

Inibição do Desejo Sexual: Estudo Descritivo da Ocorrência e Implicações na Disfunção Erétil*

5

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior¹
Teresa Cristina Maltez Amaral²
Moacir Costa³

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. Inibição do Desejo Sexual: Estudo Descritivo da Ocorrência e Implicações na Disfunção Erétil. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

A inibição do desejo sexual (IDS) implica na diminuição ou extinção do interesse e capacidade de engajamento em atividades sexuais, inclusive com o afastamento de comportamentos sexuais e não aceitação de propostas sexuais. A IDS pode ocorrer junto à disfunção erétil (DE).

Objetivando estudar a ocorrência e implicações da IDS do desempenho sexual, analisaram-se retrospectivamente 495 pacientes com queixas de DE. Encontraram-se 21% dos pacientes com IDS. A IDS secundária à DE equivale a 90% dos pacientes estudados e era concomitante à ejaculação prematura em 41%. Uma única parceira sexual existia em 95% dos pacientes. A masturbação estava presente em 58%, com frequência "rara" para 38%; a atividade sexual era nula para 19%, chegando à média de 1,2 relacionamentos

* Trabalho desenvolvido no Centro de Estudos de Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis (Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade, SP).

1. Terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade (SP); supervisor do atendimento psicológico e responsável pelo Treinamento de estagiários em Terapia Sexual do Ambulatório de Sexualidade do Hospital Ipiranga (SP).
2. Médica clínica com especialização em Sexualidade Humana pelo Centro de Estudos de Sexualidade Humana do Instituto H. Ellis.
3. Diretor do Curso de Especialização Livre em Sexualidade Humana do Centro de Estudos de Sexualidade Humana (SP); terapeuta sexual do Instituto H. Ellis (SP).

sexuais semanais. Estes pacientes tiveram diagnóstico exclusivo psicológico para a DE em 44%, de orgânico em 32% e misto em 24%. A indicação de psicoterapia ocorreu em 70%, com aceitação de 51%, e de prótese peniana (para a DE) em 24%, com aceitação de 14% se não houvesse outra indicação de tratamento concomitante. Aparentemente a IDS encontra-se relacionada com a baixa aceitação da prótese peniana. A IDS deve ser considerada para a melhor prescrição do tratamento da DE, com indicação de psicoterapia breve intensiva para o retomo e desenvolvimento do desejo sexual.

SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. Inhibition of Sexual Desire: Descriptive Study on Occurrence and Implications on Erectile Dysfunction. *R.B.S.H.* 3(1): 1992.

Sexual Desire Inhibition (SDI) implies in the diminution or absence of interest and capability of one to take part on sexual activities, including avoiding sexual behaviors and not acceptance of sexual approaches. SDI may occur along with erectile dysfunction (ED).

In order to study prevalence and implications of SDI in sexual performance, 495 patients complaining of ED were retrospectively studied. SDI secondary to ED were 90% of the studied patients and happened along 41% of premature ejaculation. Masturbation was present at 58% with a "rare" frequency to 38%. Coital sexual activity were nule to 19%, up to the average of 1,2 weekly coitus. Those patients were diagnosed exclusively as psychogenic for ED in 44%, 32% were of organic causes and 24% were of mixed etiology. Prescription of psychotherapy was of 70% and accepted by 51%. Penile prosthesis were prescribed for 24% and accepted by 14% if there was not any other treatment prescription altogether.

It seems that SDI is related to the low acceptance of penile prosthesis. SDI must be considered for the best treatment prescription for ED, with the prescription of intensive brief psychotherapy for the development of sexual desire.

INTRODUÇÃO

Os distúrbios do desejo sexual passaram a receber atenção dos profissionais em sexualidade em meados da década de 70.

A inibição do desejo sexual (IDS) implica na diminuição ou extinção do interesse e capacidade de engajamento em atividades sexuais, inclusive com o afastamento de comportamentos sexuais e a não aceitação de propostas sexuais (6, 7). A falta de vontade em participar das relações sexuais ocorre por medo ou ausência de interesse. Na IDS não há necessariamente comprometimento da reação

física de excitação ou de orgasmo. Desta forma a IDS não impede que a pessoa possa participar do contato sexual quando solicitada, inclusive se satisfazendo sexualmente, embora sem que se sinta motivado a novamente buscar tal atividade. O desejo sexual é o elemento mais importante envolvido na atividade sexual. Rodrigues Jr. e cols.(16) referem ser a principal motivação de estudantes universitárias (52%) para a primeira relação sexual, em especial as que se julgam preparadas ou razoavelmente preparadas para este primeiro coito.

A disfunção erétil, enquanto dificuldade parcial ou total para obter e/ou manter a ereção peniana para o coito satisfatório (5, 6, 7, 8, 10) pode ser comprometida pela IDS. A IDS pode ocorrer anterior ou posteriormente à DE. A IDS pode aparecer em função da DE, como forma de defesa de ego, mas pode ocorrer associada às causas da DE.

O objetivo deste estudo é descrever e tecer considerações sobre as implicações da ocorrência da IDS, dividida em primária e secundária à DE, e das associações entre a IDS e a DE, bem como as formas de tratamento prescritos e aceitos para a DE.

METODOLOGIA

Estudaram-se retrospectivamente 495 pacientes homens com queixas de dificuldades sexuais que procuraram uma clínica **privada** de caráter multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento daquelas queixas, no período de julho de 1987 a maio de 1988.

Consideraram-se, apenas, os pacientes com queixas de inibição do desejo sexual (IDS), fossem secundárias à disfunção erétil, ou primárias a ela. Tratavam-se de 105 homens (21,21% dos pacientes estudados), com idades variando de 19 a 84 anos.

O diagnóstico multidisciplinar para a DE foi obtido através do modelo de Costa e cols.(2). O diagnóstico incluiu a investigação hormonal visando cobrir os 10 a 20% de causas orgânicas para IDS, por altos níveis de prolactina citados na literatura (6, 8, 10). A primariedade ou secundariedade da IDS quanto à DE foi estabelecida durante a avaliação psicológica descrita por Rodrigues Jr. (12, 13).

Procurou-se descrever as seguintes características relacionadas à atividade sexual nos pacientes com IDS:

- status marital, como reconhecimento de possível contato físico/Sexual com a parceira sexual;
- relacionamentos sexuais extraconjugais: como indicativo de desejo sexual expandido;

- outras queixas na área sexual: ocorrência de outras dificuldades além da DE e da IDS;
- masturbação: ocorrência e frequência como sinais de exteriorização do desejo;
- frequência da atividade sexual: observação da frequência junto à queixa de inibição do desejo sexual;
- diagnóstico da DE: divididos em Orgânico (predominância de causas orgânico-fisiológicas); Psicológico (predominância de causas emocio-no-comportamentais) a Misto (ocorrência conjunta de etiologia orgânica e psicológica);
- indicação, aceitação e resultado de tratamento: descrição do comportamento de homens com inibição do *desejo sexual* quanto ao tipo de tratamento, a aceitação a os resultados daquele.

RESULTADOS

Considerando-se a IDS secundária 8 DE, obtivemos 95 pacientes com idades de 19 a 84 anos (média de 48 a 63 anos). Eram, na maioria, casados ou convivendo maritalmente (69 pacientes - 74,2%). A existência de apenas uma parceira sexual foi referida por 95% dos pacientes, sendo que um paciente referia ter duas parceiras, outro três parceiras sexuais e um referia não ter nenhuma (1,6% cada). Quanto à ocorrência de outras disfunções sexuais, 39 pacientes (41%) apresentavam prematurização da ejaculação, um inibição ejaculatória, um paciente anorgasmia e dois apresentavam queixas de curvatura peniana. A masturbação foi referida como prática de 47 pacientes (58%), com frequência variando de "raramente" (38,3%) e diariamente (2,13%) (média masturbatória semanal de 1,35% masturbações por semana). A atividade sexual referida nula por 11 pacientes (18,64%), raramente (6,78%) até diariamente (3;39%) - em média semanal de 1,22%. O diagnóstico para estes pacientes foi 32% de orgânico, 44% psicogênico e 24% de misto. Os tratamentos indicados encontram-se distribuídos no quadro 1, sendo que 55 pacientes (69,62%) receberam indicação de psicoterapia, a 20 (25,32%) de implantação de prótese peniana. A aceitação do tratamento proposto ocorreu em 28 *pacientes* (50,91%) para psicoterapia e 8 pacientes (42,11 %) para a prótese peniana (vide quadro 2 para as modalidades de tratamentos isoladamente a aceitação).

Considerando-se a IDS anterior à DE obtivemos 10 pacientes (9,52%) com idades de 30 a 68 anos (média de 42 anos), sendo 7 convivendo maritalmente ou casados. Quanto ao número de parceiras,

de 7 pacientes dos quais foram coletadas tais informações, 6 (85,7%) referiam apenas uma parceira, e 1 referiu duas parceiras sexuais. A ejaculação prematura esteve presente em 7/10 pacientes além da DE e da IDS. A masturbação foi referida apenas por três pacientes, com frequência “rara”. A frequência da atividade sexual variou de 1 a 10 vezes por mês (média de 4,41). As relações extra conjugais foram relatadas por 2 pacientes (25%). O diagnóstico final obtido confere psicogenicidade a 37,5%, organicidade pura a 37,5% e de mista etiologia a 25%. O tratamento proposto a 8 pacientes, correspondeu a 75% de psicoterapia, 25% psicoterapia conjunta a ligadura da veia dorsal peniana, a ioimbina (concomitante aos tratamentos propostos anteriormente) para 12,5%, os quais não foram aceitos pelos pacientes.

CONCLUSÕES

Homens com queixas sexuais eréteis e inibição do desejo sexual apresentam características relacionadas à sexualidade de forma bastante particular. A forma de expressão de sexualidade pesquisada através da existência de parceiras sexuais, relacionamentos sexuais extraconjugais, atividade sexual interpessoal e mesmo masturbatória, mostram tais pacientes com expressão sexual aparentemente abaixo da média.

A existência de relacionamentos sexuais extraconjugais da amostra de pacientes com a inibição do desejo sexual diagnosticada é muito inferior à de universo com queixa geral de disfunção erétil: 3,9% contra 40,18% (1).

Outra amostra de população semelhante apresentou 33,33% de homens com queixas de disfunção erétil concomitante à inibição do desejo sexual (14), contra os 21,21% da presente amostra. Pode-se inferir que a primeira amostra incluía maior possibilidade de inibição do desejo sexual por ser estudo sobre estados depressivos junto a homens submetidos à avaliação psicológica que já incluía a testagem daquele aspecto da personalidade.

Ao compararmos a aceitação de tratamento para a disfunção erétil desta amostra com outra de mesmo tipo e origem (15) podemos perceber que a aceitação de psicoterapia aparentemente não é afetada pela inibição do desejo, mantendo-se ao redor dos 50%. Porém a aceitação do implante peniano de uma amostra de pacientes com disfunção erétil secundária, sem a consideração específica da inibição do desejo sexual, chega a 44%, contra os 14% da presente amostra.

Quadro 1 – Tratamentos para a disfunção erétil em pacientes com inibição do desejo sexual secundária à disfunção erétil, indicação e aceitação.

Tratamentos	Pacientes		Aceitação	
	n	%	n	%
– Psicoterapia	40	50,63	20	50
com Ioimbina	7	8,86	2	28,57
com prótese peniana	4	5,06	4	100
com Nesbitt	1	1,27	1	100
com ioimbina e prótese	2	2,53	1	50
com ioimbina e ligadura de veia	1	1,27	–	–
– Prótese	14	17,72	2	14,29
– Ioimbina	1	1,27	1	100
com prótese peniana	1	1,27	1	100
com cirurgia e prótese	1	1,27	–	–
com hormônios	2	2,53	2	100
– Hormônios	3	3,8	2	66,67
– Cavernosoplastia	1	1,27	1	100
– Ligadura de veia	1	1,27	–	–
TOTAIS	79	100	37	46,84

A mesma situação aparentemente ocorre para a proposta de tratamento por hormônios e ligadura da veia dorsal peniana.

A aceitação de “remédios” (ioimbina e hormônios) mostrou-se de grande aceitação, levando-nos a hipotetizar sobre a facilidade de pacientes com DE em aceitar prescrição de medicamentos para a solução de suas dificuldades sexuais, fato também apontado por Rodrigues Jr. e Sartori (1990).

A incidência de 69,6% de indicações de psicoterapia (modelos terapia sexual e terapia de apoio) se deve pelas próprias circunstâncias da amostra, posto que a IDS se mostra coerente com a necessidade de tratamento psicológico, assim como sua alta aceitação pelo paciente. Devemos lembrar, no entanto, que os 18,99% de pacientes que receberam prescrição de cloridrato de ioimbina receberam-na por não desejarem ser submetidos à terapia psicológica, embora a ioimbina, aparentemente, tenha algum efeito sobre a sexualidade, mormente sobre o desejo sexual (3, 9, 11, 17), este efeito é melhor

ênfatisado dentro de um processo psicológico terapêutico, com controle das variáveis e valorização dos ganhos.

Considerando-se que a IDS não impede a pessoa de participar do contato sexual quando solicitada, temos nesta amostra a manutenção de atividade sexual em mais de 80% dos pacientes, embora em média semanal inferior à média da população brasileira (ao compararmos com os resultados obtidos pelo Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado - 4). Tal atividade sexual talvez deve ser reputada ao contexto cultural através de condutores cognitivos, os quais explicariam também a procura do tratamento para a DE, embora não posamos considerá-los motivados emocionalmente para o tratamento devido à própria IDS.

Quadro 2 – Formas de tratamento para a disfunção sexual erétil em pacientes com queixas de inibição do desejo sexual secundária à disfunção erétil e a aceitação dos mesmos tratamentos.

Tratamentos	Pacientes		Aceitação	
	n	%	n	%
Psicoterapia	55	69,6	28	50,91
Prótese peniana	19	24,05	8	42,11
Ioimbina	15	18,99	7	46,67
Hormônios	5	6,33	4	80
Cavernosoplastia	1	1,27	1	100
Ligadura de veia	3	3,8	–	–
Nesbitt	1	1,27	1	100
TOTAIS	79	100	49	–

A atuação multidisciplinar, tanto diagnóstica quanto no tratamento, mostrou-se útil para a abordagem destes pacientes, embora não facilitasse a aceitação da indicação de certos tratamentos, a exemplo da prótese peniana de silicone. Cremos que pacientes com queixas de inibição do desejo sexual concomitante à disfunção erétil necessitam de abordagem psicológica intensiva breve, focalizando os aspectos para reversão da IDS. Então o paciente deve apresentar me-

lhora motivação para aceitar tratamentos orgânicos. Este aspecto nos apareceu em 4 pacientes com indicação concomitante de prótese peniana a psicoterapia, os quais aceitaram ambas as indicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Disfunção Sexual Erétil e Relacionamentos Sexuais Extraconjugais. *Reprodução* 4(2):73-4, 1989.
2. COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEAO, P.; REIS, J. M. S. M.; RODRIGUES Jr., O. M.; PORTNER, M. Sexualidade: A Integração do Atendimento Multidisciplinar. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, XX(8):301-5, 1991.
3. COSTA, M.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo Duplo-cego do Uso de Cloridrato de Ioimbina em 25 Pacientes com Diminuição do Desejo Sexual. *II Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana* (SBRASH), Florianópolis, 30 de outubro de 1990.
4. Instituto Paulista de Pesquisa de Mercado: *Pesquisa Acerca dos Hábitos Sexuais dos Brasileiros*. Cultrix, São Paulo, 1983.
5. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1977.
6. _____. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
7. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Livraria Roca Ltda., 1985.
8. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C., *O Relacionamento Amoroso*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1988.
9. MORALES, A.; CONDRA, M.; OWEN, J. A.; SURRIDGE, D. H.; FENEMORE, J.; HARRIS, C. Is Yohimbine Effective in the Treatment of Organic Impotence? Results of a Controlled Trial. *The Journal of Urology*, 137:1168-72, 1987.
10. MUNJACK, D. J.; OZIEL, D. J. *Sexologia - Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984.
11. POMPEO, A. C.; GROMATSKY, C.; ROSENBLATT, C.; LUCON, A. M.; ARAP, S. Uso Terapêutico de Ioimbina em Disfunção Erétil. *Jornal Brasileiro de Urologia* 17(1):19-22, 1991.
12. RODRIGUES Jr., O. M. A Abordagem Psicológica do Homem Sexualmente Disfuncional - Um Modelo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 42(2):57-62, 1990a.
13. _____. A Avaliação Psicológica de Disfunções Sexuais Masculinas em Abordagem Multidisciplinar. *Urologia Panamericana* 3(2):VH-X, 1990b.
14. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M., A Disfunção Erétil e a Utilização do Inventário Beck de Depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(5):293-8, 1987.
15. RODRIGUES Jr., O. M.; SARTORI, M. Aceitação de Tratamento em Disfunção Erétil Secundária. *II Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana* (SBRASH). Florianópolis, 30 de outubro de 1990.

16. RODRIGUES Jr., O. M.; LIMA Fo.; A. S.; MELD, S. F. R.; NOGUEIRA, E. A. Primeiro Coito e a Opinião sobre esta Influência em Universitárias Paulistanas. *RBSH* 11(2):162-71, 1991.
17. SONDA, L. P.; MAZO, R.; CHANCELLOR, M. B. The Role of Yohimbine for the Treatment of Erectile Impotence. *Journal of Sex & Marital Therapy* 16(1):15-21, 1990.