

DISFUNÇÃO DA EXCITAÇÃO SEXUAL

Valdir Marques de Souza¹

SEXUAL EXCITATION DYSFUNCTION

Resumo: A atividade sexual é um processo extremamente complexo, composto de uma interligação de vários sistemas orgânicos, psicológicos, sócio-culturais e religiosos. A compreensão adequada das fases da Resposta Sexual Humana é fundamental para o entendimento de suas disfunções. A fase da excitação é basicamente o preparo do organismo para o ato sexual, apresentando reações congestivas e miotônicas. A característica essencial do *Transtorno da Excitação Sexual Feminina* é uma incapacidade de adquirir ou manter uma excitação sexual adequada, seja essa excitação refletida através da lubrificação vaginal ou através da sua turgescência, e que essa excitação não seja eficaz até a conclusão da atividade sexual. Diversos fatores podem causar ou contribuir para a disfunção sexual: orgânicos-físicos, orgânicos-hormonais, e psicossociais. O tratamento deve focar a causa principal, seja ela orgânica ou psicossocial. A abordagem básica inclui medidas gerais que devem ser utilizadas em todos os casos, independente de sua etiologia.

Palavras-chave: Transtorno; Excitação; Resposta sexual humana.

Abstract: Sexual activity is an extremely complex process, including organic, psychological, religious and socio-cultural aspects. An adequate understanding of the phases of the Human Sexual Response Cycle is fundamental for the comprehension of the sexual dysfunctions. The excitation phase is basically the preparation of the body for the sexual act, including congestive and miotonic reactions. The essential characteristic of the female sexual excitation dysfunction is the inability. Several factors can cause or contribute to the development of this dysfunction: organic-physical, organic-hormonal and psychosocial. The treatment should focus in the main cause. The basic approach includes general measures that should be used in every case.

Keywords: Dysfunction; Excitation; Human Sexual Response.

1 Médico Ginecologista, Obstetra. Pós-Graduado em Terapia Sexual.
e-mail: valdirmarquesdesouza@uol.com.br

A atividade sexual é um processo extremamente complexo, sendo composta de uma interligação de vários sistemas orgânicos (neurológico, endócrino e vascular), estados psicológicos, características sócio-culturais e religiosas. É muito influenciada por estados mórbidos diversos, pelo envelhecimento, pelos relacionamentos e pelas experiências anteriores. Quaisquer alterações nessa ampla gama de fatores, pode levar a alterações nas várias fases do processo sexual. Estima-se que 19% a 50% das mulheres têm disfunções sexuais. Este número se estende para 68% a 75% quando são incluídas as insatisfações sexuais não relacionadas com as disfunções sexuais propriamente ditas. Uma revisão de prontuários feita por um grupo de médicos revelou uma incidência de apenas 2% desses problemas nas mulheres estudadas. Tal fato ilustrou a dificuldade dos médicos generalistas em identificar tais problemas.

Ciclo da Resposta Sexual Humana

A compreensão adequada das fases da Resposta Sexual Humana é fundamental para o entendimento das disfunções que afetam a sexualidade do ser humano. Na década de 60, Masters e Johnson, montaram um laboratório para pesquisar cientificamente as modificações corporais durante o ato sexual humano. Com estes estudos, chegaram a um padrão de resposta sexual para homens e mulheres, ao qual deram o nome de *Ciclo da Resposta Sexual Humana*. Inicialmente, esse Ciclo era composto por quatro fases diferentes: excitação, platô, orgasmo e resolução. Mais tarde, a psiquiatra Helen Kaplan complementou esse ciclo com a fase do desejo sexual. Hoje em dia, o *Ciclo da Resposta Sexual Humana* é conhecido como constituído de quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (período refratário). Sua compreensão é fundamental para o entendimento das disfunções que afetam a sexualidade do ser humano. Existem consideráveis diferenças relativas a estes aspectos entre mulheres e homens, como o fato de, na mulher, após o orgasmo não haver período refratário que a impeça de, logo em seguida, reiniciar um novo ciclo excitatório – ao contrário do que ocorre no homem. Isto possibilita à mulher ter orgasmos múltiplos, sucessivos.

A fase do desejo é a primeira, onde os instintos são estimulados e os apetites crescem. O desejo, ou a sensualidade é uma experiência subjetiva que incita a pessoa a buscar atividade sexual. Em termos cerebrais, há mensagens neurofisiológicas que motivam a busca por sexo. Nos homens, o estímulo visual é de extrema importância para iniciar e manter o desejo sexual.

A fase da excitação é a segunda. Ocorre quando o corpo passa a responder fisiologicamente frente aos estímulos que dispararam o desejo sexual. Ou seja, a excitação é a resposta do corpo ao desejo. É basicamente o preparo do organismo para o ato sexual. Duas alterações fisiológicas são as principais protagonistas nessa fase. São as reações congestivas (de vasodilatação) e reações miotônicas (caracterizadas por um aumento do tônus e da contratilidade muscular), sendo controlados pela inervação vegetativa dos genitais femininos (que é um tipo de inervação que controla o funcionamento das vísceras, compreendendo os sistemas simpático e parassimpático). Na mulher, os principais fenômenos objetivos que se passam nos genitais durante esta fase são:

- 1) Transudação e lubrificação vaginal;
- 2) alongamento e alargamento da vagina;
- 3) intumescimento da genitália externa;
- 4) intumescimento do terço inferior da vagina, formando a “plataforma orgásmica”;
- 5) aumento de volume do útero;
- 6) elevação do útero na pelve – fenômeno que só se dá nos úteros em anteversão (posição do útero na qual o corpo do órgão encontra-se inclinado para a frente, na direção da bexiga), não ocorrendo nos retrovertidos (posição na qual o corpo uterino inclina-se para trás, na direção do reto). Há também aumento da temperatura da pele, da frequência cardíaca e da pressão arterial.

O orgasmo é a terceira fase. O orgasmo, o êxtase, o gozo ou ápice de prazer é atingido quando ocorre a liberação total das tensões antes retidas. Durante o orgasmo, tanto o útero quanto a musculatura perineal que circunda o intróito vaginal se contraem ritmicamente; acompanha todo esse processo a sensação subjetiva de profundo prazer. Após o orgasmo, se não se iniciar outro ciclo excitatório, todas as transformações fisiológicas regridem em pouco tempo. É após o orgasmo que a intensa vasocongestão pélvica decorrente da excitação sexual se desfaz com rapidez. Não sendo atingido o orgasmo, essa vasodilatação leva um tempo bem maior para desaparecer, o que, na mulher, pode desencadear fenômenos dolorosos devidos ao intumescimento persistente dos genitais internos.

A quarta fase, é chamada de Período Refratário. É um tempo de relaxamento necessário para que se possa reiniciar novamente atividade sexual.

Disfunção Sexual

A disfunção sexual, como definida pelo DSM-IV, compreende um grupo de transtornos relacionados a desequilíbrios do ciclo de resposta sexual.

As disfunções sexuais nas mulheres são classificadas em:

- Disfunções de desejo
- De excitação
- De orgasmo
- e as dores sexuais – dispareunia e vaginismo.

Devem-se distinguir as disfunções de acordo com seu padrão temporal entre situacional ou global, pois pode ser que esteja havendo problemas com um parceiro específico num momento específico ao contrário de disfunções que ocorrem independente do parceiro. Deve-se também certificar da presença de mais de uma disfunção devido ao fato de que muitas vezes possa haver sobreposição das mesmas. O enfoque deste artigo é a disfunção da excitação.

Disfunção da Excitação Sexual Feminina

O DSM-IV trata desse assunto sob o nome de *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*. A pessoa com esse transtorno pode ter pouca ou nenhuma sensação subjetiva de excitação sexual. Pelo DSM-IV, esse transtorno pode resultar em intercurso doloroso, esquiva sexual e perturbação de relacionamentos conjugais ou sexuais.

A característica essencial do *Transtorno da Excitação Sexual Feminina* é uma incapacidade de adquirir ou manter uma excitação sexual adequada, seja essa excitação refletida através da lubrificação vaginal ou através da sua turgescência, e que essa excitação não seja eficaz até a conclusão da atividade sexual. Como dito anteriormente, a resposta de excitação consiste num estado de congestão sanguínea da pelve, lubrificação e expansão vaginal, bem como de turgescência da genitália externa. Para o diagnóstico de *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*, a perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal à paciente. Da forma como é colocado, “*incapacidade de adquirir ou manter...*” tem-se a impressão de que a responsabilidade desse aspecto do desempenho sexual é exclusivamente da mulher. Embora seja ela quem fica excitada, a excitação aparece como uma resposta sexual a alguma coisa que a deixou excitada, portanto, essa *alguma coisa* também é cúmplice da excitação sexual feminina. Nossa contestação sobre essa categoria de diagnóstico

do DSM-IV se reforça na medida em que consideramos a responsabilidade do parceiro. Assim sendo, a frase “incapacidade de adquirir ou manter uma excitação sexual adequada”, referida por essa classificação como característica para o diagnóstico poderia, na prática, ser melhor dita da seguinte forma: “incapacidade em proporcionar, adquirir ou manter uma excitação sexual adequada”. Portanto, o mais correto para esse diagnóstico seria *Transtorno da Excitação Sexual*, suprimindo-se dessa denominação a expressão Feminina.

Aparentemente todos casos de *Transtorno da Excitação Sexual Feminina* são acompanhados de *Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo*, donde se suspeita que aquele seja, basicamente, uma consequência deste. Assim sendo, o mesmo raciocínio aplicado ao *Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo* quanto suas causas e elementos emocionais, seja igualmente aplicável ao *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*.

Também está claro, e é logicamente esperado que, havendo tanto o *Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo* quanto o *Transtorno da Excitação Sexual Feminina*, também existirá o *Transtorno Orgástico Feminino* mas não pode ser diagnosticado assim por supor-se que o defeito é anterior à fase de se atingir o orgasmo (fase de desejo e de excitação). Por isso dizemos que não pode mesmo haver orgasmo sem que haja boa qualidade do desejo e da excitação mas, não obstante, pode não haver orgasmo ainda que hajam boas condições de desejo e excitação, embora esse caso seja mais raro.

A falta de desejo é a base de muitas queixas sexuais femininas e, frequentemente, diz respeito à falta de excitação sexual. Os manuais de diagnóstico psiquiátrico, como o DSM-IV, recomendam como indicador da excitação sexual feminina a resposta de lubrificação-edema da vulva, portanto, uma ocorrência fisiológica. A experiência e o bom senso parecem mostrar que, mesmo esse, não é um indicador absolutamente confiável de que tudo vai bem na sexualidade feminina. Não se pode excluir do mecanismo da excitação, que é uma resposta em nível genital, o importante papel que desempenha o desejo sexual, que é uma atitude de natureza psicoemocional.

Diversos fatores podem causar ou contribuir para a disfunção sexual. Às vezes, esses fatores são inter-relacionados e requerem uma combinação de terapias. Para uma maior compreensão didática, são divididos em grupos:

Orgânicos-Físicos

Em geral podem ser causas diretas ou indiretas desses distúrbios. Condições físicas que podem causar ou contribuir para problemas sexuais incluem

artrite, dificuldades urinárias ou intestinais, trauma ou cirurgia pélvica, fadiga, dores de cabeça, distúrbios neurológicos como esclerose múltipla, e síndromes de dor não tratadas. Doenças vasculares associadas com diabetes podem levar a uma diminuição da excitação sexual; doenças do coração e pulmões podem dificultar a atividade sexual devido à dispnéia; incontinência urinária pode levar a desconforto e vergonha diminuindo a atividade sexual. Tratamentos adequados das doenças crônicas podem levar a uma melhora clínica facilitando a atividade sexual. Problemas ginecológicos contribuem fisicamente para dificuldades sexuais: cistite, câncer de mama (diminui a simbolização sexual feminina) e outras malignidades. Certos medicamentos, incluindo alguns anti-depressivos, remédios para pressão sangüínea, anti-histamínicos, e drogas quimioterápicas, podem diminuir o interesse sexual e sua habilidade para atingir o orgasmo. Uso de drogas como cigarro, álcool também são responsáveis por distúrbios sexuais.

Orgânicos-Hormonais

A menopausa pode afetar o funcionamento sexual das mulheres durante a meia-idade. Deficiência de estrogênio depois da menopausa pode levar a mudanças nos órgãos genitais e na sua reação sexual. As camadas da pele que cobrem a região genital (lábios) encolhem e tornam-se mais finas, expondo mais o clitóris. Essa exposição aumentada, às vezes, reduz a sensibilidade do clitóris, ou pode causar uma sensação desagradável de formigamento. Além disso, com o afinamento e elasticidade do revestimento diminuída, a vagina se torna mais estreita, particularmente se a mulher não é sexualmente ativa. Também, a dilatação natural e lubrificação da vagina ocorrem mais lentamente durante a excitação. Esses fatores podem levar a uma relação sexual difícil ou dolorida (dispareunia), e alcançar o orgasmo pode levar mais tempo.

Psicosociais

Fatores psicológicos que causam ou contribuem para problemas sexuais incluem dificuldades emocionais, tais como ansiedade não tratada, depressão ou estresse e abuso sexual, ou um histórico dele. A mulher pode achar difícil preencher múltiplas necessidades e papéis, como trabalho, cuidar da casa, ser mãe e cuidar dos pais. A idade e saúde do parceiro, os seus sentimentos quanto a ele e a visão do corpo e do parceiro são fatores adicionais que podem se combinar para causar problemas sexuais. Questões culturais e religiosas também podem ser fatores contribuintes. Na puberdade, podem

haver problemas quanto à identidade sexual, imaturidade psíquica e orgânica que gera incertezas e inseguranças. A gestação e período pós-parto estão geralmente associados com uma diminuição do desejo sexual que pode se prolongar na lactação.

Tratamento

O tratamento deve enfocar a causa principal, seja ela orgânica ou psicossocial. As causas orgânicas, tais como a atrofia urogenital – principal causa orgânica de disfunção da excitação em mulheres pós-menopáusicas – deve ser tratada com o uso de reposição hormonal associada ao uso local de cremes com estrogênio. Quando não se estabelece causa orgânica, está indicada a terapia sexual, com exercícios de relaxamento sexual.

Abordagem Básica

A abordagem básica inclui medidas gerais que devem ser utilizadas em todos casos, independente de sua etiologia.

Educação – informações sobre a anatomia, funções dos órgãos, mudanças corporais, para que se possa entender melhor o funcionamento do corpo.

Estimulação e diminuição da rotina – uso de materiais eróticos que possam promover uma maior excitação. A masturbação pode aumentar a familiaridade com o parceiro e aumentar as sensações prazerosas. A comunicação durante o ato sexual pode ter o mesmo papel, a mudança de horários e locais do ato sexual pode ser outra alternativa.

Técnicas de Distração – fantasias eróticas ou não, contração e relaxamento dos músculos pélvicos durante o ato sexual.

Troca de carícias não coitais – massagens sensuais em locais diferentes dos órgãos genitais com a comunicação entre os parceiros sobre como sentem durante tais manipulações, pode promover um maior conhecimento dos desejos mútuos.

Terapia Sexual

A terapia sexual compreende técnicas específicas e inespecíficas. Dentre as inespecíficas podemos citar:

- Exercícios de relaxamento
- Dessensibilização sistemática
- Banhoterapia
- Técnica do Espelho
- Outras

Dentre as específicas podemos citar:

- Foco sensorial 1
- Foco sensorial 2
- Exercícios de Kegel
- Coito não exigente
- Técnica “stop-start”
- Outras

Referências bibliográficas

- CAVALCANTI, R. *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*. São Paulo: Roca, 1997.
- LOPES, G. P. *Sexualidade Humana*. São Paulo: MEDSI, 1989.
- LOPES, G. P. *Patologia e Terapia Sexual*. São Paulo: MEDSI, 1994.
- MANNOCCI, J. F. *Disfunções Sexuais – Abordagem Clínica e Terapêutica*. São Paulo: BYK, 1995.
- MASTERS, W. H. & JOHNSON, V. E. *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo: Roca, 1984.
- PHILLIPS, N. A. “Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment”. *Am Fam Physician* 2000; 62:127-136.