

**TASSO VIEIRA DE FARIA**

Doutor em Medicina (1939).

Chefe-de-Clinica da 35.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa.  
(Serviço de Cirurgia Geral de Mulheres).

Diretor do Ambulatório de Ginecologia e Cirurgia Geral de Mulheres  
da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.

---

# **ESTUDO PSICOSSOMÁTICO DA FRIGIDEZ FEMININA**

**TESE apresentada à Faculdade de  
Medicina de Pôrto Alegre, a fim  
de obter a LIVRE-DOCÊNCIA da  
Cadeira de Clínica Ginecológica.**



1949

de Livraria do Globo S. A. — Pôrto Alegre

**TASSO VIEIRA DE FARIA**

Doutor em Medicina (1939).

Chefe-de-Clinica da 35.ª Enfermaria da Santa Casa,  
(Serviço de Cirurgia Geral de Mulheres).

Diretor do Ambulatório de Ginecologia e Cirurgia Geral de Mulheres  
da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.



# **ESTUDO PSICOSSOMÁTICO DA FRIGIDEZ FEMININA**

TESE apresentada à Faculdade de  
Medicina de Pôrto Alegre, a fim  
de obter a LIVRE-DOCÊNCIA da  
Cadeira de Clínica Ginecológica.

MED  
T  
618 F224e 1949

05300021

[0061103] Faria, Tasso Vieira de. Estudo  
psicossomático da frigidez feminina. 1949. 146  
p. : il.



1 9 4 9

Of. Gráficas da Livraria do Globo S. A. — Pôrto Alegre



Bib. Fac. Med. UFRGS

## INTRODUÇÃO

*Com o presente trabalho apresentamos nossa modesta contribuição ao estudo da "mulher fria", seguindo a rota traçada pela moderna orientação psicossomática em medicina.*

*Assim fazendo, entendemos haver abordado um assunto pouco perquirido, em nossa especialidade, pelo menos até o instante atual.*

*Não desconhecemos a variegada e profusa literatura que sobre a matéria vem sendo publicada, pelos diversos autores, em vários países.*

*No entanto, poucos são os médicos ginecólogos que a têm estudado, isto porque, paradoxalmente, só os neuriatras e psiquiatras, investigavam neste sentido, dado que a "mulher fria" mais parecia enquadrar-se nos quadros nosológicos de suas especialidades.*

*Com o advento da orientação psicossomática, no entanto, o ginecologista contemporâneo viu alargados seus horizontes de investigação científica, de maneira incomensurável.*

*Ele não mais se ateria ao estudo dos distúrbios orgânicos e funcionais da medicina clássica e metódica, mas desdobraria seu campo de ação para as sendas nebulosas das manifestações anímicas, adotando, assim, um critério globalístico, único compatível com a realidade biopsicosociológica da criatura humana.*

*A Ginecologia Moderna, em sua preocupação do estudo integral da Mulher, equiparou-se às especialidades mais destacadas da Medicina.*

*Hoje, o estudo da "mulher fria" pertence tanto ao ginecólogo, como ao psiquiatra, e talvez, mais ao primeiro,*

porquanto à êle acorrem, primeiramente, as mulheres portadoras dêste distúrbio de sua função sexual.

Enquanto em nosso meio rarearem os sexologistas, verdadeiramente os mais indicados para o trato de tais pacientes, caberá aos ginecologistas esta importante tarefa.

E tal mister só poderão realizá-lo, com plenitude, se orientados psicossomàticamente.

A importância e o valor do estudo sôbre a "frigidez feminina" ganha superlativa evidência, no fato costumeiro de seu encontro habitual, bem como nas conseqüências desastrosas que a desvalorização do mesmo freqüentemente acarreta, em portadoras desta disfunção sexual, bem como na felicidade conjugal, criando incontornáveis e funestos desajustes.

Ora, o estudo do problema em si, como de sua realidade frente ao matrimônio, e perante à própria situação psicossomática da mulher, demonstra, à saciedade, estar longe da categoria de secundário, na escala valorizável das ginecopatias orgânicas, funcionais ou psíquicas, das enfêrmias.

Inteirados, pois, do grande interêsse e do real valor que um estudo sôbre a "frigidez feminina" poderia suscitar, encarecendo ainda que em nosso meio, até a presente data, nenhum outro trabalho foi realizado, especificamente, em tórno do assunto, conservando a certeza, por outro lado, que à luz de nossas observações, outros trabalhos haverão de surgir, com bastante mais brilho e precisão, foi que ousamos escolhê-lo para motivo dêste ESTUDO.

Sabemos que muito pouco andamos, porém, o fato de havermos arrojado mais uma pedra na estrada avariada e tortuosa da psicopatologia da "frigidez feminina", procurando contribuir, embora modestamente, em sua construção definitiva, muito nos conforta e anima.

Que sucedam à nós os verdadeiros obreiros dêstes ínvios caminhos, reparando-os, pela terraplenagem de suas fecundas e preciosas contribuições!



## I PARTE

# DISSERTAÇÃO HISTÓRICA

“Uma das vantagens da história, reside no fato dela impregnar o leitor com a noção da relatividade dos conhecimentos”.

LAIGNEL - LAVASTINE.

É bem possível que na Idade Antiga, os *assírios* e *babilônios* já se tivessem preocupado com o problema da libido sexual, no que tange à maior ou menor intensidade do orgasmo, bem como de sua ausência total ou parcial.

Não se referem os historiadores médicos, nem os pesquisadores dos documentos científicos, porventura ainda existentes, todos êles constituindo o acervo mais expressivo do repositório histórico-médico daquelas épocas, indicações precisas, objetivas e claras, sôbre o assunto que nos preocupa.

No entanto, podemos avaliar, pròximamente, em abono daquela assertiva primeira, se pelo método analógico, algo deduzindo, inferirmos dos conceitos emitidos, referentes aos conhecimentos e cuidados dispensados à genitália feminina, bem como dos preceitos higiênicos, ligados, de maneira direta ou indireta, ao consórcio carnal.

Se razões tais não bastassem, por insuficientes ou improváveis, outras, de ordem mesológica, poderíamos aventar. Pois, sabido é haverem os *assírios-babilônios* habitado a frondosa, ubérrima e saudável região, situada entre o Eufrates e o Tigre; cumpre dizermos, no ameno e temperado vale mesopotâmico.

Em tal vivência, como poderiam êles não ser tocados, em sua esfera biológica integral, pelas propícias condições climáticas, étnicas e sociais?

Não resta dúvida, por outro lado, haverem os problemas da vida ligados diretamente ao sexo, preocupado, de maneira acentuada, quase todos os pensadores e estudiosos orientais: germe que nasceu com êles, e cuja herança, ainda em nossos dias, perseguem com o mesmo interêsse.

Os conhecimentos que possuímos da medicina dêstes povos, provêm, na quase totalidade, da famosa biblioteca, composta de placas-de-argila, que ASSURBANIPAL, Rei da Assíria (668 - 626) fêz colecionar, descobertas, em 1849, nas escavações mandadas proceder por Sir AUSTIN HENRY LAYARD, junto ao monte Knonyunjik, terreno da antiga cidade de Nínive. Desta coleção documentária, con-

servam-se, nos dias atuais, cerca de 30.000 fragmentos, guardados que estão no Museu Britânico. Supõe-se haver sido a mesma composta de 100.000 tábuas-de-argila, originariamente. E por conterem preciosas inscrições suméricas, acreditam os historiadores remontarem as mesmas, ao terceiro milênio antes de JESUS CRISTO.

Nesta preciosa coleção, existiriam, por certo, indicações particulares, mais específicas, no que tange aos diversos problemas da vida sexual da mulher, bem assim como aquêles referentes ao estado matrimonial.

E se não afirme incidamos em meras cogitações especulativas; provam-no, à saciedade, as referências implícitas que se contém nas 30.000 tábuas restantes, no texto das quais, ressaltam evidentes conhecimentos das relações anatômicas dos órgãos genitais externos, como aliás já revelavam desenhos remotíssimos de origem babilônica, onde se procura representar a vulva. Por outro lado, neste particular, preocuparam-se os *assírios* e *babilônios*, com a questão da esterilidade feminina, bem assim como a da higiene dos órgãos genitais, devendo, tanto o homem, quanto a mulher, submeterem-se à meticulosa limpeza dos mesmos, após as relações sexuais. Também os ritos mágicos e as substâncias de encantamento, aliados a processos que a observação empírica demonstrara como úteis e eficazes, foram aplicados, com a finalidade de obterem a cura da "mulher fria", ou seja, daquelas criaturas que, nas relações sexuais matrimoniais, não experimentavam nenhum prazer, ou ainda, daquelas que, tomadas pelos "maus espíritos", eram levadas à diversas doenças, em consequência desta perturbação genésica.

## 2.

Das antigas civilizações dos *chineses* e *japoneses* quase nada sabemos, relativamente à medicina em geral, e, muito menos, à respeito da libido feminina.

Certos textos de conteúdo puramente literário e poético, fazem apenas entrever que na antiga China e Japão, tenham sido focalizadas algumas particularidades da vida sexual da mulher.

No entanto, foram seguramente utilizados por êles, certas bebidas e práticas mágicas, para conseguir despertar o amor das mulheres.

3.

O estudo das fontes históricas da antiga *medicina egípcia*, acha-se condensado, como sabemos, nos textos dos diversos “papiros”.

A maioria dos ainda existentes, com efeito, faz larga referência à patologia genital feminina. Assim o testemunha o conteúdo do “papiro” de KAHOUN (encontrado por FLINDERS PETRIE, no inverno de 1888 - † 1889, entre os escombros de KAHOUN, cidade da XII.<sup>a</sup> dinastia — 1900 anos A. C.); o “papiro” de EBERS<sup>(1)</sup>, certamente contemporâneo do de KAHOUN, e escrito cêrca do ano de 1550 A. C.; o “papiro” de HEARST<sup>(2)</sup> de conteúdo quase tão-somente cirúrgico; o “papiro” de BRUGSCH<sup>(3)</sup> — *papyrus berlinensis*, 3038 —, que data de uns 1350 anos A. C., e o “papiro” de Londres<sup>(4)</sup> — que se encontra no Museu Britânico sob o n.º 10.059 —, escrito uns 1.200 anos A. C.

Tais documentos, como dissemos, preocupam-se, grandementê, com o referente às moléstias da genitália feminina ou das íntimas relações sexuais da mulher.

No dizer de FISCHER, I., “as meninas, no antigo Egito, amadureciam, sexualmente, de uma forma precoce, e, portanto, contraíam núpcias muito jovens, aos doze ou quatorze anos. EBERS encontrou, em suas investigações, u’a mãe de nove anos. Como preparação para

1) Este “papiro” foi exumado em Tebas, e adquirido por JORGE MAURICIO EBERS (\* 1837 - † 1898), célebre novelista e orientalista alemão, durante o inverno de 1872/1873, constituindo um dos orgulhos da Biblioteca universitária de Leipzig. Tem 20,23 mts, de comprimento e 0,30 cms. de largura, compondo-se de 108 páginas de 20 a 22 linhas cada uma em média, num total de 2.289 linhas. Contém 875 prescrições médicas.

2) O “Papiro” de HEARST foi descoberto em 1901, por uma expedição americana da Califórnia. Contém 273 linhas e 260 prescrições, visando os males mais variados. E’ conservado na Universidade da Califórnia.

3) O “papiro” de BRUGSCH foi traduzido por HENRIQUE CARLOS BRUGSCH (\* 1827 - † 1894), célebre egiptólogo alemão. Mede 5,15 mts. havendo sido escrito no reinado de RAMSÉS II.<sup>o</sup>, que pertenceu a XIX.<sup>a</sup> dinastia. Encontrado dentro de um vaso de terra, perto das ruínas de Sakkara, em Mênfis, que foi a capital do Egito ao tempo da primeira dinastia faraônica.

4) Este “papiro” cuja origem remonta a XX.<sup>a</sup> dinastia, mede 2,10 mts. de comprimento. Originariamente, seu conteúdo encerraria a descrição de várias moléstias. Os fragmentos chegados até nós, tratam unicamente das queimaduras.



o casamento, ao menos nas épocas posteriores, efetivava-se a circuncisão das meninas. PLOSS nos prova esta afirmação, no que se refere ao antigo Egito, com uma passagem de um papiro grego, e foi também confirmada pelos curadores AMBRÓSIO, no século IV<sup>o</sup>, e PAULO DE EGINA, no século VII<sup>o</sup>, da Era Cristã. WINCKEL descreveu-a tal como é praticada hoje. Compreende-se que, tendo em conta o enorme papel que desempenhava a sexualidade na vida das egípcias, se desse mais importância então ao cuidado e à cosmética dos órgãos genitais, do que se lhes dá hoje. Assim o demonstram as receitas das defumações e das pastas perfumadas, além dos perfumes que se introduziam nos órgãos genitais, para que não cheiassem mal”(5).

Dos períodos acima exarados, fácil é o concluirmos quão importantes teriam sido, para os egípcios, as medidas e práticas, estritamente sexológicas, já que de maneira tão superlativa especulavam no terreno das ligações amorosas, por um número de recursos medicamentosos, rituais e cosméticos.

No entanto, maugrado as condições mesológicas e ambientais, em tudo e por tudo, favorecedoras e mantenedoras de um estado permanente de hipererotismo sexual, individual e coletivo, surpreende observar, no documentário existente, do grande número de preceitos e fórmulas medicamentosas, aconselhadas no tratamento da frieza sexual feminina. Esta ocorrência, por raciocínio inverso, faz supor da existência, em larga escala, desta perturbação da libido, nas mulheres egípcias daqueles tempos.

Interessa acentuar o fato de não somente ser medicada a mulher portadora de frieza sexual, mas, também procurar a “mulher fria”, no sexo oposto, esta mesma cura, untando-lhe o pene com determinadas substâncias, a fim de, com tal prática, conseguir aumento de seu próprio prazer.

Devemos acentuar aqui, que os egípcios primitivos, em suas práticas médicas e cirúrgicas, utilizaram, largamente, os métodos mágicos e encantamentos acreditando que a cura das várias moléstias do corpo só era possível mercê do concurso indissociável de algum

---

5) Veja-se FISCHER, I. — “Considerações Históricas”. Apud “Biologia e Patologia da Mulher”. Tomo I<sup>o</sup>, págs. 14-15. Editôra Guanabara, Rio de Janeiro, 1939.

tom sobrenatural. Tais considerações, valem em parte, também para os assírios e babilônios, porém em valorização menor.<sup>(6)</sup>

Se procurarmos, desta maneira, a *origem segura da atual corrente psicossomática em medicina*, certamente deveremos recuar aos egípcios contemporâneos ao Faraó RAMSÊS I.º, que foi rei dos egípcios, sendo o segundo dos monarcas pertencentes à 19.ª dinastia, e ao tempo do qual foi escrito um trabalho sôbre medicina, onde se encontram assertivas que justificam aquela origem.

GASTIGLIONI, A., em seu livro interessantíssimo, intitulado “Incantesimo e Magia”, publicado em Milão, em 1934, realiza um estudo, profundo e original, sôbre a matéria, analisando as práticas mágicas e os encantamentos, através de todos os tempos e povos.<sup>(7)</sup>

Comprovando a afirmação acima feita, relativamente a origem da medicina psicossomática, entre os egípcios, escreve CUMSTON, C. G.: “Por nossas idéias modernas, é difícil compreender como a medicina e a magia possam ser reunidas sob o mesmo título. Mas os egípcios assim o entendiam outrora, e nos escritos que êles nos legaram, muita vez, estas duas palavras, não fazem senão uma só. Outorgando a maior fé à medicina, é evidente sua avaliação de que um pequeno toque de sobrenatural não prejudicava a redação de uma fórmula. Por exemplo, a ordem de beber o leite de uma vaca não tendo ainda sido coberta, longe de lhes parecer estranha, constituía para êles uma prova do cuidado e da ciência de seus médicos. Ou melhor, quando u’a moléstia se declarava, procurava-se primeiramente ao mágico; se o paciente não curava com bastante presteza, então decidia-se à consulta com o médico; e de u’a maneira geral, pensava-se que uma feliz combinação de encantamentos e de medicina era o meio mais seguro para a obtenção de uma cura rápida. Existe um tratado sôbre a medicina egípcia, que data do reinado de RAMSÊS I.º, contendo um certo número de páginas “in-fólio”, compreendendo um prefácio, no qual o autor apresenta sua obra ao

---

6) Consultem-se as excelentes monografias:

CONTENAU, G.: “La Médecine en Assyrie et en Babylonie”. Liv. Maloine, editora. Paris, 1938. Págs.: 43 em diante, e 146 e seguintes.

CASTIGLIONI, A. — “Incantesimo e Magia”. Casa editôra A. Mondadori. Milão, 1934. Pág. 168.

7) Nesta obra, o Autor estuda, em 27 capítulos, através de 427 páginas, tudo o referente ao assunto.

público, do qual eis aqui um trecho: "Venho da Escola de medicina de Heliópolis onde os mestres veneráveis do grande templo inculcaram-me sua arte de curar, venho também da Escola ginecológica de Saís, onde as divinas mestras dictaram-me suas prescrições. Tenho em minha posse os encantamentos ditados por OSÍRIS pessoalmente, e meu guia foi sempre o deus TOTH. TOTH, o inventor da palavra e da escrita, autor de tantas prescrições infalíveis; TOTH, que dá glória e poder aos médicos e aos mágicos que seguem seus preceitos; os encantamentos são excelentes para os remédios e os remédios excelentes para os encantamentos!" A única indicação que desejamos reter destas poucas linhas — continua CUMSTON —, é que, para ser lido nesta época, um escritor científico devia se abonar ao deus TOTH. Elas nos mostram também quanto as práticas da magia eram populares no Egito e que se as utilizavam sobretudo como um adjuvante à medicina, quando os remédios científicos ficavam sem efeito. O leitor pôde verificar quanto, no antigo Egito, magia e medicina eram duas palavras intimamente ligadas e como seria impossível estudar uma sem a outra. Não esqueçamos, de resto, que mesmo nos dias atuais, o médico se pode ver forçado a desempenhar um papel de mágico, em particular, quando êle trata de moléstias nervosas, porque nestas afecções é necessário agir sobre o espírito, ao mesmo tempo que sobre o corpo.<sup>(8)</sup>.

#### 4.

Judeus.

Dos primitivos *judeus*, em verdade, pouco sabemos com relação ao problema da "mulher fria", pois somente à Biblia nos podemos reportar, em busca de algum esclarecimento, já que nenhum outro escrito foi por êles legado à posteridade.

Permeio suas páginas, em mistura à concepções puramente anímicas e teológicas, vamos encontrar algumas citações, relativamente à menstruação. Quando as mulheres se encontravam em tal eventualidade biológica, afirmavam os *judeus* estarem elas "impuras", e, portanto, eram "tabu", sendo interdito ao homem, manter re-

---

8) Apud CUMSTON, C. G. — "Histoire de la Médecine du Temps des Pharaons jusqu' au XVIII<sup>e</sup> Siècle". Trad. de Mme. DUPAN DE FLORAN. Ed. La Renaissance du Livre. Paris, 1931. Págs.: 43-44.

lações sexuais. Esta interdição durava sete dias, embora, antes deste tempo, a mulher tivesse ficado boa.

Além de certas práticas que poderiam ser consideradas de ordem higiênica, mas que, na realidade, obedeciam mais a concepções místicas, preocuparam-se os *judeus* com o problema da esterilidade feminina — considerada um castigo divino. E, neste particular, duvidam os historiadores, na justa interpretação das chamadas “maças-de-amor”, de LIA — identificadas como os frutos da mandrágora: teriam sido elas aplicadas como remédios curativos da esterilidade feminina, ou desempenhariam valiosos recursos afrodisíacos para a exaltação do amor sexual?

## 5.

Na Ásia Ocidental, por sua vez, os *hindus* lograram um grande desenvolvimento da arte médica, o que, aliás, pode ser facilmente comprovado na extensa literatura mágico-filosófica, legada aos pósteros, por aquêles encarregados da arte-de-curar.

Índia.

Já ao tempo dos primitivos Vedas existem algumas referências, relativamente aos órgãos genitais externos da mulher, bem assim como alguns de seus caracteres sexuais secundários (pêlos da vulva e do monte de Vênus), referindo-se a mulher como sendo “largade-quadris”. Observação morfológica em cuja comprovação concorreu tôda doutrina da constitucionalística posterior.

Além de citarem alguns dados sôbre a menstruação, e outros relativos às hemorragias oriundas do defloramento, mencionaram, de modo todo especial, as causas da esterilidade feminina, que, segundo êles, eram devidas aos “espíritos obstrutivos”.

A magia e os exorcismos, entravam na terapêutica, com a finalidade de se conseguir a concepção difícil, dando-se, ao mesmo tempo, à mulher estéril, certas drogas de efeito germinativo, como também ervas e plantas, especialmente recomendadas para gerar filhos.

Se tais problemas, ligados diretamente à vida sexual da mulher, constituíram matéria de prolixa cogitação dos primitivos *hindus*, lógico é supormos que, para êles, igualmente não passaram despercebidas, embora de maneira vaga, as ocorrências do próprio consórcio



carnal, tal como a apreciação da “mulher fria” e sua conseqüente medicação, quer por intermédio de medidas empíricas, baseadas no fruto da observação dispersa, quer na utilização de ritos mágicos ou exorcismos adequados.

Já em épocas posteriores aos Vedas, nas obras de SUSRUTA e CARAKA, surgem conhecimentos e ilustrações anátomo-fisiológicas, que dizem com bastante mais eloqüência, à respeito não só das ginecopatias pròpriamente ditas, mas, também, do problema da vida sexual feminina.

Assim, entre outros dados de grande importância para a historiologia médica, nas diversas especialidades, sabe-se que, no domínio da ginecologia, as causas das doenças eram atribuídas à anomalias constitucionais, às perturbações da menstruação, ao sêmen putrefato, ao excesso da libido, e, sobretudo, quando o marido tinha um pene excessivamente desenvolvido.<sup>9)</sup>

Além disto, certos preceitos para a higiene íntima da mulher, bem como a indicação de meios concepacionais e anticoncepacionais, no terreno da esterilidade, e de certas ginecopatias, tudo indica haver sido a libido objeto de acurada terapêutica.

E, se não bastassem tais deduções lógicas, o fato de haverem os médicos hindus exarado diversas prescrições para controlar o excesso da libido, necessariamente, te-los-ia conduzido ao estudo do fenômeno oposto, ou seja, da frieza sexual.

## 6.

**Persas.** Dos *persas* podemos firmar, “mutatis mutantis”, as mesmas considerações, embora, entre êles, a medicina não houvesse logrado o desenvolvimento e o progresso atingido por seus vizinhos hindus.

Mas, as considerações que deixaram sôbre a menstruação, o abôrto, a esterilidade, algumas ginecopatias, e, principalmente, por aquelas referentes ao sêmen masculino e feminino, deixam bem claro de sua preocupação constante aos problemas ligados à maior ou menor intensidade da libido feminina, nos contatos sexuais.

---

9) Apresentação do problema da dispareunia, por desproporção física entre os órgãos genitais da mulher e do homem.

## 7.

A civilização grega, por sua vez, dadas as multiformes concepções filosóficas, licenciosidade de costumes, certas diretrizes político-sociais e o grande e notável surto do progresso, em todos os ramos do conhecimento humano, particularmente, no setor das artes puras ou aplicadas, teve, por corolário necessário, preocupações bastante acentuadas com relação, não só ao estudo e conhecimento da mulher em seu todo, ou em parte, mas também, às moléstias e perturbações que incidiam em seu aparelho genital, assim como tudo aquilo referente à sua vida sexual propriamente dita. Pois, com efeito, não ignoramos o relevante papel desempenhado pela mulher grega, sob o ponto de vista sexual, nos muitíssimos e freqüentes festins populares ou privados.

Na Era Pré-hipocrática, embora nenhum médico de saliência a história mencione, repontam as opiniões filosófico-médicas, dos então pontífices do pensamento puro, abordando os temas da menstruação, da gravidez e do parto, do puerpério, da função mamária, de certas ginecopatias (prolápso uterino), da cesárea no cadáver, da esterilidade, etc. etc., podendo-se afirmar que nenhum filósofo deixou de emitir seu parecer sobre assuntos médicos, em geral, e, particularmente, sobre a tocoginecologia.

Nesta linha de julgamento, enfileiram-se os nomes de ALCMEÓN, pertencente à “escola pitagórica”, que, além de filósofo, era também médico (reconheceu o cérebro como órgão central da sensibilidade); DEMÓCRITO (° 460 - † 370 A. C.), verdadeiro plasmador da “teoria atômica”; NIPÓN, DIÓGENES, de Apolônia, EMPÉDOCLES, de Agrigento (° 395 - † 435 A. C.), que pertenceu à “escola jônica” e criou a “teoria dos quatro elementos” — ar, água, terra e fogo —, cuja aceitação por ARISTÓTELES, incluiu largamente no desenvolvimento da ciência posterior, em um período de quase duzentos anos; PITÁGORAS, de Samos (Sec. VI.º A. C.), fundador da “escola itálica”; EPICARMO (° 550 - † 460 A. C.), ARISTÓFANES (° 446 - † 385 A. C.), EURIFÓN, PARMÊNIDES (° 540 A. C.), discípulo de XENÓFANES (° 576 - † 480 A. C.), pertencente à “escola eleática”; ANAXÁGORAS de Clazomena (° 500 - † 428 A. C.), pertencente à “escola jônica”; HERÁCLITO, de Éfeso

Grécia.

(<sup>o</sup> 535 - † 475 A. C.), verdadeiro criador da doutrina do dinamismo universal, também pertencente à “escola jônica”..., e muitos outros, todos êles, abordando, direta ou indiretamente, o estudo da mulher, quer em suas próprias moléstias genitais, quer em suas disfunções ou desvios sexuais. Nas obras dêstes filósofos, podem ser encontradas, de maneira esparsa, várias referências sôbre o valor e a importância da libido sexual feminina.

À título de curiosidade histórica, não podemos deixar de referir o fato de ser utilizado, na Era Pré-hipocrática, o “sono nos templos”, para a cura de várias enfermidades, entre as quais, a esterilidade feminina. Não sabemos ao certo, se tais “curas-pelo-sono”, realizadas em Templos especificamente indicados, por exemplo, no de Apolo, foram também empregadas para o tratamento e a cura das “mulheres frias”, sexualmente. De qualquer modo, porém, não esqueçamos, que os gregos pré-hipocráticos devem ser considerados, na história da medicina, como os introdutores desta modalidade terapêutica — cura onírica — que tanto valor e importância ganhou, posteriormente, nas mãos de vários pioneiros, dedicados ao estudo da mulher integral, encontrando naquele método, um vasto e precioso recurso clínico, para o levantamento psicológico da mulher, em sua vivência biopsicossociológica, como, de-resto, mais adiante, salientaremos.

Com o advento de HIPÓCRATES (<sup>o</sup> 460 - † 380 A. C.) e de seus discípulos, houve u'a modificação fundamental das concepções médicas, como, aliás, da própria medicina, que passou a ser ensinada e aplicada, de maneira metódica, em base científica, oriunda da justa observação dos enfermos, do estudo próprio e analógico de seus sintomas, e da conseqüente conduta terapêutica.

Além de existirem muitíssimas referências às moléstias da mulher, nos vários escritos do “Corpus Hippocraticum”, como em vários outros de seus sucessores, pela primeira vez, nesta época de alvorada para tôda a medicina, foi feita específica e concreta valorização do componente psíquico, na gênese de certas perturbações gênitosssexuais femininas. Nesta orientação, declarava SÓCRATES (<sup>o</sup> 469 - † 399 A. C.), que a cultura dos trácios era superior a dos gregos, porque aquêles afirmavam não ser possível a cura do corpo, sem a prévia cura do espírito. “Esta, lhes digo — asseverava êle —, é razão de nossos médicos desconhecerem a cura de muitas enfer-

midades”. E, noutro trecho: “tudo procede da alma, o bom e o mau, e daí se irradia para o corpo e para todo o homem. É ela, pois, que precisa ser tratada primeiro e mais cuidadosamente”.<sup>(10)</sup>.

Na patologia hipocrática foram distinguidos, de maneira específica, o homem e a mulher, sendo consideradas suas moléstias, separadamente. Tal distinção, era feita “não só pelo seu sexo, como também, pela estrutura e composição de seu organismo. Nesta distinção, desempenha papel principal, a maior umidade nos tecidos femininos, com o que estiveram de acôrdo os médicos da “escola cnídica” e os da “escola cóica”. Divergem, entretanto, algo em relação à natureza mais ou menos ardente ou fria da mulher. A “escola cnídica”, advogou em favor da natureza ardente, e teve em PARMÊNIDES, seu primeiro defensor. “A escola cóica”, representante da opinião de EMPÉDOCLES, admitia a natureza fria da mulher.”<sup>(11)</sup>.

Além das circunstâncias de ordem geral, tinham muito em conta, a idade, a estação, a localidade, as condições climáticas, o temperamento e a constituição, pois, as mulheres frias, são úmidas, e propensas a fluxos, enquanto as ardentes, são sêcas, e propensas à retenção de fluxos; as excessivamente louras, são úmidas, e propensas, no máximo grau, a fluxos; as morenas, são mais sêcas e de constituição mais forte; as de cabelos castanhos, ocupam o ponto intermediário. Fizeram ressaltar os hipocráticos que o tratamento das doenças da mulher era muito diferente do das doenças do homem, e, que convinha instituí-lo o mais precocemente possível. Em cada tratamento, concedia-se muita importância à dieta correspondente”.<sup>(12)</sup>.

Orientados pela doutrina humoral, consideravam os hipocráticos o indivíduo em sua totalidade e conforme o sexo a que pertencia. Nestas cogitações, de acôrdo com o acima exposto, distinguiam, no sexo feminino, as mulheres em frias, indiferentes ou ardentes. E, segundo esta classificação, grupavam as mulheres pela maior, menor ou ausência de intensidade, quanto ao impulso sexual e a realização do ato sexual.

10) MEDINA, J. — “Medicina Psicossomática”. Apud. “Maternidade e Infância”. Vol. VI, Ano IV; 17; p. 26; set-out.; 1948.

11) In FISCHER, I. — Op. Cit.; págs.: 39/40.

12) In FISCHER, I. — Op. Cit.; pág.: 40.



Conhecida é a seguinte passagem histórica, em que teve o Pai da Medicina, como protagonista central: “HIPÓCRATES tratava conjuntamente com EURIFON, de Cnide, médico mais velho do que êle, do jovem PÉRDICAS, filho de ALEXANDRE, rei da Macedônia. O príncipe estaria atacado de uma febre lenta, cuja causa não havia até então sido descoberta e que lhe minava as fôrças e o conduzia rapidamente ao túmulo. A sagacidade do jovem médico não tardou a atinar com a causa da moléstia, que seria moral. Ao observar atentamente a conduta, os gestos, as palavras e até as mais leves impressões do seu doente, percebeu HIPÓCRATES que a presença de FILA, antiga amante do pai do doente, fazia com que êste mudasse de côr. Concluiu daí que o amor havia causado a doença e que só pela sua satisfação poderia o príncipe obter a cura almejada: E como a linda FILA não se mostrasse insensível ao estado do jovem príncipe, não foi difícil a aplicação de um doce remédio, que teve o mais feliz sucesso”.<sup>(13)</sup>.

Entre os sucessores de HIPÓCRATES, o dogmático DÍOCLES, de Caristo, que viveu na primeira metade do século IV.<sup>o</sup> A. C., tinha muito em conta a constituição da mulher, principalmente, no prognóstico do parto, mas também, a constituição desempenharia papel importante na gênese e no evolver das ginecopatias. No que tange ao parto, afirmava que as mulheres leucoflemáticas e ardentes, costumavam dar a luz com mais dificuldade.

PLATÃO (° 429 - † 327 A. C.) ocupou-se de maneira muito vaga, referentemente às condições da vida sexual feminina, porém, não deixou de emitir acertados conceitos com relação às intercorrelações psicofísicas. “Se queres que funcionem bem o corpo e a cabeça — disse êle — deves começar por sanar a alma.” E, mais adiante: “a maior falta no tratamento das enfermidades consiste em haver médico para o corpo e médico para a alma, quando o corporal é inseparável do espiritual”.<sup>(14)</sup>.

Em uma das muitas obras dêste insigne filósofo — “O Banquete” —, encontra-se esboçada, de maneira clara, a noção da bissexualidade da criatura humana. Tal pormenor importa salientarmos, nesta altura, porquanto a investigação científica posterior, firmaria o

---

13) In MEDINA, J. — Op. Cit.; pág.: 26.

14) In MEDINA, J. — Op. Cit.; pág.: 26.

conceito da existência da bissexualidade individual, tanto física, como mentalmente.

No célebre diálogo, acima citado, com efeito, afirma-se que “outrora, o homem fôra uma criatura completamente diferente, um ser fisicamente duplo, em que coexistiam ambos os sexos. Tendo estas criaturas se tornado arrogantes, foram divididas em duas metades por Júpiter. A pele foi, depois, repuxada e cosida, e as cabeças foram viradas para frente, criando-se, assim, os dois sexos diferentes. Desde então, êstes dois sexos têm estado lutando para reunir-se”. (15).

ARISTÓTELES (° 384 - † 323 A. C.), faz aproximações mais precisas em tôrno do assunto. O célebre estagirista, criador da “escola peripatética”, filosofou e observou, com efeito, largamente, sôbre as ciências naturais, nela incluindo, com muito pormenor, o estudo da criatura humana. Além de vários aspectos atinentes à biologia feminina, ressaltou as manifestações fisiológicas ligadas à puberdade; afirmou que a mulher diferenciava-se do homem, tanto por seu corpo, quanto pelas propriedades de seu organismo; a mulher em muito se parecia com o menino, considerando-a, até certo ponto, como um homem infecundo; estudou várias enfermidades ginecológicas, entre as quais, a esterilidade e a infecundidade; e, por último, para que houvesse a concepção, seria necessário a conjugação recíproca tanto do sêmen masculino, quanto do feminino, obtida, esta última, pelo orgasmo, fato que evidencia como se deduz, da importância atribuída à libido feminina.

LICOS, que viveu, aproximadamente, cêrca do ano 100 A. C. e pertenceu à chamada “escola alexandrina” ou “escola dos empíricos”, além de haver, em primeiro, recomendado a terapêutica por via retal em certas ginecopatias, isto baseado na estreita relação anatômica existente entre o reto e a vagina, aconselhou, também, pela primeira vez, de maneira oficial, o “coitus a posteriori”, denominado por OREIBÁSIO, de Pérgamo (° 325 - † 403 D. C.), “admictiones de retro”, o que revela haver êste autor também se preocupado com temas ginecossexológicos.

---

15) BRILL, A. A. — In LORAND, A. — “A Moderna Psicanálise”. Ed. Gertum Carneiro. Rio, 1949. Pág.: 235. Veja-se: PLATÃO — “O Banquete”. Ed. Cultura Brasileira. São Paulo, 1936. Capítulo do “discurso de ARISTÓFANES”. Págs. 57 e seg.

Quem se deve haver ocupado, em particular, do estudo da vida sexual da mulher, foi SORANO, de Éfeso, que viveu no princípio do século II.<sup>o</sup> da Era Cristã, realizador de profundos e exatos estudos em tórno da anatomia, fisiologia, patologia, higiene e terapêutica, das enfermidades próprias dêste sexo. Infelizmente, porém, tais concepções ficaram certamente perdidas para o nosso conhecimento, assim como, perdidos ficaram, seus livros “Sôbre o Sêmen” e “Contra-Natura”.

Nesta ordem de idéias, também podemos enquadrar a CÉLIO AURELIANO, que viveu no século V.<sup>o</sup> da Era Cristã, e autor de um livro intitulado “Libri Mulieribus”.

De RUFO, de Éfeso, médico ilustre, pertencente ao chamado grupos dos “eclétricos”, que viveu no primeiro século da Era Cristã, só faremos referência, por haver mencionado em suas obras, pela primeira vez, o térmo “clítoris”, para designar o órgão de maior sensibilidade erótica da mulher.

Em GALENO (° 129 - † 199 D. C.) vamos, no entanto, encontrar referências específicas no que tange às relações sexuais.

Segundo sua descrição, “a nautreza, para que se não acabasse a humanidade, havia criado a sensação sexual voluptuosa, provocada por substâncias irritantes que circulavam com o sangue pelos órgãos genitais. Tais substâncias procediam da metade esquerda do útero, por esta metade receber da artéria renal esquerda, substâncias ardentes e irritantes. Também intervinham na sensação do prazer produzida pelo coito, os corpúsculos situados de cada lado do colo da bexiga, corpúsculos glandulares, em que se formava uma espécie de esperma, de composição muito fluída. GALENO dizia que os homens notam que se umedecem durante os contatos sexuais, e atribuiu êste fato à secreção de tais corpúsculos, afirmando que existiam glândulas análogas na faringe, na língua, na traquéia e nas vísceras”. (16).

GALENO admitia, como os hipocráticos, a existência dos dois sêmens, masculino e feminino, que se produziriam, simultâneamente, quando do clímace sexual.

Como era fundamental a produção do orgasmo sexual feminino, porque dêle dependia a abertura do útero, para a conseqüente absor-

---

16) In FISCHER, I. — Op. Cit.; pág. 67.

ção do sêmen masculino, compreende-se que, nas mulheres frias, tal não ocorrendo, instalava-se a esterilidade, permanente ou transitória, sendo estas criaturas passíveis de tratamento. Pois, uma das funções principais do sêmen feminino, além de produzir aquela abertura do orifício da matriz e nutrir o sêmen masculino, consistia em excitar os contatos sexuais. Quando, por hipererotismo sexual, o ume-decimento vulvar era sobremodo intenso, recomendava prescrições terapêuticas especiais.

8.

Tanto nos autores *romanos* anteriores a ÁULIO CORNÉLIO CELSO (que viveu em princípios do século I.º da Era Cristã, autor de uma famosa obra "De Artibus", onde se incluía a parte referente à medicina, mais tarde encontrada pelo Papa NICOLAU V.º (º 1397 - † 1455) e publicada em Florença, em 1478, sob o título "De Re Medica"), como nos próprios escritos dêste consagrado escritor das coisas médicas (os historiadores ainda hoje disputam se CELSO foi médico ou não!), bem assim como em CÁIO PLÍNIO SEGUNDO (27 - † 79 D. C.), e em épocas romanas posteriores, nada existe de positivo em tôrno do assunto que nos interessa, embora saibamos, mercê escritos leigos, hajam os romanos, em tôdas as épocas, voltado sua atenção para os problemas da vida sexual.

Parece certo, que o livro de TEODORO PRISCIANUS, que viveu no final do século IV.º D. C., intitulado "Artis Meae Dulce Ministerium", dedicado a u'a mulher chamada Vitória ou Salvina, nada contém de particular quanto à vida sexual da mulher, embora o título do mesmo algo sugira, neste sentido.

9.

Já nos primórdios da Idade Média, relativamente à *medicina bizantina*, a literatura histórica, como veículo de síntese a consultar, poucos elementos oferece, porquanto falecem, em nosso meio, traduções daquelas obras clássicas.

Assim, ignoramos se nos 14 capítulos do livro "Aspásia", encontram-se referências sôbre a vida sexual da mulher, ou se foi encarado o problema da anestesia ou hipoestesia sexual feminina. O

**Romanos.**

**Medicina  
Bizantina**



fato é que, nos referidos capítulos, são estudadas várias ginecopatias, o abôrto artificial, tendo sido referida uma afecção do focinho de tenca, muitíssimo semelhante aos óvulos de NABOTH.

Outro tanto poderíamos dizer de vários autores célebres, desta época, entre os quais, cumpre citarmos os nomes de AÉCIO, de Amida, que viveu na primeira metade do século VI.<sup>o</sup>, ALEXANDRE, de Trales (° 525 - † 605), PAULO, de Egina, que viveu no século VII.<sup>o</sup>, JOÃO ALEXANDRINO, MELÉCIO, LÉO, que viveu no século X.<sup>o</sup>, TEÓFANO MENOS (° 912 - † 959), MIQUEL PSELOS, que viveu na segunda parte do século XI.<sup>o</sup>, ESTEFÂNIO MAGNETES, que viveu no século XI.<sup>o</sup>, NICOLAU MIREP-SOS, que viveu no século XIII.<sup>o</sup>, e, por último, JOÃO ACTÚRIO, que viveu no século XIV.<sup>o</sup>.

Todos êstes autores, pertencentes à “escola de Bizâncio”, salientaram-se por estudos e observações acuradas em tocoginecologia, e, necessariamente, teriam abordado temas sexológicos.

## 10.

### Árabes.

Entre os *árabes* as questões relativas ao sexo, bem como o cultivo e aprimoramento das relações sexuais, ganharam grande desenvolvimento, pelo menos assim o testemunha a extensa bagagem literária dos escritores árabes.

Se tanto ocorre na literatura leiga, o contrário sucede nas fontes científicas, onde, pelo menos, tais assuntos não têm aquela mesma intensidade, nem guardam idêntico colorido.

RAZES, ALI-ABRAS, ALBUCASIN, AVICENA (° 980 - † 1073), ALI-DSCHEZLA e AVENZOAR, entre outros, dedicaram extensos trabalhos à ginecologia, repontando, entre alguns capítulos de suas sempre extensas produções científicas, alguns pormenores sôbre o coito e a libido feminina.

Em AVERROES (° 1126 - † 1198), contudo, nota-se a afirmativa especial — pela primeira vez na história da medicina —, de poderem as mulheres engravidar, embora “não sentissem durante o coito, sensações voluptuosas, como acontecia, às vêzes, nos casos de violação, e podia-se dar também se a dama se banhasse na água em que houvesse vertido sêmen algum homem (apresentação do

problema das gravidezes por banhos, que já consta no “Talmud”).” (17).

Ora, tal referência de AVERROES, deixa bem claro haver êste renomado autor da civilização árabe, abordado, em suas obras, o estudo da libido feminina.

Citação especial merece MAHOMET (° 571 - † 632), fundador da religião muçulmana, que em suas revelações místicas, reunidas no famoso “Corão”, livro sagrado do mundo islâmico, várias e longas referências faz sôbre o amor e o matrimônio, abordando a questão da libido sexual feminina. (18).

## 11.

Entre os autores *germanos* merece citação tôda especial, o dinamarquês ENRIQUE HARPESTRENG, que morreu em 1244, simultâneamente, médico e cônego, que escreveu um livro de conteúdo ginecológico, onde é estudada, entre outras enfermidades, a volubilidade da mulher.

Germanos.

## 12.

Os autores pertencentes à “*escola de Salerno*”, em vários de seus livros, preocuparam-se com o estudo do coito, bem como da libido feminina e masculina.

Escola  
de  
Salerno.

Assim, na obra de CONSTANTINO, o Africano, que nasceu em Cártago mais ou menos no ano 1020, intitulada “De Mulierum Morbis”, encontra-se um apêndice, denominado “De Coitu”.

Nos famosos compêndios “De Aegritudium Curatione”, “Regimen Sanitatis Salernitarum”, “De Secretis Mulierum”, e nas “Tabulae Magistri Petri Maranchi”, existem indicações esparsas sôbre a conduta sexual feminina, bem como observações quanto à sua maior ou menor volubilidade sexual.

17) In FISCHER, I. — Op. Cit.; pág.: 85/86.

18) Consulte-se à êste respeito a excelente monografia de ALI, B — “El Amor, El Matrimonio y La Justicia segun El Coran”. Trad. de V. Marco Miranda. Editorial Arábico — Argentina “El Nilo”. B. Aires. 1948.

13.

Mas, inegavelmente, cabe à HILDEGARDA, de Rupertsberg (° 1099 - † 1179), conhecida no mundo canônico, como Santa Hildegarda, um papel de saliência, em nosso apanhado histórico, mercê de suas interessantes divagações místico-filosóficas sobre a vida sexual da mulher.

Denomina a libido feminina de "Delectatio", e a compara "com o sol provê incessantemente a terra das calorias necessárias para que frutifiquem suas sementes; se, porém, esta provisão é excessiva, isto é, maior do que a que necessita o crescimento normal, então sofre o fruto. A libido feminina é de menor intensidade que a do homem; a mulher pode também suportar mais facilmente a abstinência que o homem, não só por temor ou pudor, mas também porque é nela mais rara e mais escassa a ejaculação do sêmen". (19).

14.

No decorrer do século XIII.º, entre autores de real valor histórico, pelo elevado mérito de suas produções científicas ou pseudo-médicas, dedicadas especialmente à tocoginecologia, entre os quais, GUALTERUS AGULINUS, PETRUS HISPANUS († 1277), GILBERTUS ANGLICUS, BRUNO, de Longoburgo, GUILHERME, de Saliceto, LANFRANCO, de Milão († 1306), BERNARDO DE GORDON, são nomes que merecem citados, pois, em vários de seus trabalhos, abordaram problemas relacionados à libido feminina, embora um tanto perfunctòriamente.

ARNALDO, de Vilanova (° 1234 - † 1311) escreveu um livro, com o título "De Coitu", porém, esta obra tem maior interêsse na exposição de sua doutrina embriológica.

À ALBERTO, de Bollstädt (° 1193 - † 1280), que foi bispo de Regensburg, e mais conhecido na historiologia médica, por ALBERTO MAGNO, devem-se admiráveis estudos e observações, no que tange à tocoginecologia.

19) In FISCHER, I. — Op. Cit.; pág. 93.

Santa  
Hilde-  
garda.

Século  
XIII.º

Que se preocupou com o problema sexual da mulher, provam-no vários capítulos de suas inúmeras obras científicas. Assim, em seu livro "De Animalibus", descreve uma nova modalidade de abertura do útero, durante o coito: "os testículos femininos, unidos aos cornos do útero; êstes cornos "in delectatione coitus et concupiscentia coitus quae est ante delectationem", sofrem, em ambos os lados, certa tensão, que faz com que se abra o focinho de tenca, dilatando-se e absorvendo o esperma". (20).

Durante o século XIII.<sup>o</sup>, muitos livros e enciclopédias foram dados à luz da publicidade, a maioria dêles constituindo intermináveis codificações dos conhecimentos médico-científicos até então hauridos.

Neste grupo estão: a) o famoso livro "De Secretis Mulierum", assinado por ALBERTO MAGNO, porém provavelmente, não escrito por êle; b) o "Der Weiber Natürliche Heymlichkeiten" (os mistérios naturais das mulheres); c) o "Rosengarten" (jardim das rosas), de ROESSLIN; d) a "Frawen-Artznei" (medicina das mulheres), de JOHANN CUBA, e e) o "Lassftafeln" (tábuas dos vícios) — livros êstes, nas páginas dos quais é tratada, entre outros assuntos, ligados à vida sexual da mulher, algumas vêzes, a questão da libido.

## 15.

Durante o século XIV.<sup>o</sup>, tanto na Itália, como na França, e menos na Inglaterra, surgiram várias publicações leigas sôbre a conduta sexual da mulher, abordando, de modo romântico, com fins estritamente comerciais, certos aspectos da mulher hipererótica, como também daquela destituída de qualquer prazer sexual.

Tais publicações, sem valor científico algum, falam, com efeito, nas "mulheres ardentes", ou, pelo contrário, nas "mulheres lânguidas".

Na produção científica dos autores de maior projeção médica dêste século, tais como: MESUE Jr., GUILHERME VARIGNANA († 1330), DINO DE GARBO († 1327), TOMAZ DE GARBO († 1370), NICOLAU BERTRUCCI († 1347), GENTILE FULGENUS († 1348), JACO DELLA TORRE († 1413), GUÝ DE CHAU-

Século  
XIV.<sup>o</sup>

20) In FISCHER, I. — Op. Cit.: pág. 98.

LIAC († 1368) e JOÃO DE GADDESSEN (° 1280 - † 1361), não se encontra, realmente, estudo digno de evidência sobre o assunto que nos interessa. Contém, por vezes, esparsas referências, a maioria, repetindo concepções de autores antigos.

## 16.

Século  
XV.º

O século XV.º encerra o ciclo histórico do extenso período, denominado, pela maioria dos historiadores, da Idade Média, ou então, “período-de-trevas” da história geral.

Em trabalho publicado recentemente (21), já demonstrámos que em verdade, a Idade Média, longe está de ser “período-de-trevas”, pois, no seu decurso, muito fizeram e produziram os autores médicos, para sedimentação dos conhecimentos antigos, como também, apresentaram, com freqüência, contribuição própria e original, nos diversos setores, objeto de suas investigações.

Dos diversos autores, que produziram obra científica em tocoginecologia deste século, entre os quais, merecem citados, HUGO SIENENSIS († 1439), ANTÔNIO GUAINÉRIO († 1445), BARTOLOMEU MONTAGNANA († 1470), MATEUS DE GRADIBUS († 1480), ANTÔNIO BENEVIENI (° 1460 - † 1525), JOÃO ARCULANO († 1460), MARCO GATENÁRIA († 1496), PEDRO DE ARGELATA († 1423) e VALESCO DE TARANTA.

Além destes, contudo, em nosso estudo, ganha realce todo particular, o nome de JOÃO MIGUEL SAVONAROLA (° 1390 - † 1462), professor em Pádua e Ferrara, que produziu vários trabalhos relacionados a diversas ginecopatias. Em seu livro “Practica de Aegritudinibus a capite ad pedes”, entre outros estados mórbidos da mulher, faz a descrição da “anestesia sexual”.

Puro interêsse histórico, que assinalamos de passagem, foi o fato de haver, neste século, JOÃO ARCULANO, acima citado, descrito, pela primeira vez, o “quisto do ovário”, sob o nome de “mola”.

Interessa anotar, nesta altura, que em fins do século XV.º, surgiu, na Alemanha, um livro que se tornou clássico em tocoginecologia, denominado “Frauenbüchlein”, cujo autor parece ter sido OR-

---

21) FARIA, T. V. — “A Ginecologia Na Idade Média”. Apud “Rev. Med. R. G. do Sul”. Vol. V, Ano 5:30; julho-agosto; 1949.



TOLFF von BAYERLAND, no qual são tratadas quase tôdas as enfermidades da mulher, conhecidas até então, bem assim como são apresentadas novas observações de intercorrências sintomáticas ainda não descritas. Neste livro também se faz referência ao problema da libido feminina.

### 17.

O século XVI.<sup>o</sup> marcaria um novo surto de progresso no campo da medicina em geral, em consequência das fundamentais renovações efetuadas no domínio da pesquisa e da investigação anatômica e fisiológica.

No entanto, as novas verificações não foram aceitas de imediato, entrando para o domínio da prática médica, de maneira lenta.

Isto explica, de resto, que ao findar êste século, a tocoginecologia muito pouco houvesse logrado de positivo, se comparada ao século anterior.

Produziram obras sôbre as diversas tocoginecopatias, JOÃO LANGE, JOÃO WEYER (° 1515 - † 1588), PARACELSO (° 1493 - † 1541), GASPAR BAUHIN (° 1560 - † 1624), FRANCISCO JÖEL († 1579), AMBRÓSIO PARÉ (° 1517), MARTIM AKAKIA († 1588), GUILHERME BAILLOU (° 1538 - † 1616), REALDO COLOMBO (° 1510), GIROLAMO MERCURIALE (° 1530 - † 1600), JOÃO BATISTA DA MONTE, TADDEO DUNO (° 1523 - † 1613), GIOVANNI MARINELLO, LUIZ DE MERCADO (° 1541 - † 1606), CRISTÓVÃO DE VEGA e AMATUS LUSITANUS, nas quais podem ser encontradas várias indicações relativas à libido feminina.

AURÉOLO FELIPE TEOFRASTO BOMBASTO, de Hohenheim (PARACELSO), particularmente, em sua "Opus Paramirum", Livro IV.<sup>o</sup>, intitulado "Liber Matricis Sive Matrice", que trata das causas e origens de tôdas as enfermidades das mulheres, incluindo as que lhe são comuns com as dos homens, bem assim como aquelas que lhe são específicas, permeio uma complexa construção filosófica-teológica-empírica-astrológica e naturalista, aborda, em 20 capítulos, de maneira interessante, mas um pouco confusa, não só os aspectos físicos das diversas ginecopatias, como igualmente, o papel importante das influências anímicas na gênese e manutenção das mes-

Século  
XVI.<sup>o</sup>

TOLFF von BAYERLAND, no qual são tratadas quase tôdas as enfermidades da mulher, conhecidas até então, bem assim como são apresentadas novas observações de intercorrências sintomáticas ainda não descritas. Neste livro também se faz referência ao problema da libido feminina.

17.

O século XVI.<sup>o</sup> marcaria um novo surto de progresso no campo da medicina em geral, em consequência das fundamentais renovações efetuadas no domínio da pesquisa e da investigação anatômica e fisiológica.

No entanto, as novas verificações não foram aceitas de imediato, entrando para o domínio da prática médica, de maneira lenta.

Isto explica, de resto, que ao findar êste século, a tocoginecologia muito pouco houvesse logrado de positivo, se comparada ao século anterior.

Produziram obras sôbre as diversas tocoginecopatias, JOÃO LANGE, JOÃO WEYER (° 1515 - † 1588), PARACELSO (° 1493 - † 1541), GASPAR BAUHIN (° 1560 - † 1624), FRANCISCO JÖEL († 1579), AMBRÓSIO PARÉ (° 1517), MARTIM AKAKIA († 1588), GUILHERME BAILLOU (° 1538 - † 1616), REALDO COLOMBO (° 1510), GIROLAMO MERCURIALE (° 1530 - † 1600), JOÃO BATISTA DA MONTE, TADDEO DUNO (° 1523 - † 1613), GIOVANNI MARINELLO, LUIZ DE MERCADO (° 1541 - † 1606), CRISTÓVAO DE VEGA e AMATUS LUSITANUS, nas quais podem ser encontradas várias indicações relativas à libido feminina.

AURÉOLO FELIPE TEOFRASTO BOMBASTO, de Hohenheim (PARACELSO), particularmente, em sua "Opus Paramirum", Livro IV.<sup>o</sup>, intitulado "Liber Matricis Sive Matrice", que trata das causas e origens de tôdas as enfermidades das mulheres, incluindo as que lhe são comuns com as dos homens, bem assim como aquelas que lhe são específicas, permeio uma complexa construção filosófica-teológica-empírica-astrológica e naturalista, aborda, em 20 capítulos, de maneira interessante, mas um pouco confusa, não só os aspectos físicos das diversas ginecopatias, como igualmente, o papel importante das influências anímicas na gênese e manutenção das mes-

mas, incluindo a conduta temperamental da mulher, frente aos contatos sexuais, segundo se pode deprender da leitura de sua "Opera Omnia", recentemente publicada em língua espanhola. (22).

Oriundo dêste século, é o famoso livro hindu, intitulado "Ananagaranga", cujo autor KALYANAMALLA, escrevendo em sânscrito, deu regras fundamentais para a arte de amar. Segundo o texto do mesmo, existiriam doze épocas durante as quais a mulher desejaria estar com o homem e nas quais seria mais fácil satisfazer-se: "1) fatigada por uma longa caminhada e esgotada por exercício físico; 2) após uma longa interrupção do coito conjugal; 3) um mês após o parto; 4) durante os primeiros meses da gravidez; 5) quando está triste, em abandono, ou quando tem sono; 6) após um acesso de febre; 7) se está de bom humor ou é púdica; 8) se está extraordinariamente contente e alegre; 9) imediatamente antes e depois da menstruação; 10) as jovens, depois do primeiro coito; 11) durante tôda a primavera; 12) quando chove, com trovões e relâmpagos, é fácil submeter a mulher." (23).

## 18.

O século XVII.<sup>o</sup> interessa particularmente ao nosso estudo, porque nêle foram publicadas as duas primeiras dissertações científicas, abordando o estudo da libido sexual feminina, de maneira sistemática e específica.

Em 1688, BREM, de Jena, apresentou sua dissertação, intitulada "De Frigúsculo"; três anos mais tarde, em 1691, outro autor, também de Jena, BREMERUS, voltou sôbre o mesmo assunto, com uma dissertação intitulada "De Nynphomania". Tais publicações revelam, com efeito, a importância assumida pelo estudo da vida sexual da mulher, àquele tempo. Elas constituem o marco inicial de uma série de outros trabalhos que, posteriormente, foram surgindo.

De maneira geral, não deixaram de mencionar esta matéria, os muitos autores que, nos diversos países, dedicaram-se à prática ginecológica. Entre êles, podemos citar: GUILHERME FABRY (° 1560 -

22) Consulte-se: PARACELSO — "Obras Completas". 1.<sup>a</sup> trad. castelhana por ESTALISLAO LLUESMA-URANCA. Ed. Shapire. Buenos Aires, 1945. Págs.: 315-385.

† 1634), GREGÓRIO HORST (° 1578 - † 1636), MIGUEL ETTMÜLLER (° 1664 - † 1683), JOÃO N. PFICER que publicou dois livros especiais, tratando da natureza da mulher, de suas fraquezas e enfermidades, JOÃO RIOLAN, o Moço (° 1580 - † 1675), TEÓFILO BONET (° 1620 - † 1689), JOÃO VARANDAL, JOÃO HUCHEL, pertencente à Faculdade de Medicina de Montpellier, que publicou, em 1609, um livro intitulado "De Sterelitate Utriusque Sexus", NICOLAU PIETESZON TULP (° 1693 - † 1678), REGNIER DE GRAAF (° 1641 - † 1673), RUGGIERO ROONHUYSEN, NICOLAU DE FONTEYN, JAQUES PRIMEROSE, FORTI e FRANCISCO CAPPOCI, e, por fim, JOÃO BENEDITO SINIBALDO.

19.

No *século XVIII.*º cada vez mais acentuam-se os estudos sôbre as diversos estados mórbidos da mulher.

**Século  
XVIII.º**

Assim, na Alemanha, cumpre evidenciar os nomes de GEORGE ERNESTO STAHL (° 1660 - † 1734), MARTIM SCHURIG († 1733), JOÃO STORCH (° 1681 - † 1751), ENRIQUE AUGUSTO WRISBERG (° 1739 - † 1808), MARSCHAL, de Estrasbrugo, JOÃO VALENTIN MÜLLER (° 1756 - † 1813), DANIEL GERGE BAULK (° 1764 - † 1826); na França: GERALDO FRIZ-GÉRALD, JOÃO D'ASTRUC (° 1684 - † 1766), CHAMBON DE MONTEAUX (° 1748 - 1810), LAFFECTEUR BOYREAU, I. M. S. VIGAROUX (° 1759 - † 1829), I. I. L. HOIN (° 1722 - † 1772); na Inglaterra: JOÃO MAUBRAY, DENMAN, JOÃO FREUND (° 1675 - † 1728), GUILHERME HUNTER (° 1718 - † 1783), PERCIVAL POTT (° 1713 - † 1788); na Itália: FRANCISCO SCARDONA (° 1718 - † 1800), JOÃO BATISTA MORGAGNI (° 1682 - † 1771), e na Dinamarca: ENRIQUE CALLISEN (° 1740 - † 1824).

Todos êstes autores, embora não se houvessem preocupado particularmente com o estudo da libido sexual feminina, no entanto, em seus livros, que abrangiam, quase sempre, a totalidade das enfermidades incidentes na mulher, tocaram no problema que nos preocupa.

23) In STEKEL, W. — "La Mujer Frígida" — Psicopatología de la vida amorosa de la mujer". Edições Iman. Buenos Aires, 1941. Pág.: 153.

**Tempos  
Atuais.**

Nesta altura, vamos nos alijar da rota seguida até o presente, na qual citamos aquêles autores e suas obras que se preocuparam ou diziam respeito, de modo indiscriminado, com o aspecto geral das enfermidades ginecológicas, para enveredarmos na senda do evoluer das idéias psicológicas, cuja influência tanta e profunda repercussão vem desempenhando na contemporânea compreensão do problema da libido feminina.

Bem apreendendo o evoluer histórico recente da ginecologia, podemos considerá-la subdividida em 4 grupos ou fases:

- a) fase dos estudos precursores;
- b) fase organicista;
- c) fase morfológico-funcional;
- d) fase psicossomática.

Na *fase dos estudos precursores* podem ser enquadradas aquelas aquisições referidas nos ítems anteriores, que envolvem as concepções ginecológicas, desde os povos primitivos até o fim do século XVIII.<sup>o</sup>

A *fase organicista* representa um período dilatado, de limites imprecisos e infelizmente com representantes ainda nos dias atuais. Ela se caracteriza, fundamentalmente, pela valorização quase absoluta do órgão em detrimento da função. São os anatomistas que pontificam, os clínicos que localizam a víscera doente, a terapêutica naturalista que impera e o cirurgião, na maioria das vêzes, que intervém, pela exereses sumária do órgão doente. Não se levam em linha de conta as perturbações funcionais decorrentes da ginecopatía em curso, quer locais, regionais ou à distância. Muito menos, considera-se o aspecto psicológico e social das enfêrmas.

A *fase morfológico-funcional* tem seu início na vasta e imprescindível contribuição dos fisiologistas e na vitória da química. A endocrinologia, a bioquímica e a doutrina da constituição, estabelecem intercorrelações e se completam em um objetivo comum: o estudo da mulher em seu aspecto morfológico-funcional.



Nesta altura, e antes de revisarmos a fase seguinte, reproduziremos, em síntese, o de mais interessante, relativo à comparticipação endócrina e bioquímica.

Século IV.<sup>o</sup> A. C. — Os antigos gregos consideram a menstruação um fluxo periódico, subordinado às fases lunares;

Ano 70 D. C. — PLÍNIO, o Velho, expõe as virtudes medicinais do sangue menstrual em moléstias femininas;

1555 — VESÁLIO, A. faz a descrição anatômica do “testículo feminino” (ovário), sem o relacionar, porém, com a menstruação ou a reprodução;

1561 — FALÓPIO, G., descreve o corpo amarelo do ovário e os ovidutos;

1668 — DE GRAAF, R., descreve os folículos ovários (folículos de DE GRAAF), descobertos, anteriormente, por Van HORNER;

1756 — POTT, P., extirpa os ovários de uma paciente e descreve os efeitos da castração;

1766 — Von HALLER, A., estabelece a distinção entre o corpo lúteo e o folículo do ovário, admitindo uma função independente para cada um;

1827 — Von BAER, C., descobre o óvo humano;

1863 — PFLUEGER, E., atribui a menstruação à função ovárica;

1900 — HALBAN, J., prova, por meio da transplantação, que o ovário lança uma substância no sangue que possibilita a manifestação dos seus efeitos;

1903 — FRÄKEL, L., demonstra que a remoção do corpo lúteo de uma coelha prenhe provoca o abôrto;

1907 — LOEB, L., demonstra que o corpo lúteo provoca modificações do endométrico, preparando-o para a nidação do óvulo fecundado;

1908 — HITSCHMANN, F. & ADLER, L., relacionam as fases do ciclo menstrual com alterações histológicas do endométrio;

1911 — STEINACH, E., com êxito, previne as modificações de castração nas fêmeas, pela transplantação de ovários;

1912 — ADLER, L., consegue o crescimento uterino com extratos naturais de ovário e placenta;

- 1917 — STOCKARD, C. A. & PAPANICOLAU, G. N., estabelecem a relação entre as fases do ciclo menstrual e alterações do epitélio vaginal;
- 1922 — FRANK, R., encontra no líquido folicular um hormônio ativo;
- 1923 — ALLEN, E. & DOISY, E. A., indicam um processo para avaliar a atividade de estrógenos baseado em alterações do epitélio vaginal de roedoras — teste do esfregaço vaginal;
- 1927 — ASCHHEIM, S. & ZONDEK, B., descobrem que o hormônio estrogênico é eliminado na urina de animais prenhes;
- 1929 — DOISY, E. A. & cols., obtêm um estrógeno puro e cristalizado — a estrona;
- CORNER, G. W. & ALLEN, E. A., elaboram um teste para a determinação do hormônio luteínico;
- BUDENANDT, A., isola a mesma substância já encontrada por DOISY e seus colaboradores, independentemente, estabelecendo sua fórmula estrutural;
- CORNER, G. W. & ALLEN, E. A., preparam, do corpo lúteo da porca, um extrato lúteo ativo;
- MARRIAN, G. F., isola da urina da grávida uma substância que mais tarde demonstrou ser pregnandiol, um produto de excreção do hormônio lúteo;
- 1930 — MARRIAN, G. F., isola estriol da urina de grávidas;
- BUDENANDT, A., prepara, o ester benzóico da estrona e mostra que êste possui ação mais prolongada que o hormônio livre;
- 1933 — BROWNE, J. S. L., obtém estriol de tecido placentar;
- SCHWENK, HILDEBRANDT, GIRARD, A., SANDULESCO e FRIEDENSON, preparam o estradiol à partir da estrona;
- SCHWENK & HILDEBRANDT sintetizam o monobenzoato de estradiol;
- 1934 — BUDENANDT, A. e cols. realizam a síntese da progesterona, partindo de um estigmasterol do feijão soja;
- ALLEN, W. M. & WINTERSTEIMER, O., isolam a progesterona cristalizada;

- 1935 — MAC CORQUODALE, D. W., THAYER, E. A. & DOISY, E. A., isolam o estradiol diretamente do líquido follicular de 400 toneladas de ovários de porca;  
WINTERSTEIMER, O., SCHWENK & WHITMAN, isolam estradiol da urina de éguas prenhes;
- 1938 — É descoberto o etinilestradiol, estrógeno altamente ativo, por via oral;  
MIESCHER, K., SCHOLZ, C. & TSCHOPP, E., descrevem, pela primeira vez, uma série de novos esteres de estro-  
na e estradiol, inclusive o dipropionato de estradiol. (24).

Esta, em rápida síntese cronológica, a contribuição da endocrinologia experimental até nossos dias.

Nesta altura, não esqueçamos a notável contribuição da “doutrina biotipológica”, sem a qual, de resto, muito pouco teríamos percorrido, nesta frondosa e complexa senda, do estudo da constituição da mulher.

Aos nomes estrangeiros, mundialmente famosos e consagrados, como os KRETSCHMER, E., DE GIOVANNI, SIGAUD, CHAILLOUD, MAC-AULIFFE, BENECK, WALTER MILLS, VIOLA, BARBARA, NICOLA PENDE, e tantos outros, juntaram-se, para glória nossa, os nomes nacionais de ROCHA VAZ, WALDEMAR BERARDINELLI, TOMAZ MARIANTE, MARTIM GOMES, ISAAC BROWN, e ainda muitos outros, todos filiando-se a esta ou àquela “escola”, ou apresentando inovações e concepções originais.

Por último, vejamos a *fase psicossomática*. Com efeito, a reintrodução da concepção psicossomática, em ginecologia, alcança, nos dias presentes, desusado valor e importância. Por certo, tal compreensão da personalidade humana integral, não é recente, pois já vimos em tempos do Pai da Medicina, que êle ensinava “se não descursasse das coisas da alma dos doentes, e ainda mais, sempre se levasse em linha de conta, no julgamento do caso clínico, as condições ambientais, como clima, região”, etc. Ora, assim o fazem

---

24) Cronologia organizada segundo um arranjo às publicações: “Genealogia dos Hormônios Sexuais”, editada pelos Laboratórios SCHERING S. A., e a monografia: “Os Hormônios Sexuais”, editada pelos Productos Químicos CIBA S. A.

do, HIPÓCRATES deve ser considerado como o verdadeiro fundador da orientação psicossomática em medicina. Mas, os sábios e imortais ensinamentos do grande Mestre de Cós, neste particular, não foram seguidos por seus continuadores, antes, pelo contrário, caíram quase totalmente no olvido.

Recentemente, porém, mercê do grande desenvolvimento da psicologia em sua conseqüente aplicação médica, ressurgiu o movimento psicossomático, ao qual, de resto, nos filiamos, por considerá-lo estritamente consentâneo com a realidade biopsicossociológica da criatura humana, em seu tríplice e inseparável aspecto, dando-lhe definitiva feição integral e total, conclusão esta a que também conduz a moderna doutrina constitucionalística.

E tal concepção integrativa da criatura humana, assume características substanciais no que tange ao trato de grande maioria das enfermidade incidentes no sexo feminino, em particular daquela que nos preocupamos no presente estudo, uma vez que ela envolve componentes indissociáveis da vida psíquica, física e social das pacientes.

E, nestas considerações, este apanhado histórico não ficaria completo, se deixássemos de analisar, embora de maneira sumária, o movimento psicológico contemporâneo.

A apresentação e análise dos problemas atuais da psicologia de nossos dias são feitas com discernimento, nos seguintes períodos de FERRAZ, J. S.: "O desenvolvimento da Psicologia, nos anos derradeiros, surpreende pela riqueza de informes acrescidos ao seu patrimônio. A abundância de trabalhos de investigação em diferentes setores, a multiplicidade de métodos especiais, a diversidade de rumos seguidos ampliaram consideravelmente o domínio da ciência que, até fins do século passado, se integrava no corpo da filosofia, quando os pensadores se preocupavam em indicar "o que deve ser" em lugar de tentar explicações em torno do "que é" o homem. Os "juízos de valor" continuam a interessar os filósofos, mas os cientistas intentam formular "conceitos de realidade". É a diferença que vai entre o campo das indagações filosóficas e o campo das investigações científicas. O aspecto polimorfo com que se apresenta a ciência psicológica de nossos dias dificulta uma visão sintética das tendências dominantes. Diz-se, até, que já não há psicologia: há psicó-

logos. Cada método de pesquisa embrenha-se, de certa maneira, num campo específico, e a riqueza de dados, de informes, de hipóteses, de teorias, de conclusões forjam a estruturação de um ramo psicológico mais ou menos definido. Os seres vivos, vegetais ou animais, são estudados através da observação, da experimentação, da comparação, pelos psicólogos. Norteia-os o princípio segundo o qual, cientificamente, o “inferior” dá a chave explicativa do “superior”. A evolução é mais do que simples hipótese de trabalho. É uma concepção fascinante e produtiva. Os animais rudimentares darão elementos para a explicação do comportamento dos animais de organização complexa. “Em todos os níveis — escreve PIÉRON — os organismos reagem às mesmas categorias gerais de reação. O que afeta os aparelhos sensoriais aperfeiçoados dos animais superiores afeta igualmente, em certa medida, o protoplasma relativamente pouco diferenciado dos organismos unicelulares: as estimulações mecânicas “vibrações em particular” e químicas, as radiações que produzem, quando absorvidas, ações térmicas ou fotoquímicas, têm ação sobre os infusórios e sobre o homem. Não se conhecem estímulos que ajam sobre o homem e que não ajam, em certa medida, sobre protozoários e viceversa”. Compreende-se a psicologia da criança através da compreensão da psicologia animal e da psicologia dos homens selvagens. A psicologia do homem adulto é esclarecida com dados da psicologia infantil e da psicologia da adolescência. Atualmente não se reduz a psicologia humana a um ângulo cujo vértice tenha origem na consciência, nem se restringe a um estudo anátomofisiológico, sem lugar para a vida mental. Os seres humanos são estudados, ora sob um aspecto de corte transversal, num momento dado, ora sob um aspecto de corte longitudinal que tenta colocar em claridade a linha histórica da existência. Significa isto que, além de serem levados em conta todos aspectos da situação em que o homem se encontra, é mister apelar para o conhecimento das situações anteriores. O psicólogo procura os fundamentos da personalidade humana — a individualidade consciente — tanto nos fenômenos físicoquímicos, nos elementos orgânicos, na fisiologia, na biologia, no ambiente geográfico, na sociedade, como também na história, na antropologia, na genética, porque se convenceu de que a “alma humana”, a “vida do espírito”, a “consciência”, a “mani-



festação vital”, não é qualquer coisa extraindividual ou entidade à-parte, mas uma feição do conjunto total, conjunto que deve ser compreendido como unidade, como síntese, como organização global, dependente de fatores extraordinariamente complexos.” (25).

Nesta ocorrência, para bem se avaliar o desenvolvimento histórico das concepções psicológicas, devemos repassar, sucessivamente:

- a) a psicologia animal;
- b) o behaviorismo;
- c) o estruturalismo;
- d) a psicologia profunda;
- e) a psicologia funcional.

*Psicologia animal.* — Por esta orientação psicológica, só os métodos objetivos são possíveis. A observação, a experimentação, a comparação, a analogia, auxiliam a compreensão do comportamento animal.

São representantes máximos desta corrente:

FECHNER (\* 1801 — † 1887) que imaginando o psiquismo como força ou energia, estudava-o, estendia-o, não somente a todo reino animal e vegetal, mas, também, aos corpos celestes.

LOEB, J. (\* 1869 — † 1924) que estudou o comportamento animal em suas formas consideradas inferiores, à partir das reações denominadas “tropismos”, e, nestas condições, achava que o psiquismo se iniciaria nos insetos.

BOHN, G. que estabeleceu níveis de diferenciação no crescimento psicológico; tropismos, sensibilidade diferencial, memória associativa.

PFLÜGER, RICHTER, C., BECHTEREW, W., THORNDIKE, E. e PAVLOV, I. P. que se dedicaram aos es-

---

(25) Apud FERRAZ, J. S. — “Os Fundamentos da Psicologia”. Editora Empresa Gazeta de Limeira S. A. Vol. IIIº da “Biblioteca Psicológica”. 1.ª edição. 1949. Págs. 89, 90 e 91.

tudos dos diversos tipos de reações reflexógenas (medulares e psíquicas), havendo, êste último autor, denominado tais reflexos de “condicionados”.

*Beaviorismo* — É, antes de tudo, uma psicologia do comportamento. “Para o beaviorista, a psicologia só pode ser um ramo das ciências naturais. Seu objetivo é a previsão das reações para se poder exercer contrôlle sôbre a conduta”. (26).

São representantes exponenciais desta corrente psicológica:

WATSON, J. B. (\* 1878) que afirmou só poder a psicologia realizar verdadeiro progresso, quando afastada do método instrospectivo.

THORNDIKE, E. L. (\* 1874) que criou a *psicologia hedonista*, tendo em vista o comportamento instintivo e o adquirido na atividade animal.

Constituem derivações particulares da corrente beaviorista:

- a) o beaviorismo primitivo de WATSON;
- b) o beaviorismo mitigado de MEYER, M.;
- c) o beaviorismo equipotencial ou sincrético de LASHLEY;
- d) o beaviorismo teleológico de MAC DOUGALL;
- e) o beaviorismo configuracionista de TOLMAN.

*Estruturalismo* — Nesta corrente psicológica todo fenômeno anímico é complexo, seja emoção ou idéia. As estruturas se organizam em outras estruturas cada vez mais elevadas. O estudo das leis que interrelacionam estas estruturas, é o objetivo dêste movimento.

São representantes desta corrente psicológica:

TITCHENER (\* 1867 — † 1927) segundo o qual as estruturas são unidades dinâmicas.

DWELSHAUVERS, G. (\* 1867) argumentando por um dinamismo mental. Tal dinamismo se encontra tanto no inconsciente, quer seja o inconsciente psicofisiológico, quer seja o inconsciente automático, como também se encontra em tôda espécie de atividade consciente.

---

26) IN FERRAZ, J. S. — Op. Cit; pág. 127.

WOODWORTH, R. S. (\* 1869) criador da “psicologia dinâmica”, diferenciando sua doutrina psicológica do autor anteriormente citado (para DWELSHAUVERS o “eu” é a verdadeira realidade psicológica), no fato da verdadeira realidade ser a atividade do indivíduo como um todo.

WERTHEIMER (\* 1880), na Alemanha, porém, doutrina sobre a “psicologia da forma”, ou movimento também denominado por “gestaltismo”, ou “psicologia do todo organizado”, ou “da configuração”. Constitui espécie de psicologia sintética, estendendo-se suas teorizações à interpretação do mundo físico, biológico, psicológico e social.

DILTHEY criando um movimento psicológico estruturalista, a um tempo analítico e descritivo, muito similar ao gestaltismo.

SPRANGER, E. (\* 1882), psicólogo alemão, que partiu da orientação de DILTHEY para criar a “psicologia compreensiva”, segundo a qual “um conhecimento geral próprio do indivíduo, condiciona e inclui a forma percebida no momento, e quanto mais intenso o fator afetivo, menor a diferenciação entre o fundo e a figura. É esse fator afetivo geral, é uma realidade mais fundamental que a fictícia oposição entre o fundo e a figura, inaugurado pelos configuracionistas”. (27).

KRÜGER, por sua vez, admitiu a “psicologia do desenvolvimento”, segundo a qual o fato psíquico consiste em apreender o todo em sua completa significação ou valor total.

STERN, W. (\* 1881), renomado psicólogo alemão, propôs uma “psicologia personalista” que se fundamenta na antítese “pessoa-coisa”, significando que a criatura não se reduz a um mecanismo da intuições, sensações, sentimentos, ações e idéias, mas possui uma “alma”, “uma pessoa”.

JAENSCH, E. R., criou o “eidetismo”, movimento psicológico que se prende, por um lado, às teorias sensualistas, e, por outro, às correntes geético-estruturalistas. Por esta teoria, haveria “uma tendência em compreender todo o psiquismo, em bases sensuais. O ponto de partida é um elemento intermediário entre a sensação e a imagem: “as imagens eidéticas”. Estas imagens são imagens intuitivas ou formações intuitivas subjetivas” (28). Segundo as estatísticas, os “tipos eidéticos” seriam encontrados, em maior número, no sexo feminino. Nas meninas, atingiria a cifra de 75 % (tipo atenuado).

*Psicologia Profunda.* — Nesta orientação psicológica, sobressaíram em seu estudo e aplicação prática, na grande maioria, médicos de renomado prestígio. Importa salientarmos, neste pórtico, que tal diretriz no terreno das manifestações anímicas, perquiridas em profundidade, foi, sem dúvida alguma, o marco decisivo para o fértil campo dos estudos psicossomáticos, em medicina.

As origens desta corrente psicológica podem ser encontradas, nas pesquisas iniciais de FRANCISCO ANTÔNIO MESMER (\* 1733 — † 1815), criador do magnetismo animal, cujas conclusões teriam sido particularmente revolucionárias, se não fôra seu idealizador descambar para o terreno grosseiro da vulgaridade popular, alijando-se da meta verdadeiramente científica, única senda capaz de o haver conduzido com segurança e equilíbrio.

As experiências de MESMER foram, no entanto, retomadas por ARMANDO PUYSEGUR (\* 1751 — † 1825), general e escritor francês, que descobriu uma nova forma do “mesmerismo”, a que batizou com a denominação de “sonambulismo magnético”.

Mas, os fatos interessantes revelados pelas experiências dos autores acima citados, não ficariam no olvido, pois seriam a base sobre os quais se levantariam outras investigações, de caráter rigoro-

---

28) In FERRAZ, J. S. — Op. Cit.; pág. 166.

samente científico, estudados por outros autores. Assim, JAIME BRAID (\* 1795 — † 1860), cirurgião inglês, realizando estudos apurados em torno do mesmerismo, introduziu na terminologia médica os novos vocábulos, “hipnotismo”, “hipnotizador”, e “hipnótico”, além de outros conceitos interessantes, como o da “sugestão” e “dupla consciência”, dos quais brotou tôda moderna psicoterapia; A. LIÉ-BEAULT (\* 1823 — † 1904), médico rural francês, que descobriu o “sono hipnótico”, usando-o para fins terapêuticos e de investigação científica; CARLOS RICHEL (\* 1850 — † 1935), que muito contribuiu para o estudo do hipnotismo e de sua natureza; H. BERNHEIM (\* 1837 — † 1919), famoso mestre da escola de Nancy, particularmente famoso por seus notáveis estudos sôbre a “sugestão” e suas aplicações à terapêutica; JOÃO MARTINHO CHARCOT (\* 1825 — † 1893), glória da Salpêtrière, em Paris, onde realizou notabilíssimas investigações em torno do hipnotismo; PEDRO JANET (\* 1859 — † 1942), que reconheceu a importância dos fatores inconscientes na formação e nas manifestações da histeria; THÉODULE RIBOT (\* 1839 — † 1916), “que atribuía especial importância ao fator afetivo na psicologia humana. Em todos os processos associativos, como nos fenômenos de memória, a afetividade deve ser considerada fundamental, e se prende estreitamente, aos fenômenos orgânicos. Foi introdutor, na França, da psicofisiologia.” (29).

E assim, atingimos a época da “psicanálise”. A seu genial criador — SIEGMUNDO FREUD (\* 1858 — † 1939), psiquiatra vienense — estava reservada uma das missões históricas mais extraordinárias no domínio da ciência psicológica. Não cabe, em nosso estudo, o discriminativo total, nem parcial, daquilo que foi e ainda é sua gigantesca obra científica. Apenas ressaltaremos, que sem FREUD não seria possível conceber a moderna medicina psicossomática. O método por êle introduzido, a interpretação haurida de sua diretriz psicológica, dirigida em profundidade, forneceu aos modernos investigadores, médicos e psicólogos, as luzes necessárias e

---

29) In FERRAZ, J. S. — Op. Cit.; pág. 169/170.



imprescindíveis, para a análise e compreensão, da personalidade humana, normal e patológica. A aplicação, embora elementar, de sua doutrina, no estudo da “mulher fria”, tem inegável valia, sem a qual, de resto, estaríamos palpando no escuro.

Discípulos, e após, dissidentes de FREUD, foram: ALFREDO ADLER (\* 1870) criador da “psicologia individual”; CARLOS G. YUNG (\* 1875), criador da “psicologia analítica”.

Também citados, merecem: E. BLEULER (\* 1857 — † 1939), ADOLFO MEYER, JOSÉ BREUER, FERENCZI, e tantos outros.

HERMANN RORSCHACH (\* 1884 — † 1922), criando um método especial — o psico-diagnóstico —, após longa série de investigações e estudos aprofundados, consegue criar um *teste projetivo da personalidade* da criatura submetida a prova, pela leitura e conseqüente interpretação de uma série de 10 lâminas especiais.

PAULO F. SCHILDER (\* 1886 — † 1940) criando sua “psicoterapia de grupo ou coletiva”, através das páginas de seu magnífico “Tratado de Psicoterapia”, contribui, larga e eficientemente, para o fortalecimento do conceito psicossomático.

TEODORO REIK, psicólogo contemporâneo, discorda das interpretações freudianas, e escreve vários estudos, entre os quais, cumpre ressaltarmos sua “Psicologia das Relações Sexuais”.

E, por último, citemos a GUILHERME STEKEL, discípulo dissidente do grande mestre vienense, que através de sua “psicanálise ativa”, muito contribuiu para o estudo da “mulher fria”, escrevendo sobre a matéria um dos livros mais valiosos e completos.

*Psicologia Funcional* — Nesta orientação psicológica, “trata-se, não de descrever os fenômenos psicológicos, de classificá-los, de interpretá-los para enriquecimento do saber, mas de os conhecer quanto à sua utilidade na vida”. (30).

---

30) In FERRAZ, J. S. — Op. Cit.; pág. 181.

São representantes desta orientação:

SPENCER, H. (\* 1820 — † 1903), que com sua doutrina evolucionista muito contribuiu para os adeptos do “funcionalismo psicológico”.

EBBINGHAUS, H. (\* 1850 — † 1909), psicólogo alemão, que também foi um dos precursores desta corrente.

JAMES, W. verdadeiro criador desta orientação.

CLAPARÈDE, E. (\* 1873 — † 1940), cujo escopo “parece consistir no encontro de métodos adequados à formulação das leis que regem atividade psíquica, tendo em vista a psicologia, como ciência aplicada, “de grande utilidade na vida, e, em particular, na educação”. (31).

DEWEY, J. (\* 1859), orientador do “instrumentalismo psicológico”, segundo o qual tôda a atividade humana se realiza em virtude de motivos para agir e tem sempre uma função biológica adaptativa. Para êste pensador, “o organismo humano é uma unidade funcional que contém um momento dado, um passado e uma orientação para o futuro, numa atividade global do organismo, cuja vida consiste numa contínua construção e reconstrução de experiências.” (32).

PIÉRON, H. (\* 1881), criou, por sua vez, a “psicologia do comportamento”. Biologista e médico, PIÉRON encarou os problemas psicológicos, com vistas científicas. “Estriba a psicologia na hipótese fundamental da reação. Quando se produz modificação súbita no meio em que está um ser vivo — diz êle — essa modificação age, em geral, como uma “estimulação” sôbre o organismo, isto é, suscita uma resposta, uma correspondente modificação, que se traduz na atividade própria do comportamento do indivíduo. (33).

---

31) In FERRAZ, J. S. — Op. Cit.; pág.: 183/184.

32) In FERRAZ, J. S. — Op. Cit.; pág. 187.

33) In FERRAZ, J. S. — Op. Cit.; pág. 188.

Assim esquematizadas as diversas tendências psicológicas contemporâneas, ressalta evidente a preocupação da maioria dos pensadores, na avaliação global da personalidade humana.

Ora, sendo a medicina um dos ramos do conhecimento humano em que entra em jôgo, talvez, o maior número de componentes psicológicas, tanto da parte do enfêrmo que sofre, como do médico que examina, quanto do ambiente que os cerca, justo parece que, em seu terreno, tais concepções encontrariam fértil campo de aplicação e experimentação.

No que tange à ginecologia, particularmente, o fundamento psicológico estava fadado aos maiores sucessos, por se preocupar, esta especialidade, com as enfermidades do sexo feminino.

Em 1924, com efeito, MATHES acentuava o valor do fator constitucional em ginecologia, mostrando que o evoluer das ginecopatias orgânicas e dos distúrbios funcionais, dependiam, tanto de condições somáticas, quanto psíquicas e funcionais, do organismo em que incidem.

Mas não parou aí a conceituação moderna da ginecologia, pois, dentro em breve, em 1931, LIEPMANN, na Alemanha, chamava a atenção para o *fator social*.

Desta forma, atingiu-se a estruturação de uma verdadeira Ciência da Mulher, o que os autores alemães denominam "Frauenkunde".

No terreno específico da ginecologia psicossomática, não olvidemos os nomes de todos aquêles que, direta ou indiretamente, em todos os países, se preocuparam com a face psicológica da paciente ao serem tratadas suas diversas afecções e aos quais rendemos aqui nossa homenagem. (34).

---

34) Aqui nos referimos tão-sòmente aos especialistas em clínica ginecológica. Cumpre, no entanto, ressaltar os nomes daqueles profissionais que embora não ginecologistas, em muito têm contribuído para a formação e sedimentação da orientação psicossomática na medicina em geral. Entre êles: WEISS, E., ENGLISH, O. S., von WEIZSAECKER, V., ALEXANDER, F., ALLISON, R. S., BENEDEK, Th., RUBENSTEIN, B. B., BERGMANN, G., BILLINGS, E. G., DANIELS, F. F., DUMBAR, H. F., FRENCH, T. M., HALLIDAY, J. L. HUNT, J. McV., JELLIFFE, S. E., KNIGHT, R. P., MAYO, E., ORR, D. W., RADO, S., RUSH, A., SAUL, L. J., LORAND, S., BRILL, A. A., etc. etc.

No Brasil, cabe indiscutivelmente a MARTIM GOMES, Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, o mérito de pioneiro nesta senda de tão profícuos e brilhantes resultados diagnósticos e terapêuticos. (35).

E também, PAULO DE GODOY, JOSÉ MEDINA e sua "escola", M. YAHN de São Paulo; ARNALDO DE MORAIS, SYLLA O. MATTOS, OLINTO MATTOS, do Rio de Janeiro, também preocuparam-se com o assunto, fazendo, sôbre êle, várias publicações. (36).

No Rio Grande do Sul, seguindo a orientação de MARTIM GOMES, como ginecologistas psicossomáticos, temos publicado vá-

---

35) Os trabalhos dêste insigne Professor, são os seguintes:

- 1908 — "Ensaio de uma teoria sôbre o mecanismo fisiológico da associação das idéias". Editôra Livraria do Globo.  
1928 — "Le rêve et la sélection des idéés". Editor Jornal do Comércio. Rio de Janeiro.  
1929 — "Uma cura de paralisia histérica". Apud "Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre".  
1930 — "O inconsciente e a sua significação médica e científica". Apud "Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de P. Alegre".  
1944 — "Pesquisas sôbre a personalidade". Livraria do Globo.  
1948 — "Uma técnica de exame psicossomático, especialmente em ginecologia". Tese apresentada ao IIº Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em São Paulo.  
1949 — "Princípios de psicologia aplicáveis ao tratamento psicossomático". Tese apresentada ao Congresso Médico Comemorativo do Cinquentenário da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

36) São trabalhos dêstes autores:

- MEDINA, J. — "Medicina Psicossomática". Apud "Maternidade e Infância". Vol. VI, Ano IV; 17; 25:52; set-dez.; 1948.  
GODOY, P. — "A Dor em Ginecologia". Apud "Publicações Médicas". Ano VII; 10; maio; 1936.  
MATTOS, S. O. — "Relações entre a ginecologia e a neuropsiquiatria". Apud "Revista de ginaec. e d'obste.". Vol. I; 73:94; feve.; 1940.  
MATTOS, O. — "Higiene Mental em Ginecologia". Apud "Anais Brasileiro de Ginecologia". Vol. IIº; 300:305; março; 1941.  
MORAIS, A. — "Importância do Fator Psicológico". Apud "Anais Brasileiros de Ginecologia". Vol. 9; 22:28; jan.; 1940.  
YAHN, M. — "Medicina Psicossomática em ginecologia". Resumo publicado na "Rev. Paul. de Med.". Vol. 1; 71:72; julho; 1949.

rios trabalhos (37), bem assim como nosso ilustre colega NEWTON PRATES DE LIMA. (38).

Por orientação de MARTIM GOMES ainda, constituiu a medicina psicossomática matéria de um dos temas oficiais do Congresso Médico Comemorativo do Cinquentenário da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Do problema da "mulher fria", de maneira específica, não muitos autores se têm ocupado, embora, em estudos gerais, nos livros de ginecologia, psiquiatria, neurologia, psicologia e sexologia, venha êle tratado, permeio a restante matéria.

Cumprе salientar, contudo, a recente monografia de STEKEL, W. sôbre a qual já fizemos referência, intitulada a "A Mulher Fria", traduzida para o português, e que constitui um dos mais importantes e valiosos documentos sôbre a matéria; também a de ACHARD, A., intitulada: "Frigidez Feminina", entra nesta conceituação.

Entre nós, no Brasil, alguns sexologistas ocuparam-se do assunto, entre êles, JAIME BRASIL, A. ALBUQUERQUE e ERNANI DE IRAJÁ. Êste último, apresentou à Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre interessante trabalho inaugural, sob o título "Psicoses do Amor".

Em recentíssima conferência pronunciada no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, da Associação Paulista de Medicina,

---

37) FARIA, T. V. —

- a) "O Terceiro Componente" em Clínica Ginecológica". Apud. "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Vol. 5; 28; 253:256; março-abril; 1949.
- b) "Sôbre a Menarca e a Puberdade Fisiológicas". Apud. "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Vol. 5; 29; 302:311; maio-junho; 1949.
- c) "Desajustes Matrimoniais em Clínica Ginecológica". Apud "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Vol. 5; 29-312:315; maio-junho; 1949.
- d) "Problemas da Vida Sexual da Mulher". Apud "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Col. 5; 29; 318-324; maio-junho; 1949.
- e) "Sôbre o Climatério Feminino Normal e Patológico". Apud "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, vol. 5; 30; julho-agosto; 1941.
- f) "As mamas sob o ponto de vista anatômico e ginecossexológico". Apud. "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Vol. 5; 30; julho-agosto; 1949.

38) PRATES DE LIMA, N. — "As Afecções Hepáticas na Mulher" Apud. "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V; Vol. 5; 30; julho-agosto; 1949.



YAHN, M. discorreu sobre o tema "Medicina Psicossomática em Ginecologia" abordando vários e interessantes aspectos do problema. Nesta palestra, "salientou as dificuldades para a exposição do tema antes de situar bem o problema da Medicina Psicossomática, que não é, de maneira alguma, um nome novo para explicar assunto já conhecido. Trata-se de criação eminentemente americana, que só pôde surgir em consequência de uma atitude mais social e psicologicamente prática, tão peculiar aos americanos do norte. Os assuntos pelos quais ela se preocupa são aquêles relativos a certas neuroses do tipo de conversão, a certas moléstias com substrato orgânico, como as úlceras gástricas e as colites, e a outros grupos de moléstias nas quais o sistema nervoso vegetativo tem papel saliente, tais como a asma, a hipertensão arterial e a enxaqueca. A atitude psicossomática não é iniciada no momento em que se verifica que uma sintomatologia clínica não pode ser explicada pelo substrato orgânico ou fisiológico, mas ulteriormente, quando se consegue demonstrar que aquela sintomatologia depende de um dinamismo psicológico bem determinado e com êle se relaciona de maneira compreensível. Isto que dizer que, realmente, a compreensão psicológica é tão exata e precisa que consegue remover os sintomas que do conflito tiveram origem. A investigação psicossomática conta com uma técnica de tal precisão científica, que permitiu considerá-la como um verdadeiro microscópio do psiquismo. Para chegar-se a êsse ponto de desenvolvimento nas relações psicossomáticas, foi necessária a colaboração das seguintes orientações médicas ou psicológicas: 1) psicanálise, sem a qual nunca poderia ter surgido a medicina psicossomática; 2) as investigações experimentais de PAVLOV e CANNON; 3) o melhor conhecimento dos tipos de personalidade com seu modo de reação preferencial (KRETSCHMER, YOUNG); 4) a psicologia da "Gestalt", ou da forma, que considera o todo, não como o conjunto da síntese das partes, mas como uma unidade que somente é igual a ela própria; 5) a orientação psicológica de ADOLF MEYER, que se pode considerar o verdadeiro pai da medicina psicossomática." "Em ginecologia, os problemas mais diretamente relacionados com a medicina psicossomática são os relativos às hemorragias menstruais, às dismenorréias psicógenas, ao vaginismo, às dores e parestesias genitais, à leucorréia psicógena.

Muitas dessas perturbações podem depender unicamente de causas psicógenas e ser apenas um sintoma a mais dentro de um quadro neurótico". (39).

Evidentemente, YAHN atribui o epíteto de "Pai da Medicina Psicossomática" ao insigne psiquiatra ADOLFO MEYER, por haver sido êsse investigador, o verdadeiro introdutor do conceito de "psicobiologia", em clínica psiquiátrica, principalmente nos Estados Unidos da América do Norte.

Pela exposição que vimos fazendo, no entanto, verifica-se que o "elemento histórico", prova, à saciedade, que uma tal denominação não pode ser dada, de maneira específica, a êste ou qualquer outro investigador, já que o neomovimento psicossomático em medicina é fruto de tôda uma série dilatada, no tempo e no espaço, de concepções e investigações, encontradas de modo esparso, entre diversos autores, em épocas as mais variadas.

Na discriminação das entidades clínicas passíveis de enquadramento na orientação psicossomática, não referiu o ilustre conferencista, tôda aquela série, bastante extensa, de distúrbios psíquicos, oriundos ou formadores, das denominadas "psicopatias da vida sexual da mulher", grupo de entidades clínicas, onde, seguramente, aquela orientação encontra farto e profícuo campo de aplicação.

Por outro lado, evidencia o referido autor, com bastante justiça, não ser possível a compreensão da medicina psicossomática, sem o preciso conhecimento das idéias psicológicas e dos tipos de personalidade.

Ao térmo desta longa dissertação histórica, poder-se-ia indagar, quais as relações existentes entre a mesma e o problema da "frigidez feminina", principalmente, na parte final, onde focalizamos o aspecto psicológico e psicossomático geral da ginecologia. Fazendo tais e quais referências, não nos teríamos desviado do assunto central, matéria saliente dêste estudo?

Bem pesadas as circunstâncias, argumentamos pela negativa. Pois, constituindo o problema da frieza sexual um dos tantos distúrbios da vida sexual da mulher, e, devendo esta ser considerada em seu aspecto total; por outro lado, assumindo o estudo da frieza

---

39) YAHN, M — Op. cit. veja-se: nota 35.

sexual aspectos os mais variados que interrelacionam, intimamente, o físico, o psíquico e o meio; não sendo possível a exata compreensão, o adequado diagnóstico etiológico e a conseqüente terapêutica desta perturbação feminina, sem o concurso dêstes fatores integrantes da personalidade biopsicossociológica, como adiante veremos, através das observações clínicas, justo nos parece assim haveremos procedido.

Desta forma, realizando, pela integração de nossa formação científica nas concepções psicológicas, que estudam e investigam a personalidade humana, sob o aspecto globalístico, nada mais fizemos que nos colocar na senda contemporânea do neomovimento médico psicossomático, verdadeiro marco de orientação a indicar até que ponto pode a ginecologia transformar-se em verdadeira Arte.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

(Neste discriminativo entram aquêles trabalhos que não foram citados no texto do presente capítulo).

- ALI, B. — "El Amôr- — El Matrimonio y La Justicia Segun El Coran", Trad. de V. MARCO MIRANDA. Editorial Arabigo-Argentina "El Niño". B. Aires, 1948.
- ALMEIDA PRADO, A. — "As Doenças Através dos Séculos". São Paulo Médico Editôra Ltda. São Paulo, 1944.
- BERNHEIM, H. — "De la Sugestion et de ses applications a la thérapieutique". Otávio Doin, editor. Paris, 1888.
- CACÉRES, A. — "La Evolución de la Psiquiatria". 1.º ed. Atlântida Editora. B. Aires.
- CASSINELLI, B. — "Historia de la Locura". Trad. de J. NOGGUÍN. Lvi. Joaquim-Gil, editora. Barcelona, 1942.
- CASTIGLIONI, A. — "Historia de la Medicina". Salvat Editores S. A. Barcelona, 1941.
- DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO — Vol. 4. Parte Científica. Empresa de Publicações Modernas. Rio de Janeiro.
- DIEPGEN, P. — "Historia de la Medicina". Editorial Labor S. A. 2.ª edição. Barcelona, 1932.
- DUMESNIL, R. — "Histoire Illustrée de la Médecine". Liv. Plon. Paris 1935.
- ENCICLOPÉDIA E DICIONÁRIO INTERNACIONAL — Vários volumes. W. M. Jackson, Inc. editora.
- FRANCA, L. — "Noções de História da Filosofia". 9.ª edição. Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1943.
- GOMES, M. — "Princípios da Psicologia Aplicáveis ao Tratamento Psicossomático". Março, 1949. Livraria do Globo, editora.
- GRAHAM, H. — "Historia de la Cirurgia". Trad. espanhola de EDUARDO GARCIA DEL REAL. Liv. Joaquín-Gil, editora. Barcelona, 1942.
- GUISANDE, G. S. — "Historia de la Medicina". Col. Oro. Atlântida, editora. 1.ª edição. Buenos Aires, 1945.
- HAGGARD, H. W. — "El Medico en la Historia". Trad. de Maria Luisa de Ayla. Editorial Sudamericana. B. Aires, 1941.
- HEMNETER, E. — "A Medicina no Antigo Egito". Apud. "Actas Ciba". Ano VIII; 3; Março; 1941.

- LAIGNEL-LAVASTINE — "Histoire Générale de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art Dentaire et de l'Art Vétérinaire". 2 vols. Albin Michel, editor. Paris, 1936.
- MARTINS, T. — "Glândulas Sexuais e Hipófise Anterior". Cia. Editora Nacional. São Paulo, 1936.
- McNAIR WILSON, R. — "A Medicina Britânica". Liv. José Olímpio, editora. Rio de Janeiro.
- MIRA, M. F. — "Historia da Medicina Portuguesa". Edição da Empresa Nacional de Publicidade. Lisboa, 1947.
- PAULY, A. — "Bibliographie des Sciences Médicales". Liv. Tross. Paris, 1874.
- RORSCHACH, H. — "Psicodiagnóstico". Editorial Paidós. B. Aires, 1948.
- RAY, M. B. — "Médicos do Espírito". Liv. do Globo. P. Alegre, 1945.
- ROBINSON, V. — "La Medicina en la Historia". Edições do Tridente. B. Aires, 1947.
- SCHILDER, P. — "Tratado de Psicoterapia". Editorial Paidós. B. Aires, 1947.
- SEYFFERT, O. — "Enciclopédia Clássica". Trad. castelhana de JOSÉ GONZÁLEZ URRIZA. Liv. El Ateneo, editora. Buenos Aires.
- ZILBOORG, G. & HENRY, G. W. — "Historia de la Psicología Medica". Liv. Hachette, S. A. B. Aires.



## II PARTE

# DISSERTAÇÃO GERAL

“Poucas pessoas, e desgraçadamente reduzido número de médicos, dão-se conta da complexidade da vida amorosa das mulheres, bem como das condições especiais do amor feminino”.

W. STEKEL.

Nesta parte, vamos referir, de maneira geral, vários aspectos do assunto "sub-judice" nas páginas dessa modesta "dissertação", procurando, tanto quanto possível, emitir nossas próprias cogitações, frutos da experiência e observação vividas, não desprezando, no entanto, as aquisições já incorporadas ao patrimônio científico, conseqüentes ao acurado estudo da matéria, realizações de outros autores.

*Importância do assunto.* — O estudo da "frigidez feminina" tem sido abordado, esporadicamente, em algumas publicações médicas, de maneira específica. Em verdade, não são muitas as monografias a êsse respeito. Mais numerosos, são, contudo, os artigos divulgados em revistas médicas gerais, ou especializadas em ginecologia, psiquiatria ou sexologia.

Porém, a ocorrência da frigidez sexual feminina, como adiante veremos, quando da apreciação da sua freqüência, é bem maior do que se suspeita, e quando pesquisada, individualmente, ela surge, em grande número de casos.

Não se pode, de modo algum, desvalorizar a pesquisa e a respectiva remoção da causa da frigidez feminina, porquanto, de sua permanência, constante ou transitória, originam-se as mais diversas e graves ocorrências, que infelicitam, parcial ou totalmente, não só a mulher, considerada sob o ponto de vista psicofísico, como o matrimônio — célula imprescindível da perfeita e harmônica organização social —, e a própria sociedade, em seus fastos mais íntimos e remotos.

Em trabalho anterior, ao tratarmos dêsse assunto, acentuamos "não ser raro, no decorrer de um interrogatório clínico bem conduzido, encontrar o ginecologista integral, êsse distúrbio da afetividade, ou melhor, da sensibilidade afetiva, como elemento positivo, no cômputo geral das queixas apresentadas pela mulher. Necessário

parece dizermos que muitos pacientes não revelam espontaneamente êsse desvio, e para o encontrar, precisa estar alerta o ginecologista, fazendo perguntas diretas e claras sôbre o mesmo, a fim de não deixar escapar tão importante elemento, na apreciação integral da paciente".(1).

Aliás, neste sentido, equaciona HUDGINS, em brilhante estudo (2), os três principais fatôres que chamam a atenção do médico:

- a) em primeiro lugar, a mulher não valoriza sua frigidez como distúrbio principal;
- b) em segundo lugar, a mulher relaciona seu distúrbio psicogenital à sua vida sexual;
- c) em terceiro lugar, a mulher evidencia tal distúrbio, no decurso de um acurado interrogatório, quando trazida ao ginecologista por outras ocorrências mórbidas da esfera genital.

Tais "tipos" de clientes, com efeito, freqüentemente se apresentam ao especialista. No entanto, para sermos completos na enumeração das "causas" evidenciadoras da frigidez feminina, acrescentaríamos, aos três grupos citados por HUDGINS, um outro, que se caracteriza pelo fato *da mulher procurar o ginecologista, especificamente, para a remoção e conseqüente cura desta perturbação, não manifestando outra qualquer ginecopatia, ou seja, fazendo de sua frigidez, o motivo central de sua consulta.*

Não resta a menor dúvida, que as pacientes dêste último grupo, não são muito numerosas. Sofriam-lhes a queixa, certas idéias de exagerado e contraproducente pudor, a formação ético-religiosa e algumas resistências familiares e sociais.

Por outro lado, se tanto estudo sobeja, no terreno do fenômeno oposto, isto é, do hipererotismo sexual feminino, causa espanto verificar quão escassa é a matéria referente à frigidez sexual, perante a relativamente grande freqüência de sua presença nas consulentes em geral.

---

1) FARIA, T. V. — "Problemas da Vida Sexual da Mulher". Apud. "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Vol. 5; 29;319; maio-junho; 1949.

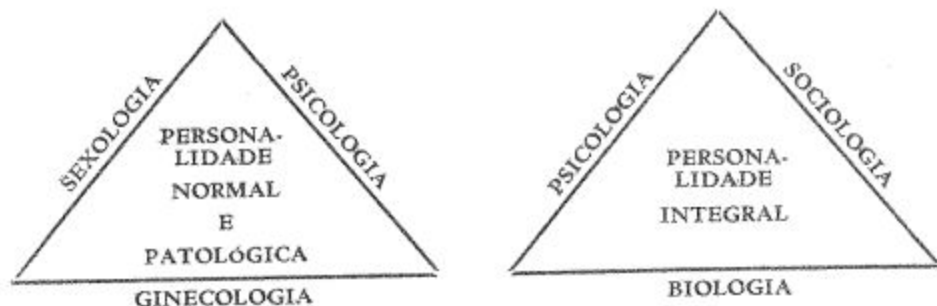
2) HUDGINS — "A Frieza Feminina". — Apud. "Medical Times". Pág. 357. Dez. 1945; pág. 13; jan. 1946. E também, in "Minerva Medica". Ano XXXVII, Vol. II; 36; 214-215; set.; 1946.

Ora, a ginecologia psicossomática contemporânea, procurando abordar o estudo da mulher em seu aspecto integral, isto é, biopsicossociológico, não pode alijar de suas cogitações a pesquisa paciente desta perturbação da vida sexual ativa, face as estreitas intercorrências psicofísicas que a mesma desempenha em seu âmbito vivencial.

De resto, pertencem às modernas diretrizes científicas, tanto no terreno biológico, quanto psicológico, as normas substanciais para o devido estudo da paciente portadora de afecções genitais, orgânicas, funcionais ou psíquicas.

Em outro estudo (3), firmamos conceito no que tange ao enquadramento da criatura humana, que vive e se agita num círculo dilatado, onde o dinamismo funcional, não só dela se origina e se reflete, como é individual e universal.

Dentro, pois, do critério acima exarado, analisadas as condições ou elementos convergentes que erguem a "personalidade", podemos encarar nossas pacientes, segundo a fenomenografia seguinte, que denominamos "triângulos da personalidade" (4):



No triângulo n.º 1, podemos considerar tôdas aquelas pacientes que, portadoras de certas perturbações orgânicas, funcionais ou

3) FARIA, T. V. — "O Pensamento e a Arte Contemporânea na Concepção Dinâmica do Universo". Livraria do Globo, editora, 1943.

4) Para a devida compreensão da constituição individual integral (forma, funções vegetativas e funções psíquicas), não devemos deixar de considerar os fatores componentes da "pirâmide triangular" de PENDE, N., cuja base, como sabemos, representa o patrimônio dos caracteres Hereditários. Recentemente, o renomado constitucionalista acrescentou mais uma face à pirâmide simbólica, dissociando, assim, a face psicológica, em face propriamente intelectual e em face afetiva-volitiva (caráter). Veja-se, a este respeito, o constante na 4.ª edição do "Tratado de Biologia e Patologia Constitucional" de Waldemar Berardinelli. Liv. Francisco Alves, editora. Rio, 1942. Pág.: 79.

psíquicas, devem ser consideradas sob o tríplice aspecto ginecológico, sexológico e psicológico, a fim de fazer um levantamento diagnóstico mais ou menos completo.

O triângulo n.º 2, que poderia superpor-se ao primeiro, diz respeito ao levantamento da "personalidade integral" da criatura humana, independente de qualquer processo mórbido, tendo em vista o critério biopsicossociológico.

Nestas condições, para nós, o ginecologista contemporâneo, não se pode furtar a análise sumária dos vários fatores concorrentes na formação da personalidade feminina, orientação, de resto, apregoada e seguida pelo critério psicossomático.

2) *Definição e Classificação.* — Denomina-se "frigidez sexual", "frigidez sentimental" ou "anestesia sexual", ao processo psicofísico que acarreta a ausência, parcial ou total, do impulso sexual e do conseqüente orgasmo. Assim pontifica grande número de autores.

Esta definição, no entanto, serve apenas como indicativo genérico de um estado funcional, orgânico ou psíquico, em verdade, bastante mais complexo. Pois, como afirma ALBRECHT, O., "trata-se às vezes da diminuição ou da falta completa da excitabilidade sexual, outras, de anormalidades da volúpia, e ainda, em outras oportunidades, da ausência do orgasmo nos contatos carnavais. (5).

Desde logo, pois, convém fazer uma distinção fundamental, isto é, se torna necessário esclarecer que a "mulher fria" pode resultar:

- a) por ausência do impulso sexual;
- b) por ausência do orgasmo sexual.

Nestas eventualidades, podem ocorrer, por sua vez, as seguintes combinações:

- a) ausência do impulso sexual e presença do orgasmo;
- b) presença do orgasmo e ausência do impulso sexual.

À diminuição conjunta do impulso e orgasmo sexuais, denomina-se "hipoestesia sexual"; à ausência completa de ambos mecanismos psicofísicos, chama-se "anestesia sexual".

---

(5) ALBRECHT, O. — "Psicopatía Sexual da Mulher". Apud. HALBAN-SEINTZ: "Biología e Patología da Mulher". Tomo XIV, pág.: 590.



Mas esta distinção não é seguida, de maneira uniforme, pela maioria dos autores, notando-se, neste particular, o emprêgo indiferente de qualquer uma das expressões acima assinaladas, para identificar perturbações da libido as mais diversas.

Isto pôsto, ressalta evidente, a razão pela qual a quase totalidade dos autores não oferecer uma definição, exata e completa, sôbre esta entidade clínica, conhecida na terminologia médico-literária, como "frigidez sexual feminina" ou "mulher fria", sendo a primeira, a mais comumente empregada.

Preferimos intitular nosso trabalho como "estudo psicossomático da frigidez feminina", baseados no fato de que tal rubrica engloba todos aquêles aspectos variados e complexos, que conduzem as mulheres à quaisquer das formas de perturbação psicossomática de sua atividade genésica. Embora não o afirmem textualmente, parece ser esta a mesma conceituação de STEKEL, W. e ACHARD, A.

Mesmo porque, de pouco valeria uma definição que não lograsse encerrar, em eloqüente síntese, os têrmos gerais das diversas e complexas proposições que seu estudo analítico pretendesse ou incluísse.

Em tal oportunidade, mister se impõe um título genérico que abranja a matéria globalisticamente, e após, frente à cada situação específica, procurar fornecer definições de caráter parcelar.

O estudo da "mulher fria" entra nesta conceituação. Porisso, não podem os estudiosos do assunto, chegar a uma definição única e satisfatória, não concordando, nem mesmo, quanto ao emprêgo terminológico desta ou daquela expressão.

Assim, por exemplo, para sômente citar um dos autores mais recentes — HUDGINS — a questão terminológica ainda não teria encontrado um acôrdo completo. Segundo êle, o têrmo "frigidez", indicaria, indiferentemente, conforme o estudioso, "indiferença sexual", "ausência de prazer ao coito", "incapacidade de sentir orgasmo venéreo", "ausência de libido" (e não do orgasmo), etc.

Outro aspecto da questão, relaciona-se com a preocupação de "classificar" os vários "tipos" de frigidez sexual feminina.

Geralmente, quando de um assunto dado, se não pode fornecer adequada definição, também, as mesmas razões subsistentes pa-

ra esta impossibilidade, permanecem positivas para tôda e qualquer tentativa classificatória.

No entanto, neste particular, vários autores têm ensaiado alguns passos.

Assim, HUDGINS, classifica a "frigidez sexual", em 4 grupos:

- a) total;
- b) parcial;
- c) congênita;
- d) adquirida.

STEKEL, W., prefere distinguir 3 grupos, assim discriminados:

- 1) a mulher positivamente fria. — Não experimenta nem voluptuosidade inicial, nem sensações rudimentares de orgasmo;
- 2) a mulher relativamente fria. — O orgasmo produz-se mui raramente, ou apenas é perceptível. O desejo é fraco;
- 3) a mulher apaixonada e fria. — É aquela em que, maugrado um desejo ardente e uma "voluptas" mui acentuada, não atinge o orgasmo.

Porém, é êste próprio Autor quem confessa não ser possível dar uma explicação sistemática sôbre as origens desta perturbação. "O problema é tão complexo — escreve êle — que nos vemos obrigados a tratá-lo sob diferentes pontos de vista, sem prestar atenção às três formas que acabamos de distinguir. Por outro lado, é impossível, pois o tipo "mulher" não pode ser considerado como uma entidade. Os numerosos trabalhos publicados sôbre a mulher têm todos o mesmo defeito: consideram o tipo "mulher" como uma unidade. Mas, nós cimentamos nossos trabalhos inteiramente na bissexualidade: todos os indivíduos são bissexuais, todos estão compostos de u'a mistura de homem e de mulher." (6).

É com muito acêrto assim pontifica o renomado Mestre da "psicanálise ativa", pois, em face do princípio da bissexualidade inerente a cada indivíduo, de modo algum seria possível a classificação exata, dêste ou daquele aspecto de frigidez, nos três grupos por êle descritos.

---

(6) STEKEL, W. — "La Mujer Frígida". Ediciones Iman. B. Aires, 1941. Pág.: 136/137.

Sem a preocupação exagerada do cientificismo puro, mas com vistas unicamente ao estabelecimento de uma classificação que obedecesse ao critério da praticidade, procuramos, anteriormente, estabelecer um esquema classificatório, que já agora, em face de novas investigações, julgamos oportuno assim alterar (7):

Frigidez sexual .	{	total (anestesia)	{	primária (congénita).		
				secundária (adquirida).		
	{	parcial (hipoestesia)	{	alternada	{	“ab início”.
						“in médio”.
		{	gradativa	{	“ab início”.	
					“in médio”.	

Nesta “classificação”, de caráter prático, podem ser enquadrados tanto o “impulso sexual”, quanto o “orgasmo sexual”. Ela abrange quase tôdas as diversas modalidades clínicas da “frigidez feminina”.

Mais pormenorizadamente, vejamos: a) dizemos que há “frigidez total” ou “anestesia sexual”, quando inexistem tanto o “impulso sexual”, como o “orgasmo”. Esta modalidade, será “primária” ou “congénita”, quando, desde o início da vida genital ativa da mulher, afastadas tôdas as hipóteses sômatopsíquicas, perdura indefinidamente, maugrado tôda sorte de medidas terapêuticas utilizadas. Será “secundária” ou “adquirida”, quando havendo anteriormente a mulher experimentado a satisfação sexual integral, de modo repentino, mercê alguma intercorrência orgânica, funcional ou psíquica, vê-se totalmente privada desta “satisfação”; b) dizemos que há “frigidez parcial” ou “hipoestesia sexual”, quando a intensidade do “impulso” ou do orgasmo estão diminuídas em grau maior ou menor. A frigidez parcial “alternada” se caracteriza, fundamentalmente, pelo sentido de alternância que incide nas mulheres em sua satisfação sexual integral. Ora, ou por épocas mais ou menos freqüentes, são perfeitamente normais, ora, entram numa espécie de semicrepúsculo sexual transitório, em que todos os recursos que identificam a “fase preliminar” do contato sexual, ou sejam, “os jogos-de-amor”, nada conse-

7) Veja-se FARIA, T. V. — “Problemas da Vida Sexual da Mulher; ídem; pág. 319.

guem. A frigidez parcial alternada “ab início”, caracteriza-se por não haver a mulher experimentado outra modalidade de prazer sexual, senão esta, desde o primeiro consórcio carnal; a frigidez parcial alternada “in médio” é aquela que ocorre, sem causa justificada, no decurso de uma vida sexual completa. A “frigidez parcial gradativa” caracteriza-se pelo estabelecimento paulatino, aos poucos, de um insuficiente impulso ou orgasmo sexuais. Ela será, também, “ab início”, quando desde o primeiro consórcio carnal, tome assento na vida sexual ativa da mulher; será “in médio”, quando surja no decurso da mesma.

3) *Freqüência.* — Segundo nossa própria experiência e observação, estamos convencidos que a frigidez sexual feminina, sob qualquer de seus aspectos ou tipos, é bastante mais freqüente do que se suspeita à primeira vista.

Em vista do reduzido número de casos por nós estudados — não tivemos como objetivo o levantamento específico de uma estatística —, não podemos firmar qualquer critério proporcional. Porém somente em três semanas de indagações neste sentido, em nosso Ambulatório de Ginecologia e Cirurgia Geral de Mulheres, da Irm. da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, entre 60 consultantes, portadoras de diversas ginecopatias, encontramos 30 casos de perturbações da função sexual, ou seja, justamente 50 % dos casos. Cumpre salientarmos que tal verificação foi efetivada sem a preocupação de uma diretriz sistemática, quase tomada por acaso. Em vista, contudo, desta surpreendente ocorrência, estamos agora indagando sôbre o assunto, com vistas de oportunamente ser possível a publicação de um estudo estatístico mais exato e esclarecedor.

Os que não acreditam nesta freqüência, teriam como exatas nossas afirmações, se passassem a interrogar suas pacientes, com cuidado e pertinência, para aquilatar, com espanto, do grande número de casos em que ocorre a frigidez.

HUDGINS, em seu trabalho, cita várias opiniões, como por exemplo, a de WARTON, que calcula estar a frigidez presente em 10 % das mulheres; para KNOFF, esta proporção seria bastante mais elevada, ou seja, em 80 % das mulheres. Por sua vez, KNIGHT, citado por DUMBAR, F., avalia em 75 %, ou mais, o número de mulheres casadas, portadoras de frigidez.

Como explicar esta disparidade de proporções? Acredita HUDGINS, que para tal discordância, concorrem inúmeras situações, não patológicas, que influenciam o determinismo do distúrbio. Assim, a "idade" da paciente (mais freqüente na idade juvenil); o "estado civil" (mais freqüente na que vive maritalmente); a "época do matrimônio" (mais freqüente no primeiro ano de consórcio); a "gravidez", etc.

Na opulenta estatística de HUDGINS — 450 casos —, só foi encontrado o "prazer sexual integral", em 47% dos casos das examinadas. As demais, eram portadoras de vários tipos de frigidez. Por sua vez, também não encontrou relações íntimas perante a eventualidade de gravidez e orgasmo venéreo.

Em STEKEL, W., encontramos a citação de que ADLER, O., intentou estabelecer uma estatística da "anestesia sexual". GUTTZEIT, por outro lado, afirma que entre cada 10 mulheres, 4 não sentem prazer algum durante o coito, suportando-o sem experimentar nenhuma sensação agradável na fricção, não tendo nenhuma idéia da "voluptas" no instante da ejaculação. DEBRUNNER, afirma que 50% das mulheres são insensíveis. "No que respeita a mais de 50% de nossas mulheres, do oeste da Suíça — escreve êle —, não se pode falar de uma libido pròpriamente dita. Tive ocasião de me informar amiúde sôbre êsse ponto, e posso assegurar, que mais da metade de nossas mulheres desconhecem a libido". (8). Por sua vez, o autor citado em primeiro lugar, ADLER, O., em seu estudo, acredita que a "anestesia sexual da mulher", total ou parcial, atinge às proporções de 20, 30 e até 40%, dos casos. STEKEL, W., em seu magnífico estudo sôbre o assunto, conclui que a frigidez sexual feminina ocorre em mais de 50% dos casos, embora êle só tenha pesquisado esta ocorrência no trato de pacientes neuróticas.

Estas breves e sumárias referências, bastam, segundo nos parece, para evidenciar do acervo de material humano que padece dêste distúrbio, o que, de resto, é mais um argumento em abono do princípio de que se torna cada vez mais importante e útil a investigação e a pesquisa em tórno do mesmo.

---

8) STEKEL, W. — Op. Cit.; pág.: 133/134.



Estamos perfeitamente concordes com a orientação stekeliana, quando acentua ser necessária muita cautela para a devida e adequada obtenção de qualquer informação estatística à respeito do assunto, pois, na maioria, as mulheres ou não informam nada no que tange à sua vida sexual (pudor, princípios ético-religiosos, falta de educação e instrução), ou então, procuram enganar o médico, com respostas evasivas, falseando a verdade, de maneira preconcebida. Por isso, nunca nos contentamos com uma única entrevista com nossas pacientes. Geralmente, mantemos duas, três, ou mais conversações (e quando possível, também interrogamos o marido), com a finalidade de captar a confiança da paciente<sup>(9)</sup> e demonstrar-lhe a importância e a utilidade que a solução do problema representa para si própria e para a sua felicidade conjugal.

4) *Etiopatogenia*. — O estudo das “causas” determinantes da “frigidez” são de muita importância, porque delas depende, na grande totalidade dos casos, os sucessos terapêuticos. Em verdade, se não pode instituir tratamento algum, sem o perfeito conhecimento, a reiterada pesquisa, destas “causas”.

Dada a multiplicidade das condições convergentes ao estabelecimento da “frigidez sexual”, muitos autores preferem estudá-las frente à cada “caso clínico”.

No entanto, parece-nos que a tentativa de uma sistematização das mesmas, em muito facilitará, não só a orientação clínica de “casos” futuros, como também fornece uma visão de conjunto sobre o plano terapêutico a ser estabelecido.

Segundo HUDGINS, existem duas ordens de fatores determinantes da “frigidez sexual feminina”:

- I — Fatores orgânicos.
- II — Fatores funcionais.

---

(9) Veja-se nosso estudo: “O Terceiro Componente em Clínica Ginecológica”. Apud. “Rev. Med. R. G. do Sul”. Ano V, Vol. 5; 28; 253:256; março-abril; 1949.

*Fatôres orgânicos.* — No estudo dêstes elementos, devem ser considerados:

- 1) a dor (dispareunia impròpriamente dita), que pode ser provocada:
  - a) pela presença de um hímen anormal<sup>(10)</sup>;
  - b) pela inflamação do canal vaginal;
  - c) pela desproporção entre os genitais do homem e da mulher;
  - d) pelo útero retroverso;
  - e) por afecções dos órgãos vizinhos (bexiga, uretra, recto).
- 2) anormalidades genitais:
  - a) anomalia do clitóris (ausente, pequeno ou completamente recoberto pelo prepúcio);
  - b) infantilismo uterino;
  - c) óstio vulvovaginal relaxado.

*Fatôres funcionais.* — O estudo dêstes “fatôres” é muito importante, porquanto são êles passíveis de correção psicológica. Devem ser considerados:

- 1) inadequada instrução. — Muito depende da inadequada educação e instrução sexuais o estabelecimento da “frigidez”, principalmente, no período infantil e adolescente (errônea associação entre os órgãos genitais e excretores; fixação do princípio de que tôda a libido, relacionada com o sexo, é ignóbil; que os homens são brutais; que a mulher deve saber resistir ao homem para impor sua personalidade; ou a freqüente ocorrência da “mãe insatisfeita na vida conjugal”, que a todo instante, se compadece da filha, considerando-a “mártir-da-casa”; ensinamento errôneo de que a gravidez intervém em desfavor do orgasmo, etc.).
- 2) desfavorável impressão do primeiro contato sexual: primeiro coito doloroso ou realizado com violência; matrimônio anterior infeliz, etc.);

---

(10) Veja-se nosso estudo: “Considerações Anatômicas, Fisiopatológicas e Médico-Legais em tôrno do Hímen”. Apud, “Rev. Med. R. G. do Sul”. Ano V, Vol. 5; 30; julho-agosto; 1949.

- 3) hábito ao estímulo sexual anormal: masturbação, ninfomania, lesbismo, estímulos extragenitais;
- 4) as neuroses e as fobias: de dor, da gravidez, de infecção venérea, de punição religiosa; ou os “conflitos de amor”: incesto, homossexualidade; ou os “conflitos de ódio”: recordação do sofrimento da própria mãe;
- 5) as alterações emocionais: ausência de afeto para com o cônjuge ou companheiro que se pode haver comportado grosseiramente ou não tenha moral;
- 6) alterações intelectuais: o excesso de intelectualismo aborta ou deprime o “fator” físico; repressão voluntária do desejo sexual; ânsia de superioridade; temperamento masculinóide; ausência de temperamento vegetativo;
- 7) algumas deficiências endócrinas.

No *campo fisiológico*, deve ser considerado o estado pré-puberal e o senil, como desfavoráveis ao “prazer sexual completo”. Em segundo lugar, os tipos constitucionais: os apáticos, inativos, sedentários, trabalhadores infatigáveis; em terceiro lugar, a debilidade grave de natureza patológica, naturalmente influi sobre a fisiologia do orgasmo venéreo; em quarto lugar, determinados fatores raciais: os povos da Europa Meridional e a raça negra, são mais sensuais que os da raça nórdica.

Na *fisiologia do matrimônio*, devem ser considerados:

- a) a exagerada lentidão do desencadeamento do orgasmo;
- b) coito rápido e insatisfatório;
- c) a estimulação preliminar inadequada;
- d) a ejaculação precoce da parte do homem;
- e) o “coitus interruptus”;
- f) a inexperiência compreensiva da parte do homem;
- g) a brutalidade, a vulgaridade ou as manobras contra-naturais.

Esta, a discriminação sintética das “causas etiológicas” assinaladas, como mais importantes, no extenso trabalho de HUDGINS E, com efeito, ela encerra quase todos aquêles “aspectos clínicos” do problema.

Em NOVAK, E. (11), vamos também encontrar rápidas referências sobre a "frigidez sexual". Acredita esse autor, que a "sede da libido" deve ser, ou antes, radicar na psiquê. Papel muito importante, na gênese da libido e conseqüente desencadeamento do orgasmo, seria representado pelas chamadas "zonas erógenas": clitóris, mamas e abóbada posterior da vagina. Quaisquer causas, portanto, que afetam, direta ou indiretamente, estas "zonas", teria, por conseqüência, a diminuição ou ausência do "prazer sexual", total ou parcial.

Como "causas", especialmente citadas, menciona a) a supressão da inibição pelo medo da gravidez, b) lesões que produzem dor ao coito, c) experiências dolorosas na lua-de-mel, d) má técnica do coito, e) formação moral ultrapuritana no começo da vida pré-marital da moça.

Interessante salientar, nesta altura, sobre o grau de responsabilidade dos ovários em relação à sensação sexual, assinalada pelo Autor citado. Afirma que nos animais inferiores, os ovários são indispensáveis para aquela finalidade, conquanto, na espécie humana, é certo que a presença dos mesmos não é indispensável para a obtenção de uma libido satisfatória. "Conquanto a extirpação dos ovários possa trazer o desaparecimento ou a diminuição da sensação sexual, há muitas exceções a um tal fato, como é o do conhecimento de todo ginecologista".(12).

Procurando estudar esta questão, BENEDEK, Th. & RUBENSTEIN, B. B., produziram, recentemente, excelente monografia, intitulada: "O Ciclo Sexual da Mulher — Relação entre a função ovárica e os processos psicodinâmicos".

Sobre "as causas" da frigidez feminina, encontra-se, igualmente, um breve capítulo, no excelente livro de CROSSEN, H. S. & CROSSEN, R. J. — "Enfermidades da Mulher" —, mas de sua leitura nada podemos acrescentar ao já anteriormente citado.

ALBRECHT, O., num interessante estudo, escreve as seguintes linhas, que transcrevemos na íntegra: "É muito raro que os defeitos psíquicos se manifestem isoladamente. Em geral, constituem um sintoma de modificações esquizofrênicas, sendo observados não só

---

(11) NOVAK, E. — "Ginecologia e Endocrinologia Feminina". Ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 1944. Tomo II". Págs. 599/601.

(12) NOVAK, E. — Op. Cit.; pág.: 599.

em indivíduos que se encontram nos limites da psicose, como também nos que padecem anomalias esquizóides da constituição, que formam o caminho aos desequilíbrios físicos e psíquicos. Esta concatenação demonstra por si só que a frigidez pode obedecer a transtornos endócrinos. Em muitos casos também, a causa do fenômeno, reside na educação, no sentido de que as meninas são afastadas precocemente por seus pais de tudo o que possa representar ou favorecer as excitações sexuais. As solteironas que sofreram alguma desilusão ou que foram abandonadas pelo noivo, adquirem, igualmente, amiúde, grande frieza, perante o sexo contrário, que não pode ser atribuída à insuficiência da função das glândulas germinais. Nas jovens é mais difícil que se produza este fenômeno. Por outro lado, observa-se-o em mulheres pertencentes à classes sociais em que a educação não é tão esmerada, inclusive naquelas que realizaram contatos genésicos. Em tais circunstâncias, talvez conduzam à frieza a *dor do primeiro coito e o temor de suas conseqüências*. De especial importância para a diminuição do impulso sexual é o *trabalho, tanto corporal, quanto intelectual*, embora a convivência com indivíduos do outro sexo nas fábricas e colégios, aumentando as excitações, equilibre o cansaço. De qualquer maneira, existem mulheres que, em circunstâncias normais, são frias "ab inítkio", ou se tornam completamente indiferentes. Mas também existem as que, parecendo frias, constituem ao depois, admiráveis espôsas, e outras que chegam a reagir ardentemente à menor excitação. Da apetência sexual insuficiente deve distinguir-se a falta da "voluptas" nos contatos sexuais, ou seja, a ausência do impulso detumescente (MOLL, A.), A mulher pode ralizar o coito sem prévia excitação sexual. Nas prostitutas ocorre isto geralmente. Muitas mulheres, inclusive as que tiveram filhos várias vêzes, falam ao médico, desta frigidez sexual. A frieza pode manifestar-se frente a todos os homens ou perante a um só (o marido), não sendo raro que então se fixe o diagnóstico de frigidez, sem que ela exista na realidade. Algumas espôsas dizem, com efeito, que seu companheiro não lhes produz excitação sexual alguma, conquanto ardam facilmente perante outros homens, ou em presença de acontecimentos que excitam normalmente a sexualidade.

“Uma senhora me confessou que a excitava o contato com as côxas de qualquer indivíduo ao caminhar na rua, embora não percebesse a menor sensação voluptuosa quando a acariciava o espôso”.

A frigidez só é, portanto, condicional em tais circunstâncias, e os contatos matrimoniais têm a importância prática da falta completa do impulso sexual, representando para a mulher um verdadeiro conflito anímico permanente, o fato de que não a faça gozar seu marido os prazeres que tem experimentado fora do matrimônio. Tais mulheres se conduzem, pois, frente ao espôso, como as prostitutas com a maioria de seus clientes, e assim como estas últimas que vencem, muita vez, em benefício do lucro, intensas sensações de repugnância, na maioria das casadas frias para o marido, surgem análogos conflitos, mais ou menos acentuados.

Outras vêzes a causa da aversão aos contatos carniais, reside em uma dispareunia considerável. Existem, igualmente, mulheres que, maugrado sentirem a voluptuosidade correspondente em sua vida matrimonial, não chegam a experimentar nunca o orgasmo. Então a insatisfação de excitações freqüentemente repetidas, chega a converter o ato em um dever cada vez menos desejável, até que se embota a sensibilidade.

No início da vida sexual, o fenômeno referido tem grande importância para o desenvolvimento da frigidez. Como dizia ALLERS, R., entram em conflito o desejo do prazer e o sentimento de não o experimentar. A frigidez assim condicionada, a qual poderia denominar-se “adquirida”, não é igual à frigidez “congénita”, nem suas conseqüências são as mesmas. Trata-se melhor de uma *síndrome neurótica múltipla*. As modificações incretoras e vasomotoras originadas pelos contatos sexuais que produzem satisfação, desempenham um papel de transcendência essencial no equilíbrio nervoso da mulher, e sua ausência, é causa freqüente de enxaquecas, estados irritativos, tristeza e outras manifestações da labilidade. As reações de defesa contra o coito alcançam seu máximo grau no fechamento convulsivo da vagina, ante os intentos de introdução do pene ou de outro corpo estranho, isto é, no estado chamado “vaginismo”.<sup>(13)</sup>

---

(13) ALBRECHT, O. — Op. Cit.; Pág.: 590/592.



Assim expostas as opiniões dos diversos autores, vamos, agora, emitir e justificar nossa própria sistematização, em torno da etiopatogenia da frigidez sexual feminina.

Em face ao número de casos por nós observados, julgamos mais conveniente enquadrar as referidas “causas” nas seguintes rubricas:

- a) fatores orgânicos;
- b) fatores funcionais;
- c) fatores psíquicos;
- d) fatores matrimoniais;
- e) fatores familiares e sociais.

*Fatores orgânicos.* — Neste particular, dois grupos de sintomas, assumem caráter preponderante:

- a) a dor;
- b) anomalias genitais.

A “dor” ou “dispareunia”, que pode atingir graus de intensidade variáveis, reconhece duas condições: locais e psíquicas.

As “condições locais” são representadas:

- a) presença de um hímen rígido persistente;
- b) vulvite e a vulvovaginite (principalmente, por tricômonas);
- c) estados inflamatórios dolorosos das glândulas de BARTOLINO-DUVERNEY;
- d) endocervicite crônica, com ou sem erosão;
- e) lesões ulcerativas da vulva, vagina ou colo uterino;
- f) hemorróides ou fissuras retais;
- g) estreitamento do calibre do canal vaginal;
- h) perienorrafias mal feitas;
- i) processos inflamatórios crônicos da pelve;
- j) endometriose;
- k) parametrite;
- l) neoplasmas;
- m) desproporção entre o tamanho do pene e o da vagina;
- n) processos inflamatórios agudos da ureta;

- o) processos inflamatórios agudos ou crônicos da bexiga;
- p) neoplasmas da bexiga, uretra, recto e ânus;
- q) retroversão e “descençus uteri”;
- r) em certos cistos e retocelos acentuadas.

As “condições psíquicas” são representadas pelas mesmas “causas” determinantes da frigidez, que estudaremos nos “fatôres psíquicos”.

2) No grupo das “anomalias genitais” concorrem as seguintes “causas”:

- a) anomalia do clitóris;
- b) infantilismo genital;
- c) relaxamento congênito ou adquirido do óstio vulvovaginal;
- d) hermafroditismo;
- e) outras anomalias genitais.

*Fatôres funcionais.* — Dêste grupo, fazemos exclusão das “causas” de origem psíquica, que preferimos estudar à-parte, tal a importância que lhes atribuímos.

Os principais “fatôres funcionais”:

- a) deficiências endócrinas;
- b) deficiências neurovegetativas;
- c) processos disfuncionais de outros aparelhos do organismo.

*Fatôres psíquicos.* — São os seguintes:

- a) inadequada educação e instrução sexuais;
- b) desfavorável impressão do primeiro contato sexual;
- c) perversões sexuais;
- d) estados de angústia, neuroses e fobias;
- e) alterações emocionais;
- f) alterações intelectuais.

*Fatôres matrimoniais.* — São os seguintes:

- a) inadequada educação e instrução matrimoniais;
- b) desfavorável impressão da “noite-de-núpcias”;
- c) “coitus interruptus”;
- d) falta de técnica no exercício da cópula;

- e) ausência da fase preliminar dos “jogos-de-amor”;
- f) superexcitação preliminar com ausência do orgasmo feminino;
- g) precipitação sexual do marido;
- h) ejaculação precoce do marido;
- i) brutalidade e vulgaridade do ato sexual da parte do marido;
- j) tentativa do coito “contra-natura”;
- k) falta de higiene geral e local do marido;
- l) situação econômica apreensiva do casal;
- m) atitude imoral do homem, dentro ou fora do matrimônio;
- n) discussões e polêmicas entre o casal.

*Fatores familiares e sociais.* — São os seguintes:

- a) intolerância, incompreensão e falta de instrução dos pais da menina, enquanto criança e adolescente;
- b) tendência incestuosa para um dos pais ou irmãos;
- c) sectarismo e fanatismo religioso;
- d) relações sociais suspeitas ou malévolas;
- e) alijamento total ou parcial do convívio da família ou da sociedade;
- f) reações de inferioridade ou superioridade contra o meio familiar e social.

Nesta altura, porém, devemos acentuar que as classificações etiopatogênicas da frigidez feminina, divergem, mas na aparência, pois que na realidade, às vêzes, tudo se resume apenas numa questão de termos.

Assim, bem considerando os diversos “fatores” acima apontados, chegar-se-á a conclusão que, em realidade, não há distinção entre os “fatores” matrimoniais, sociais, familiares e psíquicos. Um exemplo desta consideração, encontra-se no “fator matrimonial”, referente à impressão desfavorável da noite de núpcias. Pois, êle não só é orgânico, como funcional, familiar, emocional e psíquico, a um só tempo. Tal ocorrência, demonstra desde logo, a íntima correlação biopsicossociológica da personalidade humana.

Devemos acentuar que todo e qualquer “fator” predisponente ou determinante da “frigidez feminina”, raramente se apresenta isolado, porquanto existem “fatores” que são apenas físicos ou mentais

(p. ex.: uma anomalia, uma neurose), estendendo-se, ao depois, à esfera emocional.

Todo “fator” de “frigidez” atua:

- 1) pela parte *orgânica* da pessoa;
- 2) pela parte *emocional* da pessoa;
- 3) pela parte *mental* da pessoa.

No ítem dos “fatôres emocionais”, poderiam ser grupados os “sociais”, “familiares”, “orgânicos”, etc.

Em síntese, portanto, tais “fatôres” poderiam ser considerados da seguinte maneira:

- |                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| 1) Orgânicos ...  | { | tumorais;<br>anomalias;<br>processos inflamatórios;<br>outras modificações somáticas. |
| 2) Funcionais ... | { | de ordem fisiológica;<br>de ordem emocional;<br>de ordem mental;<br>de ordem mixta.   |

Os “fatôres emocionais” poderiam ser divididos:

- |                               |   |          |
|-------------------------------|---|----------|
| 1) sintomas isolados.....     | } | anormais |
| 2) neuroses .....             |   |          |
| 3) psicoses .....             |   |          |
| 4) combinados .....           |   |          |
| 5) atitudes éticas — normais. |   |          |

Estas considerações mostram como difícil e complexo se apresenta o estudo etiopatogênico da “frigidez feminina”, bem assim como evidenciam que uma sistematização rigorosa, neste sentido, falenciaria por inexata e imprecisa.

Nossa divisão em cinco grupos de “fatôres” tem, antes de tudo, objetivos mais didáticos e práticos que a preocupação do rigorismo científico.

O que na realidade importa o profissional não ignorar, é a concorrência múltipla dos diversos “fatôres” em um mesmo indivíduo.

Em linhas gerais, são êstes os principais fatôres que, a nosso ver, podem desencadear os vários tipos de frigidez sexual feminina, embora outros possam ocorrer, em menor grau ou intensidade.

Todos êles, vale dizermos, nem sempre soem apresentar-se isolados; na maioria dos casos, vê-se, freqüentemente, a associação de um ou mais dos elementos acima citados, configurando, de maneira complexa, a etiopatogenia da frigidez sexual feminina.

Do estudo acima referido, deduz-se, com facilidade, quão difíceis são por vêzes certas interpretações de alguns casos clínicos. E o investigador nenhum resultado obterá, se deixar de levar em linha de conta a condição biopsicossociológica de cada mulher individualmente.

O investigador de uma “frigidez sexual” não pode ser um profissional apressado, que realize a observação clínica, com relógio-na-mão, contando os minutos que passam, na ânsia malsinada de passar, tão pronto quanto possível, à paciente seguinte.

Tato, paciência, compreensão e, principalmente, precaução frente às informações da paciente, devem ser atributos inerentes à sua prática cotidiana, além dos conhecimentos de cultura geral que necessariamente está obrigado a conhecer.

5) *Sintomatologia*. — Como ficou bem evidenciado, “a frigidez sexual feminina” é uma síndrome polimorfa, onde, pela concorrência de fatôres múltiplos e variegados, quase impossível se torna evidenciar um quadro sintomatológico específico e próprio, já que interdepende de tantos fatôres objetivos e subjetivos, físicos, psíquicos e sociais.

HUDGINS, seguindo a orientação de HUHNER, no entanto, aponta os seguintes sintomas:

- a) astenia profunda matutina;
- b) sensações dolorosas difusas e erráticas;
- c) incapacidade funcional e física para os deveres domésticos e obrigações sociais;

- d) polaquúria;
- e) leucorréia;
- h) hemorróides;
- i) prurido rebelde;
- j) eretismo geral e local.

Um dos "sintomas sociais" sôbre o qual vimos insistindo de um tempo à esta parte, refere-se ao da criação do estado, por nós denominado de "desajuste matrimonial". Sôbre o mesmo, tivemos ocasião de publicar algo à respeito<sup>(14)</sup>. Aqui vamos transcrever o já referido alhures, convencidos de que tal "sintoma social" constitui uma das facêtas mais importantes na perfeita compreensão, no exato diagnóstico e na adequada terapêutica, da frigidez sexual feminina.

Tais desajustes, mister se impõe defini-los com propriedade, nada têm a ver com os aspectos jurídicos da união matrimonial, cuja tarefa não pertence ao especialista, mas sim ao advogado.

As pacientes desajustadas no matrimônio são, com efeito, portadoras de perturbações físicas, psíquicas, morais ou sociais, perante si próprias, perante seus maridos ou perante a sociedade em que se agitam.

Não se cogita, por conseguinte, nem encontra extensão na clínica ginecológica integral, qualquer intervenção direta ou indireta, com o aspecto legal do matrimônio.

Aliás a exata compreensão do especialista do que seja e representa a ginecologia integral contemporânea com os substanciais recursos ora fornecidos pelos métodos estabelecidos pela orientação psicossomática, desde logo demarca iniludíveis as exatas fronteiras em que situamos os desajustes matrimoniais.

Não basta com efeito, nem é consentâneo com o espírito científico de nossa época, o exame somático exclusivo de nossas pacientes alijando tôda e qualquer comparticipação espiritual ou social das cogitações diagnósticas e terapêuticas presentes em cada caso em maior ou menor intensidade.

---

(14) FARIA, T. V. — "Desajustes Matrimoniais em Clínica Ginecológica". Apud. "Rev. Med. R. G. do Sul". Ano V, Vol. 5; 29; 312:315; maio-junho; 1949.



Ao lado de quadros clínicos banais e vulgares que todo dia acorrem aos consultórios dos especialistas e por êste solucionados, sem maiores preocupações, outros existem, e não em pequeno número, que requerem dêle atilado senso e compreensão humana, por se não enquadrarem positivamente nos limites rígidos da nosologia ginecológica.

O ginecologista integral não deve apenas ser um bom especialista no sentido clínico e cirúrgico da especialidade, mas possuir requisitos mais amplos que penetrem fundamente nos conhecimentos gerais e humanísticos, com o auxílio dos quais se torna um perfeito conhecedor das atividades biopsicossociológicas de suas enfêrmas, o que de resto, torna-o, pelo menos, um inteligente e sagaz pesquisador da personalidade humana integral.

A consulta da mulher casada deve sempre alertar o ginecólogo para o terreno de suas condições psíquicas e sociais, dentro ou fora do matrimônio, além do aspecto puramente somático.

Muita vez, esta paciente consulta o especialista por uma ou outra condição mórbida de natureza orgânica que lhe parece fundamental no cômputo geral de suas perturbações.

No entanto, quanta vez o interrogatório e o exame cuidadoso, bem dirigido, abrangendo a totalidade sua personalidade, não vai encontrar a causa de todo o mal, em lugares insuspeitados pela paciente, quer no âmago de sua vida psíquica, quer na conduta social, quer na atitude matrimonial!

E quando êste encontro se verifica, há uma inversão nos valores sintomatológicos da enfêrma. Aquilo que lhe parecera o predominante, o essencial, o único verdadeiramente digno de menção, passa a ocupar posição inferior, lugar secundário, quando não até destituído de todo o fundamento e valor científico.

O ginecólogo integral saberá pesquisar êstes dados de grande valor, tirá-los da atmosfera confusa em que os mesmos dormitam, trazendo-os à plenitude do julgamento lógico, e do raciocínio dirigido, perante a realidade clínica de cada caso em estudo.

O matrimônio por seus laços sagrados de indissolubilidade — pelo menos em nosso País — pelo aspecto de profundas modificações econômicas e sociais, espirituais, morais e físicas que representa

para a mulher, gera, necessariamente, por corolário conseqüente, todo um plano novo de vida que é inteiramente diverso daquele seguido pela adolescente e moça solteira, isto em grau muito mais acentuado, entre aquelas ignorantes dos problemas sexuais e sociais, ligados ao matrimônio.

Indiscutivelmente, são os problemas da esfera sexual os que predominam nos quadros clínicos das desajustadas no matrimônio. Nesta referência, escreve NORMAN E. HIMES: "Os aspectos sexuais podem constituir somente uma parte do casamento. Mas eles são uma parte importante. Enquanto que a adaptação no casamento envolve muito mais que a adaptação sexual, tem sido comum até pouco tempo dar pouca importância ao papel do conhecimento sexual e da harmonia sexual no criar e manter uma união duradoura e satisfatória. Algumas vezes há uma lacuna geral de informações. Com mais freqüência nossas mentes se enchem de más informações e de noções errôneas." Dois fatores devem ser estudados, principalmente nas desajustadas no matrimônio: o primeiro, relativo aos problemas sexuais; o segundo, relacionando aos problemas de adaptação matrimonial. Ambos gerando as mais desastrosas conseqüências e mal orientando o exame clínico quando o ginecologista integral não os tem em evidência necessária.

Pelas situações criadas, poder-se-ia criticar o problema dos desajustes matrimoniais, dizendo-os do âmbito do sexologista especializado ou do psicólogo de carreira.

Em nosso entender, contudo, cabe ao ginecologista integral, o perfeito conhecimento de todos assuntos ligados, direta u indiretamente, ao sexo feminino, e neste particular, tornamos a reafirmar, ser condição inerente ao especialista integral além dos conhecimentos atinentes à própria especialidade, tanto no aspecto clínico, como cirúrgico, o exato entender, embora de maneira satisfatória, de elementos de psicologia, sexologia, endocrinologia, biotipologia e sociologia.

As desajustadas no matrimônio ocorrem ao ginecologista especificamente por situações daquele oriundas ou criadas, ou então ocultando sob as vestes de uma afecção orgânica banal o verdadeiro substrato de seus males.

As aversões matrimoniais, tão magistralmente estudadas e descritas por VAN DE VELDE, reconhecem condições primárias e se-

cundárias em seu desencadeamento e posterior manutenção. Permaneça o ginecologista somente na esfera dos distúrbios orgânicos e jamais poderá completar a cura de sua paciente sob o ponto de vista integral.

Extenso, desde logo, é o campo de ação do ginecologista assim integralizado na especialidade.

Antes de mais nada, deve o ginecólogo equanimizar a questão nos seguintes termos: existe ou não amor entre os cônjuges? Pois na ausência deste sentimento primordial, toda e qualquer tentativa em prol da solução do desajuste será infrutífera, para não dizer inútil.

Haja, porém, sido êle firmemente estabelecido de ambas as partes, então pode iniciar o estudo do desajuste, procurando a solução mais adequada para cada caso individualmente.

Por vêzes, trata-se de uma paciente jovem que nos procura por dores mais ou menos acentuadas no baixo ventre, leve corrimento amarelado, indisposição geral, cansaço freqüente, dispareunia, quando não portadora de verdadeiro vaginismo. Indagada mais fundamentalmente com relação às suas condições de vida matrimonial, declaramos que desde seu matrimônio iniciou uma vida quase impossível, com atritos freqüentes com seu espôso, alijamento total ou parcial da sociedade, ensimesmando-se em pensares confusos, nem sempre realísticos, sonhos fantásticos, pesadelos contínuos.

Êste quadro pode ser o mais simples, embora existam outros de maior gravidade, com acentuação de todos êstes sintomas ou até aparecimento de novas modalidades mórbidas.

Perante tal realidade clínica, poderá o ginecologista, descurando todo o resto, manter-se no trato de uma possível anexite vulgar, da dispareunia ou do vaginismo? Evidentemente, não. Deverá êle ingressar, ou melhor orientar o exame clínico nos setores referendados pela medicina psicossomática integral, ajuizando cada sintoma no seu devido valor, perante o cômputo geral do quadro clínico, tudo em perfeito acôrdo com a realidade biopsicossociológica da enferma.

Assim tratará não só a anexite presente, pesquisando sua causa determinante, como também procurará eliminar a dispareunia, o

vaginismo, a astenia geral, ditando normas que conduzem o paciente ao perfeito ajuste matrimonial e social, e para tanto, utilizando de sua experiência humana, vivida no próprio seio da coletividade, de recursos psicoterápicos que julgue necessários e até reeducando sexualmente marido e mulher.

A paciente assim conduzida pelo ginecologista, com tato e inteligência, certamente logrará a restituição completa ao "statu quo" anterior à incidência de seus males, deixando de culpar o matrimônio, como único agente desencadeante de sua desgraça, voltando à vida normal e sadia, no âmbito familiar e social.

Tôda tarefa investigadora, por parte do ginecologista, sofrerá sensível redução, quando a casada o procura objetivamente para a solução de seu caso, porque então os grilhões do falso pudor, ou de outros sentimentos inibitórios estão abertos à livre discussão e sadia interpretação, tanto da parte do médico, quanto da própria paciente. Tal, porém, não ocorre quando subsiste na consulta o sentido velado de sonegar deliberadamente estas ocorrências, tidas por algumas pacientes, na rubrica das coisas que se devem ocultar ou negar, por esta ou aquela razão.

O exemplo acima citado, tirado de uma variedade infinita de queixas similares, poderia ser multiplicado em razão direta do número das consultantes do sexo feminino, e na razão inversa dos verdadeiros motivos que as levam à consulta.

Outra ocorrência, que muita vez, leva a mulher casada, de qualquer idade à consulta do ginecólogo, é a relativa ao problema da frigidez sexual.

Sendo o orgasmo sexual feminino "conditio sine qua non" do matrimônio perfeito, na justa reciprocidade de ações e reações, compreende-se, desde logo, que a presença da frigidez sexual, transitória ou definitiva, vem acarretar no matrimônio os mais sérios e graves desajustes.

Assim como a importância sexual masculina se considera em parcial e total, também a frigidez feminina pode igualmente ser equanimizada.

A êste respeito, escreve KAHN, F.: "Ficando incompleta a educação amorosa da mulher, seja porque os esposos não estão su-

ficientemente esclarecidos, por ser o marido demasiado comodista, ou demasiado brutal, para se preocupar com a felicidade amorosa da espôsa, ou ainda porque a mulher se conforme com êste destino, de qualquer modo, ela permanece permanentemente insatisfeita, e evolui para o tipo da mulher insatisfeita. A mulher insatisfeita, é u'a mulher que não alcança a satisfação menor por falta de relações sexuais, apesar das relações sexuais. O tipo da mulher insatisfeita é muito difundido e fãcilmente reconhecível pelos olhos experientes. Amiúde estas mulheres procuraram durante o dia e fora de casa, a satisfação que não encontram no lar à noite, e dão na vista por sua atividade na procura de um substituto para as alegrias não fluídas em casa. Uma dessas catástrofes na vida sexual é geralmente o fato que leva muitas mulheres a dedicarem-se a uma vocação social, artística ou profissional.

No decorrer dos anos, a mulher insatisfeita se transforma na mulher fria, através da seguinte queda progressiva: no início, seus sentimentos são normais, mas permanece insatisfeita, em virtude de uma conduta sexual defeituosa. Depois de lutar por algum tempo, ela sede, e, para evitar as penosas hesitações, reprime seus sentimentos. Os órgãos não utilizados vão-se atrofiando, os aparelhos nervosos sem emprêgo, enferrujam-se. Com um sistema de aquecimento central, que foi isolado, ela se esfria, tornando-se a "mulher de gêlo."

A frieza sentimental é a impotência feminina. Em virtude de sua estrutura peculiar, a mulher está em condição de tomar parte puramente passiva na união sexual. Mas da mesma forma que no homem potente, também na mulher fria, não há repleção do aparelho genital, com sangue. Os corpos cavernosos não se enchem, o clitóris não se distende, as glândulas não se segregam, de sorte que a entrada da vagina, permanece sêca. A curva da excitação pouco ou nada se eleva acima da linha zero, o ponto elevado do orgasmo permanece inatingível: durante o coito a mulher permanece indiferente, gélida, distante."<sup>(15)</sup>.

---

(15) KAHN, F. — "A Nossa Vida Sexual". Civilização Brasileira S. A. São Paulo, 1940. Pág.: 198.

É ainda o mesmo autor, que reúne as causas da frigidez sexual, nos seguintes itens:

- 1) falta constante de satisfação sexual na mulher de sentimentos eróticos normais em virtude da conduta errônea no ato sexual;
- 2) defeito no funcionamento psicofísico do aparelho genital, geralmente devido ao desenvolvimento insuficiente do organismo feminino (infantilismo);
- 3) inibições psíquicas que impedem a marcha normal da excitação sexual;
- 4) erros na adaptação corporal ou psíquica ao ato sexual, devido a erros de educação, concepção antinatural da vida, tendência à masturbação, etc.

Por tôdas estas razões, compreende-se perfeitamente quão profundos possam ser os desajustes delas decorrentes que se refletem, quase integralmente, na vida matrimonial.

Conhecedor dêstes fatores, o ginecologista integral há de ser bom psicólogo, para não incidir em erros grosseiros, por ignorância ou pressa inconseqüente.

Fazendo a transcrição destas nossas alíneas, com elas pretendemos, mais uma vez, evidenciar a importância que tributamos ao elemento "desajuste matrimonial", como sintoma complexo do quadro clínico que representa a síndrome da frigidez sexual feminina.

6) *Diagnóstico*. — No que tange ao diagnóstico desta perturbação psicofísica da vida sexual feminina, desempenha o "interrogatório" ou a "anamnese" um papel fundamental, senão predominante.

Por intermédio de um apanhado anamnético bem conduzido, poderá o ginecologista não só obter a "causa" da frigidez, como também ser orientado, quanto ao prognóstico e terapêutica. E o "interrogatório" deve ser conduzido, não só em superfície, pela análise e a devida anotação daqueles sintomas gerais, muita vez, vagos e difusos, porém, substancialmente, em profundidade, procurando apanhar estados d'alma, pouco valorizados pela enferma, mas de grande, transcendental importância, na perfeita compreensão do caso clínico.



HUGINS, já tanta vez citado nesta parte, insiste nos seguintes elementos, que o médico deve esmiuçar o mais possível:

- a) a idade;
- b) o estado civil;
- c) gravidez pregressa;
- d) abortos;
- e) eventualidade do coito ser doloroso; qual o instante;
- f) se a sensibilidade durante as relações sexuais é normal;
- g) freqüência semanal do coito;
- h) desejo ou não do contato sexual;
- i) desejo de gravidez;
- j) método anticoncepcional;
- k) masturbação eventual;
- l) relações sexuais contra-naturais;
- m) técnica do coito;
- n) sentimento afetivo e dedicação do homem; (alegria, rancor);
- o) modificações neurovegetativas pós-coito.

No que respeita ao exame físico, o referido A. muito insiste na verificação de um óstio vulvovaginal, anormalmente dilatado, cuja presença, por si só, pode esclarecer em definitivo o estabelecimento da frigidez.

No conceito que fazemos, referentemente ao aspecto globalístico, integral, da criatura humana, sob o ponto de vista, biopsicosociológico, e já anteriormente explanado, em verdade, não nos conformamos com as sumárias indagações, comuns em qualquer interrogatório clínico da especialidade, como também numa insuficiente indagação de motivos, como por exemplo, a proposta por HUDGENS, acima referida.

O estudo clínico de uma paciente portadora de "frigidez", em qualquer de suas modalidades ou tipos, deve obedecer às diretrizes psicossomáticas.

Em nossa prática, temos seguido, com algumas exceções, o "questionário" elaborado por SCHILDER, P., que além de outras vantagens, possui o mérito de conduzir o médico, na senda da "psicoterapia ativa", aliás, método terapêutico, claro e breve.

Além disto, como é óbvio, convém proceder ao exame ginecológico tão completo quanto possível.

Quando se apresenta um “caso” por demais complexo, que necessita maior profundidade psicológica, poderemos recorrer ao “teste” de RORSCHACH, que nos dará o tipo projetivo da personalidade da paciente. No entanto, até o presente instante, tal recurso não nos foi necessário.

7) *Prognóstico.* — Está condicionado ao “tipo de frigidez, bem assim como a “causa” que a originou. De um modo geral, contudo, será sempre satisfatório. Pois, partimos da premissa stekeliana que, em verdade, ensina não existir a “mulher fria”.

8) *Terapêutica.* — Encerrando o estudo do ítem referente à “frigidez sexual”, no capítulo dedicado aos “Problemas da Vida Sexual”, NOVK, E., escreve o seguinte, neste sentido: “Do que acaba de ser dito, percebe-se que o problema nem sempre é fácil, que terão que ser levados em conta muitos fatores, e que nem sempre se logrará êxito no tratamento. Quando o médico consegue “ganhar a confiança da paciente”, pode conseguir colhêr dados sobre a sua infância, sua vida sexual, sua atitude para com o marido, e outros detalhes semelhantes, de maneira que tais informes podem indicar o caminho para um tratamento racional. Muita vez, certas situações de infelicidade conjugal surgem de um ressentimento do marido diante da falta de correspondência sexual por parte da mulher, especialmente se acontece que êle tenha tido experiências com outras parceiras, melhor dotadas a êste respeito. Será bom recomendar à mulher a vantagem de uma “inocente simulação” de resposta sexual, e, não há dúvida que muitas mulheres, no seu desejo de agradar aos maridos, acabam aprendendo as vantagens de um tal inocente engano. Nas pacientes em que o fator importante parece ser um complexo de puritanismo, o médico poderá, às vezes, procurar inculcar uma “atitude mais sadia frente à vida sexual”. Um notável ginecologista, já falecido, costumava aconselhar a tais pacientes, desde que não tivessem aversão à bebidas alcoólicas, a tomar um generoso gole de licor, antes de deitar-se, com o intuito, como dizia, de suprimir as inibições. Não raro, principalmente nos pares recém-casados, os “conselhos ao marido” são mais importantes do que à mulher, especialmente quando o fator técnico

parece desempenhar um papel na passividade sexual da mulher. Numa palavra, o tratamento da frigidez sexual deve geralmente apoiar-se mais nos aspectos educacionais e neuropsiquiátricos do que nas condições pélvicas e endócrinas da paciente. Não quer isto dizer que os últimos devam ser totalmente esquecidos. É claro que qualquer "situação pélvica" que torne o coito difícil ou doloroso, requer correção. As "endocrinopatias", tais como o hipotireoidismo ou o hipopituitarismo, pedem correção. É claro, porém, que não há justificativa para o hábito superficial dêesses médicos que, sem fazer um exame minucioso do problema individual da mulher, prescrevem, singelamente, "injeções de hormônio sexual feminino". Um tal tratamento, é certo que malogrará!"<sup>(16)</sup>.

Não sem um objetivo predeterminado, realizamos a transcrição dêesse trecho, do consagrado tratadista. Isto porque, ao ensêjo dos conceitos nêle emitidos, pretendemos bordar alguns comentários, frente à nossa própria prática e observação, em tôrno do assunto.

1) Inicialmente, afirma o renomado A., que o tratamento dos casos de frigidez, não constitui encargo fácil e promissor, na grande maioria das pacientes, face aos múltiplos aspectos que o mesmo encerra. Estamos perfeitamente concordes quanto ao fato inquestionável relacionado com a complexidade do problema, porém, discordamos quando afirma que se não logrará êxito no tratamento. Julgamos, pelo contrário, que na grande maioria dos casos, é possível não só estabelecer, com precisão, a causa do distúrbio, como obter-se o almejado sucesso terapêutico.

2) Em segundo lugar, o médico "deverá sempre ganhar a confiança da paciente", sem o que nada conseguirá de positivo e útil, não só no interrogatório, como na aplicação das medidas terapêuticas. E, para tanto, como "conditio sine qua non", deverá estabelecer aquilo que em outra oportunidade<sup>(17)</sup> denominamos "o terceiro componente", aceitando assim a idéia de LOOMIS, F.

3) Em terceiro lugar, com muita justeza e acêrto, ressalta o A. a criação de um estado de inharmonia matrimonial, quando o marido descobre e vê permanente, o estado de frigidez parcial ou total,

---

(16) NOVAK, E. — Op. Cit.; pág.: 600/601.

(17) Veja-se FARIA T. V. — "O Terceiro Componente" em Clínica Ginecológica". idem, idem.

em sua espôsa. Linhas acima atribuímos grande importância a êsse fator, ao mesmo tempo, causa e sintoma, ao qual vimos chamando de “desajuste matrimonial”.

4) Em quarto lugar, discordamos visceralmente da sugestão que faz o A. em abono de uma possível “simulação inocente” da mulher fria, perante seu marido. Nesse particular, acreditamos que uma tal sugestão, e pior ainda, a continuidade de tal representação cômica, acarreta os mais sérios desastres psicológicos para a mulher, que, nesta prática ilusória, nada mais faz que se ludibriar conscientemente, adotando, perante o marido, o papel iníquo, falso e insustentável, da criatura hipócrita, simuladora e fingida, solapando assim os dotes de sua moral individual. O que a mulher fria deve saber é que seu distúrbio constitui um desvio fisiológico da sexualidade, e, como tal, passível de tratamento e cura, conquanto tenha a suficiente envergadura moral, a probidade de caráter e a desenvoltura necessária, para consultar um bom especialista, expondo-lhe, com sinceridade e singeleza, as razões de seu estado anormal. A simulação é a arma de que se utilizam os fracos e os hipócritas na consecução de ideais quase sempre inconfessáveis e desabonatórios. Nenhuma mulher casada, por conseguinte, que tenha em elevado grau sua própria felicidade, a de seu marido e a de seu lar, há de querer perpetrar tamanha e ridícula farsa!

5) Em quinto lugar, em face de pacientes, dotadas de exagerado puritanismo ou concepções ético-religiosas por demais arraigadas, devemos proceder com extrema cautela e habilidade, procurando, com dizeres sóbrios e fundamentados, mostrar-lhes a face realística do problema, chamando sua atenção para o sentido humano da ligação amorosa.

6) Em sexto lugar, jamais diremos a tais pacientes frases jocosas como a do médico citado pelo A. Pois, em assuntos de tanta seriedade e responsabilidade como o da frigidez sexual feminina, não há lugar para a chacota, para o chiste ou a blague. O profissional que se preze e deseja fazer, com ciência e discernimento, a cura de tais males, deve, antes de tudo, saber respeitar a condição humana, e, principalmente, aquela particularidade que a mulher tem de mais respeitável e nobre — seus sentimentos.

7) Em sétimo lugar, não só aos recém-casados deve o médico procurar incutir normas de conduta conjugal, dirigidas, em especial,

ao marido. Em nossa prática, temos visto casais de mais de dez anos de vida matrimonial, continuarem no exercício de suas funções sexuais, sem o menor conhecimento técnico das mesmas. Nestas condições, sempre procuramos indagar de um e outro cônjuge à êsse respeito, e quando encontramos quaisquer insuficiências, desde logo, impomos as medidas corretivas adequadas, seja qual fôr o tempo de matrimônio.

8) Em oitavo lugar, acreditamos, também, que os maiores resultados terapêuticos poderemos obter, utilizando processos educacionais e psicológicos, do que adotando curas endócrinas ou de terapia geral, de maneira exclusiva.

9) Por último, devemos combater, cada vez mais, o conceito simplista, ainda infelizmente seguido por muitos médicos, que descurando as demais facêtas do complexo problema, atiram-se, de maneira superficial, anticientífica e inhumana, tratando a mulher fria com preparados endócrinos ou não, na vã esperança dos mesmos lograrem aquilo que seu desconhecimento global do assunto, jamais poderá obter.

Estas críticas não poderíamos deixar de proceder, já que seguidamente temos ouvido conceitos que fazem côro som as assertivas exaradas par aquêle A. São reparos honestos, oriundos da experiência própria que nos sentimos obrigados a realizar, por um dever de consciência.

Aconselha HUDGINS o seguinte plano terapêutico, salientando, no entanto, que o mesmo depende, em larga escala, da "causa" determinante da frigidez sexual:

- 1) psicoterapia — que deve ser conduzida para o tratamento do substrato neurótico da paciente (quando necessário, até a psicoanálise);
- 2) cirurgia — indicada naqueles casos em que se verificar o relaxamento, congênito ou adquirido, do óstio vulvovaginal;
- 3) eletroterapia — aplicação de corrente galvânica (polo negativo na vagina) seguida de corrente galvânica sinusoidal;
- 4) endocrinoterapia — uso subcutâneo de testesterona;
- 5) medicação geral e local — uso da ioimbina e da seguinte fórmula:

Cânfora .....	3,0.
Mentol .....	1,5.
Cápsico em solução oleosa ..	1/8 por 50.
Petróleo .....	50,0.

Aplicação sôbre o clitóris e o óstio vulvovaginal, pouco antes do contato sexual.

SALMON, U. J. & GEIST, S. H., em interessante estudo (18), após observarem que uma paciente menopáusicas, com a libido adormecida após ovariectomia, a recuperou depois de tratamento com andrógenos, fizeram um interessante estudo sôbre êste complexo tema.

Dividiram os seus pacientes em três grupos:

- 1) 29 mulheres com frigidez primária e transtornos ginecológicos;
- 2) 30 mulheres com frigidez secundária endócrina;
- 3) 42 mulheres com distúrbios ginecológicos, mas com libido normal.

56 doentes receberam 20-75 mg de propionato de testosterona, semanalmente, por via intramuscular; a 22 doentes foram administrados 10-30 mg de metil-testosterona, peroral, e nas 23 restantes foram implantados "pellets" de testosterona.

Das 29 doentes do primeiro grupo 14 acabaram tendo completa satisfação sexual, 4 melhoraram notavelmente, 6 apresentaram um estímulo sexual excessivo, com um leve aumento da sensibilidade e do tamanho do clitóris e em 5 casos o resultado foi negativo. — Em 2 dêstes 5 casos foi constatada incompatibilidade matrimonial, e nos 3 restantes a sensibilidade do clitóris aumentou, sem dar, porém, uma resposta satisfatória.

O grupo 2, que apresentava sinais de deficiência estrogênica evidente, foi dividido em vários grupos, esquematizando-se o trata-

---

(18) SALMON, U. J. & GEIST, S. H. — "O Tratamento da Frigidez da Mulher mediante os hormônios masculino e feminino". Apud. /J. Clin. End.". Nr. 3; pág.: 235; 1943 (Artigo resumido, por nímia gentileza de nosso distinto colega Dr. Mateus Vasconcelos).



mento para avaliar a ação dos hormônios sexuais femininos e masculinos.

- a) 11 mulheres receberam somente andrógenos;
- b) 10 mulheres receberam somente estrógenos;
- c) 9 mulheres receberam simultaneamente estrógenos e andrógenos.

**Resultados:** — a) em 9 doentes obteve-se um resultado muito bom e num caso não houve resposta; na doente restante observaram um grande aumento do libido, o coito porém era doloroso e não satisfatório. — Mediante estrógenos a hipersensibilidade vaginal desapareceu, chegando a doente a um orgasmo natural; do grupo b) 8 mulheres, com dispareunia causada por vaginite senil, melhoraram, porém sem alcançar satisfação sexual; receberam depois andrógenos (sem seu conhecimento) observando-se os seguintes resultados: — 4 tiveram reações sexuais normais, 2 estimulação excessiva, 1 estimulação pequena e 1 não respondeu; c) em 7 das 9 doentes notaram-se uma franca melhora do libido e satisfação sexual depois do tratamento de algumas semanas.

No grupo 3 conseguiu-se um aumento do libido e do prazer sexual de tôdas as pacientes; em algumas apareceram fenômenos de intenso aumento do libido.

À base destes resultados SALMON E GEIST chegam às seguintes conclusões:

- 1.<sup>a</sup>) nota-se uma suscetibilidade maior aos estímulos psico-sexuais;
- 2.<sup>a</sup>) os genitais externos tornam-se mais sensíveis; e
- 3.<sup>a</sup>) aumenta a intensidade da satisfação sexual.

Os autores afirmam que os andrógenos estimulam o mecanismo psicofísico do prazer sexual, devendo a vagina ser preparada previamente por estrógenos no sentido de uma rica vascularização, com um aumento consecutivo de sua lubrificação; a secreção cervical normal, também estimulada pelos estrógenos, parece ser importante para obter uma resposta sexual normal. — Êles sugerem que os andrógenos endógenos da mulher madura agem como sensibilizadores

fisiológicos sôbre os fatores psico-somáticos do mecanismo sexual, contrabalançando também os efeitos estrogênicos.”

Como se vê, a observação dos autores acima citados, merece atenção especial, porquanto realizada com muito cuidado e acêrto, no terreno da investigação endócrina.

Pelas razões acima expostas, no entanto, não acreditamos que a instituição isolada dêste plano terapêutico, alijando de suas cogitações o fator psicológico, possa, em realidade, beneficiar as portadoras de frigidez sexual, de um modo efetivo, e, principalmente, duradouro.

DUMBAR, F., em seu brilhante estudo sôbre a “Medicina Psicossomática”, no capítulo referente aos “distúrbios endócrinos e metabólicos”, afirma, textualmente, o seguinte: “Os médicos interessados nos problemas obstétricos e sexuais não raro se voltam, primeiro, para a endocrinologia e hormônios, como um meio de alterar o equilíbrio fisiológico. O endocrinologista pode auxiliar num caso extremo ocasional, mas será provàvelmente de pouca valia para a média dos pacientes. O mundo cultural de hoje favorece a bissexualidade, tanto masculina como feminina (RADO, 1940). Por conseguinte, muitos dos que sofrem de conflitos nesta esfera devem ser tratados psicossomaticamente pois o tratamento puramente fisiológico é inadequado”.<sup>(19)</sup>.

No plano farmacológico, outras drogas têm sido recomendadas por diversos autores. Assim, a tintura de cantárida, o nitrato de estriquinina e o cloridrato de ioimbina. Sôbre os dois primeiros, não temos nenhuma experiência, já que até a presente data, não os utilizámos. Com relação ao último, têmo-lo freqüentemente usado, da maneira como logo abaixo veremos.

Como interêsse ilustrativo vamos, nesta altura, fazer referência a “muira puama”, planta brasileira (acantácea), cujo extrato fluido possuiria, segundo se diz, ação semelhante a da ioimbina. Não existe, contudo, maiores estudos sôbre a mesma, nem temos conhecimento de seu emprêgo terapêutico na cura da frigidez sexual.

Em regra geral, seguimos o seguinte plano terapêutico: uma vez bem elucidada a “causa” determinante da frigidez, e quando ela fôr passível de tratamento, pela utilização de produtos hormo-

---

(19) DUMBAR, F. — Apud FLORAND, S. — Op. Cit., pág.: 57.

nais ou medicamentosos, costumamos proceder a uma psicoterapia ativa ou sugestional. Receitamos o proprionato de testosterona nas dosages de 10, 22 ou 50 mgs (Sterandryl), conforme o caso. Associamos a administração de cloridrato de ioimbina, sob a forma de solução centesimal, ou ainda, a iombina injetável (Houdé). Por último, nos casos mais sérios, recomendámos a balmoterapia (semicúpios em água bem esperta, pouco antes da paciente entrar em contato sexual).

Naqueles casos em que a "causa" da frigidez se estriba numa incorreção educacional ou sexual (principalmente, defeito de técnica no coito), bastarão esclarecimentos singelos e precisos sobre o assunto. E, para tanto, conferenciamos com a paciente (e, às vêzes, o marido) em uma, duas, três ou mais sessões.

Quando o quadro clínico da paciente assuma o fator neurose, fobia, idéias fixas e psicoses diversas, cuja devida elucidação se imponha realizar, então se torna necessário o exame psicoanalítico adequado.

Em conclusão, pois, voltamos, a insistir no fato de que nenhum tratamento da frigidez sexual feminina será completo e eficiente se não associado à cura ou correção psicológica apropriada.

### III PARTE

## DISSERTAÇÃO ESPECIAL

“Em numerosas mulheres, a anestesia não é mais que aparente. Na realidade, não existe mulher fria. A falta de experiência e de habilidade dos homens, intervêm muito na frigidez da mulher”.

STEKEL, W.

Nesta parte, vamos proceder à exposição de alguns “casos clínicos”, oriundos de nossa clínica privada ou de consultantes ao Ambulatório n.º 8 — Ginecologia e Cirurgia de Mulheres — da Irm. da Santa Casa de Misericórdia, o qual temos a honra de dirigir.

Como se verá, nem sempre foi possível obter uma “exposição” precisa e suficientemente esclarecedora, em particular no tocante às consulentes do Ambulatório, porque neste grupo estão aquelas criaturas de nível mental e intelectual mais inferior.

Em uma série de sucintas observações, fazemos o estudo da incidência da frigidez sexual — por falta de impulso ou de orgasmo sexuais —, procurando estabelecer relações entre a mesma e as diversas ginecopatias interrescorrentes.

Não vamos reproduzir aqui o “questionário” proposto por SCHILDER, P., em consequência de sua grande extensão, e por ser, o mesmo, suficientemente conhecido e divulgado na literatura médica.

**Obs. n.º 1** — A sra. L., vem à consulta, queixando-se da ausência do prazer sexual. Casada há apenas um ano e meio, informa que só em raríssimas ocasiões conseguiu completa satisfação sexual, e assim mesmo, aos primeiros tempos de casada. Atualmente, não mais o consegue, facto êsse que desgosta sumamente o marido e que lhe tem originado sérias apreensões emotivas, criando-lhe um estado de permanente nervosismo. Embora o marido, cidadão educado, não lhe tenha feito maiores recriminações, afirma “sentir” que tal estado de perturbação de sua libido não pode perdurar por mais tempo, e assim, um tanto apreensiva, resolveu procurar-nos, em busca de uma solução adequada para o seu caso.

A sra. L., com 25 anos de idade, branca, natural dêste Estado, é uma criatura bem apessoada, simpática ao trato

social, educada, desfrutando de ótima situação econômica. Tem uma filha com sete meses de idade, havendo seu parto e puerpério transcorrido normalmente. Nega a prática de métodos abortivos. Dedicava um amor profundo e sincero a seu marido, no qual, de resto, é integralmente correspondida. Sua educação foi efetivada em colégio religioso, tendo, do âmbito familiar, recebido princípios de sólida estruturação moral. Dedicava a seus pais o mais intenso e carinhoso afeto filial, não sabendo distinguir a qual de seus progenitores mais admira, estima e ama.

Filha única, recebeu esmerada atenção dos pais, sem, contudo, haver sido mimoseada em excesso, o que, segundo ela própria nos afirma, muito concorreu para que se não tornasse “objeto-de-luxo” de sua casa, evitando, assim, nela se originassem sentimentos egoísticos e complexos de superioridade.

Tem vida social bastante movimentada e ativa, havendo viajado, em diversas oportunidades, tanto no País, como para o estrangeiro.

Seu namôro e noivado, transcorreram calmos, sem maiores sobressaltos.

Temperamento romântico, considera os fatos da vida, em seus múltiplos e variados aspectos, bem assim como as representações artísticas, em geral, pelo prisma do romantismo puro, com franca tendência filosófica ao idealismo. É tudo que foge à esta concepção, desagradá-lhe.

No matrimônio, vive pela mesma facêta. Seu deflora-mento verificou-se na própria noite nupcial, porém, não guarda dêsse acidente, nenhum sentimento de revolta, por ter sido a conduta de seu marido, a mais delicada e humana possíveis.

Tem sono tranqüilo, vida calma. Não costuma sonhar. Possui um vasto círculo de relações sociais, sentindo-se perfeitamente integrada, e à vontade, no âmbito da sociedade. Declara-nos que é feliz, e o seria, de maneira completa, se lograsse a plena satisfação de sua libido, nas relações conjugais.



A menstruação ocorre, periodicamente, em tempo e quantidade. Tipo menstrual: 30/3. Por ocasião das regras não sente nenhuma dor, apenas, uma sensação geral de mal-estar. Menarca aos 13 anos, sem qualquer particularidade digna de nota.

O exame dos demais aparelhos nada revelou de importante, bem assim como o exame ginecológico. Tipo constitucional: normal, hiperfeminil, estênica.

Indagada à respeito da técnica utilizada no coito, declara-nos a sra. L. que seu marido a prepara convenientemente para o ato sexual, sempre havendo exercido a cópula em decúbito dorsal, ou seja, posição horizontal. Perguntamos se nunca variava esta posição. Respondeu-nos que achava ser a posição referida a única maneira compatível para a execução do ato sexual.

Já na pista da causa de sua possível frigidez, esclarecemos-lhe, então, que, neste sentido, incidia em idéia errônea. Que nada havendo nela psicossomáticamente, que justificasse sua aparente frigidez, aconselhávamos, antes de mais nada, procurasse manter relações com seu marido, adotando outras posições, sobre as quais ressaltamos a utilidade e necessidade, concluindo nossa exposição, fazendo-lhe sentir que a adoção de outras posições no coito, era atitude perfeitamente compatível com a ética matrimonial.

Aceitando nosso alvitre, a sra. L. após informar-se corretamente em livro que lhe indicamos, para esta finalidade, logrou o orgasmo desejado, sentindo-se, agora, perfeitamente satisfeita e feliz.

Como se deduz, da leitura e interpretação, da Obs. n.º 1, acima exarada, era a paciente portadora de uma "frigidez parcial alternada in médio, por técnica inadequada do coito".

Muitos especialistas — entre os quais VAN DE VELDE, STEKEL, W. e LEIT, H. — têm chamado, reiteradas vezes, a atenção para o fato de certas frigidezes ou hipoestésias sexuais femininas, surgirem, de maneira sorrateira, unicamente devidas ao fato ele-

mentar de não estar sendo utilizada ou exercida a posição mais adequada para o ato sexual.

Algumas mulheres, com efeito, não obtêm nenhuma sensação ou prazer sexual, quando praticam o ato numa determinada posição; ao contrário, passam a ter o mais completo orgasmo, quando utilizam outras posturas.

Eliminando os casos de desvio patológico das várias zonas erógenas, dentro da normalidade — cujos limites, de resto, são bastante variáveis —, convém sempre pensar, em primeiro lugar, nesta possibilidade, dada sua elementar simplicidade.

Assim, partindo do conceito cartesiano, que manda erigir nossas concepções, das mais simples e singelas, para as mais complexas e difíceis, logramos resultado satisfatório e total, no “caso” da sra. L.

Cumprе ressaltar, no caso em aprêço, que não foram necessárias outras medidas de ordem terapêutica, além de uma simples correção educacional, com relação ao ato sexual.

Mas se tais eventualidades podem ocorrer, em outras oportunidades, contudo, a situação pode ser bem mais complexa, exigindo do especialista acurado discernimento, tino diagnóstico e acertada terapêutica. Tal consideração vale, por exemplo, no seguinte caso:

**Obs. n.º 2** — A sra. W., com 23 anos de idade, branca, casada, de hábitos domésticos, natural dēste Estado, procura nossos serviços profissionais, por julgar-se u’a “mulher fria”, e, por conseguinte, inútil para seu marido.

Medianamente instruída, sendo, no entanto, portadora de boa educação, recebida, em grande parte, do convívio familiar de seus pais, e, em menor escala, de um colégio religioso, por ela freqüentado durante algum tempo, esta paciente é agradável ao trato pessoal, demonstrando confiança em seus atos, quase sempre praticados após alguma reflexão.

Casada há apenas três anos, com um homem que ela ama sinceramente, de boa educação e instrução (êlé é professor de letras), delicado nas maneiras, guarda de seu consórcio matrimonial, a mais terna das lembranças.

No entanto, o único entrave à sua felicidade conjugal integral, reside no fato de somente em raras oportunidades haver experimentado o orgasmo sexual.

Dêste matrimônio, nasceu-lhe uma filha a qual ela dedica profunda e carinhosa afeição. O parto foi normal, não tendo conseqüências desastrosas ela ou sua filha.

A menarca ocorreu aos treze anos, de modo normal, e, desde então, sua menstruação vem sucedendo de maneira regular, em tempo e quantidade. Tipo menstrual: 29/4.

Nega qualquer tentativa de abôrto. Nunca sofreu de qualquer moléstia ou afecção em seus órgãos genitais.

Apesar de seu caráter procurar constantemente firmar-se mediante conduta pensada, é facilmente impressionável por tôda sorte de sugestões que lhe chegam por intermédio de conhecidos e amigas.

Em seu passado, nada revela de interessante, para a gênese do mal atual.

O que mais lhe aflige, porém, são as contínuas insinuações do marido, quando na prática da cópula, encarecendo-lhe êste da necessidade dela contrair sua vagina, de sorte que o pene pudesse ficar, como que “abraçado” por esta, durante algum tempo.

Procurando solucionar êste problema, para não desgostar ao marido, procurou maiores esclarecimentos em alguns livros especializados sôbre o assunto, mas dêles não logrou maiores resultados práticos.

A sra. W., após relatar-nos esta ocorrência, quase suplica que lhe ensinemos algo, ou então, que lhe receitemos algum remédio, a fim de terminar seu distúrbio, e assim, possa ela própria, bem como seu marido, desfrutarem a felicidade de seu amor recíproco.

De aspecto físico geral muito satisfatório, nenhuma outra ocorrência havendo para seus demais aparelhos ou órgãos da vida vegetativa ou de relação, nossa pa-

ciente pertence ao tipo constitucional normal, hipofeminil, estênica.

O exame ginecológico evidenciou um aparelho genital dentro dos limites normais.

O estudo psicológico sumário da sra. W. demonstrou ser uma personalidade facilmente sugestionável, dotada de convicções mais ou menos seguras, tendências afetivas exageradas.

Em face do resultado obtido, resolvemos solicitar a visita do espôso de nossa paciente. Havendo êste comparecido, procuramos explicar-lhe que sua exigência, referentemente a uma contratura mais acentuada dos músculos que circundam a vagina, era fora de propósito, uma vez que sua espôsa não apresentava nenhuma atonia dos mesmos, tendo um óstio vulvaovaginal perfeitamente tônico. O que êle devia fazer era procurar outra posição para o coito, caso a "postura normal" não lhe satisfizesse, refrear suas exigências libidinosas, e, sobretudo, no ato sexual, não levantar, perante o espôsa, a idéia da frigidez sexual, pois, em verdade, ela não era de nenhum modo "fria", sendo êle próprio o causador desta anestesia sexual, por inibições emotivas criadas no psiquismo de sua companheira.

A observação que acabamos de relatar, bem evidencia a maior complexidade do assunto, bem como demonstra uma situação tôda diversa do caso anterior, pois aqui tivemos que nos colocar em contato direto com o marido da interessada, circunstância esta nem sempre suscetível de maior êxito, dado a natural intransigência masculina, sua resistência subconsciente, na colaboração ou correção que dêle exige o profissional.

Como no caso anteriormente citado, a sra. W. era portadora de uma aparente "frigidez parcial alternada *in médio*" devida à uma exigência descabida da parte do espôso, no ato sexual.

O exame do óstio vulvovaginal mereceu de nossa parte, como já salientamos, acurada pesquisa. Pois, na opinião de HUDGINS, caso verificada a atonia do referido óstio, ou da musculatura do assoalho perineal — o que não verificámos, em absoluto —, ter-

nos-ia inclinado a aceitar esta hipótese, como sendo a causadora da frigidez.

Eliminada, portanto, qualquer insuficiência neste sentido, e nada mais sendo digno de nota para o aspecto psicossomático da sra. W, só nos restou conduzi-la a uma reeducação da atitude sexual, perante o coito, por intermédio de seu espôso.

Para eliminar uma situação de inferioridade já elaborada "ab initio" em seu psiquismo, frente as reiteradas afirmações do marido de ser ela u'a "mulher fria", neste caso, receitamos a ioimbina, em dosagem adequada, insistindo, acima de tudo, na escolha de outra posição para o coito, bem assim como realizando uma psicoterapia ativa sôbre o marido da sra. W. procurando extirpar-lhe do pensamento a idéia errônea que se ia tornando fixa, isto é, da necessidade da contratura da vagina para trazer retido em seu interior o pene durante algum tempo.

Depois de algumas sessões de tratamento, neste sentido, obtendo a boa colaboração e entendimento de ambos os cônjuges, foi possível a remoção do óbice inicial, bem como a completa satisfação sexual da sra. W.

A autoridade mundialmente reconhecida de VAN DE VELDE, Th. H. pontifica, neste particular, da seguinte maneira:

"A intensidade das sensações voluptuosas depende, por fim e em alto grau, da posição e conduta, que se observam durante o coito. Mas isto não basta. Pois variando o modo, como as regiões propícias aos estímulos quando varia a posição de ambos os corpos, as sensações voluptuosas variam não sòmente em intensidade como quanto a seu caráter e seu gênero — e isso de maneira considerável. Desta maneira existe sempre a possibilidade de poder variar continuamente os prazeres matrimoniais. E como em todo o prazer, a variedade é condição primordial — bem o sabiam os antigos — a questão de que vamos tratar (posições do coito) é de importância capital para a felicidade duma união".<sup>(1)</sup>.

Em certas ocasiões, contudo, vários fatores biopsicossociológicos podem juntar-se, determinando uma "hipoestesia sexual"; e o es-

---

1) Apud VAN DE VELDE, TR. H. — "O Matrimônio Perfeito". 2.<sup>a</sup> ed. Civilização Brasileira, S. A. editôra. Rio, 1934. pág.: 248.

tudo de cada um, com sua respectiva valorização, conduz à síntese diagnóstica, orientando assim qual a melhor conduta terapéutica, como veremos no caso seguinte:

Obs. n.º 3 — A sra. M., consulta-nos, no Ambulatório de Ginecologia, enviada por distinto colega, em razão de dores leves esparsas, localizadas no baixo ventre, por um corrimento amarelado, e, fundamentalmente, por ausência de orgasmo, em suas relações sexuais.

Tem 19 anos, é branca, de hábitos domésticos, natural dêste Estado.

Recebeu educação elementar, sabendo ler e escrever, com dificuldade. Sua infância, passou-a com os pais, os quais, de educação inferior à dela, nunca lhe falaram sôbre assuntos sexuais, por considerarem isto impróprio ao conhecimento de u'a moça.

Sua menarca ocorreu aos 15 anos de idade, sem maiores perturbações, recebendo ela tal eventualidade, com certo receio. Como não obtivesse de sua mãe esclarecimentos satisfatórios em tórno da menstruação assim iniciada, sendo até admoestada por sua progenitora, que via em sua curiosidade um sinal incipiente de perdição, reprimiu como pôde suas intenções, nunca mais voltando a falar sôbre êste estado fisiológico de seu organismo.

No entanto, passou a freqüentar algumas reuniões sociais — bailes, principalmente —, onde fêz várias amizades com amigas mais “sabidas” que ela.

Nestas reuniões, sentia grande excitação sexual, pelo contato, direto ou indireto, com os rapazes com que dançava.

Não encontrando correspondência junto a seus pais, relativamente aos seus muitos vãos imaginativos em tórno de assuntos sexuais, tendo daqueles bastante receio, procurou no convívio com suas amigas, as explicações que julgava necessárias, recebendo destas as respostas mais absurdas e extravagantes, fato que lhe aumentava a excitação e a insatisfação.



Aos 16 anos, havendo sido convidada por uma amiga a comparecer em uma reunião bailante, sem comunicar a seus pais, e não fazendo a menor idéia do “caráter” desta reunião, para ela se dirigiu. Travou então conhecimento com um jovem, de hábitos licenciosos, que após palavras persuasivas, nesta mesma noite, junto ao salão de festas, deflorou-a, com certa brutalidade.

O defloramento causou-lhe alguma dor e forte hemorragia, fato que lhe despertou muito receio.

Sem nada comunicar a seus pais, e havendo caído na realidade, continuou mantendo relações com o “sedutor”, durante dois meses consecutivos, nunca, porém, sentindo o mais leve prazer sexual. Não tinha nem impulso sexual, nem experimentava jamais o orgasmo.

Em conseqüência, engravidou, e no receio que os pais descobrissem a verdade, fugiu de casa, vindo para esta capital, onde, pouco depois, amasiou-se com um cidadão bem mais velho que ela (38 anos).

A gravidez prosseguiu sua marcha de modo normal, porém, chegado o tempo, teve que se submeter a uma cesárea, da qual saiu sem maiores prejuízos.

Seu amante atual é muito bom para ela, dando-lhe tudo o que ela precisa, dentro, naturalmente, de suas modestas posses. Com êle, mantém relações sexuais frequentes (duas vezes por semana, em média), tendo algumas vezes conseguido plena satisfação de sua libido integral.

Declara que o corrimento amarelado apareceu desde o parto (cesárea). Antes desta intervenção cirúrgica, seu tipo menstrual era de 30/4; depois dela, tornou-se polimenorréica, menstruando duas a três vezes, no mês.

O exame físico nada revelou de anormal para os diversos aparelhos da vida orgânica e vegetativa. Tipo constitucional: subnormal, hipoplásica.

O exame ginecológico revelou uma vagina extremamente curta, útero tipo infantil sem lesões do colo, e fundos-de-saco laterais, levemente empastados e dolorosos.

Em face do achado no exame físico, perguntamos a sra. M. se não sentia dor por ocasião do coito. Confirmou nossa indagação, acentuando que seu atual amante tinha um pene demasiado grande. Indagada em que posição costumava executar a cópula, esclareceu que em decúbito dorsal quase sempre.

Esclarecemos então a sra. M. que, antes de mais nada, devia tratar sua anexite crônica. No que respeitava ao ato sexual, devia assumir outra posição do que aquela habitualmente por ela escolhida, em virtude de possuir uma vagina muito curta e para evitar a dispareunia que encontra seu substrato anatômico na desproporção física entre seus órgãos genitais e os do marido. Evidenciamos ainda que sua frigidez aparente tivera origem no inadecuado conhecimento dos assuntos sexuais (culpa dos pais intransigentes e ignorantes nesta matéria; culpa sua por haver procurado em amigas “sabidas” esclarecimentos que elas não lhe podiam dar de maneira correta) e também, era devida ao traumatismo sofrido no defloramento — condições ambientais e sociais adversas e impróprias.

A simples leitura desta observação sumária — pois nesta paciente não foi possível a efetivação de um exame psicossomático integral, dadas suas condições desfavoráveis de instrução e compreensão, e ainda por não poder comparecer à consulta tantas vêzes quantas fôsem necessárias para lograr êste objetivo —, encerra, contudo, ricos ensinamentos de ordem prática e científica.

Ressalta, em primeira linha, a condição ambiental familiar e social em que se criou e plasmou o caráter rudimentar desta paciente, todo êle profundamente desfavorável e nocivo, pela compreensão errônea de seus progenitores relativamente aos problemas da esfera sexual, e, ainda, por haver encontrado no âmbito social, clima propício ao seu desenvolvimento, influenciado por “amigas mais sabidas que ela”.

Por outro lado, quanto mais repudiada em seus naturais anseios de elucidação das coisas sexuais, tanto mais se lhe aguçava a curiosidade neste sentido. Tal ocorrência, seguramente não se teria efeti-

vado, caso ela tivesse encontrado, em seus progenitores, ou em alguém digno de responsabilidade, os esclarecimentos que procurava.

Depois, surge o aspecto do “sedutor”, cidadão irresponsável, de hábitos licenciosos, que não titubeou lançá-la na desgraça, contanto estivesse satisfeita sua tendência sexual. E, nesta altura, convém acentuarmos, um fato já assinalado por quase todos os psicólogos especializados em assuntos sexuais: embora o “sedutor” consiga realizar a posse do objeto em mira, esta posse é puramente carnal, quase nunca integral, isto é, espiritual e física. Tal fato decorre das inibições e resistências criadas ou latentes, no subconsciente da seduzida. Tanto assim que, a sra. M., embora houvesse coabitado durante dois meses com seu “sedutor”, jamais logrou qualquer satisfação sexual com o mesmo, vindo, porém, a obtê-lo, muito depois, com um cidadão bastante mais idoso que ela (complexo de Electra?).

A frigidez da sra. M., como dissemos, é apenas aparente, sendo por nós classificada como “frigidez parcial alternada in médio” cuja causa determinante, ou grupo de causas, já apontamos linhas acima (fatores familiar, social, educacional), com substrato anatômico definido (dispareunia por hipoplasia genital e desproporção entre os órgãos genitais).

Tendo nossa consultante, tanto o impulso como o orgasmo sexuais, perfeitamente definidos e presentes, porém, de maneira alternada, não foi necessária uma orientação terapêutica mais aprofundada, bastando, tão-somente, conselhos corretivos quanto à maneira de executar a cópula, aconselhando-a, por outro lado, tratasse ela de regularizar sua situação social, pela realização do matrimônio legal, o que poderá ser feito — segundo suas próprias declarações — já que seu atual amante é um cidadão livre, com forte tendência neste sentido.

Em outras ocorrências, contudo, o contato sexual normal, dentro do matrimônio, embora realizado de maneira correta, por ambos os cônjuges, não consegue o objetivo colimado, em vista do estabelecimento de condições anteriores ao casamento, que desempenham franco papel inibitório. Tais, por exemplo, são os casos referentes nas observações que seguem.

**Obs. n.º 4** — A sra. A., com 31 anos de idade, branca, casada, industriária e natural de uma cidade do interior, procura-nos, na clínica privada, queixando-se de uma frigidez sexual em seus contatos sexuais.

Casada há 12 anos, tem quatro filhos vivos que desfrutam pouca saúde, perdeu um e teve oito abortos espontâneos. Sua menarca ocorreu aos 11 anos, sem maiores perturbações. A menstruação é irregular, em tempo e quantidade: menstrua três vêzes ao mês, com sete a oito dias de duração.

Logrou o orgasmo sexual integral, somente um ano após o matrimônio. O defloramento verificou-se sem maiores conseqüências, havendo o marido procedido com muita delicadeza, tanto assim que só foi deflorada, dois dias após o ato matrimonial.

De origem humilde, não teve instrução suficiente, sabendo apenas ler e escrever. Viveu em companhia de seus pais — que eram muito bons para ela, porém, incultos —, até a época de seu casamento.

Temperamento ardente, desde cedo sentiu intensas inclinações sexuais. Não sabe como, porém, aos seis anos de idade, masturbou-se pela primeira vez (fricção clitoria). E, desde então, continuou masturbando-se, com freqüência e intensidade (às vêzes, em duas ou três ocasiões, por dia).

Julgou que casando, esta prática seria desnecessária; mas, tal não ocorreu, pois, até o presente instante, ainda se masturba, maugrado mantenha, diversas vêzes por semana, relações sexuais com o marido.

Acentua que nestes contatos, quase nunca sente o menor prazer, e, para atingir o orgasmo, após haver praticado o coito regular com seu companheiro, sente a necessidade de se masturbar.

Tem muito mais prazer quando se masturba, do que quando mantém relações sexuais normais, razão pela qual, na companhia do marido, ou longe d'ele — quando lhe assalta o desejo sexual —, sem a menor vacilação, passa

a prática daquilo que ela própria denomina “seu pequeno vício”.

O marido desconhece completamente êste seu proceder, queixando-se, apenas, pelo fato dela não sentir prazer sexual, por ocasião de suas relações.

As raras vêzes que conseguiu o orgasmo sexual, em suas relações normais, foi quando, deitada em decúbito lateral esquerdo, de costas para o marido, êste lhe praticava a “intromitio penis” na vagina.

Tal postura, porém, não agrada ao marido, que sempre chama sua atenção.

O exame físico revela que a sra. A., pertence ao tipo constitucional subnormal, interssexual, tendência estênica. Para os demais aparelhos, nada foi encontrado digno de referência, afora uma bronquite crônica.

O exame ginecológico evidencia um aparelho genital hipoplásico, cervicite crônica.

O exame psicológico sumário e superficial, revela, no entanto, que esta paciente apresenta características que a enquadram no aspecto leve da debilidade mental.

Após a medicação tônico-reconstituente e sedativa geral, chamamos a atenção da sra. A. para a origem de sua frigidez sexual, oriunda que é da prática intensiva da masturbação, bem assim como da necessidade dela coibir, aos poucos, tal desvio sexual, procurando, entrementes, ir adotando outras posições para a realização do coito.

Atualmente, esta paciente está realizando a cura de sua cervicite crônica, bem como, em sessões sucessivas, recebendo orientação psicoterápica adequada ao seu caso.

**Obs. n.º 5** — A sra. N., com 23 anos de idade, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos e natural dêste Estado, procura-nos, em nossa clínica privada, por ser portadora de uma frigidez sexual, fato êste que, do pleno conhecimento de seu marido, tem criado sérios desajustes em sua vida conjugal e social.

Casada há três anos, tem uma filha de 11 anos de idade. O parto e puerpério foram normais. Nega a prática de abôrto.

Menarca aos 12 anos de idade, sendo regularmente menstruada em tempo e quantidade. Tipo menstrual: 30/4.

Quando era pequena, fêz amizade com uma amiga que lhe ensinou masturbar-se. Tinha 13 anos nesta ocasião. Desde então, prosseguiu na prática dêste metodo, que não cessou, nem após ao casamento. Masturbava-se duas a três vêzes por dia, quase em dias sucessivos. Acrescenta que sòmente agora, após o nascimento da filha, diminuiu bastante esta atitude. Muito preocupada ela se mostra não pela prática masturbatória em si, mas sim em saber se esta já constitui nela um "vício" ou não.

Havendo conversado com outras "amigas" à respeito do assunto e tendo declarado às mesmas que na masturbação ela sente maior prazer que no ato sexual, aquelas lhe aconselharam que, perante seu marido, deveria "fingir" prazer, a fim de não o desgostar. Achando tal conselho muito útil, tem-no seguido nestes últimos tempos.

A sra. N. teve uma vida muito severa, enquanto menina e moça. Seus pais eram bastante conservadores, sem, no entanto, se conduzirem com exagêro. Foi educada num colégio religioso o qual frequentou durante 3 anos, dêle guardando a mais deliciosa das recordações. Deixou êste colégio, para se casar.

O defloramento foi realizado por seu espôso na própria noite nupcial. Dêste acontecimento não guarda o menor rancor ou ressentimento. Não teve dores, nem forte hemorragia.

Seus progenitores gostam bastante do marido; sua sogra, porém, segundo ela nos declara, não a aprecia.

Dorme bem. Costuma sonhar com o colégio no qual esteve. Em seu onirismo, vê-se frequentando os bancos colegiais, chorando muito, não sabendo se é casada ou não. Por vêzes, tem sonhado que mantém relações com o marido e que atinge o orgasmo.



Quando lê alguns livros excitantes, masturba-se, assim também procedendo por ocasião da leitura de livros sôbre assuntos sexuais. Tanto na fase que precede à prática onanística, como durante ela, sempre imagina que mantém relações com o marido. Após a masturbação — que é feita por fricção clitoria com os dedos —, parece aliviada, tendo uma sensação de leveza física e espiritual. Declara que sente maior prazer na masturbação que no ato sexual normal.

Temperamento romântico, encara os fastos da vida fora de um realismo conseqüente. Exagera um idealismo subjetivo que não encontra ressonância, ou antes, entra em choque violento, com a realidade do âmbito vivencial em que se agita.

Sente ânsia infinita de carinho por parte de seu marido que não lhe corresponde por ser êste de um temperamento objetivo, plasmado como se encontra, nos duros embates da luta pela vida.

O exame físico nada revela de maior para os demais aparelhos ou sistemas da vida vegetativa ou de relação. Tipo constitucional: normal, hiperfeminil, tendência estênica.

O exame ginecológico evidencia um aparelho genital externo e interno, dentro dos limites normais.

Como o achado psicossomático apenas nos conduzisse na senda diagnóstica da causa de frigidez da sra. N., solicitamos a visita de seu marido.

Em linhas gerais, êle nos confirma o já referido por sua espôsa, acentuando que tanto um como outro sentem, na plenitude, o impulso sexual, mas que sua companheira não consegue o orgasmo, senão raramente, embora êle a prepare longa e pacientemente para o ato sexual.

Só teve conhecimento da prática masturbatória de sua mulher nestes últimos tempos, por confissão dela própria. E desde então, sérios conflitos têm havido entre ambos. A situação doméstica assim criada, tanto se avolumou, que a sra. N. procurou um advogado, nes-

ta capital, para fazer-lhe algumas consultas sôbre a possibilidade de um desquite amigável.

Com tal atitude, de seu pleno conhecimento, ainda mais avolumou a situação de desajuste conjugal.

Em primeiro lugar, procuramos afastar da idéia da sra. N. a conduta de procurar o “desquite”, assegurando-lhe que, se submetesse ao tratamento por nós indicado, talvez resolveria sua angustiante situação conjugal. Ao depois, mostramos-lhe que a origem de quase todos seus males, residia na prática masturbatória, que ela deveria, aos poucos, abandonar completamente. Iniciamos, então, u’a medicação tônico-reconstituente e sedativa geral, para atender o reequilíbrio geral de sua condição física. Estamos praticando ainda injeções de cloridrato de ioimbina e proprionato de testosterona, em dias alternados. Balmoterapia pélvica antes dos contatos sexuais, e, sobretudo, correção psicológica, sôbre a qual reside, sem dúvida alguma, a base de tôda e qualquer outra modalidade de tratamento.

Paralelamente, temos atuado junto ao marido, psicoterapeuticamente, no sentido de obter dêle o máximo de colaboração para atingirmos o fim colimado.

Da apreciação conjunta dêstes dois casos clínicos, ressalta desde logo à evidência, o papel fundamental desempenhado pela masturbação ou prática onanística, na gênese de ambas frigidezes parciais alternadas in médio.

A paciente da *obs. n.º 4* apresenta um aspecto clínico bastante mais complexo de resolução, isto porque sua prática onanística data da mais tenra infância (6 anos de idade), havendo se protraído, sem interrupção, através dos anos, até a presente data. Inegavelmente, existe na paciente da “observação” referida, uma *fixação profunda*, de difícil extirpação. Além disto, em parte devido talvez à fatôres hereditários — para nós totalmente desconhecidos —, em parte, devido a fatôres adquiridos — desvio da prática sexual normal —, esta paciente foi criando, de maneira lenta, porém, incontornável, um estado de debilidade mental, cuja solução implica severas medidas terapêuticas. Com efeito, estamos convencidos que

a psicoterapia ativa, neste caso, pouco logrará de positivo, porquanto o mecanismo psicossomático da enferma, relativamente ao prazer sexual integral, encontra-se profundamente desviado no sentido da masturbação. Pois sabido é que tal prática fornece, de maneira inegável, maior soma de sensações voluptuosas, aos que nela militam, se comparada ao coito normal. Isto, dado ao maior estímulo sexual que ela determina, bem assim como às imagens irrealísticas, exaltadas, em hipérbole, que elaboram seus praticantes. Devido a êste fato substancial, nossa enferma talvez dificilmente obterá, no coito normal, idênticas ou pelo menos semelhantes voluptuosidades. Fator em conta, também é a posição por ela preferida, e com a qual logrou, em algumas raras oportunidades, orgasmo total, ou seja, em "positio aversa". Pontificam quase todos os sexologistas, como também, facilmente podemos compreender, estribados em razões de ordem anatômica puramente — se outras ainda não intervissem —, que a tomada preferencial desta postura, implica no estabelecimento remoto de uma tendência contra-natural, pelo desejo oculto da paciente praticar o coito anal.

Neste sentido, STEKEL, W., ao falar sôbre transferência de certas zonas erógenas, apresenta interessantes observações, que podem ser encontradas em seu magnífico livro "A mulher fria", sob os números 37, 38, 39 e 41.

No caso da *obs. n.º 5*, da mesma forma a paciente em estudo, apresenta sua frigidez, principalmente, devida ao fato da prática onanística haver precedido o contato sexual normal, dando assim à sua libido uma exaltação anormal, hiperbólica, que vem sendo constantemente alimentada pelos vãos imaginativos, sempre irreais e que não encontram correspondência na vida concreta. No entanto, o componente psicológico desta paciente é bem menos intenso que no caso anterior, pois não dada de tão remota existência, havendo mesmo sido nestes últimos tempos, controlado pela fôrça de vontade da paciente. No caso em referência, nos parece mais grave haver sido criado o estado de "desajuste matrimonial" sôbre o qual, nas páginas anteriores, já fizemos clara exposição.

Tanto em uma, como em outra paciente, existe conservado e normal, o "impulso sexual", faltando apenas, em determinadas ocasiões, o "orgasmo".

Outro aspecto das relações sexuais normais, dentro do matrimônio, que merece especial atenção da parte do especialista, é a exata indagação sobre a fase preliminar do contato sexual, que alguns autores preferem denominar de “fase preliminar”, ou “prelúdio do ato sexual”, ou ainda, “fase dos jogos-de-amor”.

Muitos homens há, que não observam positivamente nenhuma conduta especial nesta fase, de suma importância para o consórcio carnal, dando-lhe escasso valor. Mas, em seu abono, falam quase todos os especialistas, como também a experiência da vida. E sobre ela, daremos o seguinte relato.

**Obs. n.º 6** — A sra. E., com 27 anos de idade, parida, de hábitos domésticos, casada há 7 anos, sem filhos e natural de uma cidade do interior deste Estado, vem à nossa consulta, enviada por distinto colega, em consequência de apresentar uma frigidez sexual.

Inteirados da ginecopatia leve, diagnosticada e tratada, com resultado, pelo nosso colega, passamos, desde logo, a nos preocupar com o problema de sua frigidez.

Com efeito, a sra. E. teve sua menarca aos 11 anos de idade, sem maiores perturbações, porém, logo após aos primeiros meses, estabeleceu-se uma dismenorréia primária, que perdura até a presente data.

Assinala que, quando casou, estava menstruada, esperando seu marido, com paciência, que tal ocorrência passasse, o que se efetivou quatro dias após, sendo, então, deflorada. Nesta ocasião, sentiu fortes dores que não foram acompanhadas de hemorragia. As dores conseqüentes ao defloramento, foram tão fortes que lhe obrigaram a permanecer, durante dois dias, acamada.

Transcorridos os primeiros dias, manteve diversas relações sexuais, porém, nunca sentindo o menor prazer. Também não sentia o mais leve impulso sexual. Somente seis meses após, logrou obter, à muito custo, algum orgasmo sexual, de caráter parcial.

O exame físico, nada revela de maior. Tipo constitucional: subnormal, hipoplásica, com tendência astênica. O exame ginecológico, demonstra um aparelho genital com

tendência ao infantilismo. Nenhuma ginecopatia, no presente. Menstruação tipo 30/4. Intenso nervosismo.

O aspecto psicológico desta paciente também nada revela de anormal, ao menos aparentemente; notam-se, contudo, certas resistências emocionais.

Indagada diretamente sobre a técnica utilizada para a realização da cópula, ressalta, à evidência, que seu marido absolutamente nunca se preocupa com a fase de prelúdio do contato sexual, jamais utilizando quaisquer dos chamados “jogos-de-amor”.

Aliás, a própria paciente faz queixa desta particularidade, afirmando que o espôso preocupa-se unicamente na realização imediata e sumária da “intromtio penis”, fato êste que a deixa num estado de insatisfação e desgosto permanente.

Evidenciamos à sra. E. da necessidade fundamental que desempenham os preparativos prévios ao ato sexual para a obtenção do orgasmo integral. Nesta contingência, após medicação conveniente, encarecemos-lhe a necessidade de fazer seu espôso compreender a situação por êle próprio criada e mantida.

A análise dêste caso clínico faz enquadrar nossa paciente no grupo da “frigidez parcial alternada ab início” reconhecendo sua causa, principalmente, na inadequada preparação para o coito.

As dores sentidas pela paciente, por ocasião do defloramento não podem ser aqui levadas em linha de conta, porquanto, as únicas vezes que devidamente preparada para o ato sexual, conseguiu tanto impulso sexual, como o orgasmo integral.

Muitos maridos, como já afirmámos, por ignorância ou pressa inadmissível, olvidam a “fase dos jogos-de-amor”, em que lhes compete excitar suas companheiras, preparando-as assim para o ato sexual, subsequente.

Pensam unicamente em si próprios, transformando suas companheiras em meros elementos passivos de sua posse e de seus desejos. Não se preocupam, em absoluto, se a mulher sente ou não, quer o impulso como o orgasmo sexuais.

É necessário que lhes explique ser a curva ascensional do prazer feminino muito mais lenta que a dêles, e que uma vez tenha atingido o clímaxe, também a fase de detumescência se apaga de maneira lenta.

Outra particularidade digna de consideração, é o estudo da incidência da libido e do orgasmo nas prostitutas, que, segundo aparência aligeirada, desfrutam êstes fatôres sexuais, em elevado grau.

Tal, porém, não corresponde à realidade, como veremos no caso clínico, abaixo discriminado.

**Obs. n.º 7** — A mulher D., com 19 anos de idade, branca, prostituta, natural dêste Estado, vem à nossa consulta privada, queixando-se de frigidez sexual.

Embora exerça a prostituição desde a idade de 15 anos, sòmente em raras ocasiões conseguiu o orgasmo integral, isto mesmo quando adotou a “positio aversa” em gineite com um cidadão que ela simpatizava sobremodo.

Como desejasse agora abandonar seu mister, pois recebera oferta de se amasiar, não desejava aceitar a nova situação sem primeiro corrigir êste distúrbio que, acertadamente, considerava fundamental, para a estabilização de sua vida futura.

Criatura de nível intelectual sofrível, sabendo apenas ler e escrever, porém, de apparencia física bastante encantadora, dotada de certos requintes morais e espirituais animadores, impressionava à primeira vista, por sua afaabilidade natural, seu espírito comunicativo e amável.

De origem familiar humilde, tivera sua menarca aos 13 anos, sem maiores perturbações. Como necessitasse ganhar para ajudar os pais, empregara-se, como copeira, em uma casa de família de elevada condição social desta Capital. Nesta casa, havia um estudante de medicina que desde logo passou a assediá-la, com persistência, conseguindo, afinal, seu intento, por ocasião em que ambos permaneceram sòzinhos na residência. Tinha então 15 anos de idade. O defloramento foi realizado com certa brutalidade, guardando ela, dêste momento, a mais atroz das lembranças. Pois sentiu fortíssimas dores, tendo prolon-



gada hemorragia. As dores foram tão acentuadas que passou três dias acamada, sem poder caminhar. Naturalmente, por medo e vergonha, nada comunicou aos pais do rapaz, nem tampouco aos seus, do quais, de resto, aos poucos se foi afastando mais e mais.

O “sedutor”, no entanto, nos dias subseqüentes, com palavras enganosas, procurou convencê-la que se prosseguisse nos contatos sexuais, a dor desapareceria, por completo. Perante os conhecimentos “médicos” do rapaz, não fez maior objeção, acreditando inteiramente na verdade de suas palavras. No entanto, cada vez que mantinha relações com êle, sentia-se inibida de qualquer prazer sexual, mercê as intensas dores que experimentava, quando da introdução do pene em sua vagina.

Tal estado de coisas perdurou durante cêrca de dois meses, findo os quais, sabendo-se grávida, e à conselho do rapaz, saiu do emprêgo, indo procurar uma parteira que lhe praticou o abôrto.

Pensava que isto feito, seu “sedutor” passaria a viver com ela. Mas, tal não se deu, pois, tão logo a viu livre da gravidez, sem lhe dar a menor satisfação, abandonou-a na mais triste das situações, isto é, sem local para residir e sem dinheiro para se manter.

Sucedeu, então, que desesperada em face de sua situação, não titubeou entregar-se a outro homem a fim de obter o necessário para seu próprio sustento. No entanto, êste cidadão também não quis maiores compromissos. Pagou-a, deixando-a logo após.

A “dona” do “rendez-vous” onde fôra permanecer com o referido cidadão, sabedora de sua situação, propôs-lhe permanecer no mesmo, fazendo ver os lucros que obteria do comércio a que se entregaria daí em diante.

Não sabendo encontrar outra alternativa, aceitou a sugestão que lhe fôra feita, entrando no franco domínio da prostituição, no qual permaneceu até a presente data.

Adquirindo grande “prestígio”, tinha cêrca de dois a três “fregueses” diários, mas nunca — exceção feita a três

ou quatro oportunidades — sentira o menor impulso sexual, bem como obtivera o orgasmo correspondente.

Durante êste tempo, teve que praticar vários abortos, tendo adquirido diversas infecções genitais e anexiais, que foram tratadas, mas não curadas, pois até hoje ainda sente muitas dores no baixo ventre, apresentando corrimento amarelado, de mau cheiro.

Frente a seus “fregueses” sempre fingiu grande volúpia, porque assim o exigia seu “trabalho”.

Indagada da razão pela qual sentia orgasmo sexual quando em “positio aversa genuflexa”, esclarece que em tal postura o pene do homem não lhe causava dor.

Sua menstruação é irregular em tempo e quantidade, vindo às vêzes em duas ocasiões no mês, porém, sem cólicas.

O exame físico nada revela de interessante para os demais aparelhos da vida orgânica ou vegetativa. Tipo constitucional: normal, hiperfeminil, com tendência estênica.

Aconselhamos um tratamento intensivo de sua ane-xite crônica bilateral, findo o qual trataríamos de sua frigidez.

A análise desta observação nos demonstra, de maneira clara, a origem da hipoestesia desta paciente. Pois ela, em verdade, é portadora de uma “frigidez sexual parcial alternada ab início”, oriunda do traumatismo ocasionado pelo defloramento, bem como das circunstâncias ambientais em que o mesmo se verificou. Atualmente, não sente orgasmo sexual, devido à dispareunia determinada pelo choque do pene de encontro ao colo uterino e dêste transmitido aos anexos crônicamente inflamados e dolorosos.

Por outro lado, ela nos revela uma ocorrência, particular, de um fato geral: isto é: a maioria das prostitutas “finge” um orgasmo integral, por motivos estritamente comerciais.

E, nesta altura, nos vem à lembrança, a singular citação de LONDRES, A., em seu interessante livro “A Caminho de Buenos Aires”, referindo que nos prostíbulos do bairro suburbano da Bôca, em Buenos Aires, haviam prostitutas que executavam o coito 170 vêzes no

decorso das vinte-e-quatro horas!... Tal freqüência, evidentemente, era incompatível com o desencadeamento do orgasmo, permeio uma adequada elaboração do impulso sexual.

Em nosso meio, tal freqüência se não verifica, mas, certo é que o número de coitos que a mulher executa durante o dia, sem a participação de qualquer estímulo psíquico, acaba por criar um estado de anestesia sexual total. Isto é regra geral; no entanto, podem ser verificadas exceções.

Em rápido inquérito realizado por nós, em cêrca de 50 prostitutas de nossa Capital, pudemos verificar que mais de 50 % delas, no exercício de seu mister não experimentam, positivamente, nenhum prazer sexual.

Por vêzes, contudo, se nos apresentam outras pacientes, portadoras de frigidez sexual, cuja origem não é tão evidente. Assim, o caso exarado na observação abaixo.

**Obs. n.º 8** — A sra. D., com 26 anos de idade, branca, casada, de hábitos domésticos, natural de uma cidade do interior do Estado, vem à nossa consulta privada, queixando-se de amenorréia secundária, e, principalmente, por “ausência total” do orgasmo.

Declara que sente forte impulso sexual, porém, tão logo iniciada a cópula, perde todo o estímulo.

Menarca aos 11 anos, sem maiores distúrbios. Menstruações normais em tempo e quantidade. Tipo menstrual: 29/4.

Casada há três anos, ama profunda e sinceramente ao marido. Seu defloramento não lhe acarretou dores nem hemorragia, guardando, daquele momento, remota recordação.

Do consórcio teve apenas um filho, cujo parto e puerpério, foram normais.

De família medianamente abastada, teve boa educação familiar, recebendo instrução suficiente, num colégio religioso (curso secundário). Seu marido é homem de boa posição social e econômica, tratando-a com todo o carinho e afeto.

Não tem nenhum problema de ordem moral ou afetiva que lhe preocupe maiormente. Sua vida social é intensa, sendo muito benquista na localidade onde reside, na qual possui vasto círculo de relações e amizades.

O exame físico nada revela de maior para os demais aparelhos da vida orgânica ou vegetativa. Tipo constitucional: normal, hiperfeminil, com tendência estênica.

Temperamento romântico, procura cercar-se daquelas condições compatíveis com seu modo de pensar, agindo do mesmo modo, por êste diapasão. Gosta de leitura suave e amena, tipo romances-de-amor. Possui uma sensibilidade delicada, quase infantil.

O exame ginecológico revela um aparelho genital interno hipoplásico fundos-de-sacos livres.

Indagada sôbre a técnica da cópula, acentua que pratica o ato sexual com seu marido de maneira diversa e variada, com freqüência, mas nunca sentiu o orgasmo.

Como esta doente voltasse no dia posterior à consulta, para sua cidade natal, não podemos aprofundar como era mister, o exame psicológico, em busca da possível causa de sua anestesia total para o orgasmo. No entanto, receitamos medicação adequada, solicitando à sra. D. que retornasse a nossa consulta, quando de sua próxima vinda a esta Capital.

Pelo resultado do interrogatório e exame sumário desta paciente, classificamo-la, provisoriamente, no grupo da "frigidez total primária ab iníto", tendo como possível causa determinante a hipoplasia genital.

Êste diagnóstico, contudo, está sujeito à posterior modificação, em face do exame por demais perfunctório da paciente.

Quando na história da paciente, surge, porém, a diminuição ou ausência do amor, pelo parceiro, espôso ou não, o especialista entrará no exame de um caso bastante complexo, de êxito pouco promissor, como ocorre no caso que passamos a relatar.

Obs. n.º 9 — A sra. C., com 18 anos de idade, branca, casada, de hábitos domésticos, brasileira, natural d'êste Estado.

Jovem e atrativa, é trazida à consulta por seu próprio marido, homem moço, de aspecto sadio.

Desde os primeiros instantes de palestra, portam-se ambos com desembaraço e perfeita segurança.

Passa então o marido a nos relatar que traz sua esposa à nossa consulta, por notar que ela, nos últimos tempos, tornara-se u'a "mulher fria" (sic), bem assim como por julgar padecer ela de alguns males gerais, e outros da esfera genital, os quais, segundo êle, vêm transtornando sua felicidade conjugal. Pois não pode compreender, como sendo um homem forte e viril, e sua esposa, jovem e boa companheira, não encontre ela nenhuma satisfação no ato sexual.

O sr. F. expressa-se claramente, com desenvoltura, procurando precisar bem aquilo que deseja explicar, com a sincera preocupação de melhor esclarecer o que lhe perturba os sentimentos.

Ouvimos sua breve e concisa disertação em silêncio absoluto, no que fomos também acompanhados pela sra. C., que, no entanto, confirmou os dizeres do marido, de maneira total, não tendo algum reparo a fazer.

Nossa atitude, de permanente passividade, perante o casal, tinha como escopo primordial, deixá-los bem à vontade; apenas, limitamo-nos a fazer uma ou outra pergunta, na aparência banal, mas com intuito antecipado de impedir-lhes enveredassem por senda prolixa.

Após terminada a exposição do sr. F., procurámos, então, de modo efetivo, a confirmação da paciente. De fato, encareceu-nos ela haver resolvido comparecer a nossa consulta após alguma relutância, mas agora estava resolvida a ver solucionado seu problema matrimonial e físico, isto por não poder protelar por mais tempo a adequada solução de seu caso, que lhe parecia impostergável.

Expusemos a ambos que necessitávamos de sua ampla e completa colaboração, sem a qual, de resto, nada conseguiríamos.

Em consulta especial, tivemos, posteriormente, a presença da sra. C. desta vez sem o concurso do marido.

Conta-nos então estar casada à cêrca de um ano apenas (casou com 16 anos de idade). Sua menarca ocorreu aos 12 anos, sem maiores conseqüências. E, desde então, tem sido regularmente menstruada em tempo e quantidade, tipo 29/3. Nos últimos tempos, contudo, surgiram vários distúrbios menstruais (encurtou o período intermenstrual, aumentaram os dias da menstruação), fato êste devido aos vários abortos provocados.

Desde colegial, namora o homem que atualmente é seu marido, mantendo com êle, naquela época, as mais íntimas relações sexuais, sem, no entanto, haver ocorrido o defloramento.

Neste período, entre os 12 - 16 anos, freqüentara um colégio dirigido por irmãs católicas, dêle haurindo forte concepção religiosa.

Fôra noiva durante 1 ano e meio; nesta última época, suas relações com o atual marido haviam aumentado em freqüência e intensidade, à ponto de haver ocorrido o defloramento total, quatro meses antes da data marcada para o seu casamento. O defloramento não lhe determinara maiores dores, nem hemorragia. Também não sentiu o orgasmo, embora houvesse tido forte impulso.

Durante o período escolar não teve ou manteve relações sexuais com nenhuma outra pessoa, quer do mesmo sexo ou do sexo oposto. Nega, igualmente, a prática onástica.

O coito vulgar desperta-lhe agora, como antes do matrimônio, forte libido e conseqüente orgasmo, o mesmo não acontecendo com o coito vaginal, que, desde a primeira vez, fôra absolutamente negativo.

Seu marido, no qual reconhece uma virilidade completa, procura-a quase diàriamente, para o contato se-



xual, ao qual acede, mais para satisfazer a vontade dêle que a sua própria.

Nas atitudes que procedem a "intromitio penis", seu companheiro utiliza tôda sorte de jogos-de-amor, que levam em média, cêrca de 15 minutos, no máximo, procurando assim despertar-lhe os sentidos. Maugrado isto, porém, tão logo ocorra a "intromitio penis" na vagina, sente apagar-se seu desejo.

Nota que o marido é um pouco afobado (sic) no período dos jogos-de-amor, tendo sempre em mira a imediata penetração do pene. Êste fato, desgosta-a sumamente.

Revela que sua zona erógena, por excelência, é a bôca: sente intenso prazer quando é beijada nesta região, e nenhuma outra lhe determina maior deleite físico e espiritual.

Últimamente, notou, com desgado, que sua menstruação dura cêrca de uma semana; contudo, êste fato não é permanente, porque em alguns meses, o tempo acima referido, varia apenas um dia, sendo a quantidade de sangue eliminado, muito pequena, sem cólicas. Atribui esta ocorrência, aos abortos que praticou, em número de quatro, com parteiras a fim de impedir o nascimento de filhos, que não poderia sustentar, nem manter.

Além desta queixa fundamental, revela constipação crônica (passa de 2 a 6 dias sem evacuar só o conseguindo à custa de laxantes) anorexia acentuada, astenia geral, tonturas freqüentes, cefalalgia temporal, grande cansaço, corrimento amarelado pouco abundante.

Teve coqueluche e gripes freqüentes. Em 1946, foi apendicectomizada, transcorrendo, tanto o ato operatório, como o trans e pós-operatório, de maneira normal.

A sra. C. reconhece ser possuidora de um temperamento profundamente sentimental e afetivo. Sempre imaginou encontrar no espôso uma pessoa extremamente carinhosa e amiga, o que, no entanto, não acontece. Porisso, sente seu amor pelo marido bastante diminuído. Acrescenta ter suas emoções constantemente insatisfeitas, por falta de carinho (sic).

Nesta altura, perguntamos a paciente se o amor que tributava ao marido antes do casamento fôsse igual a 100, quanto teria êle agora diminuído. Respondeu-nos, prontamente, que pelo menos a metade.

Embora nunca tivesse deixado prosseguir as várias gravidezes, tem loucura por crianças, procurando mesmo o seu convívio.

Gosta muitíssimo do cinema sentimental e amoroso. O mesmo se verifica para o terreno literário, procurando ler romances de amor, estilo Ardell, Lilly, Max Veuzit, etc. Das artes plásticas, embora não sabendo interpretá-las, admira a pintura, no estilo clássico. Não procura compreender nem esta, nem as demais escolas pictóricas, por uma atitude de comodismo mental (sic).

Sua infância, passou-a em companhia dos pais, dedicando à mãe extremado amor, enquanto que ao pai em muito menor escala. Não sabe porque estima menos o pai, mas recorda-se de haver presenciado o coito de seus pais, espiando pelo buraco da fechadura de seu quarto e via (assim lhe parecera) como sua mãe era “torturada” por êle.

Tem atualmente uma vida social muito reduzida, em virtude das condições financeiras precárias do marido.

Sonha quase diáriamente, e, em suas representações oníricas há sempre um conteúdo trágico.

Revela que seu marido tem atualmente 22 anos. Bebe moderadamente, porém, possui um temperamento neurótico por excelência, levantando querelas acaloradas por questões de sòmenos valor (verdadeiras tempestades em “copo com água”). Estas querelas levam-no a dizer-lhe vários e pesados desaforos, sem contudo, descer à baixa terminologia obscena e vulgar.

Procura ser-lhe a companheira em tudo, mas o temperamento dêle, por demais inflamado, leva-o a atitudes que lhe desgostam profundamente. Assim, não podendo controlar os gestos, várias vêzes já a esbofeteou, sem maior razão para tanto, e, em certa ocasião, bateu-lhe com um relho, por causa de um ciúme infundado e pueril. Acen-

tua que, nestas condições, sente vontade de fugir, considerando o marido com "nôjo".

Embora tenha procurado suportar tudo isto com paciência e resignação, sente agora estar ficando esgotada e nervosa.

O exame físico da sra. C. nada revela de maior, afora uma extrema ressonância de seus reflexos nervosos superficiais e profundos. Tipo constitucional: normal, hiperfeminil, com tendência astênica.

O exame ginecológico demonstra uma cervicite crônica, anexite bilateral crônica e erosão de 1.º grau do colo uterino.

Em face do exposto e do achado ao exame clínico, estamos procedendo, em primeiro lugar, à cura de suas diversas lesões genitais, por intermédio da terapêutica conveniente.

Tão logo êste último esteja completado, iniciaremos o da terapia da frigidez, por meio das condições mais adequadas no caso.

Como se deduz da exposição feita, o caso da sra. C. parece bastante complexo e delicado, por envolver diversas e variadas condições biopsicossociológicas, tôdas elas, passíveis de medidas corretivas adequadas, em seu devido tempo e oportunidade.

A frigidez da sra. C. é do tipo parcial, alternada in médio, reconhecendo em sua origem, vários fatores etiopatogênicos: físico (transferência de zona erógena); familiar (condição econômica precária); matrimonial (marido desafetuoso, violento); social (condição de inferioridade perante suas amigas, ânsia de freqüentar as altas rodas sociais); psíquicos complexo de Édipo para a mãe, sentimento de revolta contra o marido, temor à gravidez); afetivos (diminuição do amor ao marido, desprendimento das coisas que lhes são mais caras).

Um a um, todos êstes e outros empecilhos devem ser removidos, para ser obtida a cura satisfatória de nossa paciente. Possivelmente, um exame psicanalítico traria precioso subsídio, como libertaria a sra. C. de vários complexos.

Por fim, um último aspecto das relações sexuais, vamos aqui focalizar, referentemente, às intercorrelações que a libido sexual integral mantém com as diversas ginecopatias, e que têm sido enunciadas, da maneira mais diversa, pelos numerosos tratadistas.

Passaremos a referir um série de observações sumárias, neste sentido.

**Obs. n.º 10** — C. F. S., com 25 anos, preta, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre. Cefaléia.

*Exame:* Dor no fundo-de-saco E. Palpa-se o útero no fundo-de-saco de Douglas.

*Libido:* Tanto o impulso como o orgasmo sexuais, conservados. Menarca aos 12 anos. Tipo menstrual: 28/4. Casada há 3 anos. Defloramento normal. Tem 1 filho.

*Diagnóstico:* Salpingovarite E. Retroflexão uterina. Libido, normal.

**Obs. n.º 11** — A. J. S., com 22 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre. Corrimento amarelado. Mau cheiro.

*Exame:* Ao toque — dor no fundo-de-saco D. Útero desviado para êste lado.

*Libido:* Tanto o impulso, quanto o orgasmo, ora presentes, ora ausentes. Frigidez parcial alternada in médio. Menarca: 13 anos. Tipo menstrual: 30/3. Dismenorréia secundária. Casada há 2 anos. Defloramento: normal. Não tem filhos.

*Diagnóstico:* Salpingovarite D. Cervicite crônica. Láteroflexão uterina D. Dismenorréia secundária. Esterilidade primária.

**Obs. n.º 12** — A. L. B., com 23 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores durante a menstruação. Corrimento branco abundante.

*Exame:* ao toque — sente-se o útero no fundo de Douglas, doloroso, móvel. Anexos, livres e indolores.

*Libido:* Tem dois filhos. Após o primeiro filho: frigidez total. Durante o primeiro ano casada: conservada.

*Diagnóstico:* Retroflexão uterina. Dismenorréia primitiva. Frigidez total (nem impulso, nem orgasmo) secundária.

**Obs. n.º 13** — M. O. M., com 19 anos de idade, preta, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Ausência do incômodo há dois meses. Constipação intestinal crônica.

*Exame:* Ao toque — fundo-de-saco posterior empastado e doloroso. Útero aumentado de tamanho.

*Libido:* Ausência completa do impulso e orgasmo sexuais.

*Diagnóstico:* Anexite crônica bilateral. Gravidez de um mês. Frigidez total primária (?) ab iníto.

**Obs. n.º 14** — A. D., com 28 anos, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo ventre compreendendo a bexiga. Dores de cabeça contínuas. Fraqueza geral. Corrimento amarelado, mau cheiro.

*Exame:* Ao toque: útero em láteroflexão D. Fundos-de-sacos laterais, livres e indolores. Mucopus no orifício externo do colo.

*Libido:* Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, conservados.

*Diagnóstico:* Láteroflexão uterina D. Cervicite crônica. Libido normal.

**Obs. n.º 15** — E. F., com 23 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Ardência ao terminar de urinar. Dores na bexiga e baixo ventre.

*Exame:* Uretra endurecida e dolorosa ao toque vaginal. Meato urinário externo com sinais de inflamação. Órgãos genitais internos e externos, normais.

*Libido:* Tanto o impulso como o orgasmo sexuais, conservados.

*Diagnóstico:* Uretrocistite gonocócica (?). Libido, normal.

**Obs. n.º 16** — A. M. L., com 36 anos, parda, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo ventre. Corrimento amarelado com mau cheiro, pouco abundante.

*Exame:* Na vulva, nota-se o corrimento muco-purulento que escorre pelo orifício vulvovaginal. Ao toque: útero tamanho normal, em ânteroflexão acentuada. Colo: de aspecto normal. Fundos-de-sacos laterais livres, porém, dolorosos.

*Libido:* Teve 3 filhos; perdeu dois. Casada há 15 anos. De um ano à esta parte, tanto o impulso, como o orgasmo sexuais: alternados. Nestes últimos dias, separou-se do marido.

*Diagnóstico:* Anexite bilateral, provavelmente gonocócica. Frigidez sexual parcial, alternada, in médio.

**Ob. n.º 17** — N. E. S. V., com 22 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores generalizadas no baixo ventre. Corrimento amarelado, abundante.

*Exame:* Toque sumamente doloroso. Fundos-de-sacos empastados.



*Libido*: Tem dois filhos. Impulso e orgasmo sexuais conservados durante o primeiro ano de casada. Há cinco anos, ausência total de qualquer prazer sexual. Coito doloroso.

*Diagnóstico*: Anexite bilateral subaguda. Frigidez sexual total secundária. Dispareunia.

**Obs. n.º 18** — M. M. A., com 29 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa*: Dor na fossa ilíaca direita e no baixo ventre. Corrimento vaginal amarelado, abundante, mau cheiro.

*Exame*: Útero doloroso. Empastamento dos fundos-de-sacos, bilateralmente.

*Libido*: Tanto o impulso como o orgasmo sexuais, conservados.

*Diagnóstico*: Anexite bilateral crônica. Libido, normal.

**Obs. n.º 19** — R. S., com 30 anos, branca, sacada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa*: Dores no baixo ventre. Corrimento amarelado, mau cheiro. Fraqueza geral.

*Exame*: Útero em retroflexão, fixo. Fundos-de-sacos, empastados e dolorosos.

*Libido*: Casada há oito anos. Teve um abôrto provocado. Tem dois filhos vivos. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, alternados.

*Diagnóstico*: Retroflexão uterina. Anexite bilateral crônica. Frigidez sexual parcial alternada in médio.

**Obs. n.º 20** — E. A. S., com 29 anos, preta, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa*: Dores disseminadas em todo ventre, mais acentuadas em sua parte baixa e para os lados.

*Exame:* Ruptura perineal do 2.º grau, com recto e cistocele. Cervicite crônica.

*Libido:* Casada há 10 anos. Teve 5 filhos: 3 vivos, 2 mortos. Deflorada aos 8 anos de idade. Tanto o impulso como o orgasmo, ausentes.

*Diagnóstico:* Ruptura perineal do 2.º grau, com recto e cistoscele. Cervicite crônica. Frigidez sexual total secundária.

**Obs. n.º 21** — F. P., com 50 anos, casada, branca, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores na fossa ilíaca direita. Corrimento amarelado, mau cheiro, muito abundante. Intensa comichão nas partes genitais externas.

*Exame:* Fundos-de-sacos dolorosos e empastados. Hiperemia da vulva com escoriações.

*Libido:* Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, presentes e exaltados.

*Diagnóstico:* Vulvovaginite eritematosa. Metrite crônica. Libido, conservada e exaltada.

**Obs. n.º 22** — I. C. A., com 23 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Consulta por esterilidade.

*Exame:* Útero em láterodesvio D.

*Libido:* Casada há oito anos. Tanto o impulso como o orgasmo sexuais, presentes. Menarca aos 14 anos. Tipo menstrual: 28/4.

*Diagnóstico:* Esterilidade primária. Láterodesvio uterino D. Libido, normal.

**Obs. n.º 23** — O. P. M., com 25 anos, parda, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Consulta por esterilidade.

*Exame:* Órgãos genitais internos e externos, normais.

*Libido:* Casada há 5 anos. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, presentes. Menarca aos 16 anos. Tipo menstrual: 28/3.

*Diagnóstico:* Esterilidade primária. Libido, normal.

**Obs. n.º 24** — D. A., com 24 anos, parda, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre e durante a menstruação. Corrimento amarelado, pouco abundante, mau cheiro.

*Exame:* Útero pequeno. Anexos dolorosos e empastados. Mucopus no orifício externo do colo uterino.

*Libido:* Casada há 4 anos. Sem filhos. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, presentes no primeiro ano de matrimônio; nos demais, em decréscimo, devido às dores que sente por ocasião da cópula. Menarca aos 13 anos. Tipo menstrual: 30/3.

*Diagnóstico:* Salpingovarite bilateral. Dismenorréia secundária. Cervicite crônica. Frigidez sexual parcial gradativa in médio.

**Obs. n.º 25** — R. S., com 30 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre com a sensação de queda dos órgãos genitais.

*Exame:* Útero em retroflexão. Anexos livres. Fundos-de-sacos, livres. Paríneo rôto.

*Libido:* Casada há 10 anos. Tem 3 filhos e 1 abôrto espontâneo. Impulso sexual conservado. Orgasmo presen-

te até primeiro filho, depois ausente. Menarca aos 16 anos. Tipo menstrual: 30/4.

*Diagnóstico:* Retroflexão uterina. Ruptura perineal do 2.º grau. Retocele incipiente. Frigidez sexual total, secundária.

**Obs. n.º 26** — T. T. L., com 23 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Corrimento amarelado. Ardência quando urina. Emagrecimento. Fraqueza geral. Dores de cabeça.

*Exame:* Fundos-de-sacos empastados e dolorosos. Mucopus do orifício externo do canal cervical uterino.

*Libido:* Casada há 5 anos. Tem 3 filhos. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, ausentes, desde o matrimônio. Menarca aos 13 anos. Tipo menstrual: 28/4.

*Diagnóstico:* Anexite bilateral crônica. Cervicite crônica. Cistite crônica. Frigidez sexual total primária.

**Obs. n.º 27** — O. C., com 31 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre, contínuas. Corrimento amarelado.

*Exame:* Útero em retroversão. Mucopus no orifício externo do canal cervical uterino.

*Libido:* Casada há 10 anos, tem 4 filhos. Nega abortos. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, vêm diminuindo desde o matrimônio. Menarca aos 11 anos. Tipo menstrual: 30/3.

*Diagnóstico:* Retroversão uterina. Anexite e cervicite, crônicas. Frigidez sexual parcial gradativa ab inítkio.

**Obs. n.º 28** — E. F., com 25 anos preta, casada brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dor ao nível do umbigo, com irradiação para o baixo-ventre, lado D., que surgiu 5 meses após um abôrto provocado de 4 meses (curetado).

*Exame:* Útero doloroso à palpação, aumentado de volume. Anexos dolorosos. No colo uterino: erosão de 1.º grau.

*Libido:* Casada há três anos. Tem dois filhos e 1 abôrto provocado. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, conservados. Menarca aos 14 anos. Tipo menstrual: 30/5.

*Diagnóstico:* Cistocele. Endometrite crônica. Erosão do colo uterino. Libido, normal.

**Obs. n.º 29** — E. C. S., com 21 anos, parda casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Corrimento amarelado (há 6 anos) do qual piorou após o casamento (há 3 anos). Dores no baixo-ventre. Tonturas. Dor no lado esquerdo, porção baixa.

*Exame:* Anexos E., doloroso e empastado. Abundante corrimento amarelo espesso de mucopus emergindo pelo orifício externo do canal cervical.

*Libido:* Casada há 3 anos. Sem filhos. De 2 anos e meio para cá, às vêzes sente impulso e orgasmo sexuais, outras vêzes, não. Menarca aos 11 anos. Tipo menstrual: 29/4.

*Diagnóstico:* Anexite E. e cervicite, crônicas. Esterilidade primária: Frigidez sexual parcial alternada in médio.

**Obs. n.º 30** — M. A., com 31 anos, parda, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre.

*Exame:* Útero caído na cavidade posterior de Douglas, ligeiramente doloroso, livre, tamanho normal. Anexos, livres e indolores.

*Libido:* Casada há 13 anos. Tem 5 filhos (2 vivos e 3 mortos). Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, conservados. Menarca aos 13 anos. Tipo menstrual: 28/5.

*Diagnóstico:* Retroflexão uterina. Libido, normal.

**Obs. n.º 31** — A. B., com 23 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo-ventre. Corrimento amarelado, pouco abundante, com mau cheiro.

*Exame:* Dor acentuada em ambos os fundos-de-sacos laterais. Mucopus emergindo no orifício externo do canal cervical.

*Libido:* Casada há 3 anos. Tem 1 filho. Um abôrto provocado. Há cerca de dois meses para cá, não sente nem impulso, nem orgasmo sexuais, devido ao coito doloroso. Menarca aos 13 anos. Tipo menstrual: 29/6.

*Diagnóstico:* Anexite bilateral crônica. Frigidez sexual total secundária por dispareunia.

**Obs. n.º 32** — E. S., com 18 anos, parda casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores em todo baixo-ventre. Corrimento amarelado abundante. Menstrua 2 vezes ao mês.

*Exame:* Dores acentuadas em ambos os fundos-de-sacos laterais. Mucopus emergindo pelo orifício externo do canal cervical.

*Libido:* Casada há 10 meses. De dois meses à esta data, não sente mais nem impulso, nem orgasmo sexuais, devido à dor, por ocasião do coito. Menarca aos 12 anos. Tipo menstrual: polimenorréia.

*Diagnóstico:* Anexite bilateral crônica. Polimenorréia. Frigidez sexual total secundária por dispareunia.



**Obs. n.º 33** — A. S., com 18 anos, branca, casada, brasileira, de hábitos domésticos.

*Queixa:* Dores no baixo ventre. Corrimento amarelado abundante, com mau cheiro.

*Exame:* Fundos-de-sacos laterais, dolorosos e empastados.

*Libido:* Casada há 1 ano. Nega a prática de abôrto. Tanto o impulso, como o orgasmo sexuais, presentes. Menarca aos 12 anos. Tipo menstrual: 29/3.

*Diagnóstico:* Anexite bilateral crônica. Libido normal.

A exposição sumária dêstes casos clínicos, sem a preocupação de maior profundidade psicossomática, demonstra quão variável é, em verdade, a conservação ou não, quer do impulso sexual, quanto do orgasmo, frente às mais variadas e diversas ginecopatias.

Tais exemplos que poderiam ser multiplicados à vontade, evidenciam, por outro lado, que o assunto da libido feminina deve ser encarado individualmente, num aspecto integral da personalidade humana, sem o que, apenas, poderemos chegar a um diagnóstico do tipo de frigidez, sem, no entanto, poder resolver esta condição substancial da vida biopsicossociológica da mulher.

Estabelecer normas precisas, perante cada quadro nosológico das diversas enfermidades ginecológicas querendo tirar conclusões de ordem geral, é incidir em grave êrro.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

### II e III Partes

(Neste discriminativo entram aquêles trabalhos que não foram citados no texto do presente capítulo).

- AUSTREGÉSILO, A. — "Patologia Mental". — Editôra Guanabara. Rio de Janeiro, 1949.
- AUSTREGÉSILO, A. — Conduta Sexual, 2.<sup>a</sup> edição. Editôra Guanabara. Rio, 1939.
- BANEN, D. M. — "Doctor-Patient Relationship" — Apud. "The Military Surgeon". Vol. 104; 2; 124:126; fev. 1949.
- BARCOS, J. R. — "Libertad Sexual de las Mujeres". Editorial Arajo. B Aires, 1935.
- BENEDEK, Th. & RUBENSTEIN, B. B. — "El Ciclo Sexual de la Mujer". Editôra Associação Psicoanalítica Argentina. B. Aires, 1945.
- BOURDON, J. R. — "Perversões Sexuais". Civilização Brasileira S. A. editôra. Rio, 1933.
- BURKE, M. — "A Técnica Psicoanalítica". Apud. "Med. Cir. Far." Nrs. 154/155; 92:100; fev.-março; 1949.
- DELGADO, H. — "As Atitudes Humanas e a Formação do Caráter". Editôra Guanabara. Rio de Janeiro.
- DREIKURS, R. — "Psicologia do Casamento". Ed. Civ. Brasileira S/A. Rio, 1945.
- ELLIS, H. — "O Pudor. A Periodicidade Sexual. O Auto-erotismo". Civilização Brasileira S. A. editôra. Rio, 1935.
- FOREL, A. — "La Questione Sessuale". 1. ed. Fratelli Bocca, ed. Milão.
- FREUD, S. — "Sexualidade". Civ. Brasileira S. A., editôra. Rio, 1935.
- FREUD, S. — "Introdução à Psicanálise". Editôra Guanabara. Rio de Janeiro.
- FRIDLAND, L. — "O Amor e o Matrimônio". Ed. Calvino Ltda. Rio. 1941.
- GOMES, M. — "Princípios de Psicologia Aplicáveis ao Tratamento Psicossomático". Liv. do Globo, editôra. P. Alegre, 1949.
- GOMES, M. — "Pesquisas Sôbre a Personalidade". Liv. do Globo, editôra. P. Alegre, 1944.
- GOMES, M. — "Constituição e Ginecologia". Apud. "Rev. R. G. do Sul". Ano, I, Vol. 1; 1; 15:21; agosto-setembro; 1944.
- GRIFFITH, E. F. — "O Sexo na Vida Diária". Liv. José Olímpio, editôra. Rio, 1941.

- HAMILTON, G. V. & MACGOWAN, K. — "O que há de errado no casamento". Civ. Brasileira, S. A., editôra. Rio, 1936.
- HIMES, N. E. — "Segredos da Vida Sexual". 2.<sup>a</sup> ed. Editôra Universitária Ltda. São Paulo, 1943.
- JANET, P. — "A Família". Editorial Renascimento. Rio, 1937.
- LEITD, H. — "A Perfeição Sexual no Matrimônio". Ed. Calvino Ltda. Rio, 1940.
- MARAÑON, G. — "A Evolução da Sexualidade e os Estados Intersexuais". Editôra Minerva. Rio, 1938.
- MARAÑON, G. — "Três Ensaio sôbre a Vida Sexual". Edições e Publicações Brasil. São Paulo, 1933.
- MARCONDES, D. — "Evolução do ponto de vista psicológico na medicina geral e na psiquiatria". Apud. "Rev. Paul. de Medicina". Vol. XXXIV; 3; 69:70; Março; 1949.
- MARFORI, P. — "Tratado de Farmacologia y Terapeutica". Manuel Marín, editor. Barcelona, 1933.
- MARIANI, G. — "A Questão Sexual". Liv. do Globo. P. Alegre, 1946.
- MEAD, M. — "Sexo y Temperamento". Editorial Abul. B. Aires, 1947.
- MIRA Y LOPES, E. — "Os Fundamentos da Psicanálise". Editôra Científica, Rio, 1949.
- NAYAR, R. R. — "Sex Education. Physiology of Genital Organs". Apud. "Indian Medical Journal". (Calcuta) Vol. 42; 9; 208:211; set.; 1948.
- NAYAR, R. R. — "Sex Education. Mechanism of Coitus". Apud. "Indian Medical Journal" (Calcuta). Vol. 42; 11; 273:276; nov.; 1948.
- NAYAR, R. R. — "Sex Education. Marital Adjustment". Apud. "Indian Medical Journal" (Calcuta). Vol. 42; 12; 293-296; dez.; 1948.
- ORR, W. H. — "Factores Endócrinos en los Distintos Psíquicos". Apud. "Boletines de la Sociedad de Cirurgia de Rosario". Ano XV; 7; 220:225; out.; 1948.
- OVERHOLSER, W. — "Physical Medicine and Psychiatry". Apud. "J. A. M. A." Vol. 138; 17; 1221:1222; dez.; 1948.
- PEIXOTO, A. — "Sexologia Forense". Editôra Guanabara. Rio de Janeiro.
- PORTO-CARRERO, J. P. — "Sexo e Cultura". Editôra Guanabara. Rio de Janeiro.
- PORTO-CARRERO, J. P. — "A Psicologia Profunda ou Psicanálise". 3.<sup>a</sup> ed. Editôra Guanabara. Rio de Janeiro.
- RAMOS, A. — "Psiquiatria e Psicanálise". Ed. Guanabara. Rio de Janeiro.
- RAMOS, A. — "Freud, Adler, Jung". Ed. Guanabara. Rio de Janeiro.
- REIK, Th. — "Psicologia de las Relaciones Sexuales". Ed. Nova. Buenos Aires, 1947.
- RIPLEY, H. S., WOLF, S. & WOLFF, H. G. — "Treatment in a psychosomatic Clinic". Adap. "J. A. M. A.". Vol. 138; 949:951; nov.; 1948.

- ROGER, H. — "Leçons de Psycho-Physiologie". Masson & Cia., editora. Paris, 1946.
- SAGARRA, J. S. — "Correlaciones Psico-antropológicas entre constitución y sexo". Apud. "Anales de Medicina y Cirugía". (Barcelona). Año XXIV; IIª Época; Vol. XXIV; 42; 490-491; dez.; 1948.
- SCHEINFELD, A. — "Você e a Sexualidade". Liv. José Olímpio. Rio, 1948.
- SCHILDER, P. — "Tratado de Psicoterapia". Editorial Paidós. Buenos Aires, 1947.
- STONE, H. M. & STONE, A. — "Manual del Matrimonio". Ed. Partenon. B. Aires, 1946.
- SOUSA, C. C. — "Que é um homem, psiquicamente normal?" Apud. "Rev. Paulista de Med.". Vol. XXXIV; 4; 57:62; abril; 1949.
- THESING, C. — "La Sexualidad en el Universo". Joaquín Gil, editor. Barc., 1936.
- THOMAS Jr., H. M. — "What is Psychoterapy to the Internist?". Apud. "J. A. M. A.". Vol. 138; 12; 878-880; nov.; 1948.
- VAN DE VELDE, Th. H. — "A Aversão no Casamento". Civ. Brasileira S. A. Rio, 1937.
- VAN DE VELDE, Th. H. — "O Erotismo no Matrimônio". Marisa Editora. Rio, 1935.
- VAZ, R. — "Caracteres Psicológicos Femininos sob o Ponto de vista Endócrino". II, III, IV. Apud. "Mev. Med. Brasileira". Vol. XXV; Ano XI; 4, 5, 6; out. nov. dez.; 1948.
- WALL, J. H. — "Nociones Fundamentales de Psiquiatria Para el Medico Práctico". Apud. "Anales de Medicina y Cirugía" (Barcelona). Año XXIV; IIª Época; Vol. XXIV; 42; 487-489; dez.; 1948.

## CONCLUSÕES

1 — Como salientámos na primeira parte dêste trabalho, foi preocupação constante de todos os povos, em todos os tempos, a situação social e matrimonial da mulher sexualmente fria.

2 — Êste fato, por corolário conseqüente, demonstra à saciedade, que o estudo da frigidez sexual feminina e seu oportuno tratamento, vêm merecendo dos estudiosos a mais acurada atenção, continuando a ser, ainda nos dias atuais, motivo de séria preocupação científica.

3 — A mulher sexualmente fria, em quaisquer de suas modalidades, deve ser estudada sob o tríplice aspecto — biopsicossociológico — fatores determinantes e mantenedores de sua personalidade integral.

4 — Para as diversas modalidades com que se apresenta na clínica diuturna a frigidez sexual feminina, convém o estabelecimento de uma classificação prática — como a que propusemos —, sem levar em linha de conta, uma perfeita e exata correspondência científica, em virtude do minguado acervo de estudos à êste respeito efetivados até a presente data.

5 — Importância substancial, em todo ou qualquer tipo de frigidez sexual, em abono da adequada conduta terapêutica posterior, merece, sem dúvida alguma, o estudo da “causa” ou do “grupo de causas” desencadeantes ou determinantes dêste distúrbio complexo da vida sexual feminina.

6 — No estudo do quadro clínico de uma paciente portadora de frigidez sexual, tôdas as facêtas ou aspectos de sua integração biopsicossociológica, merecem a mais profunda investigação, pois, quase sempre, num dos componentes do triângulo de sua personalidade, normal ou patológica, pode ser encontrada a “origem” do distúrbio.

7 — A orientação da moderna medicina, particularmente da ginecologia contemporânea em diretrizes psicossomáticas, certo des-

vendará, no futuro, promissoras sendas, de insuspeitada existência, onde os pesquisadores e especialistas, encontrarão nova messe de conhecimentos. Tal por certo, ocorrerá no estudo da frigidez sexual feminina.

8 — Dos estudos e observações por nós realizados até a presente data, mais nos convencem do princípio stekeliano, segundo o qual, inexistente a mulher sexualmente fria, quando tal distúrbio não ocorre em virtude de um substrato anatômico irremovível.

9 — Necessário se torna, cada vez mais, incrementar a educação sexual nos jovens, para assim ver coibida tôda uma série de funestas e intransponíveis conseqüências, criadoras e mantenedoras da frigidez sexual em tão elevado número de mulheres.

10 — Também concordamos com a opinião já emitida por outros autores, quando afirmam que a frigidez sexual da prostituta, tendo em mira, não o objeto de seu ideal de amor, mas sim exclusivamente o lucro imediato, constitui regra generalizada.

11 — Todo o casal de noivos, antes do matrimônio, deveria ser perfeitamente esclarecido sobre as relações sexuais e sua respectiva técnica, quer através de bons e preparados orientadores, quer pela leitura de livros adequados.

12 — Tôda mulher, uma vez tendo reconhecido a existência de sua frigidez, deveria procurar algum especialista quanto antes, a fim de alijar de sua condição psicofísica este distúrbio de sua vida sexual.

13 — Entre as “causas” freqüentes da frigidez sexual feminina, ressalta a do indevido preparo para o ato sexual da parte do marido: fase preliminar dos “jogos-de-amor” insuficiente ou precipitadamente encurtada.

14 — Outra “causa” muito freqüente, é o desconhecimento das várias posturas para o ato sexual.

15 — Também as condições emocionais da mulher constituem “fatôres” de suma importância.

16 — As ginecopatias mais diversas, em geral não guardam nenhuma reciprocidade com a libido integral, a não ser quando, pelo coito, seja provocada a dor (dispareunia).

17 — Para o adequado conhecimento da libido feminina, convém sempre dissociá-la para a conveniente verificação do “impulso”



e do “orgasmo” sexuais. Pois ambos podem coexistir ou não, simultaneamente; ou então, estar um deles presente, faltando o outro.

18 — Fazemos nossas, as seguintes afirmações de STEKEL, W.:

- a) o orgasmo mais intenso só se produz, quando alcançado o objetivo sexual secreto do indivíduo.
- b) A mulher insensível não é mais que a mulher que não encontrou sua forma adequada de satisfação.
- c) O problema da dispareunia dissimula os problemas mais importantes da vida sexual.
- d) A dispareunia pode ser um castigo ditado a uma pessoa, uma penitência não importa por que delito; amiúde, um voto secreto produz essa insensibilidade. A só idéia, inclusive do caráter prejudicial e perigoso do orgasmo, pode ser a causa de uma dispareunia.
- e) Todo o medo destrói a libido e impede o orgasmo. O temor mais difundido é o das infecções.
- f) Ocorre, amiúde, que viúvas e divorciadas, permanecem insensíveis no coito fora do matrimônio. Não são somente estorvos morais os que atuam, senão, de ordinário, o voto secreto de permanecerem castas.
- g) Conheço numerosos exemplos de mulheres que se abstêm voluntariamente da voluptuosidade, como penitência por pecados que acreditam haverem cometido. Existem outras que fogem da voluptuosidade, temendo sucumbir à própria debilidade. Muitas mulheres têm medo de sua paixão. Ocorre assim que as mulheres mais apaixonadas, e precisamente elas, tornam-se insensíveis. Quando a insensibilidade é suprimida, o apaixonamento pode despertar, pelo qual, a mulher é, de ordinário, a primeira surpreendida.
- h) Todos os exemplos que citamos nos provam a importância enorme dos mecanismos psíquicos no desenvolvimento da frigidez feminina. Os imperativos secretos (secundariamente, conscientes), sobre os quais acabamos de falar: “não deves”, “não é permitido”, e o onipotente e fanfarrão “não quero”, triunfam sobre o instinto sexual. Que manifestação poderosa da “luta dos sexos” representa a mulher fria com seu obstina-

do “não quero”! O problema do amor é um enigma complicado, com numerosas incógnitas. Só o médico poderá, na equação da neurose, descobrir as diferentes incógnitas e curar uma dispareunia.

- i) Em todos os casos (frigidez) trata-se de um “não interior”. Esse “não” pode ser expresso organicamente. As pacientes dissimulam então o “eu não quero” ou “eu não devo”, por um “eu não posso”. A revelação do “não interior” é tarefa da psicoanálise no tratamento destas perturbações. Mas esse “não” pode também dizer “não quero ser u’a mulher”, ou “não quero ser mulher para ti”. A dispareunia nos mostra a dissociação progressiva do indivíduo civilizado, a divisão entre um ser “que quer” e outro “que não quer”, seu desgarramento interior, seu jôgo ante si próprio e sua luta consigo mesmo!

19 — Em face de tôda mulher que consulta por frigidez sexual, mister se impõe um pormenorizado exame clínico que investigue sua situação física, psíquica, familiar, matrimonial e social.

20 — A terapêutica exclusiva, quer medicamentosa, endócrina ou psicológica, de maneira isolada, não atinge jamais o objetivo visado, isto é, a cura da frigidez. De seu harmônico e adequado emprêgo, em conjunto, pelo contrário, é a conduta mais passível de êxito completo.

## ÍNDICE ONOMÁSTICO DOS AUTORES CITADOS

### A.

Achard, A. 45, 57.  
Actúrio, J. 22.  
Adler, A. 41.  
Adler, L. 31.  
Adler, O. 61.  
Aécio, de Amida. 22.  
Agulinus, G. 24.  
Akakia, M. 27.  
Alberto Magno, 24, 25.  
Albrecht, O. 56, 65.  
Albucasin, 22.  
Albuquerque, A. 45.  
Alcmeón, 15.  
Alexandre (rei), 18.  
Alexandre, de Trales. 22.  
Alexandrino, J. 22.  
Ali-Bras. 22.  
Ali-Dschezla, 22.  
Allen, E. 32.  
Allen, W. M. 32.  
Allers, R. 67.  
Amatus Lusitanus, 27.  
Ambrósio, 10.  
Anáxágoras, de Clazomena, 15.  
Arculano, J. 26.  
Arnaldo, de Vilanova, 24.  
Aristófanés, 15.  
Aristóteles, 15, 19.  
Ascheim, S. 32.  
Assurbanipal (Rei), 7.  
Aureliano, C. 20.  
Avenzoar, 22.  
Averroes, 22, 23.  
Avicena, 22,

### B.

Baillou, G. 27.  
Barbara, M. 33.  
Bartolino, G. 68.  
Bauhin, G. 27.  
Baulk, D. G. 29.  
Berchterew, W. 36.  
Beneck, 33.  
Benedek, Th. 65.  
Benevieni, A. 26.  
Bernardo, de Gordon, 24.  
Berardinelli, W. 33.  
Berheim, H. 40.  
Bertrucci, N. 25.  
Bleuler, E. 41.  
Bohn, G. 36.  
Bonet, T. 29.  
Boyreau, L. 29.  
Braid, J. 40.  
Brasil, J. 45.  
Brem, 28.  
Bremerus, 28.  
Breurer, J. 41.  
Brown, I. 33.  
Browne, J. S. L. 32.  
Brugsch, H. C. 9.  
Bruno, de Longoburgo, 24.  
Budenandt, A. 32.

### C.

Cáio Plínio Segundo, 21.  
Callisen, E. 29.  
Cannon, 46.  
Cappoci, F. 29.

Caraka, 14.  
Castiglioni, A. 11.  
Celso, A. C. 21.  
Chailloud, 33.  
Charcot, J. M. 40.  
Claparede, E. 42.  
Colombo, R. 27.  
Constantino, o Afrincano, 23.  
Corner, G. W. 32.  
Crossen, H. S. 65.  
Crossen, R. J. 65.  
Cuba, J. 25.  
Cumston, C. G. 11, 12.

**D.**

D'Astruc, J. 29.  
Da Monté, J. B. 27.  
De Vega, C. 27.  
De Monteaux, C. 29.  
De Garbo, D. 25.  
De Garbo, T. 25  
De Chauillac, G. 25.  
De Gradibus, M. 26.  
De Giovanni, A. 33.  
De Fonteyn, N. 29.  
De Graaf, R. 29, 31.  
Debrunner, 61.  
Della Torre, J. 25.  
Demócrito, 15.  
Denman, 29.  
Dewey, J. 42.  
Dilthey, 38.  
Diócles, de Caristo, 18.  
Diógenes, de Apolónia, 15.  
Doisy, E. A. 32, 33.  
Dumbar, F. 60, 87.  
Duno, T. 27.  
Duverney, 68.  
Dwelshauvers, G. 37, 38.

**E.**

Ebers, J. M. 9.  
Ebbinghaus, H. 42.

Empédocles, de Agrigento, 15, 17.  
Epicarmo, 15.  
Ettmüller, M. 29.  
Eurifon, de Cnido, 15, 18.

**F.**

Fabry, G. 28.  
Falópio, G. 31.  
Fechner, 36.  
Ferenczi, S. 41.  
Ferraz, J. S. 34.  
Fila, 18.  
Fischer, I. 9.  
Forti, 29.  
Frank, R. 32.  
Fränkel, L. 31.  
Freud, S. 40, 41.  
Freund, J. 29.  
Friedenson, 32.  
Fritz-Gérald, G. 29.  
Fulgenus, G. 25.

**G.**

Galeno, 20.  
Gatenária, M. 26.  
Geist, S. H. 85, 86.  
Gilbertus Anglicus, 24.  
Girard, A. 32.  
Godoy, P. 44.  
Gomes, M. 33, 44, 45.  
Guainério, A. 26.  
Guilherme, de Saliceto, 24.  
Guttzeit, 61.

**H.**

Halban, J. 31.  
Harpestreng, H. 23.  
Hearst, 9.  
Heráclito, de Éfeso, 15.  
Hildebrandt, 32.  
Hildegarda (Santa), 24.  
Himes, N. E. 75.

- Hipócrates, 16, 18, 34.  
Hitschmann, F. 31.  
Hoin, I. I. L. 29.  
Horst, G. 29.  
Huchel, J. 29.  
Hudgins, 54, 57, 58, 60, 61, 62, 64, 72,  
80, 84, 96. M.  
Huhner, 72.  
Hunter, G. 29.
- I.**
- Irajá, E. 45.
- J.**
- Jaensch, E. R. 39.  
James, W. 42.  
Janet, P. 40.  
João, de Gaddesden, 26.  
Jöel, F. 27.  
Jung, C. G. 41.
- K.**
- Kahn, F. 77.  
Kalyanamalla, 28.  
Knigh, 60.  
Knopf, 60.  
Kretschmer, E. 33, 46.  
Krüger, 38.
- L.**
- Laignel-Lavastine, 5.  
Lanfranco, de Milão. 24.  
Lange, J. 27.  
Lashley, 37.  
Layar, Sir A. H. 7.  
Leit, H. 93.  
Leo, 22. N.  
Lia, 13.  
Licos, 19.  
Liébeault, A. 40.  
Liepmann, 43.  
Loeb, L. 31.
- Loeb, J. 36.  
Londres, A. 112.  
Loomis, F. 82.
- Mac-Auliffe, 33.  
Mac-Corquodale, D. W. 33.  
Mac-Dougall, 37.  
Magnetes, E. 22.  
Mahomet, 23.  
Mariante, T. 33.  
Marinello, G. 27.  
Marschal, de Estrasburgo, 29.  
Marrigan, G. F. 32.  
Mathes, 43.  
Mattos, O. 44.  
Mattos, S. O. 44.  
Maubray, J. 29.  
Medina, J. 44.  
Melécio, 22.  
Menos, T. 22.  
Mercado, L. 27.  
Mercuriale, G. 27.  
Mesmer, F. A. 39.  
Mesue, Jr. 25.  
Meyer, A. 41, 46, 47.  
Meyer, M. 37.  
Miescher, K. 33.  
Millis, W. 33.  
Mirepsos, N. 22.  
Moll, A. 66.  
Montagnana, B. 26.  
Morais, A. 44.  
Morgagni, J. B., 29.  
Müller, J. V. 29.
- N.**
- Naboth, 22.  
Nicolau V° (Papa), 21.  
Nipon, 15.  
Novak, E. 65, 81.

**O.**

Oreibásio, de Pérgamo, 19.  
Osiris, 12.

**P.**

Papanicoulau, G. N. 32.  
Paracelso, 27.  
Paré, A. 27.  
Parmênides, 15, 17.  
Paulo, de Egina, 10, 22.  
Pavlov, I. P. 36, 46.  
Pedro, de Argelata, 26.  
Pende, N. 33.  
Pérdicas, 18.  
Petrie, F. 9.  
Petrus Hispanus, 24.  
Pffcer, J. N. 29.  
Pflüger, 36.  
Pflueger, E. 31.  
Piéron, H. 35, 42.  
Pitágoras, de Samos, 15.  
Platão, 18.  
Plínio, o Velho, 31.  
Ploss, 10.  
Pott, Sir P. 29, 31.  
Prates de Lima, N. 45.  
Primerose, J. 29.  
Pselos, M. 22.  
Puysegur, A. 39.

**R.**

Rado, S. 87.  
Ramsés I° 11.  
Razes, 22.  
Reik, T. 41.  
Ribot, T. 40.  
Richet, C. 36, 40.  
Riolan, J. 29.  
Roesslin, 25.  
Rorschach, H. 81.  
Roonhuysen, R. 29.  
Rubenstein, B. B. 65.  
Rufo, de Éfeso. 20.

**S.**

Salmon, U. J. 85, 86.  
Sandulesco, 32.  
Savonarola, J. M. 26.  
Scardona, F. 29.  
Schilder, P. F. 41, 80, 91.  
Scholz, C. 33.  
Schurig, M. 29.  
Schwenk, 32, 33.  
Siennensis, H. 26.  
Sigaud, C. 33.  
Sinibaldo, J. B. 29.  
Sócrates, 16.  
Sorano, de Éfeso, 20.  
Spencer, H. 41.  
Spranger, E. 38.  
Stahl, G. E. 29.  
Steinach, E. 31.  
Stern, W. 41, 45, 51, 57, 58, 61, 89, 93,  
107, 137.  
Storch, J. 29.  
Stockard, C. A. 32.  
Susruta, 14.

**T.**

Teodoro Priscianus, 21.  
Thayer, E. A. 33.  
Thorndike, E. L. 36, 37.  
Titchner, 37.  
Tolman, 37.  
Toth, 12.  
Tschopp, E. 33.  
Tulp, N. P. 29.

**V.**

Valesco, de Taranta, 26.  
Varandal, J. 29.  
Varignana, G. 25.  
Van Horner, 31.  
Van de Velde, Th. H. 75, 93, 97.  
Vaz, R. 33.  
Vesálio, A. 31.



Vigaroux, I. M. S. 29.  
Viola, G. 33.  
Von Baer, C. 31.  
Von Bayerland, O. 27.  
Von Haller, A. 31.

**X.**

Xenófanés, 15.

**Y.**

Yahn, M. 44, 46, 47.  
Young, 46.

**Z.**

Zondek, B. 32.

**W.**

Warton, 60.  
Watson, J. B. 37.  
Wertheimer, 38.  
Weyer, J. 27.  
Whitman, 33.  
Winckel, 10.  
Wintersteimer, O. 32, 33.  
Wrisberg, E. A. 29.  
Woodworth, R. S. 38.

# ÍNDICE GERAL

	Pág.
Introdução .....	3
I.ª PARTE	
Dissertação Histórica .....	5
Assírios e Babilônios.....	7
China e Japão.....	8
Egito .....	9
Judeus .....	12
Índia .....	13
Persas .....	14
Grécia .....	15
Romanos .....	21
Medicina Bizantina .....	21
Árabes .....	22
Germanos .....	23
Escola de Salerno.....	23
Santa Hildegarda .....	24
Século XIIIº .....	24
Século XIVº .....	25
Século XVº .....	26
Século XVIº .....	27
Século XVIIº .....	28
Século XVIIIº .....	29
Tempos Atuais .....	30
Fase dos estudos precursores.....	30
Fase organicista .....	30
Fase morfológico-funcional .....	30
Fase psicossomática .....	33
Movimento psicológico contemporâneo.....	34
Psicologia animal .....	36
Beaviorismo .....	37
Estruturalismo .....	37

	Pág.
Psicologia profunda .....	39
Psicologia funcional .....	41
Medicina Psicossomática em Ginecologia no Brasil e no R. G. do Sul.....	44
Bibliografia consultada .....	49

## IIª PARTE

Dissertação Geral .....	51
Importância do assunto.....	53
Definição e Classificação.....	56
Frequência .....	60
Etiopatogenia .....	62
Sintomatologia .....	72
Diagnóstico .....	79
Prognóstico .....	81
Terapêutica .....	81

## IIIª PARTE

Dissertação Especial .....	89
Observação nr. 1.....	91
Observação nr. 2.....	94
Observação nr. 3.....	98
Observação nr. 4.....	102
Observação nr. 5.....	103
Observação nr. 6.....	108
Observação nr. 7.....	110
Observação nr. 8.....	113
Observação nr. 9.....	115
Observações nrs. 10/11.....	120
Observações nrs. 12/13/14.....	121
Observações nrs. 15/16/17.....	122/3
Observações nrs. 18/19/20.....	123/4
Observações nrs. 21/22.....	124
Observações nrs. 23/24/25.....	125/6
Observações nrs. 26/27.....	126
Observações nrs. 28/29/30.....	127/8
Observações nrs. 31/32.....	128
Observação nr. 33.....	130
Bibliografia Consultada .....	131
Conclusões .....	135