



MEMÓRIA E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: EFEITO- SUJEITO-SINTOMA

Carla Cristiane de Oliveira Pinheiro¹
Maria da Conceição Fonseca-Silva²

INTRODUÇÃO

Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende a saúde de maneira abrangente como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1946)³. É neste sentido que a saúde sexual como parte da saúde global e bem-estar de homens e mulheres integra elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais.

Masters e Johnson (1970) foram os primeiros a descrever as reações fisiológicas aos estímulos sexuais e propuseram uma classificação do ciclo de resposta sexual masculino e feminino em quatro fases: 1) Excitação: estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato. 2) Platô: excitação contínua; 3) Orgasmo: fase de excitação máxima, acompanhada de grande sensação de prazer, seguida de relaxamento e involução da resposta; 4) Resolução: estado subjetivo de bem-estar que se segue ao orgasmo. Posteriormente, Kaplan (1977) questionou o ciclo e introduziram a fase do desejo, que corresponde à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial ou pela memória de vivências eróticas e de fantasias. O novo esquema foi subdividido em: 1) desejo; 2) excitação; 3) orgasmo; 4) e resolução, incorporado, orientando, a partir de 1980, as classificações diagnósticas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, bem como da Associação Psiquiátrica Americana.

Basson (2002) descreveu o “Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina”,

1 Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb/Brasil). Laboratório de Pesquisa em Análise de Discurso (LAPADis). Atualmente é médica ginecologista/obstetra da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista e Professora Auxiliar da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Endereço eletrônico: carla_pinheiro3@hotmail.com

2 Professora do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS) e do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGLin). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - PQ2. Endereço eletrônico: con.fonseca@gmail.com

3 Ver <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>



defendendo que quando a mulher é estimulada pelo parceiro atinge graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo. Segundo esse modelo, o desejo se desenvolve, posteriormente, como uma consequência e não como causa do ato sexual.

Esses estudiosos concordam que, quando ocorrem dificuldades em uma das fases da resposta sexual, tem-se aquilo que é denominado disfunções sexuais, definidas por Kaplan (1977) como desordens psicossomáticas que tornam impossível para o indivíduo ter coito e/ou gozar de prazer durante o mesmo. Conforme Marthol e Hilz (2004), a etiologia das disfunções sexuais está ligada a fatores psicossociais e fisiológicos, podendo estar relacionada a: i) causas orgânicas; b) e causas psicológicas: fatores individuais; fatores interpessoais e fatores psicosexuais. As disfunções sexuais são, ainda, classificadas em quatro categorias, como mostram Halvorsen e Metz (1992), Verit, Yeni e Kafali (2006) e Hatzimouratidis e Hatzichristou (2007): i) disfunções de desejo; ii) disfunções de excitação no homem: disfunção erétil; iii) fase de orgasmo; iv) disfunções sexuais relacionadas à dor.

No que tange às mulheres, estudos como os de Smith (2007) e de Martinez (2008) apontam que, a partir do final do século XX, tem sido mais frequente a busca de soluções médicas de problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles que tem relação com sua função sexual. Esses mesmos estudos indicam que mais de 90% dos médicos, no entanto, não inquirirem sobre as queixas sexuais de suas pacientes. As disfunções sexuais alcançam, atualmente, “status” de importante problema de saúde da mulher, com repercussões significativas na qualidade de vida. Basson et al, (2000) mostram que, apesar da disfunção sexual feminina ter alta prevalência entre os transtornos da sexualidade, atingindo 20% a 40% das mesmas, as queixas das mulheres têm recebido menor atenção, tanto no que se refere aos estudos de investigação dos aspectos psicológicos e fisiológicos da disfunção sexual quanto na disponibilidade de métodos terapêuticos.

Os resultados do estudo sobre a vida sexual do brasileiro que foi desenvolvido por Abdo (2004) mostram que, de 3.148 mulheres pesquisadas em 18 cidades brasileiras, 32,4% apresentam queixas sexuais e não relatam ao seu ginecologista. Isto decorre, de um lado, da vergonha da paciente em tratar do assunto; e, de outro lado, da falta de habilidade e preparo do profissional para abordar a questão. Sobre o preparo do profissional na área da sexualidade, Costa e Rodrigues Jr. (1997) mostram que o despreparo dos ginecologistas para o atendimento na área da sexualidade está relacionado à formação médica que é marcada por excessiva valorização dos aspectos técnicos de cada especialidade, em detrimento das implicações pessoais e psicológicas dos pacientes.



Gonçalves (2006) salienta que as queixas sexuais das mulheres, no consultóriomédico, dependem da escuta do ginecologista. Ressalta, ainda, que a queixa sexual pode indicar outras queixas que não sexuais. Neste sentido, é fundamental, pois, que, na prática atual da ginecologia, os profissionais tenham conhecimento da fisiologia e patologia sexual para caracterizar distúrbios somáticos que interfiram na resposta sexual da mulher.

Isto posto e entendendo que na prática clínica ginecológica a anamnese sexual é fundamental como parte integrante da consulta médica e que a escuta psicanalítica é um meio importante para compreendermos a problemática em questão, buscamos responder, neste trabalho, em que medida um trauma por violência sexual de pacientes com queixa sexual tem impacto negativo na função sexual. Defendemos que as queixas sexuais das mulheres são marcadas por uma memória em que as disfunções sexuais são efeitos de confusão-conjunção psíquica entre sujeito/trauma/sintoma/angústia/desamparo, na qual a disfunção sexual é a sua expressão máxima.

METODOLOGIA

A pesquisa constitui-se como um estudo de caso clínico de cunho exploratório descritivo. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Como procedimento ético, o estudo foi realizado sob consentimento, seguindo a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que diz: “Um dos vários modelos utilizados em Bioética é o modelo principialista. Este serve de fundamentação a vários documentos internacionais e, no Brasil, à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país (MANSO, 2004). Na análise, mobilizamos pressupostos da Psicanálise para tentar responder a questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos estudos de Freud, Laplanche e Pontalis (1991, p. 523) afirmam que trauma, na psicanálise, pode ser concebido em termos de economia psíquica e pode ser definido como um acontecimento marcante que teve lugar na vida do sujeito, cuja consequência é a incapacidade



de ele reagir de forma adequada, sendo acometido por efeitos patogênicos e duradouros que provoca na organização psíquica. No entendimento de Uchitel (2011), Tutté (2006) e Boheleber (2007), o trauma psíquico é uma resposta a uma situação inesperada que provocou afetos pavorosos de medo, susto, angústia, vergonha ou dor psíquica. Essa vivência remete ao que Freud denominou de desamparo, condição geral no funcionamento psíquico de qualquer pessoa que se refere ao sentimento de ausência de ajuda como possibilidade efetiva da vida psíquica e pode se concretizar em uma situação traumática ou vivência de desamparo do eu frente a uma acumulação de excitação, seja de origem externa como interna, com a qual não é capaz de lidar. O trauma, dessa forma, está ligado ao estado de impotência e de desamparo do sujeito.

Segundo Freud (1926), os estados afetivos, como a angústia, são vistos como sedimentos de vivências traumáticas muito antigas, que, quando revividas em situações análogas, são relembradas como símbolos mnésicos da vivência traumática originária. Defende que a angústia é sempre produzida na dependência de um perigo real e ameaçador, ou pelo menos, julgado como real. Acrescenta que a angústia tem também a função de sinal: seja o perigo atribuído a um acontecimento externo (angústia realística); seja às moções pulsionais (angústia neurótica), como podemos demonstrar no estudo de caso M.L.A.

M.L.A. 68 anos, dona de casa, segundo grau completo, católica, situação econômica boa, casada com F. 71 anos, contador. Teve 4 gestações e 4 partos normais. Está na menopausa, já retirou útero e, atualmente, faz uso de hormônio para melhorar a lubrificação vaginal.

Numa consulta ginecológica, M.L.A. relatou: “Meu marido pediu que eu conversasse com a ginecologista, pois me acha uma geladeira para o sexo.” Inquirida sobre a queixa, a paciente simbolizou: **“Quanto eu tinha 17 anos, meu marido me prendeu em um quarto e me estuprou. Como eu era pobre, sem pai, sem carinho, sem afeto e engravidei, tive que me casar com esse homem às pressas. Aí eu fui uma vaca: pari, pari, pari e pari. Nunca tive carinho, nunca beijei na boca [...] Eu sinto falta... não sinto desejo...não me excito ...há mais de 20 anos...a relação sexual é um estupro sempre...(Grifo nosso)**

Analisando o Caso M.L.A, podemos identificar na sua queixa sobre a disfunção sexual “Meu marido pediu que eu conversasse com a ginecologista, pois me acha uma geladeira para o sexo”, recordações que funcionam como novos investimentos em traços de memória duradouros, compreendidos como cópias de processos psíquicos ocorridos no passado: **Quanto eu tinha 17 anos, meu marido me prendeu em um quarto e me estuprou [...]tive que me casar com esse homem às pressas. Aí eu fui uma vaca: pari, pari, pari e pari. Nunca tive carinho, nunca beijei na boca [...] Eu sinto falta...não**



sinto desejo...não me excito ...há mais de 20 anos...a relação sexual é um estupro sempre...

M.L.A, ao ser inquirida sobre a queixa, associa a vivência daquele momento a momento sem que foi vítima de estupro na sua adolescência e ao processo de retivimização ou recorrência do trauma durante todo o período de sua fase adulta e início de velhice. O desamparo original é aqui reatualizado.

CONCLUSÕES

No caso M.L.A, a disfunção sexual é um sintoma do trauma reatualizado da adolescência ao início da velhice. O sintoma é a maneira encontrada pelo inconsciente para trazer de volta o trauma. O sintoma, neste caso, é uma forma de atualizar e reatualizar o trauma, como uma tentativa de desfazer a situação traumática. Para Freud (1926), podemos entender o sintoma como uma solução que cada sujeito constrói para dar conta do encontro traumático com o sexo, do encontro traumático com seu desejo.

Palavras-chave: Memória. Disfunção sexual. Sintoma.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev PsiquiatrClin** (São Paulo). v.33, p. 162-7, 2006.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Texto revisado. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BASSON R. Human sex-response cycles. **J Sex Marital Ther.** V. 27, p. 33-43, 2001.

COSTA, M; RODRIGUES Jr, O. M. O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. **Reprodução.** v. 1, p. 114-9. 1987.



VITIELLO, N. O ginecologista e as queixas sexuais. **Femina**. v. 16, p. 830-5, 1988.

LOPES, G.P. NASCIMENTO, L.G. Tratamento das disfunções sexuais feminina. **GinecolObstet Atual**. V. 3:55-7, 1996.

MASTERS, W. H; JOHNSON, V.E. **Human sexual response**. Boston: Lippincott Williams & Wilkins, 1966.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acessado em novembro de 2016.

VERIT, F. F; YENI, E; KAFALI, H. Progress in female sexual dysfunction. **Urol Int**. V.76, n.1, p.10, 2006.

HATZIMOURATIDIS, K; HATZICHRISTOU, D. Sexual dysfunctions: classification sand definitions. **J Sex Med**.V.14, n. 1, p. 241-50, 2007.

HALVORSEN, J. G; METZ, M.E. Sexual dysfunction, Part I: classification, etiology, and pathogenesis. **J AmBoardFamPract**. V. 5, n.1, p.51-61, 1992.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. 2a. Edição, Rio de Janeiro: Imago, 1986. Edição original: 1920.

FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. 2a. Edição, Rio de Janeiro: Imago, 1986. Edição original: 1926.

TUTTÉ, J. C. O conceito de trauma psíquico: uma ponte no espaço interdisciplinar. In: **Livro anual de Psicanálise**, vol. XX pag. 191-210, 2006.

UCHITEL, M. **Neurose Traumática**: uma revisão crítica do conceito de trauma. 3a. Edição. São Paulo: Casa do psicólogo Coleção Clínica Psicanalítica, 2011.