, 7,5% transt orgásmico (utilizando critérios do DSM-IV).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> </ul>
Fabre <i>et al.</i> (2013)	Transversal de 5 estudos experimentais (intervenção farmacológica)	Amb (591 pc) 100% ♂	TDM TDM com características atípicas (DSM-IV)	DISF + Clínico (DSM-IV excluindo critério C da avaliação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: disf de <i>drive</i>/relacionamento e orgasmo em A Excitação e comportamento/experiência nos NAT. Escore total na amostra total e nos NAT. Sem diferença estatística de cognição/fantasia</li> <li>Disf de desejo (25% A / 34% TDM / 21% AT), <i>drive</i> (63% A / 98% TDM / 49% AT), excitação (34% A / 47% TDM / 29% AT), orgasmo (67% A / 84% TDM / 60% AT), total (55% A / 75% TDM / 47% AT).</li> <li>DS: 8,0% transt de desejo, 3,3% ejaculação precoce, 0,8% transt sexual aversivo, 7,3% transt de disf erétil (10,6% AT x 2,8% NAT), 3,6% transt orgásmico masculino (6,1% AT x 0% NAT).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> </ul>
Lee <i>et al.</i> (2013)	Transversal comparativo com indivíduos saudáveis	Amb (125 pc) 37% ♂ 63% ♀	TDM DIS TDM + DIS (DSM-IV)	CSFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ♀ – ↓ escores de desejo e total no CSFQ do que no grupo c ♂ – ↓ escore de desejo do que grupo c demais alterações não estatisticamente significativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> </ul>
Clayton <i>et al.</i> (2013)	Experimental comparativo (intervenção farmacológica)	Amb (1.468 pc) 37% ♂ 63% ♀	TDM (DSM-IV-TR)	ASEX + CSFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: alterações de desejo, excitação, orgasmo, ereção/ lubrificação e satisfação com o orgasmo maior em ♀ do que em ♂ pela ASEXCSFQ apresentou valores indicativos de disf de desejo/frequência, desejo/interesse, excitação/ ereção, orgasmo/ejaculação e prazer. DS: disf pela ASEX foi de 40,0% ♂ / 80,0% ♀ / 65,3% A. Disf pela CSFQ foi de 52,4 e 52,2% ♂ / 59,2 e 65,7% ♀ / 56,2 e 61,4% A.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia. Apenas presença de valores brutos de CSFQ e ASEX de base.</li> <li>Não avaliado se diferença estatisticamente significativa.</li> </ul>
Clayton <i>et al.</i> (2013)	Experimental comparativo (intervenção farmacológica)	Amb (422 pc) 35% ♂ 65% ♀	TDM (DSM-IV-TR)	ASEX	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: maior alteração de desejo, excitação, orgasmo e satisfação com o orgasmo em ♀ do que nos ♂. Não avaliado se diferença estatisticamente significativa.</li> <li>DS: 46,6% ♂ / 78,6% ♀ com critério para disf sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> <li>Comorbidades clínicas leves e moderadas passíveis de inclusão.</li> </ul>

Autor	Delineamento	Amostra	Diagnóstico	Análise	Principais resultados	Comentários
Khazaie et al. (2015)	Experimental comparativo (intervenção farmacológica)	Amb (195 pc) 52% ♂ 48% ♀	TDM (DSM-IV-TR)	SFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: ↓ <i>drive</i> (31,15%), excitação (29,10%), fantasias (32,81%), interesse materiais sexuais (31,27%), sustentação de ereção (17,84%), ereções espontâneas (17,72%), masturbação (31,27%), lubrificação (18,29%) ↑ ejaculação precoce (16,88%) e ejaculação retardada (10,79%), dificuldade de ter orgasmos (25,84%).</li> <li>Maiores alterações de desejo/drive em ♀ e Orgasmo/excitação em ♂.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliada disf sexual prévia.</li> <li>Não incluídas mulheres na menopausa.</li> </ul>
Colón Vilar et al. (2016)	Transversal descritivo	Hosp (33 pc) 32% ♂ 68% ♀	TDM (DSM-5)	WSFQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>FS: fantasia íntima &gt; exploratória &gt; impessoal &gt; sadomasoquista. ♂ com maior pontuação em todas as fantasias do que ♀. Sem diferença estatística significativa entre amostra clínica e não clínica. Maior pontuação para todas as fantasias em traços de personalidade <i>cluster B</i>. Redução de fantasias íntimas em traços de <i>cluster A</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não avaliadas disf sexual prévia e comorbidades clínicas.</li> <li>Pacientes internados, em provável uso de medicações psiquiátricas.</li> </ul>

Notas: FS – função sexual; DS – disfunção sexual; ASEX – Arizona Sexual Experience Scale; BSFQ – Brief Sexual Function Questionnaire; CSFQ – Changes in Sexual Functioning Questionnaire; DISF – Derogatis Interview for Sexual Functioning; DSFI – Derogatis Sexual Function Inventory; IRSD-F – Investigator-Rated Sexual Desire and Functioning Scale; MED-D-SD – Medex Depression Evaluation Scale 5-item subscale for sexual dysfunction; MRSI – Modified Rush Sexual Inventory; SCL-90-R – Symptom Checklist-90-Revised; SPIKE – Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychological Disturbances for Epidemiology; RDC – Research Diagnostic Criteria; Sex FX – Sex Effects Scale; SFQ – Sexual Function Questionnaire version 1; UKU-SES – Utvalg for Kliniske Undersogelser Side Effect Scale; WSFQ – Wilson Sexual Fantasy Questionnaire; DIS – Distímia; TDM – transtorno depressivo maior; transt – transtorno; AT – atípico; NAT – não atípico; HAM-D17 – Hamilton Rating Scale for Depression-17 Item; ♀ – mulheres; ♂ – homens; Amb – ambulatorial; Pop – populacional; Pc – pacientes; disf – disfunção; A – ambos; c – controle; DSM: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais.

**Tabela 2.** Escalas utilizadas na avaliação de função/disfunção sexual em pacientes com transtorno depressivo maior/distímia

Nome	Modalidade/Gênero	Número de itens	Domínios avaliados
Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)	Autoaplicável/Homem e Mulher	5	Drive sexual, excitação, ereção peniana/lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual
Brief Sexual Function Questionnaire (BSFQ)	Autoaplicável/Homem	21	Interesse, atividade e satisfação sexual, disfunção fisiológica e preferência sexual
Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) – versão curta	Autoaplicável/Homem e Mulher	14	Prazer, desejo/frequência, desejo/interesse, excitação, orgasmo
Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) – versão longa	Autoaplicável ou Semiestruturada/Homem e Mulher	35:Mulher 36:Homem	Prazer, desejo/frequência, desejo/interesse, excitação, orgasmo
Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF)	Autoaplicável ou Semiestruturada/Homem e Mulher	25	Cognição sexual/fantasia, excitação, comportamento/experiência sexual, orgasmo, drive/relacionamento sexual
Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)	Autoaplicável/Homem e Mulher	254	Informação, experiência, drive, atitude, sintomas psicológicos, afeto, papel de gênero, fantasia, imagem corporal, satisfação sexual
Investigator-Rated Sexual Desire and Functioning Scale (IRSD-F)	Estruturada/Homem e Mulher	–*	Sexual Desire Disorder, Sexual Arousal Disorder, and Orgasm Delay or Failure (Segundo DSM-IV)
Medex Depression Evaluation Scale – Sexual Dysfunction subscale (MED-D-SD)	Autoaplicável/Homem e Mulher	5	Desejo, excitação, orgasmo, satisfação sexual
Modified Rush Sexual Inventory (MRSI)	Semiestruturada/Homem e Mulher	10: Mulher 12:Homem	Interesse/satisfação sexual, ereção peniana/lubrificação vaginal, orgasmo
Sex Effects scale (SexFx)	Autoaplicável ou estruturada/Homem e Mulher	13	Desejo, excitação, orgasmo, satisfação sexual
Sexual Functioning Questionnaire (SFQ)	Autoaplicável/Homem e Mulher	8:Mulher 10:Homem	Desejo, excitação, orgasmo
Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychic Disturbances for Epidemiology (SPIKE)	Semiestruturada/Homem e Mulher	–*	Libido, satisfação sexual, problemas funcionais (impotência, frigidez, orgasmo), problemas emocionais (inibição ou sentimento de culpa)
Utvalg for Kliniske Undersogelser Side Effect Scale (UKU-SES)	Semiestruturada/Homem e Mulher	48	Desejo, ereção peniana/lubrificação vaginal, ejaculação, orgasmo
Wilson Sexual Fantasy Questionnaire (WSFQ)	Autoaplicável/Homem e Mulher	40	Fantasias sexuais: íntima, exploratória, impessoal, sadomasoquista

\*Entrevista estruturada com critérios diagnósticos sem itens especificados.

Lee *et al.*<sup>15</sup> (2013) também estudaram a população do Taiwan. Esse estudo teve por objetivo avaliar as diferenças do funcionamento sexual entre voluntários saudáveis e deprimidos sem e em uso de medicação. Foram incluídos na amostra apenas pacientes que tivessem tido pelo menos alguma atividade sexual nos últimos 12 meses. Foi observado nesse estudo que alterações de desejo, excitação e orgasmo estavam associadas a menores episódios depressivos prévios nos homens e que alterações de excitação e orgasmo também foram mais frequentes com o início mais tardio do TDM<sup>15</sup>.

O artigo mais recente incluso foi de 2016, de Colón Vilar *et al.*<sup>16</sup>. Esse estudo tinha por objetivo investigar a natureza e a frequência das fantasias sexuais em pacientes psiquiátricos graves internados. Apesar de a amostra ser composta por TDM, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar, os dados incluídos se referem apenas aos pacientes com TDM (33 de 133 pacientes). Foi utilizado como escala de avaliação sexual o *Wilson Sexual Fantasy Questionnaire*, que agrupa os diferentes conteúdos sexuais em quatro grupos distintos: fantasias íntimas, exploratórias, impessoais e sado-masoquistas. É importante salientar que, apesar de não estar especificado no artigo, há a possibilidade de os indivíduos estarem em uso de medicações, uma vez que eles se encontram internados. No estudo não foi observada diferença estatística significativa entre as fantasias da amostra clínica e de população não clínica<sup>16</sup>.

### **Estudos que avaliaram função/disfunção sexual em pacientes com transtorno depressivo maior e distímia (dados da linha base de ensaios clínicos)**

Nofzinger *et al.*<sup>17</sup> (1993) realizaram um estudo experimental cujo objetivo era comparar as alterações sexuais entre pacientes que remeteram ou não da depressão com tratamento psicoterápico. Aqueles que não remeteram apresentavam maiores alterações de função sexual previamente. Isso gerou o questionamento dos autores sobre se essa população faria parte de um subtipo distinto de depressão. Outro ponto assinalado no artigo foi a baixa satisfação sexual mesmo na vigência de aumento de comportamentos sexuais nos não remitidos. Com isso, foi aventada a hipótese de que a insatisfação e a redução de interesse dos pacientes decorrem de uma avaliação cognitiva alterada do próprio funcionamento, e não de uma alteração do funcionamento em si<sup>17</sup>.

Em 1997, Clayton *et al.*<sup>18</sup> realizaram um estudo para avaliar a utilidade do *Changes in Sexual Functioning Questionnaire* (CSFQ) na distinção de alterações sexuais entre uma amostra clínica de transtornos afetivos e uma não clínica. Nesse artigo foram observadas, antes do tratamento, maiores alterações sexuais na amostra clínica do que no grupo controle. Importante destacar que o grupo controle foi composto especificamente por estudantes de medicina, residentes de psiquiatria e mulheres saudáveis de uma clínica da mulher<sup>18</sup>.

Um estudo experimental na Suécia realizado por Ekselius *et al.*<sup>19</sup> (2001) teve por objetivo avaliar a ocorrência e a gravidade de sintomas de disfunção sexual em pacientes com TDM antes e após a intervenção com inibidores de recaptação de serotonina. Nele se destacou a alta prevalência de redução de libido em ambos os gêneros. No entanto, é importante ressaltar que os resultados desse trabalho podem ter sofrido um viés de subnotificação devido ao alto número de dados ausentes<sup>19</sup>.

Zajacka *et al.*<sup>20</sup> (2002) realizaram o único estudo incluso cujo objetivo era avaliar o funcionamento sexual antes e durante o tratamento de pacientes com depressão maior crônica, sendo incluídos pacientes com distímia, TDM associada a distímia e TDM recorrente com recuperação entre episódios incompletos. Nesse estudo foi constatada a presença de disfunção sexual em 65% dos homens e 48% das mulheres. Foram incluídos na amostra pacientes com comorbidades psiquiátricas, tendo 58,7% transtornos de personalidade associados, tendo sido excluídos apenas o transtorno de personalidade antissocial, esquizotípico e *borderline* graves<sup>20</sup>.

Kennedy *et al.*<sup>21</sup>, em 2006, publicaram um artigo que avaliava função sexual em deprimidos antes e durante o tratamento com bupropiona e paroxetina. Foram observadas maiores alterações nas mulheres do que nos homens, sendo as alterações nos homens não significativas estatisticamente. No estudo foram incluídos apenas pacientes que tiveram atividade sexual no último mês<sup>21</sup>.

Clayton *et al.*<sup>22</sup>, em 2007, realizaram uma metanálise com o intuito de avaliar o impacto do *selegiline transdermal system* (STS) na função sexual de pacientes com TDM. Nessa metanálise os autores reportaram a média dos escores da *Medex Depression Evaluation Scale* dos pacientes na linha de base nos quatro estudos incluídos na análise. A escala utilizada para tal foi desenvolvida especificamente para o estudo. Ela avaliava os seguintes domínios da função sexual: interesse, estimulação, manutenção do interesse, clímax e satisfação, e havia sido validada previamente. Em geral, foram observadas maiores alterações nas mulheres do que nos homens, no entanto não foi avaliado se as diferenças eram estatisticamente significativas<sup>22</sup>.

Outro estudo experimental incluso foi o de Hewett *et al.*<sup>23</sup> (2010). Nele, o objetivo era avaliar a eficácia e a tolerabilidade do uso de bupropiona e venlafaxina em TDM. Como o objetivo primário do estudo não era avaliar o funcionamento sexual antes da intervenção, o estudo apresentou apenas os valores brutos da escala utilizada na linha de base, que evidenciaram escores médios indicativos de disfunção sexual<sup>23</sup>.

Fabre *et al.*<sup>24</sup> e Fabre e Smith<sup>25</sup> publicaram em 2013 e 2012, respectivamente, uma análise de cinco estudos controlados com gepirona a fim de determinar o efeito da depressão no funcionamento sexual da amostra. O estudo de 2012 apresentou os resultados da população feminina e o de 2013, os da masculina. As amostras foram divididas em TDM e TDM com características atípicas, a fim de analisar o



impacto de um subtipo de depressão no funcionamento sexual<sup>25,24</sup>. No estudo de 2012, observou-se que a gravidade do episódio depressivo estava associada a mais alterações sexuais. Inicialmente, foram notadas maiores alterações sexuais nas mulheres do grupo não atípico, contudo, o autor correlacionou tal fato à diferença de gravidade entre os dois grupos. Ao controlar o fator gravidade, essa diferença não foi mais estatisticamente significativa<sup>24</sup>.

Na publicação de 2013, sobre os resultados da amostra masculina, Fabre *et al.*<sup>25</sup> também observaram a associação entre gravidade do quadro depressivo e alterações sexuais. A mesma diferença entre a prevalência de alterações no grupo TDM dos TDM atípicos nas mulheres também foram observadas, porém, ao controlar a gravidade do quadro depressivo, a diferença não foi estatisticamente significativa. No entanto, cabe ressaltar que, mesmo sendo menos grave, ao se utilizar o DSM como ferramenta diagnóstica, os deprimidos atípicos apresentaram maior prevalência de transtorno de disfunção erétil (10,6% x 2,8%) e de transtorno orgásmico masculino (6,1% x 0%). Devido à diferença de prevalência de disfunção sexual dependendo do método utilizado para avaliação, o autor sugere que os critérios do DSM não sejam utilizados para tal fim nos pacientes deprimidos<sup>25</sup>.

No próprio ano de 2013, Clayton *et al.*<sup>26</sup> publicaram dois artigos que consistiam numa análise *post hoc* de estudos experimentais farmacológicos comparativos com placebo. No estudo com vilazodona, foram observadas maiores alterações sexuais nas mulheres do que em homens, apesar de não ter sido realizada avaliação de significância estatística desse resultado. Outro fato observado foi a diferença de prevalência de disfunções devido ao tipo de escala aplicada nos estudos<sup>26</sup>.

Já o outro estudo de Clayton *et al.*<sup>27</sup> teve por objetivo avaliar o funcionamento sexual em pacientes empregados e tratados com desvenlafaxina. Apesar de também ter evidenciado piores escores em todos os domínios nas mulheres, não foi realizada análise estatística a fim de avaliar a significância dessa diferença em relação aos homens<sup>27</sup>.

Em 2015, Khazaie *et al.*<sup>28</sup> realizaram um estudo no Irã, que teve por objetivo comparar os efeitos da fluoxetina, da sertralina e da trazodona no funcionamento sexual de pacientes com TDM. Foram consideradas critério de exclusão para este artigo mulheres em menopausa, porém não foi avaliado histórico de disfunção sexual prévio. Entre os diferentes achados, foi observado que as mulheres possuíam mais alterações de desejo/*drive*, enquanto os homens possuíam mais alterações de orgasmo/excitação<sup>28</sup>.

## DISCUSSÃO

No nosso conhecimento, esta é a primeira revisão sistemática realizada com o objetivo de analisar funções/disfunções

sexuais em pacientes com TDM e DIS sem tratamento. No geral, os estudos mostraram uma taxa de disfunção sexual entre 13% e 62% em pacientes com TDM, sendo a prevalência maior em mulheres. Já nos quadros de DIS, a prevalência foi maior em homens (65%) do que nas mulheres (48%). Foi observada relação direta entre gravidade da depressão e alterações de função sexual, no entanto ainda não há dados consistentes que permitam associar subtipos de depressão com pior funcionamento sexual.

A diferença de prevalência entre os gêneros nos pacientes com TDM pode ter origem multifatorial. A não avaliação de função sexual prévia ao quadro depressivo (disfunção sexual na população geral mais elevada nas mulheres)<sup>29</sup>, a não documentação sobre uso de pílulas anticoncepcionais (amplamente utilizados e causadores de disfunção sexual)<sup>30</sup> e a influência de fatores socioculturais (papel de gênero)<sup>31</sup> são alguns possíveis responsáveis por essa diferença. Já nos pacientes com DIS, são necessários mais estudos para confirmar as maiores alterações nos homens, uma vez que apenas um artigo teve por objetivo avaliar apenas essa população.

As alterações de função sexual mais frequentes no TDM foram: redução de *drive* sexual (31%-87%), redução (31%-32%) e aumento (15%-22%) de libido/desejo, redução de excitação (29%-85%) e redução de intensidade e frequência de orgasmo (26%-81%). Reduções importantes da atividade, interesse e satisfação com o sexo foram também observados, tendo 45% dos pacientes deprimidos alguma alteração sexual. Alterações eréteis e ejaculatórias foram também bastante prevalentes e diversas, assim como alterações de lubrificação (redução em 18% a 79% nas mulheres). Já na distímia foram observadas alterações de lubrificação, ereção, ejaculação, orgasmo e satisfação sexual.

As disfunções sexuais mais observadas em TDM foram: disfunção de libido (52,8%), disfunção de excitação (34% nos homens e 5,6% nas mulheres), disfunção de lubrificação (24%), disfunção erétil (7%-24%), disfunção ejaculatória (14,6%), ejaculação precoce (3,3%) e disfunção de orgasmo (4%-67% dos homens e 8%-22% das mulheres).

Tais achados dão suporte a uma associação encontrada em uma metanálise realizada em 2012. Este estudo teve por objetivo avaliar se depressão predizia disfunções sexuais e se, de modo inverso, disfunções sexuais prediziam quadros depressivos. Nele foi constatado a existência de uma relação bidirecional entre depressão e disfunção sexual, sendo a depressão responsável por aumento do risco de desenvolvimento de disfunções sexuais. Isso reforça a necessidade de os clínicos realizarem avaliações rotineiras do funcionamento sexual em pacientes com sintomas depressivos.

Algumas discrepâncias puderam ser observadas, como as diferentes taxas de prevalência de disfunção sexual entre os estudos. Tal fato pode ter ocorrido devido ao uso de diferentes métodos de avaliação de funcionamento sexual, além das possíveis diferenças entre as amostras. Um estudo, por

exemplo, evidenciou maior prevalência de disfunção orgásmica (67%) do que desejo (25%)<sup>23</sup>, diferentemente de outro que observou maior disfunção de libido (52,8%) do que de orgasmo (11,9%)<sup>13</sup>.

O uso de diferentes terminologias e conceitos também dificultou a comparação entre os estudos. Há ainda na literatura divergências acerca de determinados termos, sendo isso refletido nos diferentes instrumentos de avaliação. Um deles se refere ao desejo e *drive* sexual. Enquanto uns autores os consideram sinônimos, outros consideram o *drive* como parte do desejo sexual<sup>32</sup>. Outra discordância pode ser observada com o termo excitação.

Algumas escalas o diferenciam de ereção/lubrificação, considerando a excitação um sentimento subjetivo<sup>14</sup>. Já outras consideram excitação e ereção/lubrificação como algo semelhante<sup>18,21</sup>.

Soma-se a isso o fato de as escalas poderem medir uma mesma disfunção de forma distinta. Alterações orgásmicas, por exemplo, podem ocorrer devido à diminuição de sua intensidade e/ou devido à dificuldade/incapacidade de atingir orgasmo. Caso um instrumento de avaliação avalie apenas um desses parâmetros, as taxas de prevalência de disfunção podem variar<sup>18,23</sup>.

Outra limitação observada nos estudos foi a não avaliação da presença de comorbidades clínicas e o uso de medicamentos. Apesar de alguns estudos excluírem pacientes clinicamente graves, doenças leves a moderadas também podem alterar o funcionamento sexual. Hipertensão arterial, assim como o uso de anti-hipertensivos, são um exemplo disso<sup>33</sup>. Informações como período do ciclo menstrual nas mulheres e idade nos homens também deveriam ser mais bem estabelecidas na análise das amostras. Sabe-se que durante o ciclo menstrual feminino ocorrem variações de determinadas funções sexuais, assim como idades avançadas em homens podem gerar reduções de desejo devido à baixa testosterona. Dados analisados, como lubrificação vaginal, podem estar mais alterados em mulheres pós-menopausadas, devido à redução de estrogênio, por exemplo<sup>30</sup>.

Um ponto a ser ressaltado é a limitação de informações por área geográfica. Existe atualmente um predomínio de estudos provenientes da América do Norte e da Europa, tendo sido encontrados poucos artigos realizados em outras regiões. Nenhum estudo africano, latino-americano ou da Oceania, por exemplo, preencheu critérios para inclusão. É importante ater a esse fato, pois a extrapolação dos achados para outros povos deve ser feita com muita cautela, uma vez que a sexualidade é uma área muito associada a cultura.

Podemos ressaltar algumas limitações da presente revisão. Devido ao fato de a sexualidade e a depressão serem um campo extenso e extremamente diversificado, foi optado pela restrição de vários termos na chave de busca. O intuito foi incluir apenas artigos que tivessem avaliado as principais funções sexuais de forma objetiva a fim de possibilitar a

comparação entre os estudos. Outras limitações presentes foram: a apresentação de resultados apenas de um banco de dados (Medline), a não realização de contato com especialistas na área para a localização de outros artigos e a não realização de busca manual de estudos em bibliotecas. Destaca-se também a não realização de metanálise, uma vez que este não era objetivo primário do estudo.

## CONCLUSÃO

De acordo com as considerações advindas desta revisão, observa-se a necessidade de mais estudos principalmente voltados para pacientes com DIS. São necessários mais artigos que avaliem populações e nacionalidades mais específicas, assim como estabelecer uma uniformização dos métodos de avaliação de função sexual, devendo-se padronizar o uso de apenas uma escala ou desenvolver uma nova que abarque as principais alterações presentes nesse tipo de amostra. É imprescindível que haja uma avaliação mais minuciosa da história e do funcionamento sexual pré-mórbido dos pacientes, assim como maior detalhamento dos seus dados demográficos e clínicos. No entanto, os estudos encontrados reportaram uma taxa de disfunção sexual entre 13% e 62% em pacientes com TDM, sendo a prevalência maior em mulheres. Nos quadros de DIS, a prevalência foi maior em homens (65%) do que nas mulheres (48%). Havia uma relação direta entre gravidade da depressão e alterações de função sexual.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Walter dos Santos Gonçalves** – Idealizou o trabalho, realizou a revisão bibliográfica, a coleta e análise dos dados, a interpretação dos resultados e a redação do artigo.

**Bruno Rabinovici Gherman** – Realizou a revisão bibliográfica e a coleta dos dados, revisou criticamente a escrita e aprovou a versão final do artigo.

**Carmita Helena Najjar Abdo** – Revisou criticamente a escrita e aprovou a versão final do artigo.

**Antonio Egidio Nardi** – Revisou criticamente a escrita e aprovou a versão final do artigo.

**José Carlos Borges Appolinário** – Idealizou o trabalho e orientou a escrita e o desenvolvimento do artigo (concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados), revisou criticamente a escrita e aprovou a versão final do artigo.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum dos autores possuem potenciais conflito de interesses na confecção desta revisão sistemática.

## AGRADECIMENTOS

Ao Ambulatório de Depressão Resistente ao Tratamento do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Depression, a global public health concern. WHO Dep Ment Heal Subst Abus. 2012;1-8.
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
- Lai CH. Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. J Clin Psychopharmacol. 2011;31(1):39-44.
- Kennedy SH, Dickens S, Eisfeld B, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. J Affect Disord. 1999;56(2-3):201-8.
- Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. New York, NY: Ishi Press; 1966.
- Kaplan HS. Disorder of sexual desire. New York: Brunner/Mazel; 1979.
- Basson R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther. 2001;27(1):33-43.
- IsHak WW, Tobia G. DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. Reprod Sys Sexual Disorders. 2013;2(2).
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona sexual experience scale (Asex): Reliability and validity. J Sex Marital Ther. 2000;26(1):25-40.
- Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. J Sex Med. 2012;9(6):1497-507.
- Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. Arch Sex Behav. 1982;11(4):323-8.
- Reynolds CF 3rd, Frank E, Thase ME, Houck PR, Jennings JR, Howell JR, et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: Factor analysis of a brief sexual function questionnaire for men. Psychiatry Res. 1988;24(3):231-50.
- Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol. 1998;13 Suppl 6:S1-4.
- Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. Curr Med Res Opin. 2003;19(2):114-24.
- Lee TI, Issac J, Lin SH, Yeh TL, Lee IH, Chen PS, et al. Gender difference in antidepressant-related sexual dysfunction in Taiwan. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(4):407-11.
- Colón Vilar G, Concepción E, Galynker I, Tanis T, Ardan F, Yaseen Z, et al. Assessment of Sexual Fantasies in Psychiatric Inpatients With Mood and Psychotic Disorders and Comorbid Personality Disorder Traits. J Sex Med. 2016;13(2):262-9.
- Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF 3rd, Frank E, Jennings R, Garamoni GL, et al. Sexual function in depressed men. Assessment by self-report, behavioral, and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(1):24-30.
- Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ, Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). Psychopharmacol Bull. 1997;33(4):747-53.
- Ekselius L, von Knorring L. Effect on sexual function of long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients treated in primary care. J Clin Psychopharmacol. 2001;21(2):154-60.
- Zajacka J, Dunner DL, Gelenberg AJ, Hirschfeld RM, Kornstein SG, Ninan PT, et al. Sexual function and satisfaction in the treatment of chronic major depression with nefazodone, psychotherapy, and their combination. J Clin Psychiatry. 2002;63(8):709-16.
- Kennedy SH, Fulton KA, Bagby RM, Greene AL, Cohen NL, Rafi-Tari S. Sexual Function During Bupropion or Paroxetine Treatment of Major Depressive Disorder. Can J Psychiatry. 2006;51(4):234-42.
- Clayton AH, Campbell BJ, Favitt A, Yang Y, Moonsammy G, Piontek CM, et al. Symptoms of sexual dysfunction in patients treated for major depressive disorder: A meta-analysis comparing selegiline transdermal system and placebo using a patient-rated scale. J Clin Psychiatry. 2007;68(12):1860-6.
- Hewett K, Gee MD, Krishen A, Wunderlich HP, Le Clus A, Evoniuk G, et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and tolerability of bupropion XR and venlafaxine XR. J Psychopharmacol. 2010;24(8):1209-16.
- Fabre LF, Clayton AH, Smith LC, Goldstein IM, Derogatis LR. Association of Major Depression With Sexual Dysfunction in Men. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2013;25(4):308-18.
- Fabre LF, Smith LC. The Effect of Major Depression on Sexual Function in Women. J Sex Med. 2012;9(1):231-9.
- Clayton AH, Kennedy SH, Edwards JB, Gallipoli S, Reed CR. The effect of vilazodone on sexual function during the treatment of major depressive disorder. J Sex Med. 2013;10(10):2465-76.
- Clayton AH, Reddy S, Focht K, Musgnung J, Fayyad R. An evaluation of sexual functioning in employed outpatients with major depressive disorder treated with desvenlafaxine 50 mg or placebo. J Sex Med. 2013;10(3):768-76.
- Khazaie H, Rezaie L, Rezaei Payam N, Najafi F. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(1):40-5.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. J Sex Med. 2010;7(4 Pt 2):1598-607.
- Lee JJML, Low LL, Ang SB. Oral Contraception and Female Sexual Dysfunction in Reproductive Women. Sex Med Rev. 2017;5(1):31-44.
- Bhavsar V, Bhugra D. Cultural factors and sexual dysfunction in clinical practice. Adv Psychiatr Treat. 2013;19(2):144-52.
- Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. Arch Sex Behav. 2003;32(3):279-85.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria. 11a. Porto Alegre: Artmed; 2017.