

A importância do aconselhamento sexual nos cuidados de saúde

JOSÉ PACHECO*

INTRODUÇÃO

Para compreendermos a importância do aconselhamento sexual temos que situar a forma como a sexualidade é encarada no início do século XXI. Nos últimos cinquenta anos verificaram-se inúmeras mudanças na atitude das pessoas relativamente à sexualidade, assim como da Medicina relativamente às perturbações sexuais e às terapêuticas a adoptar para ajudar os doentes a sentir-se mais felizes, na esfera sexual.

O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E CLÍNICO RELATIVAMENTE À SEXUALIDADE

Na sociedade ocidental registou-se um pano de fundo global no qual a repressão deu lugar à liberdade sexual. No plano da relação entre géneros, houve uma evolução tendencial para a igualdade entre o homem e a mulher, a nível político, profissional, familiar e sexual. Surgiram métodos de controlo da natalidade de elevadíssima eficácia que permitiram, pela primeira vez na história da humanidade, o controlo dos nascimentos e, conseqüentemente, a separação completa do sexo e da reprodução.

No plano da saúde retirou-se a homossexualidade, a masturbação, o sexo anal da lista das doenças sexuais. Por

outro lado, durante cerca de um quarto de século as infecções sexualmente transmissíveis deixaram de ser um flagelo, na medida em que havia tratamentos eficazes para as controlar. No entanto, essa situação excepcional só durou até ao aparecimento da SIDA, no início da década de oitenta.

Ao longo do século XX, por influência das concepções psicanalíticas (e não só – repare-se que no início do século a masturbação era um factor etiológico de todas as doenças mentais), os tratamentos para as disfunções sexuais foram predominantemente psicoterapêuticos.

Só a partir de Masters e Johnson¹ é que se conceptualizou um modelo psico-educativo no qual as doenças psiquiátricas podiam estar ou não associadas à perturbação sexual. No entanto, o modelo que propugnaram, desvalorizava claramente o papel das doenças orgânicas na etiologia das disfunções sexuais e centralizava a sua intervenção numa ideia-chave: a ansiedade e a ignorância impediam as pessoas de experimentar prazer sexual. Neste contexto, e se tivermos em conta que os seus trabalhos de investigação decorreram ao longo dos anos cinquenta e sessenta, o modelo de intervenção que apresentaram revelou-se proficuo, na medida em que os seus destinatários, situados numa sociedade onde ainda imperava a repressão sexual, eram vítimas da atitude social negativa relativamente à sexualidade. Nas décadas seguintes, a

*Psiquiatra

própria disseminação das «técnicas» propostas por Masters e Johnson, a par de uma mutação na atitude face à sexualidade, inclusive nos média, permitiu que muitos problemas sexuais de fácil resolução tivessem sido resolvidos sem intervenção clínica.

Naturalmente que esse facto acabou por ter um impacto positivo, ainda que viesse, posteriormente, salientar a influência negativa que as doenças orgânicas, assim como os medicamentos, podiam ter na disfunção sexual. Em reflexo disso, os tratamentos médicos para a disfunção erétil progrediram de forma notável a partir da década de oitenta, com as injeções intracavernosas e no final do século com a comercialização do Sildenafil.

INFORMAÇÃO – EXCESSOS E DÉFICES

A informação e a educação para a sexualidade e para a saúde reprodutiva progrediram de forma espantosa nos últimos trinta anos. No entanto, o facto de existir muita informação disponível – produzida pelos serviços de saúde, pela indústria farmacêutica, pelas organizações não governamentais da área do planeamento familiar, da educação sexual ou do VIH, pelos meios de comunicação social e pela *Internet* – acabou por tornar a realidade muito mais complexa.

Esta circunstância, provavelmente, ajudou inúmeras pessoas com dificuldades a nível sexual e fez diminuir a frequência de consultas em que os terapeutas sexuais se limitavam a prestar aconselhamento básico sobre a função sexual e a aliviar sofrimentos que decorriam, no essencial, da ignorância e de mitos referentes à sexualidade. Paulatinamente, a informação disponível (nem sempre boa) tornou-se «excessiva» e, desse facto, começaram a surgir novas dificuldades, seja porque é difícil para a pessoa encontrar na informação

genérica uma resposta cabal para o seu problema específico, seja porque as informações disponíveis são contraditórias, seja porque deram lugar a interpretações que em vez de funcionarem como um alívio acabam por se instituir como um factor que ainda incrementa o sofrimento do doente.

Mas apesar desta constatação ser exacta, não deixa de ser, igualmente, ilusória na medida em que a disponibilidade de informação e mesmo de recursos não significa que as pessoas utilizem correctamente os meios disponíveis. Uma vez porque as pessoas fazem parte de subgrupos sociais desfavorecidos, onde grassa o analfabetismo funcional e, conseqüentemente, onde campeia a ignorância sexual, com a coorte de angústias e de expectativas erróneas associadas à falta de informação adequada sobre os padrões e idiosincrasias inerentes ao funcionamento sexual. Outras, porque mesmo entre os grupos sociais favorecidos, a informação sobre matérias sexuais é nitidamente rica em paradoxos. Por um lado, em nome do progresso económico, propugna-se que o trabalho é um palco onde se expressam as mais variadas competitividades que faz com que o «sucesso» profissional, para ser alcançado, exija que a pessoa trabalhe até à exaustão (é frequente que a pessoa trabalhe entre 70 e 90 horas semanais e poucos poderão ser classificados como *workaholics*). Por outro, essas mesmas pessoas recebem mensagens, directas ou subreptícias, de que o sexo é, em si, uma actividade preciosa e salutar. Este contexto, sobretudo nos casais jovens da classe média e média-alta, veio criar focos de tensão e de contradição entre o que, naturalmente, o corpo e a mente pede – o descanso e o sono reparador – e o que uma outra parte da sociedade lhes incute – os casais, para serem felizes precisam de ter uma vida sexual activa e regular.

A MEDICALIZAÇÃO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Em 1998, o aparecimento do Viagra e, posteriormente, de outros medicamentos para a disfunção erétil (Uprima, Levitra, Cialis) vieram alterar, de forma muito positiva, as estratégias de tratamento desta perturbação sexual.

No entanto, também trouxeram novas dificuldades e novos desafios de criatividade para sermos capazes de aliviar o sofrimento da pessoa. Antes de mais porque uma parte significativa da população não tem disponibilidade económica para tomar este tipo de fármacos sempre que deseja ter relações sexuais. A disfunção erétil cresce exponencialmente à medida que a idade avança, seja por factores intrínsecos ao envelhecimento, seja porque a população mais idosa sofre, mais frequentemente, de doenças que interferem com a função sexual.

Mas, sobretudo num país em que as reformas são bastante baixas, as despesas básicas e os custos com medicamentos para outros problemas de saúde, mais prementes, deixam pouca disponibilidade económica para o homem com disfunção erétil recorrer, sistematicamente, a um dos novos fármacos que lhe poderia debelar a disfunção erétil. Neste grupo de doentes, muitas vezes, não é possível, do ponto de vista clínico, fazer mais do que se fazia há dez anos atrás: potenciar a saúde física e psíquica do doente e, em simultâneo, oferecer-lhe aconselhamento sexual para solucionar a disfunção sexual. Quanto muito, nalguns casos, é possível integrar o uso destes fármacos num período limitado de tempo no contexto da psicoterapia sexual.

Uma outra questão relaciona-se com o facto de este grupo de fármacos poder ser utilizado noutras disfunções sexuais. Até ao momento, a sua única indicação precisa é para a disfunção erétil, mas admite-se que possam ajudar

na melhoria da disfunção da excitação sexual feminina e, eventualmente, no alívio de outras disfunções sexuais, como o desejo sexual hipoactivo ou os problemas orgásticos e ejaculatórios.

A INTERDEPENDÊNCIA DA FUNÇÃO SEXUAL DO ESTADO DA SAÚDE FÍSICA, PSÍQUICA E RELACIONAL

Em qualquer dos casos, no entanto, é sempre importante avaliar cuidadosamente, de forma a compreender os possíveis motivos da disfunção sexual, três áreas fundamentais: a saúde física, a saúde psíquica e o estado do(s) relacionamento(s).

Uma boa saúde física é decisiva para que seja possível um funcionamento sexual satisfatório. Mesmo que se admita que a doença física é debilitante, nem sempre os técnicos de saúde e os doentes estão conscientes do impacto que pode ter no funcionamento sexual. Em parte esta ideia decorre do mito, do último quartel do século XX, de que o envelhecimento não tinha interferência na sexualidade. Este mito nasceu para contrariar a ideia, antiquíssima, de que os idosos seriam assexuados e que se deveriam conformar, tal como sugeria Platão, com essa condição. Ora, provavelmente, a sexualidade só se mantém, com regularidade, entre os que, apesar de idosos, estão livres de doenças físicas e psíquicas que, directa ou indirectamente, interferem na função sexual.

Para vos dar uma ideia e, sem nos tornarmos exaustivos, doenças como a diabetes ou factores de risco como a hipertensão arterial ou o excesso de colesterol podem afectar o funcionamento sexual. Evidentemente noutras doenças, sobretudo nas crónicas, em que há limitações físicas (sem esquecer os inúmeros casos de deficiência motora), em que há dor de difícil controlo, em que há fadiga mais ou menos crónica,

é muito frequente que a função sexual esteja perturbada. Nesses casos, o doente precisa de ser tratado dessas doenças (quando isso ainda não aconteceu), por vezes receber tratamentos alternativos quando os fármacos que utiliza interferem na função sexual, receber aconselhamento específico sobre a interferência da doença na sua vida sexual, assim como formas de ser capaz de ter uma vida sexual mais gratificante, apesar dos condicionantes que a sua condição clínica lhe impõe.

As doenças psíquicas são mais «democráticas», no plano geracional, se exceptuarmos a depressão clínica que, com frequência, surge, pela primeira vez, em idades mais avançadas. Mas, uma parte significativa das doenças psíquicas, apesar de ter surgido cedo na vida, tende a cronicizar-se, apesar dos progressos no domínio da farmacologia e da psicoterapia. Pode-se afirmar que quase todas as doenças psíquicas têm interferência no funcionamento sexual, ainda que isso dependa da sua natureza, gravidade e cronicidade. Complementarmente, a maioria dos fármacos usados no tratamento das doenças psíquicas pode ter efeitos secundários a nível da reacção sexual. E, para além disso, a maioria das doenças psíquicas comporta a ocorrência de dificuldades no relacionamento interpessoal. Em doenças mais graves, como a esquizofrenia, o doente muitas vezes nem sequer tem qualquer parceiro sexual com quem pudesse interagir sexualmente e, para além disso, independentemente da idade, é frequente que nunca tenha conseguido obter recursos económicos de uma forma regular e, devido à incapacitação da doença, nem sequer seja hipotetizável resolver uma disfunção sexual com recurso aos novos fármacos. Ora, neste grupo de doentes, a prioridade situa-se no tratamento da doença psíquica, na instituição de terapêuticas medicamentosas que interfiram menos na função sexual, na psi-

coterapia, para alívio do quadro sintomático ou para melhorar a sua capacidade de interagir socialmente com os outros e, finalmente, o aconselhamento sexual específico para a disfunção sexual que o apoqueta.

Este quadro não ficaria completo se não abordássemos as questões relacionais. Estas tornam a disfunção sexual um problema específico comparativamente à maioria das doenças, sobretudo as físicas. Antes de mais porque, para a maioria das pessoas, o estado da relação condiciona a própria expressão da sexualidade. As relações conflituosas são paradigmáticas disso, mas existem muitas outras situações, como a indiferença afectiva, a sensação de falta de atracção sexual, que podem condicionar o desejo e a excitação sexual, assim como o orgasmo. Os novos fármacos não dão uma resposta a esta questão mesmo que possam dar um contributo positivo, na medida em que ao melhorar a reacção sexual podem ajudar, indirectamente, a que as pessoas se sintam mais satisfeitas na relação íntima e interpessoal. Todavia, nalguns casos, esta solução pode ser perturbadora, na medida em que o próprio ou o outro podem sentir que a reacção sexual é provocada artificialmente e isso é percebido como uma desvalorização no plano da atracção física e sexual. Noutros casos, podem ser uma medida terapêutica desperdiçada, porque o problema relacional antecede as dificuldades sexuais e, nestes casos, a prioridade situa-se na realização de uma terapia conjugal, de modo a permitir que a vida sexual tenha condições mínimas para ocorrer.

No entanto, para traçarmos um quadro completo dos aspectos relacionais precisamos de ter em consideração que é muito frequente encontrarmos situações em que o pedido de ajuda é formulado por uma pessoa que vive com outra que também sofre de uma disfunção sexual. Por exemplo, se um

homem que se queixa de disfunção erétil vive com uma mulher que tem dificuldades em se excitar, isso ainda acentua mais o quadro clínico, na medida em que a penetração vai ser mais difícil e exige uma rigidez peniana muito maior do que se tivesse uma lubrificação abundante. Outro caso, bastante frequente, é o de um homem com disfunção erétil que vive com uma mulher que apresenta desejo sexual hipoactivo. Neste caso, a prescrição de um fármaco, per si, não soluciona o problema, na medida em que ter um meio para garantir que a erecção acontece não melhora a disponibilidade da parceira (quanto muito aumenta a sua angústia, na medida em que as dificuldades eréteis do parceiro casavam-se harmoniosamente com a sua falta de desejo sexual).

O LUGAR DO ACONSELHAMENTO SEXUAL

Esta análise é demonstrativa de que o aconselhamento e mesmo a psicoterapia sexual não podem ser incluídas em qualquer museu das terapêuticas das disfunções sexuais, como, para alguns, o advento dos fármacos especificamente dirigidos para a terapêutica das disfunções sexuais deixaria antever. A nosso ver, nada de mais erróneo, mesmo que seja hoje uma área de intervenção de uma maior complexidade e, conseqüentemente, dependente de mais saber e de maior conhecimento técnico (mas isso é igualmente verdadeiro para todas as outras áreas...).

Na verdade, o aconselhamento simples, no passado, foi de uma enorme utilidade porque muitas pessoas que sofriam de disfunções sexuais não tinham o mínimo de informação sobre as perturbações que os afectavam e, por isso mesmo, muitas vezes uma simples indicação ou conselho era suficiente para ajudar a pessoa a encontrar alívio para o seu sofrimento. Nessa altura, muitas vezes, as pessoas sofriam de

problemas sexuais que se arrastavam durante anos porque não existiam consultas específicas ou se existiam nem sequer tinham divulgação suficiente para que os que delas necessitavam soubessem da sua existência. Mas, como vimos, o aconselhamento sexual continua a ter um lugar importante, seja porque continuamos a ter muitos subgrupos populacionais onde ainda impera a falta de informação nestas matérias, seja porque mesmo nos subgrupos que em teoria são mais cultos e sabedores é preciso considerar que o saber técnico e altamente especializado não cobre muitos aspectos da vida e, seguramente, a esfera sexual é uma das que mais fica a descoberto.

Neste contexto, a ajuda clínica tornou-se mais complexa, mas isso não significa que a atitude a tomar, ao nível dos cuidados de saúde primários, seja ignorar as disfunções sexuais ou, não as ignorando, remetê-las, por rotina, para as consultas da especialidade. Antes de mais é necessário identificar os alvos para, posteriormente, instituir as medidas preventivas e terapêuticas. Em muitos casos é necessário estabelecer sequências de intervenção clínica (por exemplo, tratar primeiro uma doença física ou uma doença psíquica, decidir se se pode instituir um tratamento farmacológico em simultâneo ou se o caso clínico precisa de receber aconselhamento conjugal antes de se iniciar um tratamento para a disfunção sexual).

Ao nível da medicina geral e familiar, os médicos, assim como outros profissionais de saúde, têm um papel muito importante a desempenhar no capítulo do tratamento das disfunções sexuais. Antes de mais porque se estiverem abertos a identificar este foco de sofrimento para os seus doentes podem, através de informação correcta sobre a função sexual, de uma análise correcta sobre as causas de uma disfunção sexual, da sua correcção quando é um

efeito iatrogénico, ajudar muitas pessoas a aliviar o sofrimento induzido por motivos de natureza sexual. Para isso é muito importante saber estabelecer correctamente o diagnóstico da disfunção sexual. No plano do aconselhamento ele deve ir até aos limites do seu saber nesta matéria (que são seguramente variáveis) e deve atender, de igual modo, à complexidade da casuística. Ou seja, como em qualquer outro problema de saúde, nos cuidados de saúde primários, é fundamental usar do senso clínico para ajudar os seus doentes e, numa segunda linha, para os encaminhar correctamente em função do quadro clínico.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Masters W, Johnson VE. A inadequação sexual. Lisboa: Meridiano; 1970.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Fonseca L, Soares C, Vaz JM. A sexologia (Vol I). Coimbra: Quarteto; 2004.

Endereço para correspondência:

Consulta de Sexologia e Aconselhamento
Conjugal
Hospital Júlio de Matos
Av. do Brasil, 53
1749-002 Lisboa