

Uma ótica das disfunções da excitação sexual: um estudo de caso de disfunção erétil **1**

Carla Meira Kreutz*
Alberto Müller**

Resumo

O presente artigo objetiva uma revisão de estudos sobre a sexualidade humana como produto da interação dos sistemas biológico, psicológico e social e discute possibilidades terapêuticas nos transtornos sexuais. Inicialmente, percorre-se a história da sexologia clínica. Em seguida, discute-se a relação custo-benefício de um diagnóstico sexológico em nível de atenção primária. Revisa-se também o que é dito sobre as fases biológicas da resposta sexual humana com vistas a uma melhor compreensão da patologia. Definem-se então os transtornos da excitação sexual feminina e masculina, considerando algumas possibilidades terapêuticas no manejo das disfuncionalidades. Por fim, apresenta-se um caso clínico de disfunção da excitação sexual masculina (disfunção erétil). As conclusões obtidas apontam para uma terapêutica interdisciplinar. Nessa, deve haver uma atenção tanto aos aspectos orgânicos quanto aos emocionais, contrapondo-se a uma cisão do ser em mente e corpo e uma

* Psicóloga. Especialista em Psicologia Escolar. Mestranda em Psicologia do Desenvolvimento na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da ULBRA-Gravataí.

** Médico. Especialista na Abordagem Centrada na Pessoa. Professor da ULBRA-Gravataí.

Recebido em 15.08.99

Aprovado em 30.08.99

atenção tanto à disfunção quanto à subjetividade do indivíduo, não o reduzindo ao seu diagnóstico.

Introdução

A vida humana é regida por aspectos mais complexos do que o imperativo reprodutivo, dominante nas demais espécies animais. Portanto, a sexualidade do ser humano não se restringe a esse enfoque puramente procriativo. Uma relação sexual entre duas pessoas envolve não somente deveres biológicos, mas, em contrapartida, toda a corporalidade, um vínculo emocional, uma infinidade de sentimentos, além de valores sociais e culturais do par.

O ser humano possui, além de um aparato biológico - pelo qual se entende a sexualidade à luz de reações neuroendócrinas e vasculares, um aparelho psíquico emergente desse nível anterior. Além desses, há um sistema mais amplo, denominado social - através do qual se considera aspectos da cultura e dos valores sociais.

Através desta visão de homem é que pensamos a sexualidade, assim como os desvios da funcionalidade adaptativa. Como os sistemas biológico, psicológico e social interagem entre si, a disfunção de qualquer um deles compromete o sistema como um todo, que é a pessoa. Portanto, ao nos defrontarmos com um paciente que sofre de disfunção da resposta sexual, é necessária a realização de um diagnóstico, a partir do qual se delinea um prognóstico e as possibilidades terapêuticas. Não obstante, sendo a origem orgânica ou psicológica, o profissional deve atentar para o indivíduo como um todo, impedindo assim, um “psicologismo” ou um “biologismo”, os quais obstruem vias terapêuticas e reduzem o ser humano.

Assim, se um indivíduo está vivenciando um bem estar em sua sexualidade, encontrando-se funcionalmente adaptado, podemos falar em saúde mental e física no que se refere à sexualidade.

Histórico da sexologia clínica

Hoje, após muito tempo de avanços e retrocessos, o DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual da Associação Americana de Psiquiatria) demonstra com clareza a diretriz de que as variáveis que determinam a disfunção sexual são dependentes da idade, da experiência e do sofrimento

subjetivo do indivíduo. De igual forma, o arcabouço étnico, cultural, religioso e social influenciam o desejo, as expectativas e as atitudes da pessoa quanto à sexualidade (DSM-IV).

Conceitos semelhantemente recentes indicam que os problemas sexuais estão ligados não somente a problemas diretamente relacionados a patologias orgânicas, mas também a dificuldades mais imediatas, tais como a crença no fracasso, a angústia devido às exigências reais ou imaginárias do casal, a ignorância ou o medo da rejeição (H. Kaplan em Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Além de todos esses ganhos conceituais e metodológicos, a moderna terapia sexológica aborda os problemas de comunicação do casal no plano sexual (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Em todas as épocas, os seres humanos têm provavelmente buscado melhorar sua função sexual, sobretudo a disfuncional; no século IV AD, o ginecólogo Soranos já propunha afrodisíacos e soluções contraceptivas. Não foi senão depois de um século que apareceu nesse domínio um progresso verdadeiro (Millet e Baux, 1992).

Segundo a visão de Millet e Baux (1992) a abordagem científica médica da sexualidade remonta essencialmente ao século XIX e início do século XX, marcado pelos quatro grandes nomes de Kraft-Ebing, Haveloch-Ellis, Kinsey e Freud. Este último abordou realmente a questão sob o ângulo clínico e terapêutico, atribuindo uma importância maior aos conflitos sexuais interiorizados, admitindo que eles estariam na base de toda a psicopatologia, senão de toda a problemática psicológica. Ele não abordou, ao contrário, em sentido estrito, o problema dos sintomas e das queixas sexuais.

A sexologia clínica iniciou-se em torno de duas correntes nos anos 50: uma estatística e avaliativa (Kinsey em Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991) e outra ortopédica e pedagógica (Masters e Johnson em Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Assim, no plano da terapia sexológica, Millet e Baux (1992) dizem que a revolução essencial remonta aos trabalhos de Masters e Johnson, iniciados em 1954 e relatados em 1971 em sua obra “As disfunções sexuais”. Sua obra é imensa; seus resultados clínicos propiciaram um impulso considerável à pesquisa sexoterápica, malgrado controvérsias múltiplas.

Por volta de 1950, nos Estados Unidos, profissionais psicanalistas e comportamentalistas opunham-se. Neste contexto, surge o movimento da psicologia humanista; abordagens tais como a “gestalt-terapia” e a “bioenergética” tiveram grande influência sobre as terapias sexológicas. (Millet e Baux, 1992).

H. Kaplan, psicanalista, introduziu seu livro declarando: “os problemas sexuais têm, às vezes, sua origem em problemas mais imediatos e mais simples..., tais como a crença de fracasso, a angústia suscitada pelas exigências reais e imaginárias do cônjuge ou o medo de ser rejeitado por ele”. A autora fez-se então adepta das terapias breves dirigidas essencialmente ao isolamento dos problemas sexuais do paciente, tanto na sua abordagem aos problemas psíquicos quanto da comunicação ao nível do canal. “Nossa orientação é eclética a múltipla, pois que cremos que os problemas do funcionamento sexual resultam de fatores etiológicos múltiplos, e o nosso arsenal curativo consiste em uma associação dos métodos experienciais, comportamentais e dinâmicos”. (Millet e Baux, 1992).

Fases biológicas da resposta sexual humana

Masters e Johnson (1966) descobriram uma riqueza de informações sobre a resposta sexual humana. Tais achados podem ser considerados verdadeiros para quase qualquer pessoa. Sem dúvida há exceções e anomalias, mas a resposta fisiológica à estimulação sexual é similar em todas as pessoas. Inclusive, esse é um dos porquês que a pesquisa de Masters e Johnson é de tanto valor. É importante recordar que seus estudos não foram endereçados às atitudes sexuais, emocionais, valores, moralidade, preferências, orientações ou gostos, pois isso não é similar em todos os indivíduos.

Há controvérsias quanto à divisão dos estágios do ciclo da resposta sexual. Porém, considerou-se neste artigo a divisão mais utilizada atualmente, onde se divide o ciclo em quatro diferentes fases. São elas: a fase de apetência (desejo sexual segundo Kaplan), a fase da excitação sexual (“tumescência”, segundo Ellis; “excitação e platô”, conforme Masters e Johnson), a fase do orgasmo (“reação orgásmica”, para Kaplan; “orgasmo”, para Masters e Johnson) e, por fim, a fase do relaxamento (“detumescência”, de Ellis, “resolução”, para Masters e Johnson) (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Fase de apetência ou de desejo sexual

Esta seria uma fase subjetiva, de comportamento encoberto, onde ainda não se apresentam manifestações orgânicas objetivas (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

No sexo feminino, não são os estrogênios nem os progestagênios que regulam a intensidade do desejo sexual, mas os androgênios: testosterona e androstenediona secretados pelos ovários e pelas suprarrenais. O desejo é máximo quando do pico pré-ovulatório de testosterona. Sua ação se dá diretamente sobre o cérebro. O desejo do macho, embora implique uma suficiente impregnação por androgênios, não obedece uma superdosagem de hormônio masculino (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991). Daí, depreendemos que, na mulher, o desejo sexual apresenta-se ciclicamente determinado pela base orgânica, enquanto o homem não tem essa característica. Sabe-se, porém, que a estrutura hipotalâmica a qual determina essa ciclicidade é hierarquicamente sobrepujada pelo sistema límbico, sede das motivações comportamentais.

Fase de excitação sexual

Esta fase consiste numa sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por modificações fisiológicas correspondentes, tendo como característica principal uma excitação sexual crescente, a qual se manifesta pelo binômio vasocongestão/reação miotônica. Nesta fase o sistema simpático é dominante (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Um primeiro sinal na mulher é a lubrificação vaginal; além deste, a glândula clitoridiana torna-se ereta; mamilos tornam-se eretos; as mamas ficam aumentadas; assim como a vagina aumenta em comprimento e seus dois terços internos expandem-se. No homem, o primeiro sinal é a ereção peniana; além deste, a pele do escroto se retrai e os testículos sobem, aproximando-se do corpo (Masters e Johnson, 1966).

Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux (1991) detalham as modificações fisiológicas que ocorrem no homem e na mulher, conforme poderá ser visto abaixo.

No homem, a fase pré-erétil propicia o engurgitamento do pênis pela abertura das artérias cavernosas (que distendem os alvéolos graças ao relaxamento de sua musculatura) e a ereção propriamente dita está ligada à ativação de um sistema esfinteriano venoso do pênis que retém uma certa quantidade de sangue num sistema fechado. A manutenção da ereção não necessita mais de um fluxo sanguíneo tão significativo. A rigidez é obtida provavelmente pela contração dos músculos lisos das paredes alveolares no interior de uma albugínea inextensível.

As fibras do sistema parassimpático provenientes da medula sacral comandam a ereção ao mesmo tempo em que inervam o reto e o esfíncter vesical. As fibras trazem um comando superior: níveis de inte-

gração neuroendócrina situados nas áreas hipotalâmicas anteriores e pré-ópticas, nas quais a estimulação elétrica no animal determina modificações da conduta sexual. Esses circuitos se integram em sua passagem pelo sistema límbico.

A área gonadotrófica é o centro da neurosecreção de GnRH (Gonadotrophic Releasing Hormone), que estimula em cascata as gonadotrofinas hipofisiárias (FSH e LH), que se seguem pela liberação dos esteróides gonádicos (androgênios). Outras zonas corticais, menos definidas, exercem uma ação inibitória modulada por aferências neocorticais.

Na mulher, as reações sexuais da fase de excitação comportam uma reação local vasomotora de lubrificação e de dilatação vaginal. A maioria das reações específicas da mulher são internas, e somente foram evidenciadas graças às fotografias de Masters e Johnson. A dilatação do plexo venoso que cerca o canal vaginal provoca o aparecimento na parede da vagina de um exsudato que lubrifica o conduto e facilita a penetração peniana.

Posteriormente, o útero congestionado se eleva e, assim, se estabelece a plataforma orgástica, a qual consiste em uma retenção sangüínea e uma turgescência dos tecidos que envolvem a vagina que, por fim, obstrui seu orifício.

Comparativamente, pensa-se que o processo de lubrificação-turgescência depende do mesmo comando parassimpático que determina a ereção do homem.

Fase do orgasmo

Este é o ápice do prazer sexual acompanhado de uma sensação de relaxamento das tensões sexuais e das contrações rítmicas dos músculos perineais (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991). A fase orgástica também é definida como subjetivamente marcada pela sensação de prazer sexual, perda da acuidade dos sentidos, sensação de desligamento do meio externo. No campo neurológico, domina o sistema simpático (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Organicamente, na mulher, inicia-se uma contração da área pélvica rítmica em intervalos de 0,8 segundos, especialmente nos músculos que se encontram atrás da parede vaginal inferior. O útero contrai-se ritmicamente. A tensão muscular aumenta através do corpo. A duração da sensação varia entre 7,4 e 104,6 segundos (Masters e Johnson, 1966).

As reações do homem são semelhantes. As contrações pélvicas ocorrem em intervalos de 0,8 segundos. A ejaculação, ou seja, a expulsão do sêmen, ocorre em duas fases: O sêmen chega à uretra produzindo uma sensação de inevitabilidade ejaculatória e, num segundo momento, ocorre a expulsão propriamente dita com a contração dos músculos genitais forçando o sêmen através da uretra (Masters e Johnson, 1966).

Receptores sensoriais viscerais transmitem as sensações orgásticas ao cérebro. O orgasmo apresenta fortes analogias nos dois sexos: estimulação da glândula e do pênis no homem -estimulação do clitóris na mulher. O orgasmo está sob o comando do sistema nervoso simpático. Este, em seu curso, provoca uma grande descarga de ocitocina e de endorfina que bloqueiam a liberação de GnRH.

Fase de resolução ou relaxamento

Este é um sentimento geral de relaxamento. Esta fase é caracterizada pelo progressivo retorno do organismo às condições basais. Há um relaxamento muscular e uma descongestão sangüínea. A fase de resolução é subjetivamente marcada por uma sensação de alívio e de cansaço com retorno à plenitude sensorial (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Na mulher, o clitóris, o útero, a vagina, os mamilos, etc., retornam a seu estado prévio em menos de um minuto. O clitóris permanece sensível ao toque, freqüentemente durante cinco a dez minutos (Masters e Johnson, 1966).

No homem, a ereção é geralmente perdida dentro de um minuto (em 50% dos casos). Os testículos reduzem seu tamanho e descem novamente, retomando sua posição anterior, e o escroto relaxa (Masters e Johnson, 1966).

Após esta fase, os homens são refratários, por um tempo variável segundo sua idade, a uma ereção posterior ou a um orgasmo. As mulheres, ao contrário, podem ser capazes de responder quase imediatamente a novas estimulações (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Parece que o homem e a mulher são desiguais em sua sexualidade, malgrado as similitudes profundas (a primeira é que o hormônio do desejo é a testosterona nos dois sexos; a segunda reside na natureza física da sexualidade). A fase de excitação representa uma vasodilatação tanto no homem como na mulher, mas ela é mais específica, complexa e muito mais vulnerável no homem do que na mulher. Ao inverso, o orgasmo na Mulher parece mais facilmente inibível do que no homem, no

qual a incapacidade ejaculatória é mais rara (Pascal, Duquesnoy, Elmaleh e Le Roux, 1991).

Diagnóstico sexológico em atenção primária

Numa perspectiva palpitante e atual, de relação custo-benefício, a questão predominante é: qual o papel do profissional de saúde em nível primário de atenção? Ou: ainda existe espaço para ele no manejo das disfunções sexuais em nível ambulatorial?

Algumas considerações tem sido feitas nesse plano, indicando que o diagnóstico clínico pode ter boa acurácia, particularmente se colhido a partir de uma anamnese detalhada. Evidentemente, esta só pode ser obtida a partir de um bom rapport. Essa idéia é reforçada por Cavalcanti e Cavalcanti (1997) quando referem-se a clientes cuja história clínica deixa a descoberto causas psicológicas salientes, como por exemplo os casos de disfunções situacionais, onde geralmente não se fazem necessários longos, dispendiosos e nem sempre inócuos procedimentos de semiologia orgânica. “A clínica é sempre soberana. A história do cliente deve ser o ponto nuclear de orientação. É como um farol que orienta o timoneiro.” (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997, p. 340). Os exames laboratoriais são considerados pelos autores como subsidiários e é enfatizado que tais tecnologias estão sendo deificadas e o clínico acaba muitas vezes sendo substituído pela máquina, como se ela pudesse compreender o que há de profundamente humano no desespero e na esperança dos que buscam atendimento.

Não obstante, conhecendo-se a interrelação organo-psíquica/psico-orgânica, uma terapêutica visando aspectos psicogênicos assume grande relevância. Isso porque, mesmo em se tratando de um transtorno sexual de etiologia orgânica, o sofrimento engendrado cria um círculo vicioso de retorno ao orgânico, com mais sofrimento, etc... Daí, é imprescindível um primeiro manejo do transtorno sexual feito em bases não farmacológicas nem cirúrgicas, deixando tais procedimentos para serem utilizados quando estritamente necessários (Duncan, Schmidt e Giugliani, 1996).

A ausência de dados epidemiológicos de peso impede formulações taxativas sobre o assunto (DSM-IV, 1994). Deixamos, porém, as questões acima discutidas abertas para reflexão.

Classificações atuais em sexologia clínica

TRANSTORNOS SEXUAIS E DA IDENTIDADE DE GÊNERO (DSM-IV, 1994)

1. Disfunções sexuais

1.1 Transtornos do desejo sexual

1.1.1 Transtorno de desejo sexual hipoativo

1.1.2 Transtorno de aversão sexual

1.2 Transtornos da excitação sexual

1.2.1 Transtorno da excitação sexual feminina

1.2.2 Transtorno erétil masculino

1.3 Transtornos orgásmicos

1.3.1 Transtorno orgásmico feminino

1.3.2 Transtorno orgásmico masculino

1.3.3 Ejaculação precoce

1.4 Transtornos de dor sexual

1.4.1 Dispareunia

1.4.2 Vaginismo

1.5 Disfunção sexual devido a uma condição médica geral

(conforme bens 1.1-1.4)

1.6 Disfunção sexual induzida por substância

(conforme bens 1.1-1.4)

1.7. Disfunção sexual sem outra especificação

(podendo ser ao longo da vida, adquiridas, generalizadas, situacionais, devidas a fatores psicológicos, ou devidas a fatores combinados)

2. Parafilias

2.1 Exibicionismo

2.2 Fetichismo

2.3 Frotteurismo

2.4 Pedofilia

2.5 Masoquismo sexual

2.6 Sadismo sexual

2.7 Fetichismo transvéstico

2.8 Voyeurismo

2.9 Parafilia sem outra especificação

3. Transtornos da identidade de gênero

3.1 Em crianças

3.2 Em adolescentes ou adultos

3.3 Transtorno da identidade de gênero sem outra especificação

4. Transtorno sexual sem outra especificação

Dentre as classificações modernas, a Classificação Internacional de Doenças, X Edição (CID-10) apresenta essencialmente as mesmas divisões do DSM-IV, com um adendo significativo às disfunções sexuais: o *Transtorno de hipersexualidade*.

Neste trabalho, visa-se a abordar os bens “Transtorno da Excitação Sexual Feminina” (1.2.1 acima) e “Transtorno Erétil Masculino” (item 1.2.2 acima).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO DA EXCITAÇÃO SEXUAL FEMININA (DSM-IV, 1994)

- A) Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual de lubrificação- turgescência até a conclusão da atividade sexual.
- B) A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
- C) A disfunção sexual não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.
Especificação de tipo: Tipo ao longo da vida Tipo adquirido
Tipo generalizado Tipo situacional
Devido a fatores psicológicos Devido a fatores combinados

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO ERÉTIL MASCULINO (DSM-IV, 1994)

- A) Incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.
- B) A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais.

- C) A disfunção erétil não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (outro que não Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento), ou de uma condição médica geral.

Especificação de tipo:

Tipo ao longo da vida

Tipo adquirido

Tipo generalizado

Tipo situacional

Devido a fatores psicológicos

Devido a fatores combinados

Cabe ressaltar que os critérios acima descritos aplicam-se somente aos casos em que ocorre a estimulação sexual adequada em termos de foco, intensidade e duração.

Algumas abordagens terapêuticas

No tratamento das disfunções sexuais são utilizadas diversas abordagens pelos terapeutas sexuais (psicólogos e psiquiatras) e pelos médicos. Serão aqui citadas aquelas mais utilizadas ou as mais comentadas atualmente. Num segundo momento, delinearemos alguns aspectos importantes para o tratamento da disfunção da excitação sexual.

Uma primeira abordagem (“biosexologia”) corresponde ao contexto médico-cirúrgico tradicional, o qual visa “reparar” o corpo; ela é importante nas disfunções eréteis orgânicas (Millet e Baux, 1992). Ainda num contexto médico, temos as terapias de reposição hormonal para as mulheres com dificuldades na excitação sexual. As outras abordagens, as quais seriam formas de psicoterapia representam os demais modelos e são associadas às intervenções médicas em diversas ocasiões. A abordagem psicanalítica é uma opção geral freqüentemente cogitada. A abordagem cognitivo-comportamental recebe atualmente um grande favorecimento. As abordagens humanistas ou experienciais apresentam-se em modos variados, mas valem-se do “centrar-se sobre a experiência”. A abordagem sistêmica considera o sujeito como um elemento de comunicação no “sistema casal” ou na família (Millet e Baux, 1992).

Vimos aqui caminhos para o tratamento de disfunções sexuais tanto de causas orgânicas como de causas psicológicas. Deveríamos ver tais questões separadamente? Qual seria a interligação entre essas formas de cura, se as causas dos transtornos são distintas? Para responder a questões como essa, que partem de uma visão que separa mente e corpo, é necessário esclarecer a estreita ligação entre o orgânico e o psicológico, principalmente no que diz respeito à sexualidade humana. É difícil encontrar um processo fisiológico tão suscetível à influência do psiquismo como a excitação sexual (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997). Talvez isso explique estimativas de que somente cerca de um terço dos problemas de ereção são devidos à fatores físicos e porcentagens altas de queixas quanto a dificuldades nas respostas femininas da fase de excitação sexual, sendo poucas delas de clara origem orgânica (Carrobes e Yaque, 1990). Dessa forma, partimos do princípio de que, se há uma interligação orgânico e psicológico, o tratamento também deve ter uma proximidade de tais aspectos. É importante que o profissional esteja atento ao paciente como um todo, que haja uma interdisciplinariedade no trabalho. Sempre que alguém consulta por dificuldades nessa área deve-se, como psicólogo, encaminhar a um médico que possa examinar o paciente excluindo a possibilidade de causas orgânicas ou tratando-as. Da mesma forma o médico deve estar atento aos aspectos psicológicos para realizar o devido encaminhamento ao psicólogo. Quando pensamos em disfunções sexuais, mesmo que a causa básica do problema seja orgânica, é difícil não associarmos ao quadro os aspectos psicológicos, uma vez que a sexualidade é uma temática cheia de tabus e preconceitos, os quais causam muitas dúvidas e medos, dificultando emocionalmente o ser humano no usufruto da sua sexualidade.

Abordando o tratamento psicológico, independentemente da linha de atuação do psicólogo, pode-se ressaltar alguns pontos principais aos quais devemos estar atentos para trabalhar.

Um primeiro fator que em maior ou menor grau é sempre necessário ser trabalhado em terapia sexual é a questão da informação. Em função de tabus e medos, as pessoas acabam por ter muitas falsas idéias sobre sua própria sexualidade, auxiliando assim na existência de insatisfações consigo mesmas. O terapeuta sexual deve, portanto, ser alguém bem informado e atento a tais tabus, não devendo permitir que eles atrapalhem seu entendimento dos pacientes. Do terapeuta sexual espera-se uma pessoa com abertura suficiente para falar de um assunto pouco falado de forma séria socialmente. O esclarecimento das dúvidas dos clientes é etapa fundamental do processo para que possa haver crescimento.

Outro aspecto merecedor de atenção no tratamento das disfunções da excitação sexual é o trabalho com a auto-estima do paciente (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997). Tanto a mulher quanto o homem que apresentam dificuldades na ereção ou na lubrificação vaginal vêm desacreditados em sua capacidade sexual. Provavelmente em função da forte pressão social exercida sobre o homem, ele venha ao consultório com sua autoestima ainda mais comprometida que a da mulher. Aquele que sofre dessa dificuldade vem geralmente com um sentimento de “falta de masculinidade”, vem pensando não ser mais homem o suficiente, vem angustiado e em silêncio sobre seu problema, pois isso é algo que ele não divide com ninguém para não ser assunto nas rodas de piadas. A mulher, por sua vez, vem preocupada com a possibilidade de ser “frígida”, teme ser incapaz de usufruir normalmente sua sexualidade.

A ansiedade que acompanha as pessoas que sofrem dessas dificuldades é outro elemento ao qual devemos estar atentos (Carrobes e Yanque, 1990; Cavalcanti e Cavalcanti, 1997). Essa ansiedade aumenta no momento em que se aproxima a possibilidade de um relacionamento sexual, é o que chamamos de “temor do desempenho”. O temor de desempenho faz com que a pessoa permaneça auto-observando-se e não relaxe no contato sexual. Dessa forma, cada relação sexual torna-se mais um teste de bom desempenho pessoal, onde o parceiro não consegue mais excitar-se por estar preocupado com a própria possibilidade de não excitar-se (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Por fim, mas não de menor importância, temos um elemento crucial a ser visto nos casos de disfunções na excitação sexual - a relação diádica. Há vezes em que o casal traz algum nível de desgaste diádico, o qual deve ser trabalhado. Num primeiro momento, é importante perceber se o nível de dificuldade diádica é tão extremo que impede uma melhoria do relacionamento e do problema sexual. Há situações conjugais já tão comprometidas que impossibilitam a terapia sexual, devendo o casal ser primeiramente submetido a uma terapia de casal (Cavalcanti e Cavalcanti, 1997).

Caso Clínico

História do Caso

S.C. é bancário com curso superior em Economia. Natural de uma pequena cidade no interior do Rio Grande do Sul, onde teve uma educação bastante rígida em uma família simples e muito trabalhadora, mudou-se para Porto Alegre ainda na adolescência com cerca de 18 ou 19 anos. Tem 38 anos atualmente, é casado há 9 anos. Ela, Y.C., natural do interior do Rio Grande do Sul, mas já residente em Porto Alegre com a família desde sua adolescência, tem 34 anos, é economista e faz serviços periciais na área, no que o marido a auxilia.

S.C. não utiliza medicação.

A iniciação sexual de S.C. deu-se com prostitutas, aos 19 anos, época em que mudou-se para a capital. Conta que eram relações rápidas, nem sempre perfeitas, relata que às vezes ficava nervoso, tremia e tinha insucesso na ereção, isso acontecia aproximadamente a cada 5 relações. Teve algumas namoradas até que conheceu sua esposa atual. Namoraram 4 anos até se casarem. Nessa época, já mantinham relações sexuais. A frequência era de 2 a 3 relações mensais em função das dificuldades de local para se relacionarem. As relações eram, para S.C. satisfatórias e, segundo ele, também o eram para a namorada. Sempre se criticou um pouco por ter um período curto entre ereção e ejaculação, cerca de cinco minutos. Conta que ao ejacular, na mesma hora perdia a ereção. Em função disso, algumas vezes a companheira não conseguia obter o orgasmo. Após o casamento, as relações sexuais aumentaram em sua frequência, ocorriam quase que diariamente. Isto durou até o 3° ou 4° ano de casamento.

Resolveram ter filhos nesta época. Houve algumas dificuldades para Y.C. engravidar. Eles tentaram cerca de 6 meses e, não tendo obtido sucesso, procuraram auxílio médico. Foi então que Y.C. ficou grávida. Com a gestação, a frequência das relações sexuais diminuiu. Ao ser questionado sobre o porquê desta modificação na vida sexual, S.C. coloca que “foi por um relaxamento nosso mesmo e talvez por nossas preocupações em função das dificuldades de engravidar, na época, ficamos ansiosos com isto, seguíamos tudo o que os médicos mandavam.”

Após o nascimento da filha, retomaram as relações ainda com a frequência de 2 a 3 vezes por semana. Nessa época, como em toda sua vida continuava tendo alguns insucessos em manter sua ereção até o momento da penetração. Desta forma, a vida sexual foi tendo andamento. Quando a filha deles estava com cerca de 2 anos, a menina teve uma hospitalização, a qual preocupou muito os pais. S.C. acha que após esse episódio os “fra-

casos” foram aumentando gradativamente e ele começou a ficar mais atento. Refere que cada insucesso “era como um raio que caía, era como se me faltasse o chão, como se o mundo tivesse caído na minha cabeça”. Cada “fracasso”, como traz S.C., era seguido de muita angústia e medo de novas decepções com a sua ereção.

Assim, S.C. passou a apresentar um medo a novos insucessos até que não mais conseguiu manter relações sexuais. Quando a situação foi considerada insustentável por S.C., tendo a filha do casal já 4 anos, ele procurou ajuda médica. O paciente passou por exames médicos e foi constatado que o mesmo não apresenta problemas orgânicos. Foi então encaminhado para tratamento psicológico.

Após 5 meses de espera, refletindo sobre a procura ou não do auxílio, resolveu buscar a psicoterapia. Nesse momento, já se encontrava há 3 meses sem manter qualquer relação sexual com a parceira. Referia também uma angústia já nas carícias preliminares, quando imaginava a possibilidade de não conseguir.

Ao procurar o tratamento, S.C. contava que excitava-se no início da relação e, ao perceber sua ereção, vinha uma grande angústia de não conseguir e ele então a perdia. Dizia sentir-se envergonhado frente a parceira e a ele mesmo nestas situações. Quando consultou, já fazia algum tempo que não se masturbava, sentia-se culpado, com a sensação de ser “um bobo” ou como se estivesse traindo a esposa. Ao tentar a masturbação, teve sucesso na ereção.

Quanto à relação com a parceira, S.C. diz haver diálogo e cooperação. Durante a gestação, ele acompanhara a esposa nas ecografias e consultas, tendo também estado com ela no momento do parto. Relata que resolvem juntos as questões como em qual escola colocar a filha, etc. Fazem caminhadas juntos nos finais de semana, brincam juntos com a filha.

A menina dormiu no quarto deles quando bebê, mas segue adormecendo na cama dos pais, os quais depois a retiram. Ou, para adormecer em seu quarto, necessita da presença de um dos pais. Depois disso é que S.C. e Y.C. vão para seu quarto sozinhos.

S.C. coloca que dificilmente saem somente o casal por dificuldades de local para deixarem a filha. Tal fator apareceu no momento de encontrar um horário à tardinha para o casal consultar e não virem porque não tinham com quem deixar a garota. Porém essa não é uma reclamação de S.C., foi algo observado em avaliação.

Ele relata que a esposa é bastante compreensiva, que dizia para ele relaxar, sempre “dava força”. Quando ele resolveu ir ao médico ela disse:

“Olha, eu não quis te dizer, queria que partisse de ti, mas acho que tu fez bem, conta comigo.” Segundo ele, a esposa não faz cobranças e evita ficar perguntando para que ele não fique nervoso.

Tentou-se várias vezes trazer a esposa para o tratamento. O marido traz que ela concordou em comparecer. Porém, num primeiro momento, houve dificuldades de horário e podia-se perceber que S.C. não estava fazendo muito esforço para a vinda dela. Depois de um tempo, conseguiu-se marcar um horário e S.C. compareceu sozinho dizendo que, na última hora, ficou ansioso em trazê-la e nem lhe disse que tinha consulta marcada. Sente vergonha, refere não querer envolver mais a esposa nisso, que ela já está sendo muito compreensiva.

Análise descritiva do caso

(estruturação baseada em Cavalcanti e Cavalcanti, 1997)

I. Dados de Identificação

Parceiro Masculino	Parceiro Feminino
Nome: S.C.	Nome: Y.C.
Procedência: Interior do RS, residente desde os 19 anos em POA.	Procedência: Interior do RS, residente desde a adolescência em POA.
Atividade profissional: Bancário	Atividade profissional: Economista
Escolaridade: Nível superior	Escolaridade: Nível superior
Estado civil: Casado	Estado civil: Casada
Idade: 38 anos	Idade: 34 anos
Filhos: Uma filha de 5 anos	Filhos: Uma filha de 5 anos

II. Formulação do Diagnóstico

1. Identificação do problema

A) Queixa principal:

Refere não estar conseguindo ter relações sexuais em função de fracassos em manter sua ereção.

B) Definição operacional:

Perde a ereção antes da penetração.

2. Qualificação do problema A) Como ocorre?

Antes: Fica muito angustiado e inseguro de não conseguir manter sua ereção. Sente-se sempre com “um pé atrás”, apresenta um medo de ter uma decepção.

Durante: Com as carícias obtém a ereção e logo depois a perde, ainda durante as carícias.

Depois: Tem uma sensação de fracasso não tentando mais dar continuidade na relação.

B) onde ocorre?

Em qualquer lugar, mas a ansiedade é bem maior quando estão sós, de roupas íntimas ou de pijama e na cama, ou seja, quando a possibilidade do ato sexual ocorrer é maior.

C) Quando ocorre?

Nas situações de carícias que antecedem o ato sexual. Não ocorre nas situações de masturbação.

D) Com quem ocorre?

Com a parceira.

E) Quando teve início?

Cronologia absoluta: Há cerca de 19 anos.

Cronologia relativa: Após o início de suas relações sexuais. F) Como evoluiu?

O início foi lento. As perdas eréticas eram eventuais, mas houve um progressivo agravamento até a impossibilidade de manter contatos sexuais mais íntimos. O paciente procurou o andrologista, não tendo sido encontradas causas orgânicas foi encaminhado para o tratamento psicológico.

3. Quantificação do problema

A) Índice de ereção

$$IE = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ereções funcionais}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de ereções}} = \frac{0}{10} = 0$$

4. Avaliação subjetiva

A) Atitude em relação ao problema

Ele: Acredita que o problema é sério e angustia-se muito com ele. Tem buscado resolvê-lo.

Ela: Através do relato do parceiro, parece acreditar que o problema é importante, mas procura não falar muito no assunto para não cobrar do marido. B) Metas

Conseguir ter novamente uma boa ereção como possuía antes de lhe ocorrerem as sucessivas frustrações para que possa voltar a ter relações sexuais. C) Motivação para terapia

S.C. mostra-se motivado, mas demonstra também algumas resistências questionando horários, valor da consulta ou pulando algumas partes dos exercícios recomendados.

5. Análise etiológica

A) Causas orgânicas

Não há fatores orgânicos. O fato de que durante a masturbação o pênis fica ereto só tendo dificuldades quando tem o contato com a esposa já é sugestivo de uma causalidade psicológica.

B) Causas psicossociológicas

Parece que o fato da esposa ser agora também mãe o dificulta em algum nível na relação sexual. Devemos lembrar aqui a educação mais rígida de S.C. e seu sentimento de culpa importante na masturbação.

6. Diagnóstico

A) Diagnóstico principal

Transtorno erétil masculino; secundário por ser do tipo adquirido; não podendo ser classificado como generalizado ou situacional; e, devido a fatores psicológicos.

B) Diagnóstico secundário

Transtorno orgásmico - ejaculação precoce

Discussão e Comentários

O caso descrito leva o profissional a realmente levantar dúvidas sobre o diagnóstico do paciente em um primeiro momento. O paciente busca o atendimento por um problema que mascara outra dificuldade que está encoberta, a qual, provavelmente, foi a patologia desencadeadora do problema atual.

O que o profissional deve tratar? Ir à origem do problema - ejaculação precoce, dificuldades de intimidade com a parceira -para ter como consequência a melhoria da problemática como um todo? Ou deve-se trabalhar primeiro em cima daquilo que o paciente veio pedir-nos auxílio? Dessa forma estaríamos tratando realmente o problema ou trabalhando superficialmente algo mais profundo?

Estes questionamentos fazem parte do processo de compreensão do que é trazido pelo paciente e também da organização da estrutura terapêutica que será utilizada. Permanecer sempre avaliando nossa técnica, a condução e a evolução do caso durante o tratamento de nossos pacientes é fundamental para caminharmos com consciência de onde estamos indo, o porque escolhemos determinado caminho a saber que outros percursos existem. Devemos sempre nos perguntar se os objetivos terapêuticos nossos são os mesmos de nossos pacientes e trabalhar com as incongruências sempre mostrando ao paciente o caminho que ele quer seguir e qual nós achamos conveniente acrescentar para que entremos em acordo com a demanda do nosso cliente.

No caso apresentado, elegeu-se tratar primeiramente a disfunção erétil sem questionar com o paciente sua ejaculação precoce. A escolha foi essa por que, como tratar a ejaculação precoce de um paciente que estava impossibilitado de manter relações sexuais?

Enfocou-se então, primeiramente, o problema que estava incomodando o paciente para, depois da resolução deste, partir-se para uma abordagem do problema mais profundo. Ao término desta primeira etapa, o paciente, em função de suas dificuldades, já teve logo a iniciativa de terminar o tratamento. Nesse momento, deixou-se um pouco de lado as abordagens da terapia sexual em busca de um entendimento mais profundo do paciente quanto a sua dificuldade, retomando com ele novos objetivos: o tratamento da ejaculação precoce para um melhor nível de envolvimento sexual.

No caso apresentado, a proposta foi aceita num primeiro momento. O paciente ainda foi acompanhado por um período de um mês, onde buscou-se trabalhar questões ainda difíceis para o paciente e sua esposa como um maior envolvimento sexual, uma maior proximidade e intimidade. Dessa forma, tentava-se evitar a possibilidade de um retorno da disfunção erétil e enfocava-se uma melhoria do nível de envolvimento sexual do casal.

O sucesso alcançado na resolução do sintoma deu forças para esse paciente ter uma confiança maior em si mesmo, o que o possibilitou voltar a ter uma vida sexual mais ativa, não mais precisando evitar as situações que poderiam levar a relação sexual. Primeiramente, S.C. também sentiu-se capaz de aventurar-se num aprofundamento do conhecimento de seu psiquismo e de sua vida sexual, porém, um medo de entrar mais a fundo em questões pessoais certamente difíceis para ele o impediram de seguir. Ele relatou estar atualmente satisfeito em já lhe ser possível retomar sua vida sexual, não desejando modificá-la.

Considerações finais

Uma vez reconhecida a importância de uma visão do paciente comp um todo, devemos estar atentos para a realização de uma intervenção condizente com tal pressuposto. Propõe-se, assim, uma união, uma completude entre o trabalho do médico e do psicólogo em prol da saúde de nossos pacientes.

A literatura traz a importância de uma atuação que considere tais aspectos conjuntamente, mas na prática, muitas vezes o que vemos é um trabalho competitivo entre médicos e psicólogos, onde busca-se provar quem pode mais ou quem resolve melhor. Assim, os profissionais perdem a oportunidade de evoluir e, principalmente nossos pacientes perdem em saúde e qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. CARROBLES, J. A., YAQUE, A. S. *Terapia sexual*. Madrid, Universidad Nacional de educación a distancia - Fundacion Universidad Empresa, 1990.
2. CAVALCANTI, R., CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 2ª ed. São Paulo, Roca, 1997.
3. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Organização Mundial da Saúde (org.). Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
4. DSM-IV -*Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. American Psychiatric Association. 4 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
5. DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. (et al.). *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária*. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1996.
6. MILLET, L., BAUX, R. Thérapies sexologiques. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Psychiatrie, 37-820-A-10, 1992, 7p.
7. PASCAL, J. Ch., DUQUESNOY, M., ELMALEH, H. & LE ROUX, A. Valeur sémiologique des anomalies des conduites sexuelles. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir.* (Paris-France), Psychiatrie, 37105-G-10, 1991, 8p.