

Disfunção Sexual Feminina

JJ Serapião¹

serapius@uninet.com.br

www.psicoterapiasexual.tk

Pretendemos analisar a atuação do ginecologista diante das queixas sexuais femininas considerando as diversas etapas da vida da mulher sexualmente madura. Assim, entendemos que as Disfunções sexuais representam uma das vicissitudes próprias do ciclo evolutivo do amor.

O ciclo evolutivo do amor tem início quando o ser humano se faz disponível a uma relação afetiva e procura utilizar os mecanismos de atração de que dispõe com vistas a essa conquista amorosa.

Este ciclo evolutivo passa pelo enamoramento, pela paixão, pelo amor companheirismo, mas não exclui a possibilidade do conflito.

Existem diversas causas de conflito; ciúmes, infidelidades, disfunções sexuais etc.

Quando tais questões se refletem na vida sexual do casal o terapeuta sexual poderá ser solicitado a intervir. Não iremos analisar tais situações especificamente. Nos deteremos somente na última – disfunção sexual - no caso, feminina.

Disfunção Sexual Feminina

Etiologia

A ansiedade é sem dúvida um fator comum presente numa grande variedade de determinantes das disfunções sexuais. Mesmos nas chamadas causas orgânicas, a ansiedade toma parte, se não como determinante, pelo menos como potencializador das disfunções ou como uma conseqüência altamente destrutiva da auto-imagem desses pacientes.

¹ Vice-Presidente da SBRASH

A maioria dos autores admite que os determinantes de causa orgânica sejam, nas disfunções sexuais femininas, menos freqüentes que os de causa psíquica ao inverso do que se observa nas disfunções sexuais masculinas.

Nas de causa psicológica algumas se agrupam entre aquelas de causa imediata, outras entre as de causas intrapsíquicas e outras ainda consideradas de causas diádicas.

Dentre as causas imediatas estão o fracasso em empenhar-se em comportamento sexual eficiente; ignorância sexual, hábitos inconscientes de evitar a boa sexualidade, medo do fracasso, exigência da relação sexual, necessidade excessiva de satisfazer o parceiro, auto-observação e falhas de comunicação.

Dentre as causas intrapsíquicas estão os grandes conflitos inconscientes.

Finalmente, dentre as causas diádicas, encontram-se aquelas que se relacionam às patologias decorrentes dos conflitos conjugais.

Nas de causas biológicas situam-se as conseqüentes aos efeitos das doenças, das drogas e da idade sobre a sexualidade.

Dentre os efeitos das doenças sobre a sexualidade destacam-se aqueles decorrentes dos estados psicofisiológicos: depressão , tensão , fadiga etc.

Dentre os decorrentes das doenças físicas em geral vamos encontrar, por exemplo, as doenças cardiovasculares, pulmonares, renais, osteoarticulares ginecológicas e o câncer.

Classificação das Disfunções Sexuais Femininas

Como é bastante sabido, até bem pouco tempo a resposta sexual humana era vista de uma forma global, isto é, “como um evento singular que passava da concupiscência à excitação e atingia o clímax no orgasmo”.(Kaplan, 1973).

O desconhecimento das fases da resposta sexual humana, bem como das bases anatomo-funcionais em que se assentavam, impedia qualquer distinção entre as diversas entidades clínicas. Assim, todo homem que fosse incapaz de um desempenho satisfatório no intercâmbio sexual era rotulado de impotente. Da mesma forma, toda mulher com problemas sexuais era denominada frígida.

Gradualmente se foi reconhecendo que a resposta sexual humana não era uma entidade indivisível com uma etiopatogenia comum e uma única forma de abordagem terapêutica. Ao contrário, segundo Kaplan (1973), a resposta sexual humana compunha-se de três fases separadas, mas interligadas, e capazes de, como unidade, comportarem um estudo anatomo-funcional, sindrômico e terapêutico. Assim teríamos as fases de DESEJO, EXCITAÇÃO e ORGASMO.

Admitindo-se que a resposta sexual humana seja, pois constituída por essas três fases podemos classificar a grande maioria das disfunção sexuais feminina relacionando-as com esses três estágios.

Assim dentre os distúrbios da fase de desejo podemos identificar os quadros de inibição do desejo sexual e de desejo sexual hipoativo.

Os distúrbios da fase de excitação representam quadros não tão precisos e que por essa razão mereceram, de Kaplan, a designação de disfunção sexual generalizada.

Finalmente as disfunções orgásmicas incluem os quadros clínicos correspondentes aos distúrbios dessa fase da resposta sexual.

O vaginismo bem como outros quadros fóbicos menos típicos não podem ser enquadrados nessa classificação baseada nas diversas fases da resposta sexual humana.

Anamnese – História do Problema sexual

O Terapeuta Sexual deverá estar alertado de que não irá buscar necessariamente a história da sexualidade do indivíduo e sim a história de seu problema sexual. Assim procurará fazer um levantamento da questão sexual que a cliente se queixa. Identificar a idade em que percebeu sua queixa, se foi de aparecimento gradual ou subido; quais os fatores predisponentes e em que contingências surgiram o sintoma.

Em seguida procurará responder a como evoluiu esse sintoma; suas modificações ao longo do tempo; flutuações em sua gravidade, frequência e intensidade.

Exame físico

Exame físico geral

A grande maioria das mulheres com queixa de disfunção sexual não apresenta qualquer alteração no exame físico geral. No sexo masculino, em alguns casos, o exame físico poderá revelar sinais de hipogonadismo como :

- diminuição da massa e do tônus muscular;
- aumento nos depósitos de tecido adiposo;
- escasso desenvolvimento sexo-genital na puberdade;
- ossos quebradiços;
- óligo ou azoospermia.

Exame ginecológico

Ao contrário de alguns profissionais de saúde, o terapeuta sexual médico tem acesso ao exame ginecológico que poderá ser muito esclarecedor como por exemplo nos casos de vaginismo.

Exames complementares

Com relação a exames complementares queremos tecer alguns comentários sobre a questão que mais diretamente poderia afetar a saúde sexual feminina – a ação dos hormônios esteróides.


Há consenso de que a ação dos estrogênios sobre a sexualidade feminina se faça por:

- ✓ Aumento do fluxo sanguíneo local
- ✓ Ação sobre o epitélio vaginal (estratificação)
- ✓ Aumento da elasticidade vaginal e tropismo muscular
- ✓ Aumento da sensibilidade ao toque
- ✓ Ação sobre o desejo quando associado aos Androgênios

Em relação a progeterona pode-se afirmar que:

- ✓ NETA (Acetato de Noretisterona) teria leve efeito androgênico na melhora da libido

✓ A associação E+P reduziria os benefícios do estrogênio sobre o trofismo vaginal.

Finalmente em relação aos androgênios sabemos que a maioria de métodos para medir testosterona em mulheres é bastante imprecisa e tornam-se mesmo não confiáveis quando os níveis sanguíneos de testosterona são baixos. O exame deve ser feito preferentemente 8:00 e 10:00 horas da manhã já que os níveis de testosterona variam ao longo do dia. Para as mulheres que têm ciclos regulares, o  exame não deve ser feito durante a fase menstrual porque os níveis de testosterona são baixos neste período; idealmente o exame pode ser feito a partir do oitavo dia do ciclo.

Pesquisas recentes mostraram que, por essa imprecisão, não há uma relação direta entre níveis de testosterona e perda de libido e disfunção sexual. Conseqüentemente esses valores não podem ser usados para diagnosticar a insuficiência dos androgênios mas serão válidos tão somente para assegurar que esses níveis não estão elevados. Assim, a dosagem de testosterona, não poderia guiar uma reposição androgênica na mulher. Por outro lado todas as mulheres deveriam ter seus níveis de testosterona plasmática dosados antes de serem submetidas a tratamento de reposição androgênica, principalmente para excluir aquelas com níveis normais ou elevados da testosterona. Afinal, se não há, atualmente, definido um nível abaixo do qual se deva sugerir ou implementar uma reposição, é essencial que as mulheres com níveis normais ou elevados e não diagnosticados não sejam tratadas com os androgênios.

A terapia de reposição hormonal parece estar indicada em mulheres que se queixam de forma persistente de baixa da libido com comprometimento de sua qualidade de vida e de seu relacionamento interpessoal e nas quais o componente psicológico possa ser nulo ou desprezível. Isto é especialmente verdadeiro para aquelas que foram ooforectomizadas.

Porém deve ser considerado que esse tipo de hormonioterapia esta exigindo estudos mais cuidadosos em relação a:

- ✓ uma definição mais clara das características da insuficiência androgênica em mulheres;
- ✓ Desenvolvimento de métodos apropriados para aferição dos pequenos valores de testosterona encontrados entre elas;
- ✓ Disponibilidade de preparações de testosterona apropriadas para mulheres;
- ✓ Dados sobre a segurança do uso no mais longo prazo.

Desejem de DHEA (Dehidroepiandrosterona)

Pesquisadores australianos tem identificado a DHEA como um novo marcador para a baixa de libido em mulheres com mais de 45 anos, contrariando a corrente clássica que relaciona a baixa da libido com os níveis de testosterona.

Outros Exames

As mulheres devem ter excluído a possibilidade de patologia tireoidiana ou de anemia ferropriva como causas possíveis de seus sintomas.

Na mulher a mensuração dos níveis de Testosterona Livre e Testosterona Bioativa continua sendo um desafio à prática clínica frente à baixa sensibilidade dos atuais ensaios comerciais disponíveis

Tratamento

O tratamento das disfunções sexuais femininas implica em:

1. Condução dos problemas clínicos em geral
2. Tratamento farmacológico
3. Psicoterapia

1. A condução dos problemas clínicos em geral é óbvia atribuição do exercício médico.

2. Ainda dentro das atividades médicas estará a prescrição de fármacos incluindo a prescrição de hormônios com ação androgênica, estrogênica (marcadamente por sua ação local) e de antidepressivos, de acordo com cada situação em particular.

3. Psicoterapia

Inúmeros são os modelos psicoterapêuticos propostos para a condução das disfunções sexuais femininas. Harper, citado por Lazarus (1980), descreveu 36 sistemas diferentes visando a condução das disfunções sexuais.

O modelo básico que utilizamos é o modelo PLISSIT. O termo PLISSIT é uma estrutura mnemônica do inglês que abrevia os seguintes termos: P de Permissions, LI de Limited Information, SS de Specific Suggestion e IT de Intensive Therapy. O uso preferiu o termo PLISSIT, ao contrário de PILSETI, sigla mais adequada ao português.

O modelo foi descrito por Jack S. Annon (1980)*, que procurou proporcionar uma via prática e detalhada para tratar os problemas sexuais mais comuns, para os quais podem não ser necessários nem uma terapêutica intensiva, nem um programa standartizado de tratamento. Ele não foi descrito para uso exclusivo dos terapeutas sexuais propriamente ditos, mas para ginecologistas, clínicos gerais, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, membros do clero, etc. Enfim, todos os que venham a ser solicitados a atuar como profissionais de ajuda.

Uma estrutura esquemática, em duas etapas, ajudará no entendimento do referido modelo.

Numa primeira etapa, representamos um número X de casos com um determinado tipo de disfunção sexual referidos ao longo de um período de tempo.



Numa segunda etapa representamos os diversos níveis em que esses problemas são abordados pelo modelo PLISSIT.



* Annon , J. S. Tratamento comportamental dos problemas sexuais. S. Paulo, Manole, 1980.

| | | | | | | | | | | | | | |

_____ LI (limited information)

| | | | | | | |

_____ SS (specific suggestion)

| | | |

_____ IT (intensive therapy)

Como podemos perceber, as intervenções terapêuticas podem ser úteis , necessárias e suficientes em qualquer um desses quatro níveis progredindo, em etapas, segundo as necessidades de cada caso. Estes níveis, são de complexidade crescente, não sendo obrigatório que as pacientes cursem todas as suas etapas.

PERMISSÃO. Talvez a primeira permissão oferecida pelo terapeuta a sua cliente seja a de falar. Não precisamos sequer comentar que são extremamente freqüentes as situações em que isto representa quase tudo o que a paciente deseja.

Outras vezes seu interesse é ser reconhecida como “normal”, que tudo está bem e que não é “pervertida”, “desviada” , “anormal” ou “doente”, inclusive em relação a pensamentos e fantasias sexuais.

Um aspecto que passa a ser importante na condução das disfunções sexuais é o de que, quanto maior for o conhecimento que um clínico tenha sobre comportamento sexual dentro e fora de sua cultura, tanto mais a vontade ele poderá se sentir para atuar nesse nível de tratamento. Em nossa cultura, por exemplo, há muitos mitos sobre sexualidade feminina, como vimos anteriormente, que podem ser trabalhados como vistas a redução da ansiedade que conduz a disfunção sexual.

Um último ponto importante é a auto-permissão. Os profissionais devem ser capazes de dar si mesmos, permissão de não serem peritos; e de serem capazes de aceitar seus próprios limites;

INFORMAÇÃO LIMITADA. Se a permissão é insuficiente, a cliente nos volta a questionar e a informação limitada pode se necessária para a redução da ansiedade com que a paciente vivência sua sexualidade. E será limitada, como o nome diz, por ser diretamente aplicável ao sintoma específico da paciente.

Ao contrário da permissão, que fundamentalmente consiste em dizer a cliente que ela faz bem em continuar fazendo aquilo que está fazendo, na etapa de informação limitada serão fornecidos cognições pertinentes, proporcionando à paciente, condições de modificar seu comportamento, se ela escolher fazer isso.

Logicamente, esta segunda etapa exigirá do ginecologista um nível de competência que lhe permita oferecer estas informações.

SUGESTÃO ESPECÍFICA. Infelizmente para algumas mulheres, em determinadas situações. A permissão e a informação limitadas não são suficientes para lograr resultados terapêuticos satisfatórios. São os casos que merecerão nova etapa dentro do modelo PLISSIT. Am (1980) cita diversos casos em que sugestões específicas são de muita utilidade entre as pacientes. Exercícios de Kegel para mulheres com disfunção de orgasmo; utilização de dilatadores para casos de vaginismo acentuado, exercícios de auto-estimulação para disfunções orgásmicas; etc. todos baseados em modelos comportamentais.

PSICOTERAPIA INTENSIVA. Para esta etapa evoluem as clientes que passando pelos níveis anteriores não lograram êxito em resolver, de forma satisfatória, suas queixas de disfunção sexual. Obviamente nem todos os profissionais de saúde disporão de competência suficiente para conduzirem tais pacientes, o que exigirá um encaminhamento apropriado.

Nossa opção por esse modelo se prendeu as vantagens que ele oferece.

- É um modelo simples e que pode ser utilizado por diversos grupos profissionais;

- Pode ser utilizado por profissionais que ajustem sua abordagem ao seu próprio nível de competência. Isto significa também que esse profissional dispõe de um modelo que lhe informa, quando estará indicado encaminhar o paciente a um outro profissional mais capacitado. Tal fato se dá porque esse modelo

estabelece níveis diferentes de ação para níveis diferentes de competência profissional;

- Finalmente o modelo pode ser adaptado a qualquer que seja o tempo de que a cliente disponha.

Creemos, baseados em experiência clínica, que tais conhecimentos podem ser úteis aos ginecologistas na condução das disfunções sexuais femininas.