Doenças Sexualmente Transmissíveis e Sexualidade **1**

Nelson Vitiello¹

De início, importa lembrar que na espécie humana a sexualidade excede em muito o meramente biológico, apoiando-se em uma tríade, constituída de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Em todas as outras espécies animais, inclusive nos mamíferos, só existem manifestações da sexualidade associadas à reprodução, ocorrendo o coito apenas quando a fêmea está fértil. Em algumas espécies surgem manifestações de masturbação e de homossexualidade, sendo entretanto sempre isoladas e entre machos. Paralelamente ao advento do ciclo menstrual bifásico, porém, as fêmeas de nossa espécie passaram a apresentar a característica da manutenção prazerosa do relacionamento sexual em qualquer fase do ciclo e até mesmo durante a gestação. Assim, tornou-se possível desvincular o prazer que o exercício da sexualidade traz dos objetivos meramente reprodutivos do ato, o que realçou a importância dos aspectos psicológicos e sociais da sexualidade.

Surgiu então, desde os primeiros grupamentos de homínídeos, a necessidade do estabelecimento de regras para a aceitação social da atividade sexual, sem as quais a convivência se tornaria muito difícil nas coletividades humanas. No decorrer dos séculos e dos milênios, essas normas e rituais foram se cristalizando em costumes, que acabaram adquirindo a conotação de “normal”, isto é, praticados pela maioria dos membros da sociedade. Além de culminar nos diversos rituais de casamento que a sociedade humana já conheceu, essas normas estabelecem como “normal”, por exemplo, o relacionamento entre indivíduos de sexos diferentes, de mesmo grupamento racial, de idades semelhantes mas com ligeira predominância da idade masculina etc. Essas normas traçam ainda, em cada época e em

1. Ginecologista. Doutor em Medicina (USP).

Recebido em 15.09.91

Aprovado em 5.10.91

cada segmento da sociedade, os padrões de desejabilidade para cada sexo, isto é, que características em um dos sexos o tornam sexualmente mais atraente para o outro,

Essas normas, associadas aos aspectos emocionais surgidos com o advento da consciência, condicionaram (e condicionam) um padrão de comportamento sexual fora do qual as pessoas, homens e mulheres, desenvolvem acentuada perda da auto-estima. Assim, o machismo que impregna a civilização ocidental há mais de 6 mil anos praticamente obriga todo homem a tentar manter relações sexuais com qualquer mulher julgada “disponível”, mesmo que esta não lhe seja particularmente atraente. Se assim não proceder, o homem seguramente sentir-se-á atingido em sua autoestima.

Desde as primeiras civilizações conhecidas, como a mesopotâmica, a egípcia e a grega, foram cultuados deuses e deusas da fertilidade, unanimemente conceituada como uma dádiva. Nessas civilizações, não raro o culto a tais deuses era feito através da prostituição ritual, seguramente exercida também com finalidades mais pragmáticas. Já nessas sociedades, portanto, estava presente a promiscuidade, um dos fatores determinantes do surgimento das doenças sexualmente transmissíveis.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) sempre trouxeram, além da sintomatologia orgânica, um forte componente emocional. Até recentemente nomeadas de “doenças venéreas”, tiravam aquela denominação das sacerdotisas dos Templos de Vênus, que exerciam a prostituição como forma de culto à deusa do Amor.

Talvez seja necessário lembrar aos mais novos que o exercício da sexualidade - em especial a iniciação sexual - sofreu profundas modificações nas últimas décadas. De fato, ao contrário do que hoje ocorre entre adolescentes jovens, a iniciação sexual masculina era realizada habitualmente com prostitutas, e o desenvolvimento de uma “doença venérea” trazia sentimentos ambivalentes. Se por um lado isso era considerado prova de virilidade e assim causa até de jactância, em contrapartida era também motivo para sensação de culpa, com um certo ranço de “impureza”. As DST tinham então um caráter notadamente pejorativo, podendo atingir jovens solteiros (de quem se tolerava um certo laivo de promiscuidade) ou prostitutas. Homens sérios, zelosos pais de família, bem como as “mulheres de família” estavam (teoricamente) protegidos dessas sujas infecções. Nos eventuais casos em que o marido, num “momento de fraqueza”, adquiria uma infecção e a transmitia à esposa, armava-se todo um conluio envolvendo o médico, na tentativa de tratar a mulher sem que ela soubesse da “gravidade” de seu mal.

Em épocas ainda mais recuadas, quando os recursos terapêuticos eram muito pouco eficientes e algumas dessas doenças (como a sífilis, por exemplo) pareciam praticamente incuráveis, o temor por

elas desencadeado era utilizado - como ainda hoje se faz com a AIDS - pelos setores mais conservadores da sociedade, visando reprimir as manifestações sexuais.

Embora hoje a sexualidade seja vista com mais naturalidade e a conotação pejorativa das DST já não seja tão marcante, ainda é difícil falar claramente sobre essas infecções, sem constrangimento para o médico e para a paciente, quanto mais para o companheiro dela. Não podemos perder de vista o fato de a “educação sexual” vigente ser ainda repressora em grande parte das famílias atuais, nas quais freqüentemente se associa a conotação de “pecado” à sexualidade. Isso explica por que a maioria dos portadores de DST ainda se sentem “sujos” e “impuros”, mesmo frente a doenças de baixo risco de complicações.

A mudança da denominação, de “doenças venéreas” para “Doenças Sexualmente Transmissíveis”, foi norteada, basicamente, por dois motivos. Além da possibilidade de inclusão de outras infecções facultativamente transmissíveis por relacionamento sexual (monilíase, por exemplo), buscou-se também com essa mudança tirar um pouco do peso da culpa historicamente associada ao antigo nome. Esse último objetivo, como vimos, não foi de todo alcançado, sendo ainda hoje as DST associadas, culposamente, à falta de higiene, à imoralidade e ao pecado.

Dificuldades no relacionamento profissional-paciente, nas DST

É necessário considerar que a liberalidade das pessoas, no que tange à sexualidade, é muito mais acentuada nos discursos do que nos atos propriamente ditos. Existe, para muitos casais, um padrão cultural de duplo código moral, que embora seja explicitamente monogâmico implica, com certa freqüência, relacionamentos extra-conjugais. Obviamente aqui, como em qualquer outro setor, atuam os preceitos vigentes de machismo, a julgar 11 menos graves” (ou até mesmo justificáveis) as infidelidades cometidas por homens.

O reconhecimento da existência dessa duplicidade traz ao médico, em especial ao ginecologista, um sério dilema. Por um lado, nesses dias em que o relacionamento médico-paciente tende a se tornar cada vez mais transparente, fica difícil ou impossível deixar de fornecer às clientes o diagnóstico exato de seu problema. Por outro lado, entretanto, frente à inevitável pergunta “Como foi que peguei isso?”, ficamos em situação pouco confortável, pois muitas das infecções sexualmente transmissíveis podem ser adquiridas por vias outras que não a sexual.

Parece-nos que a conduta mais ética, honesta e adequada ao médico, nesse caso como em qualquer outra situação, é sempre dizer a verdade. Para isso nos formamos, para isso nossas pacientes nos

procuram, e é isso que elas esperam de nós. É importante frisar, entretanto, que existem maneiras diferentes de dizê-la; devemos transmitir à cliente inclusive as dúvidas geradas pelo nosso ainda incompleto saber científico. Não podemos deixar de informá-la, por exemplo, que embora nos casos de *condiloma acuminado* o marido também deva ser submetido a exame e eventualmente tratado, admite-se que em 5% dos casos o mecanismo de transmissão não seja bem conhecido. Na mesma linha, embora se possa afirmar que o *herpes genital* seja de transmissão sexual, não se pode afirmar se seu parceiro foi contaminado recentemente ou não. Enfim, devemos lembrar delicadamente à paciente que nossa função é diagnosticar e tratar, a não investigar possíveis infidelidades; devemos lembrá-la ainda que, se tiver dúvidas quanto à conduta do marido, o melhor foro para discussão do problema é seu próprio lar, em conversa aberta e franca.

Repercussões das DST sobre a sexualidade

Embora execrável, a artificial divisão entre componentes orgânicos e emocionais pode aqui facilitar a análise.

1 - Componente somático

Do ponto de vista orgânico, as DST podem interferir no exercício da sexualidade, principalmente quando desencadeiam dor. No homem algumas uretrites e balamoprepucites, além de outras lesões, podem ocasionar dor até mesmo durante a ereção. Na mulher, além da dor à penetração encontrada nos processos anexiais agudos ou crônicos (blenorragia, por exemplo), a vulvovaginite pode desencadear desconforto, ardor ou mesmo dor genital.

O odor desagradável ocasionado por algumas infecções vaginais, como a tricomoníase, pode refrear os impulsos eróticos do parceiro ou mesmo da própria portadora.

Em casos de lesões superficiais dolorosas, como nos cancroídes, ou tumorações com volume maior, como em alguns condilomas acuminados, podem também ocorrer dificuldades para o desempenho sexual.

2 - Componente psíquico

Parece-nos ser o de maior importância, em especial pela sensação de culpa comumente associada a essas infecções.

Pacientes nas quais emerge um quadro clínico de DST frequentemente apresentam notável prejuízo da auto-estima, julgan-

do-se impuras, imorais, sujas - enfim, culpadas. O prejuízo pode ocorrer em qualquer das fases da resposta sexual; é mais freqüente, entretanto, que incida na fase de desejo. Quando o parceiro (ou parceira) tiver tido uma DST, a sensação predominante é de raiva ou de desprezo, deixando ele (ou ela) de ser objeto de desejo, tornando mais difícil a excitabilidade e muito longínqua a possibilidade de orgasmos. A conotação de sujeira que acompanha os corrimentos vaginais, agravada por eventual odor exalado (real ou imaginado), acentua ainda mais essa dificuldade.

Na atualidade, a esses fatores emocionais vem se somar a fobia generalizada do contágio com a AIDS, mais um importante elemento bloqueador do desempenho sexual.