

TRATAMENTO DA ANORGASMIA

Florence Zanchetta Coelho Marques¹

Francine Zanchetta Coelho Marques²

TREATMENT OF ANORGASMIA

Resumo: O orgasmo é uma sensação de prazer intenso acompanhado por contrações da musculatura circunvaginal pélvica, uterina/anal e miotonia que determina a vasocongestão induzida sexualmente, levando ao bem-estar e satisfação. A anorgasmia, o segundo problema sexual mais frequentemente relatado entre mulheres, é considerada um atraso persistente ou recorrente na falta de orgasmo seguida uma fase de excitação sexual que causa aflição marcante ou dificuldades inter-pessoais (DSM-IV). A pesquisa do resultado do tratamento empírico é avaliada pela abordagem farmacológica e pelo comportamento cognitivo. A terapia comportamental cognitiva para a anorgasmia promove mudanças de atitude e do pensamento sexual, redução da ansiedade usando exercícios comportamentais como a masturbação direta e o tratamento de dessensibilização sistemática, assim como a educação sexual, exercícios de Kegel e uso de vibradores. Até agora, não existem medicamentos (p.ex., bupropiona, l-arginina e sildenafil) que tenham provado ter efeito benéfico maior que o de placebos no aumento da função orgásmica em mulheres com anorgasmia. Mais pesquisas são necessárias no entendimento da conduta de mulheres com disfunção orgásmica.

Palavras-chave: Orgasmo feminino; Disfunção sexual; Medicamentos.

Abstract: Orgasm is a feeling of intense pleasure accompanied by pelvic striated circumvaginal musculature and uterine/anal contractions and myotonia that involves sexually-induced vasocongestion, inducing well-

¹ Médica, Mestre em Medicina, Especialista em Sexualidade Humana, coordenadora do ambulatório de Sexologia. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
e-mail: florzcm@terra.com.br

² Bióloga, Mestre em Genética e Biologia Molecular. Departamento de Genética, Instituto de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
e-mail: franzcmarques@hotmail.com

being and contentment. Female Orgasmic Disorder, the second most frequently reported women's sexual problem is considered to be the persistent or recurrent delay in, or absence of orgasm following a normal sexual excitement phase that causes marked distress or interpersonal difficulty (DSM-IV). Empirical treatment outcome research is available for cognitive behavioral and pharmacological approaches. Cognitive-behavioral therapy for anorgasmia promotes attitude and sexually-relevant thought changes and anxiety reduction using behavioral exercises such as directed masturbation and systematic desensitization treatments as well as sex education, communication skills training and Kegel exercises. To date there are no pharmacological agents trials (i.e., bupropion, l-arginine, and sildenafil) proven to be beneficial beyond placebo in enhancing orgasmic function in women diagnosed with Female Orgasmic Disorder. More research is needed in understanding management of women with orgasmic dysfunction.

Keywords: Female orgasm; Sexual dysfunction; Pharmacological agents.

Introdução

O orgasmo é uma sensação alcançada no momento máximo de prazer e excitação, com alteração do estado de consciência e bem estar, acompanhado por sintomas físicos sistêmicos (Meston; Hull; Levin; Sipski, 2004). A ausência do orgasmo na mulher é denominada *desordem orgásmica* ou *anorgasmia*, sendo a segunda disfunção sexual de maior prevalência, ocorrendo em até 37% das mulheres (Berman; Berman e Kanaly Ka, 2003; Bachmann e Avci, 2004).

Diagnóstico

Os critérios diagnósticos para anorgasmia, segundo a quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV; *American Psychiatry Association*, 1994) são: atraso ou ausência persistente ou recorrente do orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual; a perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal; e a disfunção não é decorrente de efeitos de uma substância ou de uma condição médica geral.

Para o manejo da mulher anorgásmica é fundamental verificarmos se a queixa é primária (sempre existiu) ou secundária (surtiu após um período de resposta normal), se ocorre sempre ou em algumas situações, e qual sua possível etiologia (Holmes; Letourneau e Vermillion, 1998).

Os fatores psicológicos mais frequentemente relacionados são a idade, educação, classe social, religião, personalidade, sentimentos de culpa, problemas relacionais e ansiedade de desempenho (Holmes et al., 1998; Meston et al., 2004). As causas orgânicas podem se referir a mal-formações genitais, cirurgias oncológicas mutiladoras, bem como seqüelas de radioterapia pélvica, doenças endocrinológicas (p.ex. diabetes *mellitus*) e neurológicas (p.ex. esclerose múltipla), e uso de medicações (p.ex. antidepressivos) (Holmes et al., 1998; Paul; Kleeman e Karram, 2005). A ignorância a cerca da resposta sexual e a expectativa supervalorizada do orgasmo podem ser fatores determinantes do surgimento e manutenção da disfunção. A masturbação pode ser de grande valia já no momento do diagnóstico: a mulher que apresenta orgasmos à masturbação em princípio não possui nenhum problema orgânico (Basson et al., 2004ab).

Investigar o funcionamento sexual do parceiro é imprescindível. A existência de uma disfunção sexual masculina pode indiretamente induzir a falta de orgasmos na mulher e ao diagnóstico errôneo de quem seria o disfuncional neste par (Mahan, 2003).

Tratamento

A observância do que foi acima descrito muitas vezes já é suficiente para orientar um casal e resolver uma disfunção. Nos demais casos, uma das abordagens bastante empregada é na linha cognitivo-comportamental, a qual promove mudanças de atitude e do pensamento sexual e redução da ansiedade (Basson et al., 2004ab). Emprega-se para este fim exercícios comportamentais, como a educação sexual, focagem das sensações, relaxamentos, dessensibilização sistemática, exercícios de Kegel, masturbação e uso de vibradores (Holmes et al., 1998; Basson et al., 2004ab; Meston et al., 2004). A mulher precisa aprender a usufruir a relação sexual pelo prazer da intimidade, de receber e dar carinho, mesmo que desta relação não surja o orgasmo (Basson et al., 2004ab).

A abordagem do casal sempre é de grande valia. O incentivo à comunicação promove melhor entrosamento, com conseqüente maior intimidade (Meston et al., 2004). Eles devem receber orientações sobre a anatomia e reposta sexual, para que a mulher então aprenda a guiar o seu parceiro. O terapeuta pode orientar o casal a explorarem posições sexuais que facilitem o estímulo clitoridiano (Basson et al., 2004ab).

Nas situações em que o uso de medicamentos parece ser promissor, temos ao nosso alcance algumas opções, como a l-arginina (Paul et al., 2005), a

bupropiona (Modell; May e Katholi, 2000) e a testosterona (Paul et al., 2005) – no entanto, ainda não existe nenhum consenso quanto ao seu emprego, e os estudos têm mostrado resultados controversos (Segraves, 2003; Marthol e Hilz, 2004). O laboratório Pfizer interrompeu em 2004 um estudo sobre efeito do sildenafil em mulheres por não ter encontrado dados significativos. Apesar disto, alguns autores ainda o preconizam, sugerindo efeitos satisfatórios (Caruso et al., 2003). Existe também a terapia a vácuo (*Eros-clitoral therapy*), primeiro tratamento para anorgasmia aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA). Este instrumento promove ingurgitamento clitoridiano, com vasocongestão e conseqüentes maior lubrificação e orgasmos (Wilson; Delk; Billups, 2001; De Ugarte; Berman e Berman, 2004).

Conclusão

Vivemos em uma sociedade mercantilista, na qual o sexo é empregado e abordado nos mais variados meios de comunicação, os quais divulgam receitas banais para um bom desempenho. O orgasmo é imensamente esperado e cobrado por homens e mulheres. Essa obrigatoriedade de um desempenho fantástico é muitas vezes a desencadeadora de um quadro disfuncional. Todos nascem capazes de ter uma resposta sexual satisfatória. Quando ela não ocorre, é preciso que os fatores bloqueadores sejam identificados e removidos. Nossa realidade mostra que mais pesquisas são necessárias no entendimento da conduta de mulheres com disfunção.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

BACHMANN, G. A.; AVCI, D. Evaluation and management of female sexual dysfunction. *The endocrinologist*, 14(6): 337-343, 2004.

BASSON, R.; ALTHOF, S.; DAVIS, S.; FUGL-MEYER, K.; GOLDSTEIN, I.; LEIBLUM, S.; et al. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 24-34, 2004a.

BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTT, L.; DEROGATIS, L.; FOURCROY, J.; FUGL-MEYER, K.; et al. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 40-48, 2004b.

BERMAN, JR; BERMAN, LA; KANALY KA. Female Sexual Dysfunction: New Perspectives on Anatomy, Physiology, Evaluation and Treatment. *Female Urol*, 1(3): 166-167, 2003.

CARUSO, S.; INTELISANO, G.; FARINA, M.; DI MARI, L.; AGNELLO, C. The function of sildenafil on female sexual pathways: a double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 110(2): 201-206, 2003.

DE UGARTE, C.M.; BERMAN, L.; BERMAN, J. Female sexual dysfunction – from diagnosis to treatment. *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 2(3): 139-145, 2004.

HOLMES, M.; LETOURNEAU, E.; VERMILLION, S. A Psychiatrist's guide to sexual dysfunction in woman. *Medical Update for Psychiatrists*, 3: 105-112, 1998.

MAHAN, V. Assessing and treating sexual dysfunction. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 9(3): 90-95, 2003.

MARTHOL, H.; HILZ, M.J. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 72(3): 121-35, 2004.

MESTON, C.M.; HULL, E.; LEVIN, R.J.; SIPSKI, M. Disorders of Orgasm in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 66-68, 2004.

MODELL, J.G.; MAY, R.S.; KATHOLI, C.R. Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study. *J Sex Marital Ther*, 26(3): 231-240, 2000.

PAUL, R.N.; KLEEMAN, S.D.; KARRAM, M.M. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 60(3): 196-205, 2005.

SEGRAVES, R.T. Emerging therapies for female sexual dysfunction. *Expert Opin Emerg Drugs*, 8(2):515-522, 2003.

WILSON, S.K.; DELK, J.R. II; BILLUPS, K.L. Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-clitoral therapy device. *Journal of Gender Specific Medicine*, 4(2): 1-6, 2001.