



# AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, FUNÇÃO SEXUAL E ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM MULHERES COM HIPERPROLACTINEMIA

**Palavras-Chave:** HIPERPROLACTINEMIA, FUNÇÃO SEXUAL, QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE

**Autores:**

**BEATRIZ CIPRIANO RIBAS, FCM-UNICAMP**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. DANIELA ANGERAME YELA GOMES (orientadora), DTG/FCM-UNICAMP; RENAN MASSAO NAKAMURA (co-orientador); AMANDA CARVALHO DOS SANTOS (co-orientador) – DTG/FCM UNICAMP**

---

## INTRODUÇÃO

A hiperprolactinemia é uma patologia que cursa com o aumento dos níveis séricos de um hormônio hipofisário, a prolactina (PRL). Sua prevalência é de 0,2% na população e é mais frequente no sexo feminino. Essa condição está associada ao hipogonadismo primário e secundário, manifestando-se com irregularidade menstrual, amenorréia, galactorréia, infertilidade, diminuição da libido e dispareunia. Desse modo, há um comprometimento da função sexual, deficiência na fase lútea do ciclo menstrual e anovulação crônica, o que impacta negativamente na vida reprodutiva do sexo feminino, além de acarretar maior susceptibilidade a desordens emocionais como depressão e ansiedade. Diante disso, o objetivo do presente estudo é avaliar a qualidade de vida, os aspectos psicológicos e a função sexual de mulheres com hiperprolactinemia.

## METODOLOGIA

Estudo de corte transversal com 80 mulheres divididas em dois grupos: 30 mulheres com hiperprolactinemia (grupo estudo) acompanhadas e tratadas no ambulatório de ginecologia endócrina do CAISM/UNICAMP e 50 mulheres sem hiperprolactinemia, com ciclos menstruais regulares (grupo controle) acompanhadas no ambulatório de planejamento familiar do CAISM/UNICAMP no período de junho de 2021 a outubro de 2022. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 49 anos e excluídas mulheres que utilizavam medicações para tratamento de labilidade emocional com antidepressivos, ansiolíticos e entre outras; que faziam uso de substâncias psicoativas como drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack e outras); que apresentassem deficiência cognitiva que impossibilita a compreensão dos instrumentos; que apresentassem outras doenças crônicas que pudessem impactar na qualidade de vida tais como artrite reumatoide, cardiopatias, doenças hematológicas como anemia falciforme,

nefropatias, hepatopatias ou neuropatias como Esclerose Múltipla; e que apresentassem distúrbios psiquiátricos como transtornos do humor, tais como depressão ou transtorno bipolar, ou transtorno de ansiedade generalizada em ambos os grupos. Foram avaliadas características sociodemográficas, qualidade de vida (questionário SF-36), função sexual (Índice de Função Sexual Feminina), depressão (Inventário de Beck de depressão) e ansiedade (Escala de Beck de ansiedade) de ambos os grupos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das mulheres com hiperprolactinemia foi de  $39.6 \pm 8.1$  anos e do grupo controle de  $31.2 \pm 9.5$  anos ( $p < 0.001$ ). Não houve diferença entre a etnia, paridade e atividade profissional em ambos os grupos. A maioria das mulheres do grupo estudado tinham menor escolaridade e mais comorbidades que as do grupo controle ( $p=0.02$  e  $p=0.007$  respectivamente). Não houve diferença na frequência de atividade sexual por semana em ambos os grupos (Tabela 1). Das 30 mulheres com hiperprolactinemia, 73,4% tinham hiperprolactinemia de etiologia tumoral (microadenoma ou macroadenoma) e 76,7% dessas pacientes estavam em uso de cabergolina e o valor médio de prolactina era de  $46,9 \pm 72,1$  ng/mL. Não houve diferença nos escores de ansiedade ( $p=0.66$ ) e depressão ( $p=0.08$ ) em ambos os grupos. A maioria das mulheres de ambos os grupos apresentavam depressão

Variável	Controle (N=50) média±DP/%	Hiperprolactinemia (N=30) média±DP/%	P
Idade (anos)	31.2 ± 9.5	39.6 ± 8.1	<0.001*
Nuligesta	36.0	23.3	0.23**
Cor branca	42.0	53.3	0.32**
Profissão (sim)	64.0	56.6	0.10***
Parceiro (sim)	42.0	70.0	0.01**
Escolaridade			0.02***
ensino fundamental	20.0	50.0	
ensino médio	38.0	33.3	
ensino superior	42.0	16.7	
Religião (sim)	76.0	100.0	<0.001***
Tabagismo(sim)	12.0	6.7	0.70***
Antecedente cirúrgico (sim)	6.0	23.3	0.03***
Comorbidades (sim)	28.0	58.6	0.007**
Parceiro			0.24***
1	94.0	100.0	
2 ou mais	6.0	0	
Frequência atividade sexual/ semana	2.3 ± 1.3	1.7 ± 1.6	0.08*

**Tabela 1: Característica clínicas e sociodemográficas das mulheres com e sem hiperprolactinemia.** DP: desvio padrão; \*teste de Mann-Whitney; \*\*teste de Qui-Quadrado; \*\*\*teste de Fisher

	Controle (N=50) Média±dp	Hiperprolactinemia (N=30) Média±dp	P*
<b>IFSF</b>			
Desejo	4.0±1.1	3.8±1.3	0.44
Excitação	4.3±1.7	3.3±1.8	0.007
Lubrificação	4.6±1.6	3.8±2.1	0.18
Orgasmo	4.2±1.6	3.6±2.1	0.35
Satisfação	4.6±1.3	4.3±1.7	0.57
Dor	4.6±1.9	3.6±2.3	0.02
Total	26.5±7.6	22.7±9.5	0.08

**Tabela 2: Função sexual das mulheres com e sem hiperprolactinemia.** DP: desvio padrão; \*teste de Mann-Whitney.

leve e ansiedade mínima. A análise da qualidade de vida mostrou que as mulheres do grupo controle apresentavam melhor capacidade funcional que as com hiperprolactinemia ( $p=0.01$ ). Não houve diferença nos outros domínios da qualidade de vida em ambos os grupos. O grupo controle apresentou função sexual normal ( $26.5 \pm 7.6$ ) enquanto as mulheres com hiperprolactinemia apresentaram disfunção sexual ( $22.7 \pm 9.5$ ) mas não houve diferença significativa entre

os escores ( $p=0.08$ ). As mulheres do grupo com hiperprolactinemia apresentaram menores escores nos domínios de dor ( $p=0.02$ ) e excitação ( $p=0.007$ ), quando comparadas às do grupo controle (Tabela 2).

Atualmente a maioria dos estudos com mulheres com hiperprolactinemia se concentra na eficácia da terapia farmacológica sobre a resposta clínica e bioquímica, deixando de enfatizar o impacto no bem-estar funcional e emocional das mulheres. Nosso estudo levou em conta tais aspectos, buscando identificar alterações nos domínios de qualidade de vida, função sexual e psicossocial. Não houve diferença nos escores de ansiedade, depressão, qualidade de vida e função sexual entre os grupos. Karms M et al. em seu estudo com mulheres com hiperprolactinemia por microadenoma tratadas com agonistas dopaminérgicos também não encontrou diferença na qualidade de vida dessas mulheres quando comparada com controles, assim como um estudo chinês não encontrou diferença na qualidade de vida de mulheres com hiperprolactinemia quando comparadas ao grupo controle (12).

Em contrapartida, um estudo que avaliou a qualidade de vida de mulheres com macroadenoma hipofisário mostrou pior qualidade de vida dessas mulheres quando comparadas com controles (13). Outro estudo mostrou que a qualidade de vida é prejudicada em mulheres com microprolactinoma tratadas com agonistas dopaminérgicos. A qualidade de vida correlacionou-se negativamente com os níveis de hiperprolactinemia (18). Em nosso estudo, a maioria das causas de hiperprolactinemia era decorrente de tumor hipofisário e a maioria das mulheres estavam com a doença controlada.

Nosso trabalho mostrou que mulheres com hiperprolactinemia apresentam comprometimento de domínios da função sexual, sendo as principais queixas em nossa coorte a falta de excitação e a dor durante a relação sexual. Esse dado correlaciona-se aos dados de estudos prévios nos quais mulheres com hiperprolactinemia apresentavam desde comprometimento da lubrificação, ao grau de prazer e excitação e dor no ato sexual (20,21,22). Em nosso estudo mulheres controle tiveram escores médio de função sexual normal e as mulheres com hiperprolactinemia de disfunção sexual.

A coorte do presente estudo foi muito ampla em faixa etária o que pode modificar a percepção em relação aos questionários aplicados. Entendemos que há necessidade de ampliação do N amostral para que possamos estudar o grupo subdividindo a avaliação para cada faixa etária. Além disso, seria relevante prosseguir avaliação comparando entre as mulheres com hiperprolactinemia para verificar se há diferenças entre as já adequadamente tratadas e controladas e as sem tratamento, ao diagnóstico.

## **CONCLUSÃO**

Mulheres com hiperprolactinemia podem ter qualidade de vida adequada quando submetidas a bom tratamento da doença, visando não somente o bom controle clínico e bioquímico, mas também um tratamento psicossocial que promova o bem-estar psíquico para essas mulheres.

## BIBLIOGRAFIA

1. Soto-Pedre E, Newey PJ, Bevan JS, Greig N, Leese GP. The epidemiology of hyperprolactinaemia over 20 years in the Tayside region of Scotland: the Prolactin Epidemiology, Audit and Research Study (PROLEARS). *Clin Endocrinol*. 2017; 86(1): 60-7.
2. Krysiak R, Drozdol-cop A., Skrzypulec-plinta V, Okopien B. Sexual Function And Depressive Symptoms In Young Women With Elevated Macroprolactin Content: A Pilot Study. *Endocrine*. 2016; 53:291-8.
3. Kathuna S, Kvaliashvill S, Kristesashvill J. Reproductive Function And Pregnancy Outcomes In Women Trated For Idiopathic Hyperprolactinemia: A Non-randomized Controlled Study. *Int J Reproductive Biomedicine*. 2020; 18 1039 - 48.
4. Pereira HS, Naliato EC, Moraes AB, Gadelha MR., Vieira L, Almeida RM, Nardi, AE, Violante AH. Body Self-image Disturbances In Women With Prolactinoma. *Braz J Psychiatry*. 2020; 42, 33-9.
5. Kars M, Klaau AA, Onstein CS, Pereira AM, Romijn JA. Quality Of Life Is Decreased In Female Patients Treated For Microprolactinoma. *European J Endocrinology*. 2007; 157 133-9.
6. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(06):473–483
7. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(03):143–150
8. Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(2):191–208.
9. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Ricceto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30:504–10
10. Beck A T, Ward C H, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch General Psychiatry*,1961;4:561-71
11. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
12. An FR, Yang R, Wang ZM, et al. Hyperprolactinemia, prolactin-related side effects and quality of life in Chinese psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 71: 71–6.
13. Dekkers OM, van der Klaauw AA, Pereira AM, et al. Quality of Life in Nonfunctioning Adenoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91(9):3364–9.
14. Johnson MD, Woodburn CJ, Vance ML. Quality of life in patients with a pituitary adenoma. *Pituitary*. 2003; 6:81–7.
15. Biermasz NR, van Thiel SW, Pereira AM, Hoftijzer HC, Hemert AM, Smit JWA, Romijn JA, Roelfsema F. Decreased quality of life in patients with acromegaly despite long-term cure of growth hormone excess. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004; 89:5369–76.

16. Van Aken MO, Pereira AM, Biermasz NR, vanThiel SW, Hoftijzer HC, Smit JWA, Roelfsema F, Lamberts SWJ, Romijn JA. Quality of life in patients after long-term biochemical cure of Cushing's disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90:3279 –86.
17. Andela CD, Scharloo M, Pereira AM, Kaptein AA, Biermasz NR. Quality of life (QoL) impairments in patients with a pituitary adenoma: a systematic review of QoL studies. *Pituitary.* 2015; 18:752–76.
18. Naliato ECO, Violante AHD, Caldas D, et al. Quality of life in women with microprolactinoma treated with dopamine agonists. *Pituitary.* 2008; 11:247–54
19. G. Corona, E. Mannucci, E.A. Jannini, F. Lotti, V. Ricca, M. Monami, V. Boddi, E. Bandini, G. Balercia, G. Forti, M. Maggi, Hypoprolactinemia: a new clinical syndrome in patients with sexual dysfunction. *J. Sex. Med.* 2009; 6: 1457–66.
20. Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakioglu O, Gazioglu N, Oral G, Sanli O et al. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: A pilot study report. *Journal of Urology.* 2005;174(5):1921-1925.
21. Balercia G, Boscaro M, Lombardo F, Carosa E, Lenzi A & Jannini EA. Sexual symptoms in endocrine diseases: psychosomatic perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2007; 76: 134–140.
22. Carosa E, Sansone A, Jannini EA. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Female sexual dysfunction for the endocrinologist. *Eur J Endocrinol.* 2020 ;182(6):R101.