

MATERIAL DIDÁTICO



**TERAPIA COGNITVA - COMPORTAMENTAL
DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS**

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	DISFUNÇÕES SEXUAIS	5
2.1	Epidemiologia e fatores de risco para disfunções sexuais	5
3	DISFUNÇÃO ERÉTIL MASCULINA	6
3.1	Epidemiologia da disfunção erétil	8
3.2	Fisiologia e fisiopatologia	9
3.3	Fatores de risco.....	11
3.4	Diagnóstico.....	12
3.5	Prognóstico das disfunções sexuais	13
3.6	Tipos de disfunções sexuais	13
4	HOMENS DISFUNCIONAIS	17
4.1	Disfunção erétil psicológica	28
4.2	Causas da disfunção erétil psicológica.....	29
5	PSICOTERAPIA SEXUAL	30
6	TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS/ FEMININAS	37
6.1	O protocolo cognitivo-comportamental costuma abarcar os seguintes aspectos no tratamento das disfunções sexuais, conforme segue abaixo:	39
6.2	A terapia cognitiva – comportamental e as disfunções sexuais masculinas	41
6.3	Tratamento das disfunções sexuais na terapia cognitivo-comportamental	45
6.4	A importância da relação conjugal para o tratamento da disfunção sexual masculina	50
7	DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS.....	51
7.1	A resposta sexual feminina	52

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

7.2	Disfunções sexuais femininas	53
7.3	As principais disfunções sexuais femininas.....	54
8	TRANSTORNO DA DOR GÊNITO – PÉLVICA/ PENETRAÇÃO.....	59
8.1	Vulvodínia.....	69
8.2	Tratamento do transtorno do interesse/ excitação sexual feminino pela terapia cognitiva – comportamental PAREI AQUI.....	71
8.3	TRATAMENTO DO TRANSTORNO DA DOR GÊNITO- PÉLVICA/ PENETRAÇÃO PELA TERAPIA COGNITVO- COMPORTAMENTAL	75
8.4	Atendimento inicial	75
8.5	Psicoterapia.....	76
8.6	A terapia de casal.....	77
8.7	Tratamento do transtorno do orgasmo feminino ou anorgasmia pela terapia cognitivo – comportamental	80
8.8	Anamnese	80
8.9	Terapia	81
8.10	Intervenção nas disfunções do desejo sexual hipoativo e da excitação	83
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
10	BIBLIOGRAFIA.....	92

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

1 INTRODUÇÃO

Prezado aluno!

O Grupo Educacional FAVENI , esclarece que o material virtual é semelhante ao da sala de aula presencial. Em uma sala de aula, é raro – quase improvável - um aluno se levantar, interromper a exposição, dirigir-se ao professor e fazer uma pergunta , para que seja esclarecida uma dúvida sobre o tema tratado. O comum é que esse aluno faça a pergunta em voz alta para todos ouvirem e todos ouvirão a resposta. No espaço virtual, é a mesma coisa. Não hesite em perguntar, as perguntas poderão ser direcionadas ao protocolo de atendimento que serão respondidas em tempo hábil.

Os cursos à distância exigem do aluno tempo e organização. No caso da nossa disciplina é preciso ter um horário destinado à leitura do texto base e à execução das avaliações propostas. A vantagem é que poderá reservar o dia da semana e a hora que lhe convier para isso.

A organização é o quesito indispensável, porque há uma sequência a ser seguida e prazos definidos para as atividades.

Bons estudos!

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

2 DISFUNÇÕES SEXUAIS



Fonte: drconsulta.com

As disfunções sexuais poderão surgir por fatores biológicos, hormonais, sociais ou psicológicos. Existem diversas disfunções e há uma perturbação significativa que impacta a qualidade de vida do indivíduo ou do casal. Alguns fatores psíquicos que podem afetar a sexualidade são: preconceitos, ansiedade, depressão, estresse do casal ou individual, falta de comunicação eficaz, alterações do aspecto físico do parceiro, rotina, autoestima, idealização do parceiro.

De acordo com a terapia cognitivo-comportamental ela, pode colaborar de diversas formas para contribuir para o desenvolvimento saudável da sexualidade e com o tratamento de disfunções sexuais.

E de que forma ela pode ajudar? Através do atendimento de casal ou individual, pode auxiliar na identificação da dificuldade enfrentada e no estabelecimento, em conjunto com o paciente, de estratégias para lidar com o problema. Além disso, conta com estratégias específicas e eficazes para as disfunções.

2.1 Epidemiologia e fatores de risco para disfunções sexuais

Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres e de 20 a 30% dos homens têm alguma queixa de disfunção sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Entre mulheres com queixas, a prevalência de DSH varia de 32 a 58% e a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30%. A dispareunia tem incidência variável e aumenta com o progredir da idade da mulher. O DSH ocorre mais frequentemente em mulheres em relacionamentos de longa duração, apud Lara L; Silva A; Romão A; Junqueira F; 2008).

Em um estudo em uma população de mulheres na pre - menopausa, a queixa sexual mais comum foi o DSH (77%), a disfunção de excitação ocorreu em 62% e a dificuldade para alcançar o orgasmo foi referida em 56% das pacientes.

A função sexual em idosos é pouco conhecida. Em um estudo conduzido com 74 pacientes com média de idade de 81 anos, 18% das mulheres e 41% dos homens permaneciam sexualmente ativos. As disfunções sexuais mais prevalentes em mulheres foram DSH, diminuição da lubrificação, anorgasmia e dispareunia, e a disfunção erétil ocorreu na maioria dos homens.

O comprometimento do estado de saúde geral, doença cardiovascular e geniturinária, desordem psicológica e psiquiátrica, doenças crônicas, fatores relacionais e condições sociodemográficas desfavoráveis são fatores de risco associados com disfunção sexual para ambos os sexos¹⁸. Serão discutidos os mais relevantes e com maior potencial de exposição ao longo da vida da mulher, apud Lara L; Silva A; Romão A; Junqueira F; 2008).

3 DISFUNÇÃO ERÉTIL MASCULINA

A Disfunção erétil ou impotência sexual é a incapacidade de iniciar ou manter uma ereção em, pelo menos, 50% das tentativas durante a relação sexual.

Essa disfunção incapacita o homem de obter ou manter ereções suficientemente rígidas para a penetração vaginal, impedindo a satisfação sexual. A DE não constitui uma doença, mas sim, uma manifestação sintomatológica de patologias isoladas ou associadas.

Uma ereção normal depende do relaxamento do músculo liso do corpo cavernoso, do aumento do fluxo arterial peniano e da restrição do fluxo venoso de saída. Uma série de fatores interferem negativamente nesse mecanismo e estão associados à DE, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus,

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

tabagismo, dislipidemia, doenças neurológicas, distúrbios hormonais, uso crônico de alguns medicamentos e distúrbios psicológicos.

Sintomas:

Dentre os sinais e sintomas da impotência sexual, destacam-se:

- Redução do tamanho e da rigidez peniana;
- Incapacidade de obter e manter a ereção;
- Redução dos pelos corporais;
- Atrofia ou ausência dos testículos;
- Deformação do pênis;
- Doença vascular periférica e
- Neuropatia (distúrbio das funções do sistema nervoso). É importante ressaltar que apenas o envelhecimento não constitui uma causa de impotência sexual.

As disfunções sexuais são classificadas em quatro categorias:

- Disfunções de desejo (desejo sexual hipoativo, desejo sexual hiperativo e aversão sexual).
- Disfunções de excitação (na mulher: alterações relacionadas à excitação e à lubrificação, no homem: disfunção erétil).
- Fase de orgasmo (na mulher: anorgasmia; no homem: ejaculação precoce, retardada, retrógrada e ausência de ejaculado).
- Disfunções sexuais relacionadas à dor (na mulher: dispareunia e vaginismo, no homem: prostatites, uretrites, fimose, doença de Peyronie etc.).

As disfunções podem ser primárias (quando ocorrem desde o início) ou secundárias (surgidas após um período de funcionamento sexual normal); transitórias ou permanentes; situacionais (quando ocorrem somente em determinadas situações) ou gerais (quando ocorrem em qualquer situação), (apud LIDÓRIO A; TATAREN J; 2010).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

3.1 Epidemiologia da disfunção erétil

A DE é a mais comum disfunção sexual que acomete homens após os 40 anos estima-se que mais de 100 milhões de homens no mundo tenham algum grau de DE. O estudo de maior relevância epidemiológica sobre o assunto, devido a sua rigorosa metodologia, foi o Massachusetts Male Aging Study (MMAS), entre 1987 e 1989. Utilizou-se uma amostra aleatória de 1290 homens, de 40 a 70 anos, em 11 cidades randomizadas do estado de Massachusetts, EUA.

Estudos nacionais estimam que, no Brasil, cerca de 25 milhões de homens com mais de 18 anos sofram algum grau de DE, e que aproximadamente 11 milhões tenham disfunção moderada ou severa. Um estudo prospectivo demonstrou que a incidência de DE em homens brasileiros foi de 2,5 vezes maior do que no Massachusetts Male Aging Study (26/1.000 pessoas-ano) e aumentou conforme idade, menor escolaridade, diabetes, hipertensão e hiperplasia prostática benigna. A taxa de incidência da disfunção erétil em homens brasileiros foi de 65,6 casos por 1.000 pessoas/ano. A identificação de fatores de risco médicos e comportamentais para a disfunção erétil é essencial para determinar quais os fatores que poderiam ser modificados para os esforços de prevenção. A projeção de um milhão de novos casos anualmente no Brasil demonstra que a disfunção erétil deve ser considerada um problema de saúde pública (MOREIRA, 2003 apud UMA-SUS 2003).

Os resultados apontaram uma prevalência global de DE de 52%, sendo que 17% foram classificados como de grau leve, 25% de grau moderado e 10% de grau severo. O trabalho também apontou um aumento da incidência de DE conforme o aumento da idade: 12,4 casos/1000 homens aos 40 anos, 29,8 casos/1000 homens aos 50 anos de idade e 46,4/1000 homens aos 60 anos.

Embora seja evidente o aumento dos casos com a idade, a DE não é uma consequência inevitável do envelhecimento.

Três grandes estudos epidemiológicos sobre a DE foram feitos no Brasil. O primeiro deles, realizado em 2000, foi o Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS) que contou com uma amostra de 2835 indivíduos, maiores de 18 anos e residentes em 7 cidades brasileiras. Dentre 1332 homens, 46,2% queixaram-se de DE.

O segundo, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), conduzido entre 2002 e 2003, analisou 2862 homens com mais de 40 anos de idade, dentre os quais a taxa de DE foi de 45,1%.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O último estudo, realizado em 2006, denominado de Estudo Populacional do Envelhecimento (EPE), entrevistou 5751 homens com mais de 40 anos provenientes de 18 capitais e do Distrito Federal. Como resultado, 43,6% da amostra apresentava DE. De acordo com os estudos pode-se admitir, portanto, que o valor em torno de 50% represente a prevalência da DE em homens acima dos 40 anos. Isso significa, em termos da população brasileira, aproximadamente 16 milhões de homens, (apud SARRIS A; NAKAMURA C; FERNANDES L; ET AL., STAICHAK R; 2016).

3.2 Fisiologia e fisiopatologia

O processo de ereção tem por base o relaxamento das fibras musculares lisas dos corpos cavernosos, o que permite um maior fluxo sanguíneo arterial aos espaços lacunares, com concomitante vasodilatação das artérias cavernosas. Essa distensão dos espaços lacunares comprime o plexo venoso subalbuginial contra a rígida túnica albugínea, diminuindo assim o retorno venoso (mecanismo veno oclusivo). A pressão intracavernosa se eleva, promovendo a rigidez peniana.

O óxido nítrico é o principal neurotransmissor periférico que promove o relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos, e é sintetizado pela enzima óxido nítrico sintetase. Esse neurotransmissor atua nas células da musculatura lisa, promovendo aumento da concentração intracelular de GMP cíclico, um segundo mensageiro que induz a dissociação do complexo actina e miosina, diminuindo a concentração intracelular de cálcio e promovendo o relaxamento das fibras musculares lisas.

A sincronização da resposta ao estímulo de relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos que acontece na ereção se deve à transmissão intercelular de íons cálcio e GMPc que ocorre por meio de conexões intercelulares chamadas junção comunicante.

Diversas áreas do sistema nervoso central são associadas à sexualidade. No que tange à ereção, as áreas mais estudadas são o núcleo paraventricular, os núcleos paragigante celular e o hipocampo.

Os principais neurotransmissores centrais excitatórios são a dopamina, a acetilcolina e o peptídeo vaso intestinal (VIP). Os neurotransmissores inibitórios mais importantes são a endotelina e peptídeos opioides, relacionados à noradrenalina.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A detumescência peniana que se segue ao estado de ereção é resultado da parada ou diminuição da liberação de óxido nítrico pelas fibras não adrenérgicas/não colinérgicas, pela atividade simpática resultante da ejaculação e pela inativação do segundo mensageiro (GMPc) pela ação da fosfodiesterase.

Entre os onze tipos de fosfodiesterase existentes nos humanos, a fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) é a principal enzima responsável pela hidrólise do GMPc e pelo retorno do pênis ao estado flácido. Durante o estado de flacidez do pênis, o fluxo das artérias cavernosas para os espaços lacunares é minimizado, permitindo facilmente a passagem de sangue pelo plexo subalbuginial.

Independentemente do fator etiológico, acredita-se que na disfunção erétil haja um problema básico, que é o desequilíbrio entre contração e relaxamento da musculatura lisa do corpo cavernoso.

Pode ser classificada em três grandes grupos:

- Psicogênica;
- Orgânica;
- Mista.

As causas psicogênicas geralmente estão relacionadas a estresse emocional, coerção puberal, coerção sexual, problemas de relacionamento (conflitos conjugais e separações), problemas com emprego e financeiros, depressão e insatisfação com a vida.

As causas orgânicas podem ser divididas de acordo com o tecido afetado:

Arterial:

- Obstrução arterial crônica ou traumática que leva à diminuição do aporte sanguíneo aos sinusoides, podendo reduzir a qualidade da ereção;

Neurogênica:

- Qualquer doença ou disfunção que afete o cérebro, a medula ou a inervação periférica do pênis pode induzir a disfunção erétil;

Endócrina:

- Hormônios modulam não somente a libido, como também a ereção peniana. Hipogonadismo, hiperprolactinemia e distúrbios no perfil hormonal tireoidiano podem interferir negativamente na ereção.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Tecidual:

- Aumento de fibras colágenas e diminuição de fibras elásticas e do percentual de fibras musculares lisas nos corpos cavernosos, que podem ocorrer com o processo de envelhecimento e em doenças degenerativas – disfunção venoclusiva;

Medicamentosa:

- Efeitos colaterais de medicações que podem promover desde distúrbios de libido, disfunções ejaculatórias e disfunção erétil, sendo este último relacionado principalmente a medicações que atuam no sistema nervoso central, como ansiolíticos, antipsicóticos e antidepressivos. Alguns anti-hipertensivos (principalmente diuréticos e beta-bloqueadores) e drogas de ação antiandrogênica também podem piorar a qualidade da ereção.

3.3 Fatores de risco

Alguns fatores estão correlacionados com a DE, agindo isolados ou em associações, promovendo uma piora na qualidade de ereção. Entre eles podemos citar:

Tabagismo:

- Que associado com doença cardiovascular pode aumentar em 7 vezes a chance de DE;

Alcoolismo:

- Quantidades exageradas de álcool ou consumo a longo prazo estão ligados a problemas de ereção. A desidratação causada no organismo prejudica a circulação na região íntima e aumenta o nível de hormônio angiotensina, associado a disfunções eréteis.

Depressão:

- Seja qual for a sua etiologia, a Depressão está presente em toda disfunção sexual. Desde o início, como origem ou fator desencadeante, ela pode caracterizar os mais diferentes quadros disfuncionais masculinos, como a disfunção erétil psicogênica. Já a disfunção sexual de base orgânica não escapa ao comprometimento psíquico secundário, sendo agravada pela depressão que se impõe.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Diabete melito:

- É a doença mais frequentemente associada à DE, por lesões neurológicas e vasculares;

Cirurgias radicais:

- Como prostatectomia, cistoprostatectomias, colectomias ou cirurgias vasculares retroperitoneais;

Traumatismos:

- Raquimedular, pélvico ou perineal e também a radioterapia pélvica;

Medicamentos:

- Metildopa, propranolol, guanetidina, clonidina, hidralazina, clortalidona, cimetidina, assim como vários antidepressivos, anticonvulsivantes e tranquilizantes.

A DE é correlacionada com a idade, mas as doenças do envelhecer atuam no sentido de potencializar o efeito do tempo. Alguns estudos demonstram que no homem idoso e hígido, a proporção de musculatura intracavernosa é proporcional ao do jovem.

3.4 Diagnóstico

O diagnóstico precoce e a intervenção adequada são essenciais para a efetividade do tratamento. O manejo de disfunções primárias ou crônicas geralmente difere do modo como se deve lidar com as disfunções adquiridas ou recentes, e é mais dispendioso.

Assim como as disfunções sexuais são geralmente causadas por fatores orgânicos e psicológicos, as estratégias terapêuticas também devem combinar opções farmacológicas, quando disponíveis, com terapia sexual (apud MESSINA L 2002). O tratamento pode ser feito de forma multidisciplinar, dependendo da etiologia e do tipo de disfunção, e consiste de educação, informação e aconselhamento sobre a resposta sexual (o que, em muitos casos, já é efetivo), psicoterapia, terapia sexual ou ainda farmacoterapia (apud MESSINA L 2002).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O incentivo à comunicação do casal, o coito não exigente e a permissão para que os parceiros se entreguem ao prazer são pontos importantes a serem abordados, além disso, deve-se estimular a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, tratar patologias orgânicas ou psiquiátricas coexistentes, modificar os esquemas terapêuticos que eventualmente estejam interferindo no desempenho sexual e considerar a possibilidade de terapia de casal. Esta última, além de melhorar a comunicação didática, pode solucionar conflitos relacionais (apud MESSINA L 2002).

O casal deve investir mais tempo em atividades conjuntas, incluindo romance no relacionamento e não somente nos momentos das relações sexuais propriamente ditas. Além disso, os cônjuges devem estimular a assertividade, conversando mais abertamente sobre a vida em comum, e avaliar com seu parceiro como tornar sua comunicação conjugal e sexual melhor.

O diagnóstico de disfunção sexual está reservado para casos em que as dificuldades com o funcionamento sexual ocorrem de forma persistente e causam aflição significativa ou problemas para o indivíduo ou casal. Ao determinar se as dificuldades sexuais justificam um diagnóstico profissional, deve-se levar em consideração a idade e a cultura do paciente, bem como o curso do problema (apud MESSINA L 2002).

3.5 Prognóstico das disfunções sexuais

O prognóstico varia conforme o tipo da disfunção e sua causa. Geralmente bons resultados (80% a 95% satisfação) são obtidos quando se trata de vaginismo, dispareunia, disfunção erétil e anorgasmia feminina. O sucesso é menor (40% a 80% de satisfação) nos casos de anejaculação e ejaculação precoce. O menor índice de resolução refere-se ao desejo sexual hipotativo, (apud MARQUES F; CHEDID S; EIZERIK G; 2008).

3.6 Tipos de disfunções sexuais

As disfunções sexuais geralmente são classificadas em quatro categorias:

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Perturbações do desejo: Perturbação do desejo sexual hipoativo

A OMS define a saúde sexual como um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, relacionado com a sexualidade (OMS, 2000; cit. por Rebolledo e Fierro, 2003; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009). Considera-se que a atividade sexual é algo natural, porém uma alta percentagem de sujeitos refere que, em algum momento da sua vida, apresentou uma alteração no desempenho sexual. Estes transtornos impedem que se desfrute satisfatoriamente da atividade sexual.

São, portanto, denominadas disfunções sexuais e define-se disfunção como uma alteração persistente dos padrões normais de interesse e resposta sexual (Hawton, 1988; cit. por Robolledo & Fierro, 2003; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

Abdo e Fleury (2006; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009), apresentam os conceitos de normal e patológico, relativos à sexualidade, tendo por base os estudos de Kinsey, assim como a evolução do conceito do ciclo da resposta sexual. Antes de Kinsey, a “normalidade” sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Porém, os estudos de Kinsey revelaram a existência de várias práticas sexuais envolvendo os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato.

Relativamente ao ciclo da resposta sexual, Masters e Johnson (1984; cit. por Pablo & Soares, 2004; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009), desenvolveram um modelo constituído por quatro fases (excitação, planalto, orgasmo e resolução) e comum aos dois gêneros.

Antes de se falar em Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo, convém definir desejo sexual. Assim, este é o conjunto de comportamentos motores e verbais, cognições, fantasias e reações afetivas precedentes ao comportamento consumatório (Trudel, 1993; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

O termo Desejo Sexual Hipoativo é bastante usado para uma vasta e heterogênea quantidade de problemas e etiologias que requerem muitas e variadas abordagens de tratamento e consequentemente de análises clínicas iniciais e investigações mais cuidadosas do que o necessário para muitos outros tipos de problemas (Bancroft, 1989). Além disto, constitui ao longo de muitos anos um domínio de grande interesse na sexologia, sendo uma das disfunções que mais se verificam em consultório, a qual vários autores associam a um imaginário erótico empobrecido (Hubin, Sutter & Reynaert, 2008; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo, caracteriza-se pela ausência ou diminuição do desejo de atividade sexual e fantasias sexuais, de forma persistente e recorrente (Pablo & Soares, 2004; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

Esta perturbação pode estar associada à aversão sexual, mas distingue-se desta na medida em que a aversão diz respeito a uma resposta fóbica, derivada da possível existência de uma situação traumática ou medo de contrair uma doença sexualmente transmissível, enquanto que o desejo hipoativo se refere à ausência de vontade para o envolvimento sexual (Nobre, 2006; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

Com o decorrer do tempo, mesmo os relacionamentos amorosos não conflituosos podem levar a uma redução no interesse sexual e diminuição ou perda da motivação pela interação sexual, em decorrência da inércia provocada pela rotina sexual que desmotiva a busca (Fisher, Aron & Brown, 2005; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

Porém, as mulheres com bom relacionamento afetivo com os seus parceiros, mesmo em relacionamentos de longa duração, apresentam menos queixas de desejo sexual hipoativo (Hayes et al., 2008; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

A disfunção sexual pode ser de origem psicogénica, orgânica ou uma combinação de distúrbios orgânicos e psicológicos. No entanto, ao contrário da disfunção sexual masculina, onde a maioria dos casos é considerada predominantemente orgânica, as investigações apontam para uma situação inversa nas mulheres, sendo que, a maioria das disfunções sexuais femininas são consideradas não físicas (Ohl, 2007; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

No que concerne à etiologia da Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo, os fatores orgânicos desempenham um papel de enorme importância. Qualquer condição médica que cause dor ou desconforto pode conduzir indiretamente à redução do desejo sexual, enquanto que a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais direto na redução do desejo.

Porém, no caso da mulher, esta está mensalmente sujeita às variações hormonais devido ao ciclo menstrual, à possibilidade de engravidar ou ao cessar do ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa. Logo, todas estas modificações podem ter efeito na diminuição do desejo. Porém, a existência de uma patologia médica, não é obrigatória para que ocorra a Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo (Pablo & Soares, 2004; apud Lucas C; Oliveira C; Monteiro M; 2009).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Aversão Sexual:

Caracteriza-se por uma resposta muito negativa à atividade sexual. Na maioria das vezes envolve reações de ansiedade, medo ou nojo/repulsa em relação à atividade sexual. Como consequência, a pessoa com este tipo de reação evita a atividade sexual. A aversão pode ocorrer em relação a qualquer tipo de atividade sexual (pode ser generalizada a todos os estímulos sexuais, incluindo beijar e tocar). É mais frequente nas mulheres (apud OLIVEIRA S; 2017).

Transtornos de excitação: incapacidade de se tornar excitado fisicamente ou animado durante a atividade sexual. Disfunção erétil no homem (impotência): incapacidade persistente ou recorrente de ter ou manter uma ereção adequada até completar a atividade sexual (apud OLIVEIRA S; 2017).

Existem vários padrões: sujeitos que relatam uma incapacidade de obter qualquer ereção desde a primeira experiência sexual; sujeitos que têm uma ereção adequada e perdem-na quando tentam a penetração; sujeitos que têm uma ereção suficientemente firme para a penetração, mas que a perdem antes ou depois de iniciar os movimentos sexuais; alguns homens relatam que são capazes de ter uma ereção com a masturbação ou ao acordar (apud OLIVEIRA S; 2017).

Perturbações do orgasmo: atraso ou ausência de orgasmo (clímax), atraso persistente ou recorrente, ou ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação sexual normal (apud OLIVEIRA S; 2017).

Estas perturbações impedem que se desfrute satisfatoriamente da atividade sexual uma vez que se trata de disfunções sexuais, ou seja, alterações que fogem dos padrões normais de interesse e na resposta sexual (Lucas, Oliveira, &Monteiro, 2009 apud Fontes M; 2018).

A característica principal para se verificar a presença de uma perturbação do orgasmo consiste num atraso persistente ou recorrente ou mesmo ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação sexual normal em que as mulheres exibem uma enorme variabilidade do tipo ou intensidade de estimulação que desencadeia o orgasmo (DSM).

Distúrbios da dor: dor durante a relação sexual.

Dispareunia: dor genital que se associa à atividade sexual. É mais habitual que ocorra durante a penetração, no entanto também pode ocorrer antes ou depois da atividade sexual (apud OLIVEIRA S; 2017).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Fase do ciclo de resposta afectada	Disfunções femininas	Disfunções masculinas
Desejo	Perturbação do desejo sexual hipoactivo Aversão sexual	Perturbação do desejo sexual hipoactivo Aversão sexual
Excitação	Perturbação da excitação sexual na mulher	Disfunção erétil no homem (impotência)
Orgasmo	Perturbação do orgasmo na mulher	Perturbação do orgasmo no homem Ejaculação precoce
Dor	Dispareunia Vaginismo	Dispareunia

Fonte: boa.pt.com

4 HOMENS DISFUNCIONAIS



Fonte: ibrph.com.br

Seguindo o raciocínio da mesma forma em que fatores relacionados à integridade biológica e psicológica contribuem para o desenvolvimento dos transtornos sexuais masculinos, fatores sociais também se encontram presentes na etiologia de tais transtornos. O fator social refere-se às causas relacionadas à relação do casal, tais como, falta de desejo ou algo relacionado a atração sexual pelo (a) parceiro (a), diferenças no que diz respeito ao ótimo estado de intimidade e outros problemas conjugais.

Entretanto diante do modelo biopsicossocial, a etiologia dos transtornos sexuais envolve os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa maneira, a intervenção a partir da perspectiva de apenas um dos fatores citados, geralmente, fracassa, pois desconsidera a importância e o peso dos outros agentes causais.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

No entanto, deve-se ter em mente que, em algumas ocasiões, um único meio causal pode ser importante ao ponto de ser forte o bastante para desencadear o transtorno sexual.

As pesquisas médicas sobre a impotência sexual avançaram, significativamente, a partir da década de 1970. Anteriormente os estudos a respeito da fisiologia e da fisiopatologia eram escassos e os dados epidemiológicos não refletiam a verdadeira importância da síndrome.

Foi possível, então, aos andrologistas, classificar as disfunções sexuais masculinas em basicamente três quadros: **a disfunção erétil, os distúrbios da ejaculação (ejaculação precoce, ejaculação retardada, anejaculação e ejaculação retrógrada) e a anorgasmia.** Esses quadros podem aparecer isoladamente ou estar associados entre si. Antes de abordarmos essas disfunções propriamente ditas, iremos descrever como ocorre funcionamento normal do processo erétil.

A ereção peniana é um fenômeno psico-neuro-vascular, ou seja, dependente da integração de fatores psicológicos, neurológicos e circulatórios. É iniciada por estímulos psicogênicos (desejo e fantasias sexuais) e reflexo gênicos (estímulo tácteis na área genital) que ativam o sistema nervoso autônomo, principalmente o parassimpático, o qual libera substância química no sistema vascular peniano, promovendo o relaxamento da musculatura lisa e, conseqüentemente, a dilatação das artérias penianas e a expansão dos espaços lacunares dos corpos cavernosos.

Uma série de fatores interferem negativamente no mecanismo de produção da ereção peniana, levando à disfunção erétil. Tais fatores, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, dislipidemia, doenças neurológicas, distúrbios hormonais, uso crônico de alguns medicamentos e distúrbios psicológicos trazem prejuízos importantes à saúde do homem, com repercussão em praticamente todas as áreas de relação interpessoal. (CODEVILLA et al, 2013; SARRIS et al, 2016 apud Sarris A; 2017).

Estes são inundados por grande volume de sangue, que provoca a compressão do sistema venoso contra a túnica albugínea (capa que envolve os corpos cavernosos) impede a saída do sangue do interior do pênis e leva, portanto, a um grande aumento da pressão intracavernosa, com conseqüente rigidez peniana.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Por outro lado, na ausência de estímulo sexual e presença de situações que causam ansiedade, existe uma predominância da ação do sistema nervoso simpático, que desencadeia a liberação de substâncias adrenérgicas nos corpos cavernosos, leva a uma contração da musculatura lisa peniana e, assim, à perda da ereção.

Em 1992, em conferência realizada pelo instituto nacional de saúde norte-americana, substituiu – se o termo impotência sexual por disfunção erétil (DE). Didaticamente pode-se dividir a disfunção erétil em dois grupos: o de causas orgânicas e o de causas psicológicas, apesar de os dois fatores estarem presentes na maioria dos casos.

Segundo Martello 1998, um estudo estatístico realizado no hospital das clínicas da UFMG, com homens que frequentavam uma clínica de urologia especializada em disfunção erétil demonstrou que as causas eram predominantemente orgânicas em 47,6% dos casos psicológicas em 30,7% dos casos e de etiologia indefinida nos 21,7% restantes, (Martello, 1998 apud Pereira F. 2005).

Entre as causas psicológicas encontram-se a perda da autoestima, os problemas de relacionamento conjugal, a insegurança ao desempenho sexual, a falta de conhecimentos básicos sobre sexualidade, a ansiedade, a depressão e as doenças psiquiátricas graves. As doenças que causam prejuízos à circulação sanguínea, como o diabetes, a hipertensão arterial, o tabagismo crônico (fumo) e outros processos que levam à arteriosclerose são apontados como principais causadores (DE) de origem orgânica.

A DE pode ser primária, quando existente desde a primeira experiência sexual, ou secundária (adquirida). Em termos de etiologia, a DE tradicionalmente tem sido classificada como sendo psicogênica, orgânica ou mista (orgânica e psicogênica). Como foi referido anteriormente, já se acreditou no passado que quase todos os casos de DE eram causados por fatores psicológicos. (Dados em arquivo, Pfizer, Inc., New York, NY 1998 Schiavini J. 2010).

Problemas neurológicos como lesões na medula espinhal (por traumas ou doenças), no encéfalo (cérebro) ou nos nervos periféricos (causadas por diabetes, alcoolismo crônico, cirurgias abdominais ou genitais) levam também a quadros graves de disfunção erétil. Menos frequentes, mas ainda assim consideráveis, estão os problemas hormonais, as curvaturas ou deformidades penianas, bem como as doenças crônicas do fígado ou dos rins. A idade avançada predispõe mais o paciente ao aparecimento dessas doenças.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Os medicamentos antidepressivos, anti-hipertensivos e outras drogas usadas em tratamentos psiquiátricos podem eventualmente, comprometer a ereção. Apesar do desenvolvimento de sofisticadas técnicas diagnósticas nas últimas décadas, a história clínica detalhada e cuidadosa continua sendo o método mais importante na avaliação do paciente.

Dados como idade, características da disfunção erétil (grau de gravidade, ocasiões em que ocorre, obtenção de penetração vaginal), além da presença ou não de doenças de base, traumas ou cirurgias são de fundamental importância no diagnóstico etiológico da disfunção erétil, assim como no planejamento terapêutico.

Os pacientes com disfunção erétil psicogênica geralmente são mais jovens (mais de 50 anos) e relatam ter ereções normais, sejam elas noturnas, por masturbação, estímulos eróticos ou com variação de parceiras, além de não serem portadores de doenças de risco para disfunção erétil.

Já os pacientes com disfunção orgânica geralmente são mais idosos (mais de 50 anos), não apresentam ereções normais em nenhuma situação de estímulo sexual e podem apresentar doenças de grande influência sobre a ereção, como diabetes, vasculopatias, neuropatias, entre outras.

O Estudo de Envelhecimento Masculino Massachusetts mostrou que 52% dos homens entre as idades de 40 e 70 têm DE de graus leve, moderada e grave. Entre as idades de 40 e 70, a prevalência de DE leve permanece relativamente constante, porém a prevalência de DE moderada e grave aumenta em cada década, com o total combinado de aumento evoluindo de cerca de 40% na idade de 40 anos a quase 70% aos 70 anos. (Dados em arquivo, Pfizer, Inc., New York, NY 1998 apud Schiavini J. 2010).

Exames complementares geralmente são solicitados para auxiliarem no diagnóstico da causa e do grau de gravidade da disfunção erétil: a quase todos os pacientes pede-se a dosagem sanguínea de glicose e hormônios (testosterona e prolactina), com o objetivo de se diagnosticar o diabetes ou distúrbios hormonais.

Um exame ainda utilizado na prática clínica para diagnóstico de problemas vasculares penianos, principalmente naqueles pacientes que não respondem às drogas orais, é o teste de ereção fármaco-induzidas (TEFI), devido à sua fácil realização, pouca invasividade e aos importantes subsídios que fornece para o diagnóstico e planejamento terapêutico da impotência. As drogas mais usadas neste teste são a papaverina, a prostaglandina E1 e a fentolamina isoladas ou associadas.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A acuidade do teste é aumentada quando são associadas às drogas vasoativas os estímulos eróticos visuais (fotos ou vídeos eróticos) e manuais (simulação de uma masturbação). Exames mais complexos, como aqueles que utilizam aparelhos que medem a rigidez peniana, estudos vasculares penianos (ultrassom, doppler, radiografias) ou ainda os estudos neurofisiológicos da ereção são atualmente utilizados somente em casos muito específicos ou em pesquisas clínicas.

Pelo menos a metade dos homens com disfunção erétil tem como causa principal de seu problema alterações na área emocional. Em razão disso, uma avaliação psicológica por profissionais habilitados é de fundamental importância para os diagnósticos e tratamento dessa disfunção.

A participação ativa da parceira em todo esse processo, sempre que possível, é de extremo valor. O tratamento médico com drogas orais como a loimbina e o trazodone, muito utilizados no passado para tratamento de disfunção erétil de causas diversas, parece ter efeitos benéficos em alguns pacientes, mas nenhum estudo confirmou sua superioridade sobre o placebo.

Entretanto, as modernas drogas orais, surgidas na década de noventa, como o sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis) e a vardenafil (Levitra), revolucionaram o tratamento da disfunção erétil devido a sua alta eficácia na indução e manutenção da ereção, permitindo que a maioria dos pacientes com graus variados de disfunção erétil pudessem realizar relações sexuais bastante satisfatórias. Esses resultados foram comprovados por inúmeros estudos científicos realizados em todo o mundo.

O mecanismo de ação dessas drogas é basicamente o seguinte: impulsos nervosos resultantes de estímulos sexuais diversos (visuais, táteis, psicológicos) causam liberação de óxido nítrico pelas terminações nervosas e pelas células endoteliais dos corpos cavernosos.

A perda do fluxo reverso é inicialmente notada durante o fim da diástole, enquanto a velocidade e duração do componente sistólico decrescem continuamente. A segunda metade é o estágio final do ciclo de fluxo e é caracterizado pela perda dos fluxos diastólico e sistólico e por um aumento da pressão intracavernosa que leva a contração do músculo isquiocavernoso. Durante essa metade, os corpos cavernosos se tornam espaços funcionalmente inativos, praticamente sem fluxo sanguíneo. (CHIOU et al, 1998; CHUNG et al, 1997; DEAN et al, 2005; GARAFFA et al, 2010; GRATZKE et al, 2010; MELDRUM et al, 2014; apud SCHWARTZ et al, 1989).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O óxido nítrico penetra no interior das células musculares lisas ativando uma enzima denominada guanilato-ciclase, que, por sua vez aumenta a concentração intracelular de GMP cíclico, promovendo o relaxamento dessas células musculares, o que acarreta um aumento do fluxo sanguíneo através das artérias para o sinusóides, com compressão da túnica albugínea e bloqueio do sistema nervoso, levando o pênis a permanecer no estado erétil.

A ereção é interrompida quando o GMP cíclico é hidrolisado pela enzima fosfodiesterase ou por alguma descarga adrenérgica que leva à contração da musculatura lisa cavernosa, liberando o sistema venoso e permitindo que o sangue seja drenado do pênis.

Para que todo esse processo ocorra, contudo é necessário que ele seja desencadeado pelo estímulo sexual, sendo obrigatório que o indivíduo tenha desejo sexual preservado (libido) e que sua parceira o estimule adequadamente. Hoje, sem sombra de dúvida, esses medicamentos constituem a primeira escolha no tratamento da disfunção erétil de diversas causas orgânicas.

Apenas nas falhas ou impossibilidades de uso dessas drogas é que se recorre a outras formas de tratamento. Nas disfunções de causas psicológicas, pode-se eventualmente utilizar esses medicamentos de maneira paliativa, mas, nesses casos, o tratamento de escolha é a psicoterapia. A auto injeção de drogas vasoativas é um método bastante eficiente para o tratamento da disfunção erétil.

Segundo Eur J Endocrinol. 2009, o tratamento da DE deve ser, de início, de conscientização do paciente sobre a patologia, formas de tratamento e resultados esperados. Pacientes que possuem morbidades relacionadas ao aparecimento de DE devem realizar controle destas a fim de diminuir os episódios de disfunção. O controle dos fatores de risco é o princípio do tratamento não-farmacológico. A etiologia da DE também é um importante fator a se considerar para o tratamento, já que se relaciona com a escolha da linha de trabalho. Geralmente, o tratamento medicamentoso tem de ser associado ao não-farmacológico logo de início. A primeira linha para tratamento de DE é composta pela mudança dos hábitos de vida, aconselhamento, psicoterapia/terapia sexual e os fármacos inibidores da fosfodiesterase. (Eur J Endocrinol. 2009; apud Sarry A. 2016).

As mais utilizadas são a papaverina, a fentolamina e a prostaglandina E1, isoladas ou associadas. A aplicação que não deve prescindir de treinamento prévio orientado por médico, deve ser realizada pelo próprio paciente ou pela parceira, de 10 a 15 minutos antes do início do ato sexual. Muitos pacientes rejeitam este método devido ao medo da injeção ou pela falta de espontaneidade da relação.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Complicações como dor local, fibrose cavernosa, priapismo (ereção prolongadas) e hipotensão (queda de pressão) podem ocorrer, sendo mais frequentes quando é utilizada a papaverina. A droga mais segura e mais utilizada nos dias hoje é a prostaglandina E1 (Alprostadil).

Quanto aos tratamentos cirúrgicos, já ficou comprovado que tanto as cirurgias venosas quanto as arteriais são ineficientes para o tratamento da disfunção erétil, devendo ser realizadas apenas em casos específicos.

No entanto, o implante de próteses penianas disfunções eréteis graves, irreversíveis, de etiologia orgânica, que acometem indivíduos que não respondem a outro tipo de tratamento ou não o aceitam.

Para que haja indicação dessa cirurgia, o desejo sexual do paciente e outras funções, como o orgasmo e a ejaculação, devem estar preservados, assim como o bom relacionamento conjugal.

Os implantes de prótese têm sido realizados em maior escala nos últimos 30 anos e apresentam resultados bastante satisfatórios em 80 a 90% dos casos. A ereção, a ejaculação e o orgasmo são eventos que não foram completamente esclarecidos e, apesar de ocorrerem em sequência, são fisiologicamente independentes.

Embora os homens os associem desde a puberdade, a anorgasmia masculina comprova essa distinção, pois, a despeito de nela ocorrer a ejaculação, não se registra a sensação de prazer orgásmico.

A ejaculação é um ajuntamento de efeitos neuromusculares que permite o desenvolvimento do sêmen e sua explosão pelo meato uretral na última fase da resposta sexual masculina. Assim podemos dizer que os distúrbios de ejaculação mais constantes encontradas são ejaculação precoce, ejaculação retardada, anejaculação e ejaculação retrógrada.

Chapiro psiquiatra alemão, definiu Ejaculação Precoce (EP) como um distúrbio psicossomático, para o qual colaborariam os fatores biológicos e psicológicos. De acordo com ele a classificação da EP em dois tipos, hoje conhecidos como EP primária (durante a vida) e EP secundária (adquirida), Chapiro (1943). Em algumas ocasiões, um único agente causal pode ser forte o bastante para desencadear o transtorno sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Serão elencados os transtornos sexuais masculinos, bem como a definição e a prevalência de cada um deles:

Transtorno do desejo sexual hipoativo:

Ocorre quando o indivíduo possui baixos níveis de fantasias e atividades sexuais. Estudos que procuram determinar a prevalência desse transtorno na população geral, apontam que cerca de 16% dos homens apresentam baixo desejo sexual (Frank, Anderson e Rubinstein, 1978 apud Carey, 2005 apud Lidório A; Tataren J; 2010).

Transtorno de aversão ao sexo:

Pode ser compreendido como uma forma extremada de baixo desejo sexual, sendo que os indivíduos que sofrem desse transtorno temem e evitam todo – ou quase todo – contato sexual.

Transtorno erétil masculino:

Popularmente conhecido como impotência, diz respeito à incapacidade – periódica ou persistente – do homem conseguir ou manter a ereção até a finalização da atividade sexual. Este transtorno apresenta grande importância clínica, pois 36 a 53% dos homens recorrem a clínicas especializadas por conta do transtorno erétil masculino (Spector e Carey, 1990 apud Carey, 2005; apud Lidório A; Tataren J; 2010).

Transtorno orgásmico masculino:

Diz respeito à demora – persistente ou periódica – ou à ausência de orgasmo durante a estimulação sexual, considerada adequada quanto ao objetivo, intensidade e duração. Este transtorno é observado raramente na prática clínica, sendo o transtorno sexual masculino menos frequente, ocorrendo entre 4 e 10% dos homens que vão em busca de atendimento especializado (Spector e Carey, 1990 apud Carey, 2005; apud Lidório A; Tataren J; 2010). Cabe ressaltar, que estas estimativas podem ser exageradas, na medida em que a ‘demora’ do orgasmo ou o tempo considerado normal antes que haja a ejaculação ainda não estão bem definidos.

Ejaculação precoce:

Refere-se à ejaculação com uma estimulação sexual mínima, a qual pode ser antes, no momento, logo após a penetração ou “antes do desejado” pelo indivíduo. Este transtorno é frequente, sendo que 36 a 38% dos homens da população geral podem apresentar ejaculação precoce (Spector e Carey, 1990 apud Carey, 2005; apud Lidório A; Tataren J; 2010).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Além disso, estudos constataram que esse transtorno aparece em 20% dos homens que procuram atendimento clínico especializado (Hawton, 1992; Renshaw, 1988 apud Carey, 2005; apud Lidório A; Tataren J; 2010).

Dispareunia:

É uma dor genital persistente ou recorrente associada à relação sexual e que não é causada exclusivamente pela falta de lubrificação. A prevalência desse transtorno nos homens é ainda desconhecida.

Foram identificadas várias características dos indivíduos relacionadas à predisposição ou manutenção de transtornos sexuais. O desconhecimento sobre a anatomia ou a fisiologias sexuais contribui para o desenvolvimento de dificuldades sexuais. Nesse sentido, alguns comportamentos prévios à penetração - comumente conhecidos como “preliminares” - ganham importância para lubrificação e excitação adequadas, evitando dores durante a relação sexual.

Um fator cultural importante que contribui para dificuldades sexuais, diz respeito a crenças compartilhadas pelas pessoas com relação ao desempenho sexual, o que na prática se mostra impossível para a maioria de nós. Dessa maneira, enquanto cultura, sustentamos um modelo de sexualidade pouco saudável e inadequado, baseado no desempenho. Isso é importante, já que alguns indivíduos podem criar para si padrões de desempenho muito altos para a “atuação” sexual, o que contribui para o desenvolvimento de ansiedade durante a mesma e afeta respostas sexuais normais (Masters e Johnson, 1970 apud Carey, 2005; apud Lidório A; Tataren J; 2010).

Outro fator importante diz respeito ao déficit em habilidades do sujeito, ou seja, algumas pessoas podem apresentar repertório sexual limitado, no sentido de não possuírem conhecimentos de como proporcionar prazer a si mesmos e/ou ao parceiro (a). A capacidade de participar totalmente da atividade sexual diminui quando o sujeito apresenta outros problemas psicológicos que interferem na relação sexual, como por exemplo, depressão e ansiedade.

Além disso, os fatores relativos ao relacionamento do casal são importantes para a satisfação e para o funcionamento sexuais. Tendo o modelo biopsicossocial como orientação, a intervenção dos transtornos sexuais masculinos necessita de uma estratégia multimodal.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Disfunção erétil masculina:

A disfunção erétil (DE), também pode ser mencionada como impotência sexual, e ela caracterizada como ter dificuldade de manter a ereção peniana, em pelo menos 50% das tentativas, por tempo satisfatório para que aconteça a penetração vaginal e a satisfação sexual. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), cerca de 50% dos homens brasileiros acima de 40 anos têm alguma queixa em relação às ereções.

Um dos estudos mais respeitados sobre o tema, o Massachusetts Male Aging Study, realizado com 1.290 homens entre 40 e 70 anos idade nos Estados Unidos, demonstrou que 52% deles apresentavam certo grau de disfunção e que 10% tinham total ausência de ereção.

A DE ocorre devido a um desequilíbrio entre a contração e o relaxamento da musculatura lisa do corpo cavernoso. A ereção é o resultado de um trabalho conjunto do sistema nervoso vascular e hormonal. As células das artérias penianas recebem a mensagem para relaxar o tecido muscular, propiciando aumento no fluxo sanguíneo e, assim, inchando o órgão. As causas da DE variam e podem ser relacionadas a motivos psicológicos, orgânicos ou ambos os casos.

Muitos acreditam que a disfunção sexual só acontece em homens que estão na terceira idade (acima de 60 anos). Mas alguns jovens também podem desenvolver o problema.

Fique atento aos sinais e procure um médico se detectar algum deles:

- Redução do tamanho e da rigidez peniana
- Incapacidade de obter e manter a ereção
- Redução dos pelos corporais
- Atrofia ou ausência testicular
- Pênis deformado
- Doença vascular periférica (causa o estreitamento e endurecimento das artérias que transportam o sangue para os membros inferiores do corpo)
- Neuropatia (distúrbio das funções do sistema nervoso).

A prevenção da disfunção erétil pode ser de duas formas:

Causa psíquica: a educação dos meninos pela família e escola deve garantir a autoconfiança e autoestima, combatendo mitos, tabus, preconceitos ou ideias errôneas a respeito da sexualidade.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Causa física: bons hábitos devem ser mantidos, como praticar atividade física com regularidade, dormir bem, ter uma alimentação balanceada, evitar bebidas alcoólicas e cigarro e controlar diabetes. Além disso, é importante evitar traumas na região para não comprometer as ereções.

O tratamento da disfunção erétil varia de acordo com a causa e o estilo de vida do paciente. Após o diagnóstico e a análise clínica, há vários recursos terapêuticos que podem ser utilizados, como:

Injeções intracavernosa: agem cerca de 15 minutos após a aplicação e não é necessário qualquer estímulo para que o homem tenha a ereção. A substância injetada estimula a circulação e promove a dilatação das artérias no local, o que aumenta o fluxo sanguíneo no pênis levando à ereção. A duração varia conforme a quantidade injetada.

Medicamentos orais: geralmente, são a primeira opção terapêutica, desde que o paciente não apresente lesões nas artérias do pênis. Essas substâncias melhoram o fluxo sanguíneo para o órgão, o que favorece a ereção. Elas devem ser ingeridas com estômago não muito cheio, por volta de uma a duas horas antes da relação sexual, e variam quanto ao tempo de ação e potência máxima.

Prótese peniana: é um tratamento mais complexo, pois se trata de uma cirurgia. O médico introduz uma haste metálica envolvida em silicone no pênis do paciente, o que faz com que ele fique ereto o suficiente para a penetração. A intervenção dura cerca uma hora e a vida sexual pode voltar ao normal após um mês.

Terapia: se houver algum bloqueio psicológico, um terapeuta com formação em sexologia poderá ser indicado. Conversar com um especialista pode ser útil para mudar a forma de se relacionar com a parceira e as cobranças. Para ter o tratamento correto da disfunção erétil, o diagnóstico precoce é fundamental.

Ao consultar um urologista, ele poderá solicitar um teste de intumescência peniana noturna que deverá ser realizado com ajuda de equipamentos específicos. O aparelho mede a ereção do homem enquanto ele dorme. O equipamento possui dois anéis conectados a eletrodos, colocados em volta do pênis, que analisam a qualidade das ereções noturnas. Se as ereções espontâneas forem satisfatórias, significa que o sangue chega ao pênis.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Além disso, o ecodoppler peniano pode ser utilizado para medir o fluxo arterial e identificar eventuais obstruções arteriais penianas. Há também as injeções intracavernosa (dentro do corpo cavernoso do pênis) que aumentam o fluxo sanguíneo das artérias, diminuem o calibre das veias e relaxam a musculatura local, produzindo a ereção. A maioria dos exames têm como intuito identificar se o problema é orgânico ou psicológico.

Segundo o especialista em disfunção erétil, Carlos Araújo, não há uma causa única, muito menos um tratamento padrão para o problema. "A solução eficiente é analisar a fundo e com calma o problema do paciente, pois a doença atinge pessoas das mais variadas idades e condições", diz o cirurgião vascular. No entanto, existem causas cientificamente comprovadas da disfunção erétil, sendo importante conhecê-las a fim de evitar o problema.

4.1 Disfunção erétil psicológica

Uma ereção depende dos sinais enviados a partir do cérebro para iniciar o processo de liberação de óxido nítrico, a fim de dilatar os vasos que transportam o sangue para pênis.

Quando os vasos se dilatam, o pênis se enche de sangue e toma a forma rígida necessária para penetrar, e depois ter uma relação sexual com sua parceira (o). Mesmo gozando de uma saúde estável o homem pode não conseguir ter uma ereção, a fim de desfrutar os prazeres do sexo, porque o mais provável é que esteja passando por um caso de disfunção erétil psicológica.

Há muitos fatores que podem interferir na a sua vida sexual, os quais poderiam ser a causa de sua disfunção erétil psicológica. Os mais comuns são estresse, fadiga, nervosismo, ansiedade e cobrança do desempenho sexual.

Pode considerar os fatores causadores de estresse e ansiedade no nosso dia a dia. Ao olharmos a nossa volta como por exemplo as contas a pagar, trabalho, viagens, relações sociais, prazos, e muitos outros estressores. E se o homem não conseguir balancear o peso dos problemas com os prazeres da vida, então isso pode acarretar grandes problemas psicológicos e consequências com relação a vida sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

4.2 Causas da disfunção erétil psicológica

O colapso nervoso é outro grande problema. Todos nós, no dia a dia tentamos trabalhar tão duro quanto possível, a fim de fazer faze às despesas ou para se sentir satisfeito e bem-sucedido. No entanto, o trabalho duro pode comprometer o desejo de ter relações sexuais.

Numa altura ou outra da vida, a maioria dos homens têm disfunção erétil, mas quando o problema se torna persistente e ocorre em quase 50% das vezes, ou quando se transforma em uma grande preocupação para o homem ou para a (o) sua (seu) parceira (o), deve-se procurar ajuda médica e tratamento adequado. Muitas vezes trata-se de uma disfunção erétil psicológica e requer um tratamento diferente da disfunção erétil física.

As razões psicológicas são responsáveis por cerca de 10 a 20% dos casos de disfunção erétil. Na maioria das vezes é uma reação secundária a um fator psicológico principal. Os principais fatores psicológicos relacionados à disfunção erétil são: Stress: Stress relacionado ao trabalho, stress por motivos econômicos, ou até devido a discussões e problemas conjugais.

Ansiedade: desde o momento em que a disfunção erétil acontece pela primeira vez, o homem passa a ficar muito preocupado com a possibilidade de isto acontecer novamente.

Esse pensamento dá origem à “ansiedade de desempenho”, tal como o medo de não satisfazer a (o) parceira (o), o que causa disfunção erétil. Sentimento de culpa: o homem pode sentir-se culpado por não satisfazer a (o) sua (seu) parceira (o) e outras questões como a:

Depressão: a causa mais comum da disfunção erétil é a depressão que afeta o homem tanto a nível físico como a nível psicológico. A depressão pode ser a causa da disfunção erétil mesmo quando o sujeito se sente confortável em situações sexuais. A medicação e os fármacos associados ao tratamento da depressão também podem causar a impotência sexual masculina.

Baixa autoestima: a baixa autoestima pode ou não ser devido a um episódio anterior de impotência sexual que faz o homem sentir-se inadequado ou devido a outro trauma não sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Indiferença: a indiferença pode ser resultado da redução dos níveis de testosterona que acontece com o avanço da idade, de uma diminuição do interesse sexual, de problemas conjugais entre o casal e de diversos medicamentos.

Muitos homens que sofrem de disfunção erétil ou impotência sexual apresentam o problema há vários anos, o qual pode agravar-se ao longo do tempo, já que os fatores psicológicos podem começar a surgir ou a acentuar-se. Nestes casos há uma forte tendência do sujeito a evitar o contato sexual e a alimentar sentimentos de raiva, impotência ou desilusão com relação à (ao) companheira (o) que não o consegue estimular.

Quando se chega à conclusão de que o sujeito sofre de disfunção erétil psicológica, é recomendada uma consulta com um sexólogo, a qual deve ser feita o mais rápido possível para que o tratamento possa iniciar-se.

5 PSICOTERAPIA SEXUAL

Diversas abordagens terapêuticas têm sido utilizadas para tratar a DE, incluindo uma variedade de agentes farmacológicos orais, terapêuticas intracavernosa e intrauretral, dispositivos de vácuo, cirurgias vasculares e colocação de próteses penianas (Wespes et al., 2002; apud COSTA J; 2010).

Desde a introdução dos inibidores da fosfodiesterase-5 (nomeadamente do citrato de sildenafil, do tadalafil e do vardenafil) no mercado farmacêutico, tratar a DE tornou-se bastante simples, resumindo-se a uma prescrição. A sua eficácia, segurança e boa tolerância possibilitaram o seu uso amplamente disseminado, sendo hoje considerados de primeira linha no tratamento médico da DE (Martin-Morales et al., 2007; Dean et al., 2006; apud COSTA J; 2010).

Contudo, apenas um terço dos homens se encontra satisfeito com estes fármacos (Ansong et al., 1998; apud COSTA J; 2010), facto que é explicado pela inadequada informação e aconselhamento durante o seguimento (Gruenwald et al., 2006; apud COSTA J; 2010). Portanto, para além do tratamento médico, a Psicoterapia Sexual (PS) deveria ser considerada em todos os doentes, independentemente da etiologia (Banner et al., 2007; apud COSTA J; 2010).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Em alguns casos a PS, isoladamente, pode ser suficiente para aliviar os sintomas, quando o diagnóstico médico exclui causas orgânicas.

No entanto, também se pode tornar útil na presença de condições orgânicas, quando o uso de medicação oral é aconselhado, mas o doente mostra-se relutante em aceitá-la, por fatores emocionais ou relacionais, pondo em risco a compliance e o sucesso do tratamento (Burnett, 2006 apud Costa J, 2016).

A PS como tratamento da DE remonta ao século XIX. Na viragem do século XX defendia-se uma intervenção comportamental direta e, mais tarde, assistiu-se à emergência da psicanálise como influência dominante; os problemas sexuais até aí eram considerados resultado de distúrbios da personalidade e, portanto, a forma mais eficaz de tratamento era a psicanálise freudiana, que focava os conflitos sexuais da infância do doente.

Nas décadas de 1950 e 1960 foi estabelecida a terapia comportamental moderna, focada em técnicas psicológicas para tratar estados de ansiedade e outras fobias. Em 1970, Master & Johnson desenvolvem um modelo psico-educacional que combina elementos comportamentais, psicoterapêuticos e educacionais e que considera a disfunção sexual como um problema conjugal.

Atualmente, os modelos de PS encontram-se dirigidos ao casal e não somente ao doente, são curtos (têm um número limitado de visitas, com sessões semanais ou bissemanais), motivacionais (vão de encontro à vontade expressa do doente de restabelecer a sua função erétil normal) e ativos (ou seja, exigem uma alteração de comportamentos e de pensamentos por parte do doente) (Giommi et al., 2005; apud COSTA J; 2010).

Considerando a diversidade de intervenções psicológicas, os modelos de psicoterapia foram categorizados de acordo com a sua base teórica da seguinte maneira (Melnik et al., 2008; apud COSTA J; 2010):

Terapia Racional-Emotiva: técnica que utiliza argumentos racionais para modificação de ideias anormais e, subsequentemente, acarretar a eliminação desses pensamentos; e para que o objetivo seja atingido é necessária a destruição dos mitos sexuais antes relatados.

Terapia cognitiva – comportamental: a teoria cognitiva tem como objeto de estudo principal a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação que é o ato de atribuir significado a algo.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O objetivo da Teoria Cognitiva é descrever a natureza de conceitos (resultados de processos cognitivos) envolvidos em determinada psicopatologia de maneira que quando ativados dentro de contextos específicos podem caracterizar-se como mal adaptativos ou disfuncionais.

O objetivo da terapia cognitiva seria, ainda, o de fornecer estratégias capazes de corrigir estes conceitos idiossincrásicos (Bahls, 1999; Biggs & Rush, 1999; Beck & Alford, 2000; apud COSTA J; 2010).

Terapia de Grupo Sexual: os métodos desta terapia têm sido utilizados no sentido de avaliar problemas tanto intrapsíquicos como interpessoais, uma vez que funciona como um sistema de apoio ao doente que se sinta envergonhado, ansioso ou culpado acerca da sua condição; o grupo proporciona a oportunidade de recolher informações precisas, oferece uma validação consensual das preferências individuais e aumenta a autoestima e autoaceitação.

Intervenção Educacional: uma intervenção inicial dedicada à informação e formação dos doentes nos aspectos da sexualidade onde a sua ignorância é tradicionalmente reconhecida, pode por si só facilitar o processo de modificação das atitudes/crenças que estão na base da disfunção.

Dessensibilização Sistemática: técnica que combina o treino de relaxamento com a exposição gradual a situações que causam ansiedade. A natureza da PS (nomeadamente, os seus objetivos e procedimentos/técnicas) pode ser ambígua tanto para os doentes como para os profissionais de saúde.

Os terapeutas sexuais usam as suas competências para aceder e tratar os fatores não médicos (ansiedade, por exemplo) que contribuem e mantêm a DE e para explorar o quanto a DE afeta o bem-estar do doente (Zamboni 2006; apud COSTA J; 2010).

Um bom terapeuta sexual deve levar a cabo uma avaliação holística e psicossocial do doente através da entrevista clínica, que deverá abordar as seguintes temáticas (Nobre, 2006; apud COSTA J; 2010):

- História médica atual e passada;
- Medicação atual;
- Distúrbios psiquiátricos (com especial destaque para perturbações depressivas, psicóticas, alcoolismo e toxicodependências);

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

- Atividade profissional (de cada um dos membros do casal, tendo em conta a sua satisfação e êxito, eventuais fontes de stress e forma como interferem no relacionamento);
- Contexto familiar e desenvolvimento infantil (a família e os valores que esta transmite constituem um dos fatores etiológicos de reconhecida importância nas disfunções sexuais), no qual devem-se focar essencialmente as seguintes temáticas: natureza da relação entre o casal de progenitores e da relação entre a criança e cada um dos progenitores e atitude familiar em relação ao sexo (procurando-se indícios da existência de um duplo padrão moral em relação ao sexo, habitualmente repressivo em relação à mulher e permissivo, mas exigente, em relação ao homem);
- Desenvolvimento sexual e experiências prévias, onde devem ser explorados os seguintes aspectos: idade de início da puberdade e sua comparação com o grupo de pares, existência de experiências sexuais não desejadas durante a infância ou adolescência, relações de namoro na adolescência (realçando-se a sua natureza e o modo como ela influenciou a aquisição de atitudes face a uma relação interpessoal de natureza sexual) e experiências sexuais na adolescência (se de cariz homossexual/heterossexual, desempenho obtido, sentimentos gerados e forma como marcou a postura e atitudes face ao sexo);
- Educação sexual (a inadequação da informação sexual que é transmitida constitui um fator de primordial importância no desenvolvimento de crenças sexuais erróneas e eventualmente de dificuldades no próprio desempenho sexual);
- Relacionamento atual entre o casal, com ênfase nos seguintes aspectos: satisfação com o relacionamento, qualidade da comunicação, grau de afeto, interesses comuns, frequência de conflitos e seu estilo de resolução, história de relacionamentos extraconjugais e forma como afetam a relação, ressentimentos graves e não resolvidos, existência de disfunção sexual no outro membro do casal (procurando-se averiguar o seu papel na precipitação e/ou manutenção da atual disfunção), grau de

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

atração física entre o casal e grau de compatibilidade entre os desejos e interesses sexuais de cada um dos parceiros;

- História sexual (deve incluir muita informação, desde a frequência e estilo da masturbação aos detalhes de como a relação sexual é iniciada e evolui com o atual parceiro);
- Natureza e desenvolvimento da DE (início e fatores que contribuem para a sua manutenção).

Para além da entrevista clínica os questionários de auto resposta são instrumentos de avaliação psicológica correntemente utilizados no contexto da terapia sexual, que permitem a avaliação de um diversificado conjunto de variáveis relacionadas com as dificuldades, bem como da sua evolução ao longo da terapia (através de administrações repetidas em momentos diferentes).

Apresentam inúmeras vantagens, proporcionando informação com custos reduzidos, auxiliando o doente a refletir ponderadamente sobre o seu problema (limitando os constrangimentos de tempo da entrevista), permitindo a expressão de informação que não é transmitida no espaço da entrevista, ou que o doente tem dificuldade em verbalizar, possibilitando a comparação do funcionamento sexual do indivíduo com o da população geral, diminuindo a subjetividade da avaliação, entre outras.

De todos os aspectos que merecem a intervenção da PS o mais importante é a relação que o doente tem com a parceira/cônjuge: a incapacidade de combinar sexualidade com afetividade, o receio de macular o parceiro durante o sexo e o sentimento de raiva contra aquele são fatores que podem causar/manter a DE (Corona et al., 2004; apud COSTA J; 2010).

De fato, foi demonstrado que a sexualidade masculina “entra em crise” se a parceira apresentar diminuição do desejo sexual, distúrbios do orgasmo, se não participar nas tentativas sexuais, se desqualificar o desempenho sexual do homem ou se dramatizar o distúrbio erétil (Corona et al., 2004; Dean et al., 2006; apud COSTA J; 2010).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

E a participação da parceira no tratamento do doente é difusamente defendida com a intenção de aumentar a informação sobre o funcionamento sexual e de melhorar as competências comunicacionais, o desejo e a confiança sexuais do casal, bem como motivar o doente a continuar o tratamento (Montorsi & Althof, 2004; Dean et al., 2006; Banner et al., 2007; apud COSTA J; 2010).

Aliás, ficou demonstrado que a falta de apoio da parceira constitui um fator de risco para o abandono do tratamento (Fisher et al., 2004; apud COSTA J; 2010). Os princípios mais importantes da terapia de casal são o tratamento do relacionamento, com diminuição da ansiedade, definição de objetivos terapêuticos realistas e aperfeiçoamento da comunicação.

No caso das sessões de aconselhamento, estas facilitam a oportunidade de discutir tópicos que sejam relevantes para o casal, a fim de definir o progresso atingido pelo tratamento e proporcionar oportunidades para uma orientação sexual adequada quando ocorrem problemas deste tipo.

As possibilidades de sucesso serão, evidentemente, maiores quando o relacionamento do casal é relativamente estável. Através de orientação periódica, o casal é estimulado a realizar uma série de exercícios regulares em nível domiciliar, reservando um tempo para estes exercícios, desde que os componentes do casal tenham disposição e não sejam perturbados (Dean et al., 2006; apud COSTA J; 2010).

De acordo com a literatura, a investigação em psicoterapia falha em providenciar informação útil em temas, tais como, diferenças entre técnicas psicoterapêuticas e terapêuticas médicas (Melnik et al., 2008; apud COSTA J; 2010).

No estudo desenvolvido por Melnik e colaboradores, que consistiu numa revisão sistemática e meta-análise da literatura existente e cujo principal objetivo era avaliar a eficácia de intervenções psicológicas no tratamento da DE em comparação com a medicação oral, a injeção local intracavernosa e dispositivos de vácuo, ficou estatisticamente demonstrado que a terapia de grupo, isoladamente, melhora a DE, bem como a combinação desta com citrato de sildenafil; por sua vez, na comparação entre a terapia de grupo e a injeção local intracavernosa e o dispositivo de vácuo, nenhuma diferença foi encontrada (Melnik et al., 2008; apud COSTA J; 2010).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Da mesma maneira, Banner e restantes colaboradores conseguiram provar a eficácia da combinação da PS com citrato de sildenafil em comparação com o uso isolado deste fármaco, em homens com DE psicogênica; neste estudo os casais (a presença da parceira era obrigatória).

Participantes foram aleatoriamente distribuídos por dois diferentes grupos:

O grupo A para monoterapia com citrato de sildenafil durante as primeiras 4 semanas e terapia de combinação (citrato de sildenafil + terapia sexual cognitivo-comportamental, TSCC) nas últimas 4 semanas e grupo B para terapia de combinação durante 8 semanas.

Os métodos da TSCC incluíram: visualização de filmes de educação sexual, revisão de experiências sexuais positivas durante toda a relação, identificação de aspectos positivos na personalidade do doente e da sua parceira, treino de táticas de comunicação entre o casal, evocação de maneiras de partilhar e demonstrar amor e afeto (tais como, momentos românticos, massagens sensuais, etc.) (Banner et al., 2007; apud COSTA J; 2010 da mesma maneira, Banner e restantes). Após o término do estudo, ambos os grupos apresentavam melhoras significativas no desempenho sexual, confirmando a eficácia já estabelecida do citrato de sildenafil.

A incorporação da TSCC demonstrou ter uma influência positiva tanto no grupo B como quando foi adicionada ao grupo A. Após as primeiras 4 semanas de terapia de combinação 48% dos homens alcançaram o critério de sucesso (Score do IIEF $\geq$ 19, para o algoritmo função erétil) comparativamente aos 29% dos do grupo A. No final do estudo, o grupo B conseguiu, igualmente, alcançar melhores resultados relativamente ao grupo A: 66% contra 58%, respectivamente.

Conforme Rodrigues Jr. (2013; apud DOMINGOS V; BRITTO I; 2013), ao término da psicoterapia um último contexto técnico precisa ser utilizado, o conceito de prevenção de recaída ainda não tem sido incorporado na terapia sexual pela maioria de especialistas.

Cliente e psicoterapeuta chegam à comum decisão de quando atingiram os objetivos pré-fixados, o tratamento termina. Os clientes são orientados a recontatar o terapeuta para mais sessões se o problema retornar ou houver algo não satisfatório.

Finalmente, Rodrigues Jr. (2013 apud DOMINGOS V; BRITTO I; 2013) sugere que os terapeutas agendem sessões periódicas para “melhorar” ou fazer “manutenção” após o término do tratamento. As sessões de follow-up

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

têm sido recomendadas para resolver questões que interferiram no processo de restabelecimento do comportamento sexual satisfatório, (Rodrigues Jr. 2013 apud DOMINGOS V; BRITTO I; 2013).

6 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS/ FEMININAS

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma de terapia focal baseada em um modelo que estipula que os distúrbios psicológicos, envolvem pensamentos e crenças disfuncionais, e que a forma como o indivíduo sente e se comporta é influenciada pela forma como ele estrutura suas experiências. Ao promover mudanças nos pensamentos disfuncionais é obtida a melhora dos sintomas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes aos pensamentos disfuncionais promove melhoras duradouras.

A terapia cognitiva envolve a conceitualização cognitiva do problema e do próprio paciente, valendo-se para isso de uma série de técnicas cognitivas, comportamentais, experimentais etc. Sua utilização abrange distúrbios de humor, de ansiedade, alimentares, abuso de substâncias, distúrbios ligados às patologias clínicas, à violência sexual e às disfunções sexuais.

A eficácia de sua aplicação nestas situações é bem documentada. Segundo o modelo geral da resposta cognitiva, frente à determinada situação são evocados pensamentos e imagens automáticos, que resultam em respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas.

Este mecanismo é sustentado por crenças primárias, que levam a conclusões e julgamentos, os quais, por sua vez, são responsáveis pela elaboração de estratégias compensatórias para lidar com a situação.

As crenças primárias podem estar ligadas ao desespero (“eu sou inadequado, incompetente, não posso lidar com isso, sou impotente, vulnerável, inferior, defeituoso, insignificante etc.”); ao desamor (“sou indesejado, serei rejeitado ou abandonado, sou pouco atraente, feio, entediante, não tenho nada a oferecer, sou mau etc.”).

No processo terapêutico são estabelecidos objetivos junto ao paciente, que devem ser comportamentais, passíveis de manuseio e estar sob o controle do paciente.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

As consultas são estruturadas de forma a garantir a reflexão do paciente a respeito dos conceitos formulados por ele e o estabelecimento de tarefas destinadas a alcançar os objetivos preestabelecidos, auxiliando o paciente na aquisição de habilidades específicas para a solução de problemas.

Os objetivos da TCC no tratamento de disfunções sexuais abrangem uma série de mudanças cognitivas e comportamentais, entre elas: sentir-se mais confortável ao falar de sexualidade com os outros; abordar e questionar mitos e papéis de gênero errôneos que interferem na autonomia e autodeterminação em áreas sexuais e não sexuais; aumentar o conhecimento da anatomia e fisiologia da sexualidade; aprender mais sobre o próprio corpo e sentir-se mais confortável com ele; obter validação para as sensações prazerosas experimentadas; obter informações a fim de aumentar o repertório sexual; superar bloqueios emocionais à liberdade sexual (culpa, ansiedade, autodesvalorização e raiva) por meio do confronto com cognições distorcidas; melhorar a assertividade consigo mesma e na comunicação de seus desejos ao parceiro; desenvolver planos para manter e desenvolver os ganhos obtidos após o término do tratamento.

Para Nobre as crenças disfuncionais sobre sexualidade atuam como fatores predisponentes das DSF ao estabelecer regras condicionantes para a ativação de esquemas cognitivos negativos, que por sua vez permitiriam o surgimento de emoções e pensamentos automáticos capazes de comprometer o processamento mental de estímulos eróticos, interferindo de forma negativa no desejo sexual.

A literatura recomenda que a duração dos grupos seja entre 6 e 12 semanas, com encontros uma ou duas vezes por semana. McCabe cita uma melhora em 50% dos casos atendidos em um programa universitário após 10 semanas de tratamento. Existem diversas técnicas destinadas a evidenciar, questionar e modificar esquemas cognitivo-comportamentais disfuncionais.

Estas técnicas são ferramentas bastante eficientes quando utilizadas dentro de um processo terapêutico, perdendo muito de sua utilidade quando utilizadas fora deste contexto. As técnicas comportamentais mais comuns na TCC das DSF incluem técnicas destinadas a aumentar o autoconhecimento e a percepção do próprio corpo, ampliar a percepção sobre sensações de prazer e técnicas voltadas para a interação com o parceiro. Também podem ser utilizadas técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática, “role playing”, biblioterapia, entre outros.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

De acordo com os estudos sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental, ela vem mostrando respostas bastante positivas no tratamento das disfunções sexuais. O tratamento das disfunções sexuais acontece através de uma avaliação médica e psicossocial criteriosa. Em alguns casos a terapia sexual pode ser acompanhada de medicação.

Ao dar início no tratamento o psicólogo (a) terapeuta cognitivo-comportamental tem o costume de utilizar algumas sessões para a avaliação e formulação de um plano de tratamento, em que é possível conhecer os antecedentes, detalhes com relação à origem e a amplitude das dificuldades sexuais e dispor de conhecimento geral sobre fatores que causam a disfunção e de manutenção das dificuldades sexuais.

A terapia sexual tem como objetivo inicial de ajudar o casal ou o cliente a desenvolver um relacionamento sexual mais satisfatório. Entretanto ela também mostra outros objetivos, como por exemplo auxiliar o paciente a descobrir o que é satisfatório e adequado na atividade sexual, diminuir a ansiedade que atrapalha o desempenho, estimular a confiança e a segurança (autoconhecimento e conhecimento do parceiro) e aumentar o seu repertório sexual.

Para que o paciente tenha uma boa relação sexual o terapeuta também pode incentivar uma distribuição das responsabilidades, o emprego de fantasias e uma visão mais sensorial, lúdica e descomprometida.

6.1 O protocolo cognitivo-comportamental costuma abarcar os seguintes aspectos no tratamento das disfunções sexuais, conforme segue abaixo:

Psicoeducação sexual:

Contudo a educação pode ser um dos componentes principais da terapia sexual. De acordo com as crenças que são dadas como equivocadas, expectativas fora da realidade e falta de informação com relação à fisiologia, à anatomia e ao funcionamento sexual, cumprem funções centrais na causa e na constância ou manutenção da disfunção sexual. Como resultado, a psicoeducação leva, às vezes, a melhorias rápidas nas primeiras sessões.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Controle de estímulos:

No contexto da terapia sexual, o controle do estímulo diz respeito a um esforço para criar condições que levam a um funcionamento sexual saudável.

Fatores biológicos, psicológicos e interpessoais afetam, todos eles, o funcionamento sexual. Fatores positivos e negativos em cada uma dessas áreas interagem para afetar a excitação sexual. Alguns exemplos de fatores biológicos são doenças, drogas, álcool, cigarros ou mesmo a fadiga. Os fatores psicológicos incluem a autoestima, humor, ansiedade, pensamentos e atitudes.

Os fatores interpessoais incluem a atração física em relação ao parceiro e uma atitude positiva para com ele. É explicado aos pacientes que mesmo um tratamento médico pode não levar a excitação sexual se não houver condições psicológicas e interpessoais favoráveis. Cada membro do casal pode gerar uma lista de condições ou fatores que afetem positivamente e negativamente sua excitação sexual.

Reestruturação cognitiva:

É comum ao paciente com dificuldades sexuais ter pensamentos como “tomara que funcione dessa vez”, “vou decepcionar de novo”, “eu não quero fazer isso” e “vai doer”. Esses pensamentos não são relaxantes nem excitantes, e nada mais natural que, quando esses pensamentos passam pela cabeça dele, ele não se sinta excitado sexualmente. Um componente do tratamento é questionar os pensamentos negativos que o distraem durante o funcionamento sexual. Isso permite que o paciente volte seu foco aos pensamentos associados à atividade sexual prazerosa.

Técnicas comportamentais:

Essa etapa do tratamento consiste em fornecer instrumentos e técnicas para o treinamento e o desenvolvimento de uma atividade sexual mais satisfatória. Algumas dessas técnicas são prescritas como tarefa de casa, e na sessão seguinte terapeuta e paciente discutem seus resultados.

Outras são treinadas durante a sessão, como, por exemplo, técnicas de relaxamento e treinamento para uma comunicação mais adequada. O foco sensorial, por exemplo, é uma técnica muito empregada no tratamento dos transtornos da excitação.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

6.2 A terapia cognitiva – comportamental e as disfunções sexuais masculinas

Parte-se do pressuposto que a Terapia Cognitiva identifica e corrige modelos de pensamentos conscientes e inconscientes, compreendendo o funcionamento do indivíduo, como ele processa e absorve a realidade, o que sente o que pensa e como se comporta.

Logo, o terapeuta elabora junto com o paciente o material relatado, a fim de avaliar as distorções do pensamento que causam sofrimento emocional ao indivíduo (KNAPP, 2004 apud PINTO T; 2010). Conforme Knapp e Beck (2008 apud PINTO T; 2010) relatam, o que define a TCC é a ideia de que a melhora acontece da alteração do pensamento e de crenças disfuncionais.

Ensina seus pacientes através de habilidades terapêuticas, aplicar aos problemas de sua vida, tornando-se assim, seus próprios terapeutas, proporcionando uma boa relação terapêutica.

É importante destacar, envolvimento do terapeuta e uma postura adequada, demonstrando interesse e entendimento dos problemas que o paciente trás, para que possa assim se sentir acolhido, buscando a participação ativa do paciente e do terapeuta, além da resolução dos problemas abordados através das metas estipuladas a mudança de pensamentos e crenças disfuncionais (CAHILL & CARRIGAN, 1998 apud PINTO T; 2010).

Observa-se assim, que o psicólogo e a terapia cognitivo-comportamental têm muito a contribuir ao paciente que apresenta essas disfunções sexuais, através do tratamento acontece uma melhora na autoestima, maior qualidade de vida e satisfação pessoal e do casal.

O tratamento ocorre de forma ampla, levando em consideração a causa e tipo de disfunção, resultando em uma reeducação e conhecimento sobre a situação (MARQUES et al., 2008 apud PINTO T; 2010).

Durante o acompanhamento, o terapeuta cognitivo comportamental também pode utilizar técnicas para auxiliar o paciente, por exemplo: **técnica de relaxamento, terapias em grupo, técnicas específicas**, entre outras, objetivando as mudanças de pensamento e comportamento no paciente.

Assim, o tratamento tem que ser aceito pelo paciente, considerando suas necessidades e consenso da parceira, (MARQUES et al., 2008 apud PINTO T; 2010), apesar de que as intervenções ocorrem individualmente ou com o casal, pois mesmo

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

sem companhia pode-se tratar a situação apresentada (SECCO, 2010 apud PINTO T; 2010).

“Antes de qualquer intervenção é fundamental a realização de uma avaliação psicológica cuidadosa. Este processo tem como primeiro objetivo determinar o diagnóstico da queixa apresentada, ou seja, é preciso denominar e descrever o problema trazido pelo cliente. Nesta etapa, determina-se de que disfunção sexual sofre o sujeito, com que frequência esta ocorre sob que condições ocorrem etc. O segundo objetivo do processo de avaliação é formular as causas da queixa apresentada. Considerando-se a complexidade das disfunções sexuais e os diversos fatores que contribuem para as mesmas, essa formulação deve compreender os níveis biológico, psicológico e social – como apresentado anteriormente. No processo de avaliação também se fornece algum feedback ao cliente e se estabelece um plano terapêutico e um parâmetro a partir do qual avaliar a eficácia do tratamento” (LIDÓRIO & TATAREN, 2008, p.9 apud PINTO T; 2010)

A terapia nesse caso auxilia o paciente a identificar situações, como crenças e fatores emocionais, como um fator influenciador negativo, que dificulta a prática da relação sexual. Assim, a terapia sexual não apenas se refere a questão de desempenho, mas a aspectos do bem-estar, levando em consideração que a relação sexual faz parte do ser humano como um todo (DOMINGOS & BRITTO, 2013 apud PINTO T; 2010).

Rodrigues (2003 apud PINTO T; 2010) afirma que ao finalizar o processo terapêutico, é de suma importância conversar sobre prevenção de recaída. Analisa-se o processo como um todo, se as metas estipuladas inicialmente foram atingidas entre paciente e terapeuta, se sim, o tratamento termina. Apesar de que o paciente é instruído a fazer contato novamente para manutenções, se o problema retornar.

Algumas técnicas citadas abaixo:

Usa – se a: técnica “ Stop- Start”- Técnica de masturbação (Semans, 1956). É uma técnica bastante utilizada e ajuda habituar o homem a ganhar tempo até ejacular e essa técnica funciona com passos graduais.

Esse é a uma das mais adequadas em relação aos exercícios para ejaculação precoce. O homem começa a se masturbar até chegar mais ou menos perto do momento da ejaculação, a ideia é interromper o ato, relaxar por alguns instantes e retomar depois.

O ideal é fazer esse exercício algumas vezes. Com o tempo, ele conseguirá segurar a ejaculação por mais tempo, inclusive durante o ato sexual. O principal objetivo deste exercício é fazer com que o homem conheça as sensações que

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

antecedem do orgasmo e, assim, consiga controlá-las melhor e evitar que a ejaculação venha antes do desejado.

Fazendo com que o homem conheça o próprio corpo sendo fundamental para ele e é especialmente positivo para quem sofre de ejaculação precoce.

Destaques da técnica

- Toda vez que tentar chegar ao ponto extremo evitar a ejaculação, porque quanto mais próximo o ponto estiver do pico, mais o próximo estado de pico será atrasado.
- Tente ouvir as sensações, para entender melhor quando você tem um ponto sem retorno - o momento em que a ejaculação é imparável.
- Tente dar a si mesmo o máximo prazer na prática solo, de modo que as condições estejam próximas a esse ato sexual. Explore suas zonas erógenas, envolvendo todo o tronco do pênis, os testículos, a zona perineal.
- Pratique as aulas pelo menos 3 vezes por semana, mais frequentemente – melhor.

A técnica de "compressão":

Nessa técnica o homem aprende a reconhecer as sensações que surgem antes da ejaculação e a controlá-las e a grande vantagem dessa técnica é que ela pode ser feita pelo homem, não sendo necessária a ajuda da parceira ou do parceiro.

Uma característica típica dessa técnica da técnica "stop-start" é a compressão do pênis durante o engate, ou seja, ao se aproximar do momento da ejaculação, você precisa parar e apertar o pênis por alguns segundos, das seguintes formas (fig. 1). Esse efeito enfraquece o desejo de ejacular, como se retirasse a atenção dele.

Um homem que se acostumou a masturbação rápida desde a adolescência, a princípio, será difícil manter tempo suficiente. Mas cada vez que o tempo vai aumentar, e com a devida perseverança, você ganhará controle sobre a ejaculação.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

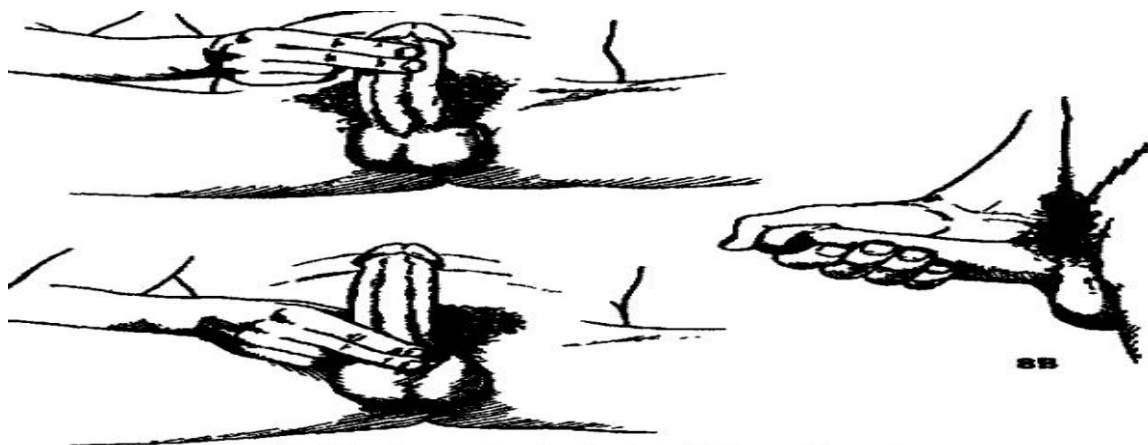


Fig.1. - Variantes de compressão do pênis (Master e Johnson)

Fonte: seksologiya.com

Técnica de relaxamento:

A ansiedade é um problema bastante comum e que afeta a vida das pessoas de diversas formas — inclusive nas relações sexuais. Em alguns casos, ela pode ser a causa para a ejaculação precoce, e algumas técnicas de relaxamento podem ajudar. Assim como a terapia- comportamental ajuda com a técnica de relaxamento, existem outras formas como a yoga, acupuntura, terapia básica, pilates, aulas de música e pintura aliviam o estresse e afastam a pessoa da rotina e de seus problemas.

Essas técnicas podem reduzir a ansiedade e aumentar a confiança do homem, o que é muito importante para o controle da ejaculação, principalmente durante as relações sexuais.

Técnica do aperto (squeeze- Masters & Johnson, 1970):

Essa é uma técnica que pode ser feita tanto sozinho, durante a masturbação, quanto com a ajuda de outra pessoa.

É recomendado que a pessoa com ejaculação precoce comece a fazer por conta própria para conseguir se acostumar e ganhar prática. Seu principal objetivo é fazer com que o homem perceba as sensações que precedem a ejaculação e é bastante simples e bem parecida com o primeiro exercício dessa lista. O homem deve apertar a base do seu pênis quando está chegando ao orgasmo, reduzindo a ereção. Ao perceber as sensações, ele conseguirá identificá-las nas próximas vezes e, com o tempo, também poderá controlá-las com mais facilidade.

Deve-se apertar a glândula do pênis com firmeza, mas não com muita força, por cerca de 3 ou 4 segundos, até que a vontade de ejacular passe. Com tempo e prática, o homem vai ganhar mais confiança para poder fazer com ajuda da parceira.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

As intervenções cognitivas utilizam –se de abordagens de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, abordagens comportamentais como a “ Sensate Focus”, que diz respeito do aumento gradual da intimidade física nos casos de ausência da atividade sexual com o parceiro (o), e as intervenções conjugais enfocando os problemas da relação e os problemas na comunicação do casal.

Ainda dentro da terapia cognitivo – comportamental as técnicas:

- Reconstrução do relacionamento sexual
- Aumentar repertório sexual
- Melhorar a comunicação
- Aprender a gostar do contato físico
- Abordagem menos genital
- Confiança para pedir o que deseja
- Sentir confortável para dar e sentir prazer
- Perder medo da intimidade
- Conhecer parceria
- Identificar causas e fatores de manutenção

6.3 Tratamento das disfunções sexuais na terapia cognitivo-comportamental

Existem vários tratamentos para o retardamento da ejaculação precoce como, por exemplo:

A masturbação antes do coito, banho de chuveiro frio, uso de álcool e sedativos, repetitivas práticas sexuais com a parceira até o orgasmo, o uso de preservativo ou a aplicação de analgésico no pênis para diminuir a sensibilidade, a prática de exercícios mentais para desviar atenção no ato sexual focalizada em experiência desagradável.

Todos estes métodos de uma forma ou outra auxiliam como mecanismo para retardar o início da excitação aguda, mas não melhoram o controle, desde que seja atingida intensa excitação erótica.

No tratamento farmacológico, uma das drogas utilizada no mercado é o “Meleril”, que causa o orgasmo seco, devido à emissão em sentido inverso da ejaculação na bexiga em lugar de na uretra; alguns médicos indicam antidepressivos para o controle ejaculatório.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

No tratamento para as disfunções sexuais devem-se englobar fatores afetivos, cognitivos e comportamentais. Idealmente o tratamento transcorre com eficiência se for feito com o casal, porém hoje em dia, caso o parceiro ou a parceira não quiser acompanhar o atendimento terapêutico, pode-se encaminhar o tratamento de forma individual, porém isso pode acarretar em aumentar o tempo de resolução da situação problemática.

Kaplan (apud Pomeroy, pg. 286, 2001 apud SILVA A; MAIA A; 2008) acredita que a ansiedade é o problema básico na ejaculação prematura. De acordo com esta formulação, o homem experimenta a ansiedade exatamente ao atingir os altos níveis de excitação erótica, é esta ansiedade que dispara o orgasmo involuntário.

Outras correntes psicológicas voltam para o tratamento da ejaculação precoce; a psicanálise objetiva desvendar os conflitos inconscientes que se presume ser a raiz do problema do paciente, mas nas melhores intenções, só produz resultados discutíveis e como a ejaculação precoce precisa de uma prova prática, no sentido de comprovar a melhora, esta teoria precisa de uma revisão para ter uma resposta positiva diante desta disfunção.

A terapia behaviorista apenas diminui a ansiedade associada à relação sexual. É muito comum que após a investigação do caso o terapeuta perceba que a disfunção sexual pode ter sido desencadeada por falta de informação e/ou por tabus morais.

Nesse caso, faz-se necessário que o terapeuta realize uma reeducação sexual na terapia:

Os principais objetivos na terapia sexual são:

- Definir a natureza da disfunção sexual e quais as mudanças desejadas;
- Obter informações que permitam ao terapeuta propor uma formulação em termos de fatores preposicionais, precipitantes e mantenedores;
- Com base nesta formulação, definir qual o melhor tipo de intervenção terapêutica;
- Iniciar o processo terapêutico;
- Avaliar o processo e introduzir eventuais mudanças no planejamento, se necessário;
- Tomar medidas para a prevenção de recaídas.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

No caso das disfunções sexuais, para o tratamento faz-se necessário à proibição da penetração durante o tratamento até segunda ordem, pois a penetração é o que causa a maior ansiedade no que consiste ao desempenho sexual.

Programa-se dessa forma, encontros do casal para namoro, massagens com cremes ou óleos sem cheiro (o creme da marca Nívea é ótimo para esse tipo de massagem), primeiro no corpo todo e com roupas; depois tirando cada peça de roupa, conhecendo o seu próprio corpo e do outro, com a finalidade de reconhecerem partes sensíveis e agradáveis de serem acariciadas.

E assim, os toques, os carinhos, as comunicações vão prosseguindo gradativamente com o objetivo de favorecer as sensações de prazer e bem-estar. Todo lugar é um local de encontro do casal, é importante que então façam desses encontros sempre em clima agradável e de sedução.

Para ser tratada a ejaculação precoce, primeiro o homem deve treinar a masturbação sozinho e parar antes de ejacular, programando um tempo maior a cada exercício de masturbação, cada vez mais os estímulos podem ser introduzidos aos poucos (por exemplo: a fantasia, o óleo na mão, as revistas ou filmes, a parceira, etc.).

Conforme Kaplan (2001 apud SILVA A; MAIA A; 2008), as técnicas mais eficientes desenvolvidas até agora são as modeladas no método “Semans”, que emprega repetida e prolongada estimulação do pênis pela parceira e interrompe a um sinal do paciente, exatamente antes de disparado o reflexo orgásmico.

Não obstante a eficiência da técnica de Semens, a razão em que ele se baseou esta suspeita a discussão. A característica essencial da prematuridade não parece ser a “rapidez” do reflexo ejaculatório, como declarou Semans, mais sim a ausência de controle voluntário sobre o reflexo é fator central desta condição.

Até hoje não é esclarecida a razão de que o ejaculador precoce não aprendeu a ter continência voluntária; o máximo que se investiga é o porque ele não consegue ter o controle ejaculatório, porque não recebeu, ou melhor, não permitiu receber o feedback sensorial necessário para trazer sob controle qualquer função reflexa. Aprender a ter continência ejaculatória é análogo ao processo de obter controle sobre outras funções biológicas que envolvem descarga reflexa.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Por exemplo, uma criança está com a bexiga cheia, ela esvazia automaticamente, pois este controle ela só vai ter quando passa a ter a percepção de sentir quando é que a bexiga está cheia, daí ela passa a ter um controle voluntário sobre o órgão de descarga, seguindo esta linha, o ejaculador precoce não percebe claramente as sensações premonitórias do orgasmo; ou seja; são privados do poder regulador das influências dos nervos superiores, como resultado, a ejaculação ocorre automaticamente.

O objetivo do tratamento da ejaculação precoce é induzir o paciente a focalizar repetitivamente a atenção nos níveis prolongados e intensos de excitação; na expectativa de que tal experiência capacita a obter controle ejaculatório. No intuito de ensinar ao ejaculador precoce a perceber as sensações pré-orgásmicas intensamente eróticas e a não deixar distrair por processo de envolvimento sexual com a mulher.

Na condição terapêutica, inicialmente efetua-se uma avaliação buscando conhecer o histórico detalhado do paciente, que apresenta seu sintoma e de sua disfunção; é orientado ao casal que cabe exclusivamente a eles a responsabilidade do sucesso do tratamento, expondo ao casal um quadro realista do que pode ser esperado.

Busca verificar no paciente e na esposa se existe alguma anomalia física nos órgãos genitais oriunda de doença ou mesmo congênita; em dúvida, o paciente é orientado a fazer uma avaliação médica, para que se possa dar continuidade ao tratamento. Serão discutidos durante a entrevista inicial outros fatores que contribuem para o sucesso do tratamento, como a dedicação, a franqueza, a respeito de sexualidade, a quebra dos mitos e as crenças errôneas a respeito do comportamento sexuais.

Concluindo a primeira parte, o casal é orientado como dever de casa a realizar estimulação sexual mútua, isto é, apenas até o ponto de levar o marido à ereção. O paciente deve deitar-se de costa, enquanto sua esposa manipula seu pênis manualmente (ou oralmente se preferir), recomenda-se a ele focalizar a atenção exclusivamente nas sensações eróticas oriunda de seu pênis, enquanto o mesmo estiver sendo manipulado.

Ele é orientado para não deter sua atenção à sua mulher porque a ansiedade e conflitos que surgem da preocupação com a parceira e das suas reações constituem distrações da experiência sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Além disto deve ater o pensamento às sensações eróticas; é orientado à mulher que pare de estimular o parceiro logo que sentir sensação orgástica premonitória. Ele notará que a sensação para dentro de alguns minutos.

Antes de perder a ereção, é reiniciado a estimulação a um sinal; e de novo interrompido exatamente antes do orgasmo. O casal deve repetir este processo por três vezes e na quarta vez, ele ejacula. Em nenhum momento o paciente deve tentar exercer controle consciente sobre o orgasmo, exceto para pedir a mulher na hora de parar a estimulação.

Todo este trabalho deve ser realizado com muita cumplicidade, envolvido de afeto e carinho. Após este passo, devemos colocar uma forte ênfase na necessidade do paciente em focar a atenção nas sensações eróticas.

Com este intuito, o paciente é orientado após a segunda experiência em casa a colocar sua mão sobre a da mulher e experimentar as sensações produzidas pela variação de velocidade, pressão e variações locais.

Se todos estes passos forem bem-sucedidos, o procedimento parte para uma nova etapa; desta vez o pênis deve ser lubrificado e continuar sendo manipulado, tendo a sensação do recinto interior de uma vagina lubrificada. Após uns seis exercícios, ejaculando sempre após a quarta ereção, espontaneamente o paciente relata que teve alguma melhora no controle orgásmico.

Neste ponto o coito é sugerido, a mulher deve manter na posição superior, ele deve introduzir o pênis de preferência bem lubrificado com vaselina ou outro creme lubrificante para inibir sua sensibilidade; deve manter sua mão no quadril da mulher, ela abaixa-se até o falo ereto e espera pelo sinal dele para começar a estimulação.

O paciente fica deitado em silêncio conduzindo com as mãos os impulsos pélvicos da mulher; os movimentos devem ser interrompidos quando atingir o nível de sensação pré-orgásmica. Neste momento, o pênis deve permanecer imóvel até a sensação diminuir, então, o impulso é recommçado.

Na quarta sessão, o paciente deixa que ocorra o orgasmo no coito, tendo um melhor controle por este meio; o homem busca novas experiências de coito com a mulher na posição de lado, mas mantendo ativamente os impulsos (mantendo o pare e continue), ele deve sempre focalizar nas suas sensações sexuais durante os contatos de amor.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Durante este período do tratamento o terapeuta deixa a mulher ciente que a principal tarefa terapêutica é fazer com que o homem se concentre na sua estimulação erótica, sem distração. Ela pode neste momento chegar ao orgasmo por outros meios; um deles é através da manipulação no clitóris, antes ou depois que ele tenha ejaculado, até que o parceiro tome o ritmo de controle ejaculatório.

Durante o tratamento, o terapeuta fica aberto a todas as dúvidas para que o paciente tenha êxito neste tratamento. O fundamental na terapia sexual-comportamental é o conhecimento do próprio corpo, esclarecimentos sobre os efeitos da ansiedade na resposta sexual humana, aprendizagem de como se comunicar com o outro, práticas de relaxamento; valorização das fantasias; desfocalização dos genitais como centro de prazer.

Disfunção sexual masculina, tem tratamento: basta o paciente assumir suas dificuldades e, a partir da revisão dos conceitos, crenças e dedicação que a proposta da terapia cognitiva comportamental apresenta, com certeza ficará livre do desconforto desta disfunção.

Desta forma, a contribuição da terapia comportamental aumenta a autoestima do paciente livrando-o da ansiedade que o alimenta neste processo em busca do êxito na sua performance sexual.

Por outro lado, poderemos contribuir para um tratamento buscando o alívio desta desordem sexual, que traz muito desconforto na relação conjugal, levando ao paciente e sua parceira a muita incerteza e insegurança na área sexual.

6.4 A importância da relação conjugal para o tratamento da disfunção sexual masculina

Verifica-se a importância de a relação do casal para melhor desenvolver do tratamento, considerando a relação entre saúde física e emocional fatores que contribuem para qualidade do relacionamento. Para Silva (2015, p. 157 apud PINTO T; 2010):

“A dificuldade de intimidade, os sintomas de ansiedade e o receio do sucesso sexual podem emergir como forma de resistência no processo de tratamento das disfunções sexuais perante a possibilidade de melhora do paciente e resolução da queixa. Essa resistência contribui para a manutenção e preservação da zona de conforto erótica” (SILVA, 2015, p. 157)

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A intervenção terapêutica auxilia alterando o enfoque do desempenho sexual, tornando o momento mais prazeroso entre o casal. Assim, o tratamento oferece uma melhor qualidade de vida, melhora no ato sexual e autoconfiança pessoal e sexual, diante de emoções negativas que podem surgir, como, por exemplo, vergonha, culpa, constrangimento diante da situação (SILVA, 2015 apud PINTO T; 2010).

Conforme Cordova & Jacobson (1999), quando o casal dá início a terapia, se culpam pelos problemas que estão passando, não reconhecendo seus “erros” individualmente. Essa falta de experiência em resolver problemas, é um dos fatores que ocasiona brigas e situações mal resolvidas durante o relacionamento (SCHMALING et al., 1997 apud PINTO T; 2010).

Segundo Lidório & Tataren (2008 apud PINTO T; 2010), para satisfação e um bom funcionamento sexual, dispomos de fatores relativos ao relacionamento do casal. Para Marques et al. (2008, p.180 apud PINTO T; 2010):

“A típica relação terapeuta-paciente precisa se transformar em relação terapeuta-casal. Parafraseando Masters e Johnson, quando alguma forma de inadequação sexual está presente, o casal é o paciente. Assim, o problema sexual passa a ser abordado sob nova perspectiva, amenizando a pressão e a ansiedade pelo desempenho. Simultaneamente, a intimidade e a satisfação mútua são promovidas” (MARQUES et al., 2008, p. 180).

É importante que durante o processo terapêutico, parta do terapeuta propostas de atividades como tarefa de casa, orientando o casal, para que juntos promovam a mudança dos comportamentos sexuais propostos (MARTIN, 2006; apud PINTO T; 2010), além de proporcionar conversas sobre a vida sexual, tornando a comunicação conjugal e sexual melhor e mais ativa.

O tratamento vai trazer para o casal mais satisfação, prazer, confiança e qualidade de vida, frisando a importância da parceira nesse processo, possibilitando mais comunicação entre os dois, confiança sexual, além de motivar o companheiro para continuar o tratamento (MONTORSI & ALTHOFF, 2004; apud PINTO T; 2010).

7 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

A sexualidade é fator intrinsecamente ligado à estrutura mental do indivíduo, iniciando seu desenvolvimento na gestação, prosseguindo durante todo o

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

desenvolvimento humano extrauterino, tomando forma e se definindo a cada nova fase de vida (DIEHL; VIEIRA, 2017 apud SOARES F; 2017).

O comportamento sexual de cada ser humano se desenvolve pela influência de uma complexa interação de fatores, sendo certo que a cultura da sociedade em que está inserido, são elementos decisivos no orgânico processo, que ocorre durante toda vida do indivíduo (ABDO, 2004 apud SOARES F; 2017).

No tocante à sexualidade da mulher, deve-se ponderar que fatores adicionais são determinantes em sua formação. Preconceitos e estigmas são mais presentes nesta seara, notadamente por conta de questões históricas de submissão e inferioridade em relação ao homem.

Historicamente, considerava-se, e infelizmente, por muitos ainda se considera, que a mulher tinha (tem) papel passivo durante o ato sexual, menosprezando – se sua capacidade de sentir prazer (DIEHL; VIEIRA, 2017 apud SOARES F; 2017).

Na maioria das ideias e conceitos, a mulher em sua história se inicia como culpada pelo pecado original, o que demonstra claramente que desde os tempos antigos, a mulher tem sua personalidade sexual tolhida pela sociedade e pela igreja, que, até os dias de hoje as consideram seres de menor responsabilidade, tendo em vista que, por exemplo, não podem ocupar cargos de cúpula dentro da igreja católica (ABDO, 2004 APUD SOARES F. 2017).

Tal panorama vem paulatinamente mudando desde meados do século 20, até os dias atuais. Um marco importante para essa revolução sociocultural foi o advento da pílula anticoncepcional, que, demonstrou – se como fator real de empoderamento das mulheres, uma vez que estas passaram a ter importante atuação econômica, se inserido como parte considerável da população economicamente ativa, alcançando independência financeira e, por consequência, liberdade sexual (DIEHL; VIEIRA, 2017 apud SOARES F; 2017).

7.1 A resposta sexual feminina

A primeira análise que conceituou a resposta sexual feminina se deu ao final da década de 1970. Helen S. Kaplan, em 1977 criou o critério trifásico, dividindo a resposta sexual em: desejo, excitação e orgasmo. Em 1979 Masters e Johnson reescreveram sobre o assunto e fracionaram a resposta sexual feminina em quatro fases sucessivas: Excitação, platô, orgasmo e resolução (MASTER; JOHNSON, 1979

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

SOARES F; 2017). Atualmente, a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2013 SOARES F; 2017) faz referência, igualmente, a quatro estágios, porém, distintos daqueles preconizados por Masters e Johnson. Para a referida associação a resposta fisiológica sexual feminina se divide em desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Fase do desejo: esta fase consiste nas características psicogênicas de cada indivíduo, que se formam de acordo com a experiência de vida e cada um, se materializando em fantasias e mecanismos psicológicos que levam a mulher a se sentir desejosa pela prática da atividade sexual.

São sensações específicas que levam a mulher a buscar ou tornar –se receptiva a uma experiência sexual (APA, 2013 SOARES F; 2017).

Fase da excitação: esta fase consiste na soma de fatores psicológicos e fisiológicos, concomitantes. Trata – se de um sentimento subjetivo do indivíduo que se dá ao mesmo tempo em que se notam determinadas manifestações fisiológicas, tais expansão do canal vaginal (APA, 2013 SOARES F; 2017).

Fase de orgasmo: esta fase consiste no ápice prazeroso dentro de uma relação sexual. Neste momento ocorre uma descarga energética que ocasiona uma liberação da tensão sexual com contração da musculatura pélvica e da genital, além do ânus que se contrai ritmicamente (APA, 2013 SOARES F; 2017).

Fase de resolução: esta fase consiste no relaxamento generalizado do corpo e mente, consubstanciando um sentimento de leveza e bonança, elevando o bem-estar da mulher, sensação que pode perdurar por minutos ou até horas (APA, 1980 SOARES F; 2017). O orgasmo feminino entendido como intensa sensação de prazer, que cria um momentâneo estado alterado de consciência, acompanhado de rítmicas contrações pélvicas, genitais e anais (ABDO, 2004 SOARES F; 2017).

7.2 Disfunções sexuais femininas

Ao se estudar a resposta sexual feminina notou – se que nem sempre ela se dá de forma satisfatória. Dessa maneira, quando se constata alterações ou dificuldades relacionadas à tal questão, se apresentam as disfunções sexuais. Com a intensificação dos estudos sobre a sexualidade feminina, passou – se a reconhecer que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade aos fatores socioculturais, o que corrobora com maiores variações sexo comportamentais ao longo da vida (ABDO,

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

2004). De acordo com a doutrina, a disfunção sexual feminina é definida como uma persistente ou recorrente alteração no ciclo de resposta sexual, causando desconforto ou insatisfação durante o intercuro (DIEHL; VIREIRA, 2017 SOARES F; 2017).

Em conformidade com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5º edição, as disfunções sexuais femininas são classificadas em três grupos: transtorno do interesse/ excitação sexual feminino; transtorno do orgasmo feminino; e transtorno da dor gênito – pélvica/penetração.

Podendo cada disfunção sexual ser classificada como primária, ou seja, presente desde o início da vida sexual, ou secundária, adquirida, que se desenvolve após um período de normalidade da função sexual.

A qualificação pode se dar por generalizada, hipótese em que se verifica a disfunção em todas as ocasiões, independentemente da estimulação, situação ou parceria; ou situacional, que se verifica apenas com determinados tipos de estimulação, situação ou parceira (DIEHL; VIEIRA, 2017 SOARES F; 2017).

Na maioria dos casos, a disfunção sexual feminina aperfeiçoa-se como demanda multifatorial e multidimensional, tendo correlação direta com a idade da mulher sua fase na vida, como pós gravidades, sendo altamente prevalente, variando, segundo estudos, de 20 a 50% da população feminina estudada relatou ter alguma dificuldade sexual (ABDO, 2004 SOARES F; 2017).

7.3 As principais disfunções sexuais femininas

Levando-se em conta que o estudo das disfunções sexuais nas mulheres ainda é muito incipiente, mesmo em termos de compreensão psicológica, julgamos ser válido abrir um espaço de interlocução com a clínica médica – porto seguro de ancoragem das inquietações do corpo.

Para tanto, nos valem, inicialmente, de uma literatura que nos familiarizassem com a terminologia médica usada na classificação desses distúrbios, e vamos apresenta-la como elemento facilitador para a acompanharmos os depoimentos dados por profissionais experientes na lida com as disfunções sexuais femininas, os ginecologistas/ sexólogos, cuja clínica procuramos ouvir.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

De início nos deparamos com quatro termos circunvizinhos e aparentemente indistintos: **frigidez, anorgasmia, vaginismo e dispareunia**, que nos mostram a necessidade imperiosa de tentar discriminar as definições e distinções entre esses termos. Frigidez é uma palavra inespecífica que serviu para cobrir uma série ampla de manifestações de etiologia diversa.

Enquanto sinônimo de responsividade sexual falha (em condições que a cultura considera apropriadas), o termo era utilizado para descrever a reação sexual causada quer seja por transtornos clínicos sistêmicos (hipotireoidismo), ou por doenças pélvicas locais (endometriose) ou até mesmo por doenças psiquiátricas difusas (depressão).

Além desses, o termo ainda abarcava os efeitos dos conflitos conjugais e, vez por outra, até mesmo a inexperiência ou ignorância sexual. Tal inespecificidade fez com que o termo se tornasse obsoleto, sendo substituído pelos sexólogos por “inibição de desejo” ou “anorgasmia”.

A anorgasmia feminina é a queixa sexual mais comum em serviços de ginecologia, sendo que em sua etiologia encontramos, como as causas mais frequentes, as de ordem psicológica, quase sempre derivadas de educação sexual repressora, que promoveu associações entre sexo, pecado, nojo e imoralidade.

Em um texto de 1966, encontramos uma hipótese para a anorgasmia que achamos muito promissora para uma reflexão, pois define bem o que alguns casos clínicos já nos mostraram:

Há mulheres que equiparam a experiência orgástica à perda apavoradora de controle, ou a uma espécie de rendição que produz vulnerabilidade indesejada. Parar quase no orgasmo garante – lhes uma superioridade (...). Muitas dentre as mulheres que não conseguem chegar ao orgasmo são, em geral, pessoas tensas e supercontroladas (Livro, disfunções sexuais autora: Cassandra Pereira França, apud Gebhard, 1966, p.100).

No depoimento de inúmeros ginecologistas, encontramos uma associação entre impossibilidade de orgasmo com penetração e fixação no clitóris pelo auto estímulo constante, o que, segundo eles denuncia a presença de problemas emocionais e de dificuldades de ajustamento heterossexual.

Enfim na etiologia da anorgasmia as credices sociais também possuem certa importância, quanto as causas orgânicas são raras e encontradas apenas em patologias neurológicas e em alcoolismo severo.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Pesquisas realizadas por Mannocci, entre 1988 e 1992, em São Paulo, apontam uma taxa de 40% de anorgasmia nas classes socioeconômicas inferiores, contra 20% nas camadas de maior poder aquisitivo, resultados em que, possivelmente estão embutidos os efeitos da presença de fatores inibitórios (local, iluminação, crianças ou familiares por perto, simbologias religiosas ao alcance visual, estímulos sonoros ou olfativos, etc.). Quanto ao aspecto sociocultural, foi obtida uma incidência de 42% de mulheres anorgásmicas, com grau de escolaridade até primeiro grau incompleto, contra apenas 10% nas estudantes dos últimos anos de faculdades de medicina e psicologia (autora: Cassandra Pereira França/ Livro, disfunções sexuais, apud Mannoci,1992, p.75).

A pesquisa apontou ainda, como variantes que podem tornar um orgasmo melhor que outro, a existência de um parceiro fixo e a intensidade do estímulo sexual. Pesquisas recentes realizadas pelo ProSex do instituto de psiquiatria do hospital das clínicas da faculdade de medicina da USP, através de questionários confidenciais respondidos por transeuntes em 13 estados brasileiros, reuniram uma amostragem de 2.734 mulheres, compilados dados estatísticos significativos para o assunto de que ora nos ocupamos: 26,6% dessas mulheres tiveram dificuldade em atingir o orgasmo principalmente no início da vida sexual, 37% de 2608 mulheres só têm orgasmo clitoridiano, enquanto que nos outros 63% o orgasmo pode se vaginal também.(Abdo,2004,p.129 e 97).

Outros dos interessantes são os de que 28,5% dessas mulheres indicam a presença de “ alguma” dificuldade sexual, e apenas 5,4% buscam tratamento. Nessa amostragem, 32,4% das mulheres afirmaram não falar de suas queixas sexuais nem como o médico (Ibid, p.113-114). A pesquisa comprovou que os brasileiros valorizam como principais elementos para uma boa relação sexual a atração física pelo (a) parceiro (a), tempo e tranquilidade para o ato sexual e um clima de intimidade e afeto.

Retomando o assunto da classificação das disfunções sexuais , não poderíamos deixar de lembrar que , naqueles caos em que dificuldades sexuais masculinas coexistem com a falta de responsividade feminina , nem sempre é possível ao médico fazer um diagnóstico preciso, pois , como já dizia Masters e seus companheiros de pesquisas (1982,p.549) , a parceira de um homem com a ejaculação precoce não pode ser diagnosticada como portadora de disfunção orgástica coital , de vez que a rigidez da ejaculação dificulta seriamente sua oportunidade de explorar os padrões coitais da excitação sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Vimos, porém, que, se na classificação de um quadro de anorgasmia a ênfase recai sobre a ausência de desejo sexual, no vaginismo o destaque parece recair no temor ao ato sexual, pois essa disfunção, é considerada um estado histérico, em que há uma reação de conversão na qual a paciente desenvolve contrações involuntárias da musculatura perivaginal, predominantemente de seu terço inferior, a qualquer tentativa de aproximação do parceiro ou até mesmo diante da lembrança da tentativa da penetração.

O sintoma histérico, que impede parcial ou totalmente a penetração, representa simbolicamente um desejo e/ou punição que contém certas implicações psicológicas específicas: desde uma inibição forte a respeito do comportamento sexual, passando pelo medo do ato sexual por motivos inconscientes, até o recalque intenso de fantasias sexuais (Autora: Cassandra Pereira França/ Livro, disfunções sexuais, apud Lief, 1979, p.104-105).

O diagnóstico de vaginismo é feito pelo exame ginecológico, sendo notórios o espasmo muscular da musculatura perineal, a contração anal, a elevação do corpo à cabeceira da mesa de exame e o fechamento das coxas e pernas.

Os fatores etiológicos do vaginismo são inúmeros e podem ser extensamente listados: educação sexual repressora, com informações errôneas, formação religiosa severa, homossexualidade feminina, atual ou anterior, e que vai se manifestar com o aparecimento da síndrome, excessivo sentimento de fragilidade, em nível consciente ou inconsciente, que faz com que a mulher veja na penetração uma agressão, que pode machucá-la, um trauma sexual anterior que pode não ter sido sentido, mas visto, como por exemplo, a visão de um estupro, ou, ainda, o conhecimento de relacionamento extraconjugal do parceiro são elementos que podem fazer com que a síndrome surja como rejeição, castigo ou nojo da figura masculina (Autora: Cassandra Pereira França/ Livro, disfunções sexuais, apud Mannocci 1955, p.78-79).

Além dessas causas, costuma-se encontrar uma associação entre o vaginismo e a dificuldade de ereção, o que vem a ser um binômio tão complexo que impede uma ordenação cronológica sobre qual dificuldade surgiu primeiro. Após várias tentativas fracassadas de penetração, o homem pode introjetar o problema, iniciando ou aumentando a dificuldade de ereção.

O quarto termo, dispareunia, em sua origem grega significa “ má união”, e seu uso na classificação da disfunção sexual corresponde a um quadro de ocorrência de dor durante ou após a penetração vaginal, interferindo na resposta orgástica da mulher de modo a criar um verdadeiro círculo vicioso: a dor leva ao temor da dor que

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

por sua vez, interfere na fase de excitação, diminuindo a lubrificação e reforçando o processo doloroso.

Vemos, por exemplo, que, após um quadro de dispareunia, a dor pode agir como fator condicionante a fuga, deixando como sequela um quadro de vaginismo.

A etiologia da dispareunia pode apontar para causas orgânicas ou psicogênicas sendo comum observamos uma combinação das duas. Dentre as causas orgânicas estão incluídas: as vulvites nos pequenos lábios e clitóris (causadas por infecções bacterianas e virais); os processos alérgicos na vulva e introito; Bartholinite (inflamação da glândula de Bartholin); as vaginites (processo inflamatórios da vagina por tricomonas, Gardnerella Vaginalis, gonococos, clamídia, etc.); as varizes vaginais, a endometriose (nódulos intravaginais que aumentam no período pré-menstrual) ; as cervicites (processos inflamatórios do colo uterino); as doenças inflamatórias pélvicas (anexites , parametrites); os processos aderenciais pós – operatórios e processos alérgicos ou irritativos , causados por preservativos ou contraceptivos.

De modo geral uma das autocríticas feitas pela classe médica é a de que há uma tendência em se tratar a dispareunia sem dar qualquer ênfase às etiologias ou sequelas psicogênicas que somente serão avaliadas quando não houver outro recurso. Dentre os fatores psicogênicos das dispa

Urenias, a literatura lista alguns que, como podemos observar, também são responsáveis pelo vaginismo: autopunição por repressão educacional ou por relacionamento extraconjugal, conflitos de identidade sexual observados nos casos de homossexualismo feminino assumidos ou não, quadros fóbicos (fobias de gravidez, AIDS e dor), repulsa à figura masculina (por agressões sexuais sofridas ou assistidas); inadequação na relação a dois, observada nos casais com relacionamento desgastado.

Uma vez familiarizados com a classificação médica das disfunções sexuais, sentimo-nos prontos para entrevistar alguns especialistas que, transpondo as barreiras entre os campos de medicina, da psicologia e da sexologia, ousam lançar um convite: “ Quero ser testemunha dos seus orgasmos. E cúmplice de seus devaneios” (Autora: Cassandra Pereira França/ Livro, disfunções sexuais, apud Gama, 2001, p.109).

Classificação do desejo sexual hipoativo quanto ao grau:

No DSH primário os aspectos emocionais devem ser explorados, já que a influência de traumas, eventuais abusos sexuais, além de educação e/ou religião rígidas são consideráveis. Idiosincrasias de personalidade, como timidez acentuada

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

e baixa autoestima, também são recorrentes (DIEHL; VIEIRA, 2017 SOARES F; 2017).

Quanto ao DSH secundário, o momento da verificação da queixa deve ser melhor investigado. O profissional da saúde deve fazer um raciocínio clínico levando em consideração fatores importantes, tais como, a fase da vida mulher, as questões biológicas e emocionais, além dos fatos marcantes da vida e de relacionamentos (DIEHL; VIEIRA, 2017 SOARES F; 2017).

Segundo a OMS 203, define a saúde sexual como um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, relacionado com a sexualidade (Segundo cit por Rebolledo e Fierro, 2003, apud Ana Alexandra Carvalheira Francisco Allen Gomes).

8 TRANSTORNO DA DOR GÊNITO – PÉLVICA/ PENETRAÇÃO

Na quarta edição revisa do manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, (DSM- 4-TR), os transtornos sexuais dolorosos foram classicamente tidos como duas entidades diagnósticas, sendo elas vaginismo e dispareunia. Recentemente, o DSM-5 reuniu vaginismo e dispareunia em um único diagnóstico, chamado de transtorno da dor gênito-pélvica/penetração (TDGPP). Tal disfunção pode causar muito sofrimento e/ou dificuldade interpessoal. No meio científico, a busca de maior entendimento e melhor abordagem terapêutica avança a passos lentos (DIEHL; VIEIRA,2017).

Vaginismo:

O vaginismo não constitui uma alteração específica da resposta sexual humana, mas dificulta ou impede o funcionamento do mesmo.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) proposta pela OMS (1993 apud SERRA M; 2009):

F52.5. Vaginismo não-orgânico – espasmo dos músculos que circundam a vagina, causando oclusão da abertura vaginal. A penetração do pênis é impossível ou dolorosa. Vaginismo pode ser uma reação secundária a alguma causa local de dor (OMS, 1993, p. 190).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A Associação Psiquiátrica Americana (2005, p. 486 apud SERRA M; 2009), inclui o vaginismo nos transtornos sexuais dolorosos e o classifica da seguinte forma:

306.51 Vaginismo – contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.

Segundo Valins (1994; apud SERRA M; 2009) o vaginismo tornou-se relevante como uma condição identificável e tratável a partir dos estudos de Masters e Johnson, na década de 50.

De acordo com Masters e Johnson (1979; apud SERRA M; 2009) o vaginismo é uma síndrome psicofisiológica que afeta a liberdade de reação sexual da mulher pelo impedimento sério, ou total, da função do coito. A contração espasmódica da abertura vaginal é um reflexo completamente involuntário estimulado por tentativas imaginadas, antecipadas ou reais, de penetração vaginal.

Quanto à etiologia, Kaplan (1977; apud SERRA M; 2009) afirma que o vaginismo pode ser associado à inibição social geral e a inibição orgásmica e deve ser diferenciado da simples atitude fóbica de evitar a penetração e das condições físicas que impedem a entrada da vagina. O vaginismo é uma resposta condicionada, que provavelmente resulta da associação de dor e medo das tentativas de penetração vaginal ou mesmo de fantasias dessa penetração. O estímulo original nocivo pode ser a dor física ou a angústia psicológica (KAPLAN, 1977; apud SERRA M; 2009).

Ainda que dentre as causas físicas, as patologias dos órgãos pélvicos que causem dor podem deixar a base para o desenvolvimento de uma resposta de vaginismo. Geralmente as condições físicas não afetam a entrada da vagina, mas como causam dor na penetração ou durante a relação sexual, podem desencadear contingências negativas que podem dar origem ao vaginismo.

Kaplan (1977; apud SERRA M; 2009) diz que um conceito multicausal de vaginismo, onde qualquer estímulo adverso que esteja associado à relação sexual ou com a penetração pode ser responsável pela aquisição da resposta de vaginismo, não importa se está contingência é real ou fantasiosa, ou se é do conhecimento da paciente.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Segundo Valins (1994; apud SERRA M; 2009), o vaginismo não é uma doença ou disfunção física, é uma condição emocional, com causas psicológicas, que se manifestam através de uma reação física. Pode resultar de uma diversidade de conflitos, cujas origens podem variar de psicológicas a sociais.

O vaginismo não está relacionado à sexualidade em si, mas ao significado da intimidade, aos conflitos ligados à dependência, confiança da mulher. O vaginismo tem a ver com a relação da mulher com a autoestima, a capacidade de dar, receber e desejar.

De acordo com Ferreira e Souza (2007; apud SERRA M; 2009) a etiologia do vaginismo ainda não está bem estabelecida, porém várias condições médicas, bem como fatores psicológicos e interpessoais, podem causar o aparecimento dessa disfunção sexual. Para Leiblun e Pervin (1980) a etiologia do vaginismo não tem nenhum padrão único que se destaca como definitivo.

Os autores acreditam que diversos fatores podem ocasionar o desenvolvimento do vaginismo. Para eles há bastante heterogeneidade nas mulheres que sofrem dessa disfunção sexual, essas diferenças estão presentes nas características pessoais, sociais e familiares dessas mulheres como também nas suas relações com a sexualidade.

Em pesquisa realizada no Brasil, Zampieri (2003; apud SERRA M; 2009) ressalta a importância de ampliar a visão sobre o vaginismo, considerando, além de fatores biológicos, sociais e culturais, a história de vida individual de cada mulher, esta concepção ilustra a posição deste estudo acerca do vaginismo:

O vaginismo desenvolve-se na intercomunicação de fatores biológicos, sociais, culturais com uma história individual em um determinado lugar e tempo histórico, expressando-se em espasmos involuntários dos músculos que circundam a vagina. As explicações relativas ao vaginismo seriam, portanto, inscritas em histórias de vida individuais, que ao serem abordadas, expõem regularidades por contextos sociais partilhados e negociados, que dão significado à experiência. (ZAMPIERI, 2003, p.21).

Quanto à classificação, Valins (1994; apud SERRA M; 2009) ressalta que o vaginismo pode ser seletivo, quando acontece com um parceiro específico; ou não seletivo, quando a dificuldade acontece com qualquer parceiro.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006; apud SERRA M; 2009) classificam o vaginismo como: primário e secundário.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

No vaginismo primário, a dificuldade sexual está presente desde a primeira tentativa de penetração. No vaginismo secundário ela é decorrente de algum trauma, e acomete mulheres que antes tinham uma vida sexual normal. O vaginismo primário frequentemente tem sua origem em causas psicossociológicas.

Dispareunia:

Dispareunia é a dor sentida ao se tentar a relação sexual ou outra atividade sexual que envolva penetração ou a dor sentida durante essas atividades.

- A dor pode ser superficial ou profunda
- Pode resultar de secura vaginal ou distúrbios dos órgãos genitais
- O diagnóstico se baseia nos sintomas e em um exame pélvico

Pomadas anestésicas, lubrificantes, exercícios para relaxar a músculos pélvicos ou uma mudança na posição durante a relação sexual pode ajudar a causa, se identificada, é tratada. A dor pode ser superficial, sentida na área em torno da abertura vaginal (área genital ou vulva). Ou a dor pode ser profunda, sentida dentro da pelve quando o pênis ou um vibrador é introduzido.

A dor pode ser ardente, acentuada ou gerar cólicas. Os músculos pélvicos geralmente ficam tensos, o que aumenta a dor, seja superficial ou profunda.

A dor, incluindo dispareunia, é afetada significativamente pelas emoções. Por exemplo, um pequeno desconforto pode gerar uma dor intensa após uma experiência sexual traumática, como estupro.

Raiva em relação ao parceiro sexual, medo de intimidade ou gravidez, autoimagem negativa ou crença de que a dor nunca passará pode fazer com que a dor seja pior. As causas variam dependendo se a dor é superficial ou profunda.

A dor superficial, a relação sexual pode ser dolorosa porque a vagina não produz líquido suficiente. Então, a vagina fica seca, e a lubrificação para a relação sexual é inadequada. Lubrificação inadequada muitas vezes é resultado de poucos preliminares.

Além disso, à medida que as mulheres envelhecem, o revestimento da vagina fica mais fino e pode se tornar seco porque os níveis de estrogênio diminuem. Esse quadro clínico é chamado de vaginite atrófica. Durante a amamentação, a vagina pode se tornar seca porque os níveis de estrogênio são baixos. Anti-histamínicos podem causar secura ligeira e temporária da vagina.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Dor superficial também pode resultar do seguinte:

- Aumento da sensibilidade da área genital para dor (vestibulodinia provocada vestibulodinia provocada (vestibulite vulvar), que é a causa mais comum , inflamação ou infecção na área genital (incluindo herpes genital), da vagina, ou glândulas de Bartholin (as glândulas pequenas em um dos lados da abertura vaginal), inflamação ou infecção do trato urinário, machucados na área genital, radioterapia que afeta a vagina, o que pode deixar a vagina menos elástica e pode causar cicatrizes, fazendo com que a área em torno da vagina seja menor e mais curta, uma reação alérgica a espumas ou geleias anticoncepcionais ou a preservativos de látex , contração involuntária dos músculos vaginais (vaginismo) , raramente, uma anomalia congênita (como uma partição anormal dentro da vagina) ou um hímen que interfere na entrada do pênis, cirurgia para estreitar a vagina (por exemplo, para reparar tecidos rompidos durante o parto ou para corrigir um distúrbio do assoalho pélvico – distúrbios do assoalho pélvico).

O hímen é uma membrana que circunda ou, em muito poucas mulheres, cobre a abertura vaginal. Quando as mulheres têm relação sexual pela primeira vez, o hímen, se não tiver sido estirado antes (por exemplo, com o uso de tampão absorvente ou estimulação sexual com o dedo dentro da vagina), pode rasgar-se, causando dor e sangramento, algumas mulheres nascem com um hímen anormalmente apertado.

Dor profunda durante ou após a relação sexual pode resultar do seguinte:

- Infecção do colo do útero, do útero ou das trompas de Falópio (doença inflamatória pélvica), que podem causar acúmulo de pus (abscessos) na pelve, a endometriose, crescimentos na pelve (como tumores e cistos ovarianos), faixas de tecido com cicatriz (adesões) entre os órgãos da pelve, que podem se desenvolver, após uma infecção, cirurgia ou radioterapia para câncer em um órgão pélvico (como a bexiga, útero, colo do útero, trompas de Falópio ou ovários).

Às vezes, um desses distúrbios (como miomas) faz com que o útero fique preso em uma direção inclinada para trás (chamada retroversão), resultando em dor profunda. Forte contração indesejada (involuntária) dos músculos da pelve (chamada hipertonía muscular pélvica) pode causar ou resultar de dor profunda.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O diagnóstico baseia-se na descrição da mulher sobre o problema, incluindo quando e onde a dor é sentida, e nos resultados de um exame físico. A área genital é examinada suave, mas completamente, para verificar as causas possíveis, como sinais de inflamação ou anomalias. Se encontrar uma área anormal, o médico pode tirar uma amostra a ser examinada com microscópio (biópsia).

Os casais são incentivados a encontrar formas de atingir o prazer mútuo (incluindo orgasmos e ejaculação) que não envolva penetração, por exemplo, estimulação envolvendo a boca, as mãos ou um vibrador.

No caso de dor superficial, aplicação de uma pomada anestésica e banhos de assento podem ajudar, assim como a aplicação de lubrificante antes da relação sexual.

Lubrificantes à base de água, em vez de vaselina ou outros lubrificantes à base de óleo, são preferíveis. Lubrificantes à base de óleo geralmente secam a vagina e podem danificar os dispositivos contraceptivos de látex, como preservativos e diafragmas. Dedicar mais tempo às preliminares pode aumentar a lubrificação vaginal.

Para dor profunda, experimentar uma posição diferente para a relação sexual pode ajudar.

Por exemplo, estar por cima pode dar à mulher maior controle da penetração, ou outra posição pode limitar a profundidade em que o pênis pode ser introduzido. Psicoterapias, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT – Tratamento), podem ajudar algumas mulheres.

Atenção plena envolve concentrar-se no que está acontecendo no momento, sem fazer julgamentos ou monitorar o que está acontecendo.

Distúrbio de excitação genital persistente:

Distúrbio de excitação genital persistente é a excitação física (genital) indesejada excessiva, envolvendo o aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais e aumento das secreções vaginais, sem qualquer desejo de atividade sexual. As causas desse distúrbio são desconhecidas.

No entanto, a ansiedade e a preocupação sobre quando o distúrbio ocorrerá novamente podem perpetuá-la. Músculos pélvicos apertados podem ser parte da causa. Mudanças físicas que normalmente são desencadeadas por estímulo sexual ocorrem mesmo que a mulher não tenha desejo de se envolver em atividade sexual e não esteja mental ou emocionalmente (subjetivamente) excitada.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O fluxo sanguíneo para a área genital aumenta, fazendo com que o clitóris (que corresponde ao pênis) e as paredes vaginais inchem (um processo chamado de ingurgitamento). O aumento do fluxo sanguíneo faz com que as secreções vaginais (que fornecem lubrificação) aumentem, a área genital pode formigar ou pulsar, as sensações persistem por horas ou dias. A maioria das mulheres considera essas mudanças intrusivas e fica angustiada e envergonhada com elas.

Primeiramente, orgasmos (incluindo os autos estimulados) podem trazer alívio temporário, mas muitas vezes tornam-se menos eficazes, além de serem uma solução insatisfatória impraticável. O tratamento não é claro. Exercícios de relaxamento da musculatura pélvica com biofeedback (Técnicas de interação mente-corpo: Biofeedback) podem ajudar, especialmente quando combinados com terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT – Tratamento).

Atenção plena envolve concentrar-se no que está acontecendo no momento. A MBCT combina terapia cognitiva baseada na atenção plena e terapia cognitivo comportamental.

O simples reconhecimento da existência desse distúrbio, com a garantia de que ele pode se resolver espontaneamente, pode ajudar algumas mulheres. Informações sobre o distúrbio e apoio também são úteis, assim como o tratamento específico de ansiedade, incluindo psicoterapias e/ou medicamentos.

Desordens Orgásmicas:

Distúrbio do orgasmo é a falta ou atraso no clímax sexual (orgasmo), mesmo que a estimulação sexual seja suficiente e que a mulher esteja sexualmente excitada, mental e emocionalmente.

- Mulheres podem não ter orgasmo se o ato sexual acabar muito rápido, se não houver preliminares suficientes ou se elas estiverem com medo de perder o controle ou relaxamento.
- As mulheres são incentivadas a experimentar a auto estimulação (masturbação) e, para algumas mulheres, psicoterapias são úteis

A quantidade e o tipo de estimulação necessária para o orgasmo variam muito de mulher para mulher. A maioria das mulheres consegue atingir o orgasmo quando o clitóris (que corresponde ao pênis nos homens) é estimulado, mas menos da metade das mulheres atingem regularmente o orgasmo durante a relação sexual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Aproximadamente uma em cada 10 mulheres nunca atinge o orgasmo, mas, no entanto, muitas delas consideram a atividade sexual satisfatória.

Mulheres com distúrbio do orgasmo não conseguem atingir o orgasmo em nenhuma circunstância, mesmo quando se masturbam e quando estão altamente excitadas. No entanto, geralmente a mulher não atinge o orgasmo porque não está suficientemente excitada, portanto isso é considerado um distúrbio de excitação, e não um distúrbio de orgasmo.

A incapacidade de atingir o orgasmo é considerada um distúrbio apenas quando a falta de orgasmo aflige a mulher. O ato sexual sem orgasmo pode causar frustração e resultar em ressentimento e, ocasionalmente, gerar aversão por qualquer coisa sexual.

Fatores situacionais e psicológicos podem contribuir para o distúrbio do orgasmo. Elas incluem o seguinte: ato sexual que termina consistentemente antes que a mulher esteja suficientemente excitada (como quando o homem ejacula muito rápido), preliminares insuficientes, em um ou ambos os parceiros, falta de compreensão sobre como seus órgãos genitais funcionam, má comunicação sobre sexo (por exemplo, sobre de que tipo de estimulação uma pessoa gosta), problemas no relacionamento, como conflitos não resolvidos e falta de confiança, ansiedade sobre o desempenho sexual, o medo de relaxar, ser vulnerável e não estar no controle (possivelmente como parte de um medo de não estar no controle de todos os aspectos da vida ou como parte de uma tendência geral de manter as emoções sob controle), uma experiência física ou emocionalmente traumática, como abuso sexual, distúrbios psicológicos (como depressão).

Distúrbios físicos também podem contribuir para o distúrbio do orgasmo. Incluem danos nos nervos (como resultados de diabetes, lesões na medula espinhal ou esclerose múltipla) e alterações nos órgãos genitais.

Certos medicamentos, especialmente os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS, um tipo de antidepressivo – medicamentos usados para tratar a depressão), podem inibir especificamente o orgasmo.

Os médicos podem incentivar as mulheres a aprender que tipo de toque é prazeroso e excitante, tentando a auto estimulação (masturbação). Outras técnicas que podem ajudar incluem técnicas de relaxamento e exercícios com enfoque

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

sensorial. Em exercícios com enfoque sensorial, os parceiros se revezam tocando um ao outro de maneiras agradáveis (Distúrbios de excitação sexual: Tratamento).

Os casais podem tentar usar mais ou diferentes estímulos, como vibrador, fantasia ou vídeos eróticos. Um vibrador pode ser especialmente útil quando há danos nos nervos. Educação sobre a função sexual pode ajudar. Para algumas mulheres, incorporar a estimulação do clitóris pode ser o suficiente.

Psicoterapias, como a terapia cognitivo-comportamental e terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT - tratamento- terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness), podem ajudar as mulheres a identificar e administrar o medo de abrir mão do controle, medo de vulnerabilidade ou problemas de confiança no parceiro. Psicoterapia pode ser útil para mulheres que foram abusadas sexualmente ou com distúrbios psicológicos, assim como a MBCT.

Praticar atenção plena (com foco no que está acontecendo no momento) pode ajudar as mulheres a prestar atenção às sensações sexuais, sem fazer julgamentos ou monitorar o que está acontecendo.

Se um (ISRS- Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina) for a causa, a adição de bupropiona (um tipo diferente de antidepressivo) pode ajudar. Ou outro antidepressivo pode ser substituído. Algumas evidências sugerem que, se as mulheres pararam de ter orgasmos depois que começaram a tomar ISRS, a sildenafila pode ajudá-las a voltar a ter orgasmos.

Distúrbio de baixo desejo sexual:

Distúrbio de baixo desejo sexual (distúrbio do desejo/interesse sexual) é a falta de interesse na atividade sexual e de pensamentos sexuais.

- Depressão, ansiedade, estresse, problemas de relacionamento, experiências passadas, medicamentos e, menos frequentemente, alterações hormonais podem reduzir o desejo sexual.

Melhorar a relação e o ambiente para a atividade sexual e identificar o que estimula a mulher sexualmente pode ajudar. As psicoterapias, especialmente a terapia cognitiva baseada na atenção plena, podem ser recomendadas. Uma redução temporária do interesse sexual é comum, muitas vezes causada por problemas temporários, como fadiga.

Por outro lado, o distúrbio de baixo desejo sexual faz com que pensamentos sexuais, fantasias e desejo por atividade sexual sejam reduzidos em um longo período

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

de tempo e mais do que seria esperado para a idade da mulher e a duração da relação sexual. O baixo desejo sexual só é considerado um distúrbio se afligir as mulheres e se o desejo estiver ausente durante toda a experiência sexual.

Depressão, ansiedade, estresse ou problemas em um relacionamento geralmente reduzem o desejo sexual e a motivação. Ter uma baixa autoimagem sexual também contribui, assim como ter experiências sexuais insatisfatórias, o que pode ocorrer por falta de habilidade de um ou ambos os parceiros ou porque a mulher não comunica suas necessidades sexuais. Mulheres com esse distúrbio tendem a ser ansiosas e ter frequentes mudanças de humor.

O uso de certos medicamentos, incluindo antidepressivos (especialmente inibidores seletivos de recaptação da serotonina), opioides, alguns anticonvulsivantes (Medicamentos usados para tratar convulsões) e betabloqueadores (Medicamentos anti-hipertensivos), pode reduzir o desejo sexual, assim como a ingestão de quantidades excessivas de álcool.

Como os níveis de hormônios sexuais como o estrogênio e a testosterona diminui com a idade, é de se esperar que o desejo sexual também diminua com a idade. No entanto, em geral, o distúrbio de baixo desejo sexual é mais comum entre mulheres jovens e saudáveis, e também entre mulheres mais velhas. Ainda assim, às vezes mudanças nos hormônios sexuais causam o baixo desejo.

Por exemplo, em mulheres jovens e saudáveis, quedas repentinas nos níveis de hormônios sexuais, como podem ocorrer durante as primeiras semanas após o parto, podem causar diminuição do desejo sexual.

Em mulheres de meia-idade e mais velhas, o desejo sexual pode diminuir, mas não foi comprovada uma relação entre a diminuição e hormônios. Em mulheres mais jovens, a remoção de ambos os ovários provoca uma queda muito repentina nos hormônios sexuais (estrogênio, progesterona e testosterona), bem como infertilidade. Além disso, o motivo para remoção pode ser o câncer. Todos esses efeitos podem contribuir para o baixo desejo sexual. Mesmo quando essas mulheres tomam estrogênio, o desejo sexual pode ser baixo.

A diminuição de estrogênio pode deixar os tecidos da vagina finos, secos e sem elasticidade (vaginite atrófica). Como resultado, a relação sexual pode ser desconfortável ou dolorosa, reduzindo o interesse das mulheres.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O diagnóstico se baseia no histórico da mulher e na descrição do problema. Um exame pélvico é feito se a penetração durante a atividade sexual gerar dor.

Uma das medidas mais úteis é que as mulheres identifiquem e digam ao seu parceiro que coisas as estimulam. As mulheres podem ter de lembrar ao parceiro de que precisam de atividades preparatórias que podem ou não envolver toque para se preparar para a atividade sexual.

Por exemplo, elas podem querer falar intimamente, assistir a um vídeo romântico ou erótico ou dançar. Elas podem querer beijar, abraçar ou acariciar. Podem querer que seu parceiro toque várias partes do seu corpo, em seguida, os seios ou genitais (preliminares) antes de passar para a relação sexual ou outra atividade sexual que envolva penetração.

Os casais podem experimentar com diferentes técnicas ou atividades (incluindo fantasia e brinquedos sexuais) para descobrir estímulos eficazes. As medidas recomendadas para tratar a disfunção sexual em geral (Tratamento) também podem ajudar a aumentar o desejo sexual.

O tratamento geralmente concentra-se em fatores que contribuem para o baixo desejo sexual, como depressão, baixa autoimagem sexual e problemas de relacionamento.

Psicoterapias, especialmente a terapia cognitiva baseada na atenção plena (MBCT – Tratamento), podem ajudar algumas mulheres. Atenção plena envolve concentrar-se no que está acontecendo no momento. A MBCT, geralmente feita em grupos pequenos, combina atenção plena e terapia cognitivo-comportamental. Pode ajudar com a excitação, o orgasmo e o subsequente desejo pela atividade sexual

8.1 Vulvodínia

Nome genérico usado para caracterizar toda dor genital na região vulvar, essa condição, sem etiologia nem tratamentos claros, deve ser diferenciada de causas orgânicas que acometem a pele e a mucosa e tratada de acordo com o fator causal específico. As causas orgânicas da dor vulvar são endometriose, doença inflamatória pélvica, deficiência de estrogênio, prolapso de órgãos pélvicos, incontinência urinária, cistite intersticial, tratamento de câncer ginecológico, quimioterapia, reação enxerto

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

versus hospedeiro, malformações, hidradenite supurativa, fibrose uterina, síndrome do intestino irritável, radiação pélvica e mutilação genital (FUGL-MEYER et al., 2013).

É classificada em subtipos diferenciados em razão da localização da dor e do fator desencadeante (FUGL-MEYER et al., 2013).

- **Vulvodínia localizada:** restrita a uma parte da vulva, como vestíbulo ou clitóris;
- **Vulvodínia generalizada (VDG):** quando afeta toda a região vulvar. Os sintomas generalizados partilham muitas características com as condições de dor neuropática e podem ser desencadeadas por traumatismo ou distúrbios dos músculos e ligamentos do abdome inferior ou pélvicos. Também estão relacionados com história de candidíase de repetição (FUGL – MEYER et al., 2013).
- **Vulvodínia provocada (VDP):** quando ocorre em resposta a estímulos externos (v.g., pressão), é uma das causas mais comuns de dor genital superficial em mulheres pré-menopausicas, com prevalência estimada em 12% da população (GOLDSTEIN; PUKALL, GODSTEIN, 2009). O toque leve da mucosa ao redor da abertura vaginal (pelo teste do cotonete ao exame físico) e a penetração vaginal são sempre dolorosos. A etiologia é multifatorial, desde fatores psicológicos a traumatismos, responsáveis por causar uma reação inflamatória – ou seja, uma lesão inicial do tecido libera mediadores inflamatórios e conduz a uma sensibilização periférica e o limiar da dor fica reduzido. Há também evidências de sensibilização central com amplificação da dor, bem como transtornos ansiosos e depressivos. Tem sido epidemiológica e experimentalmente comprovado que a contracepção oral pode aumentar a prevalência de VDP (FUGL – MEYER et al., 2013).
- **Vulvodínia não provocada:** dor espontânea, independentemente da estimulação. É menos vista e, em casos típicos, afeta mulheres na pós-menopausa. A dor é contínua, difusa e descrita como “em queimação”. Estruturas vulvares têm aparência normal ao exame físico e pode haver atividade sexual, muitas vezes, sem dor (FUGL – MEYER et al., 2013).
- **Vulvodínia mista:** combinação de dor provocada e não provocada.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

8.2 Tratamento do transtorno do interesse/ excitação sexual feminino pela terapia cognitiva – comportamental PAREI AQUI

O direcionamento da abordagem terapêutica dependerá dos dados relevantes observados durante o interrogatório clínico. Recomendável a abordagem por equipe multidisciplinar (BASSON, 2005; apud SOARES F; 2017).

Técnicas da terapia sexual podem ser utilizadas para a reaproximação do casal, assim como a terapia de casal no caso de crise de relacionamento. A terapia em grupo também se demonstrou eficaz para tratamento do DSH, já que as mulheres se identificam com os problemas e as soluções (DIEHL; VIEIRA, 2017; apud SOARES F; 2017).

A mulher deve ser incentivada a um autoconhecimento, com o fito de se descobrir sexualmente, por intermédio de exercícios do autoconhecimento sexual, masturbação e formulação de fantasias. Uma postura mais ativa quanto à própria sexualidade refletirá na melhora da autoestima sexual. Entende – se que literatura e filmes eróticos são boas ferramentas para formulação de fantasias (BASSON et al., 2010; apud SOARES F; 2017). As técnicas utilizadas em terapia sexual são importantes para criar uma rotina sexual entre o casal (HEIMAN, 2011; apud SOARES F; 2017).

Dentro da abordagem multidisciplinar a terapia cognitiva – comportamental tem se mostrado uma eficiente ferramenta no tratamento das diversas disfunções sexuais. O tratamento deve ser iniciado nas primeiras sessões, no momento da avaliação, o terapeuta (o) deve verificar como se dá o relacionamento entre a paciente e sua parceira. Entende – se produtivo o tratamento do casal em conjunto, sendo realizadas anamneses individuais e em conjunto (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

Uma anamnese sexual pré-estabelecida deve ser percorrida durante as sessões de avaliação. Na avaliação pessoal, o terapeuta poderá verificar aspectos da vida pregressa e atual da paciente, que muitas vezes a mulher não se sente confortável em dividir com sua parceria, no que pese sua importância para um diagnóstico e tratamento adequados.

Traumas, relacionamentos anteriores, extraconjugais, são fatores relevantes. Ademais, deve-se verificar, a real motivação da busca por auxílio terapêutico, bem como quais são as reais expectativas da paciente quanto à mudança em seu quadro (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Já na avaliação conjunta, o terapeuta deve verificar o padrão de comunicação que existe entre os parceiros, bem como as diferenças quanto às queixas e expectativas em relação a terapia. Outrossim, essencial verificar o grau de compromisso afetivo do casal, bem como a reciprocidade no grau de compromisso, além das expectativas de cada um no que se refere a atividade sexual.

Em muitos casos, verificar – se que para um dos parceiros o sexo não é um alicerce do relacionamento, enquanto que, para o outro, uma vida sexual intensa e satisfatória seja fundamental para a manutenção do relacionamento. Tal disparidade entre as expectativas deve ser abordada e trabalha ao longo do processo terapêutico, para este possa ser eficiente (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

Munido das informações obtidas na anamnese, o terapeuta poderá identificar os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores das queixas sexuais (ABDO, 2000; apud SOARES F; 2017). Educação rígida, relações familiares conflituosas, informação sexual inadequada, bem como experiências sexuais traumáticas, são exemplos de fatores predisponentes que devem ser verificados pelo terapeuta.

Por seu turno, são fatores precipitantes, que igualmente devem ser abordados pelo terapeuta, partos, problemas conjugais, infidelidade, idade, depressão, ansiedade.

Além dos fatores alhures referidos, há que se levar em consideração os fatores mantenedores, tais como antecipação do fracasso, culpa, crenças irracionais, comunicação deficiente entre os parceiros, problemas conjugais, medo de intimidade, autoimagem distorcida, informação sexual inadequada, falta de preliminares sexuais, perda de atração sexual entre os parceiros (ABDO, 2000; apud SOARES F; 2017).

É muito importante a realização de uma boa anamnese, oportunidade em que se poderá verificar as hipóteses diagnósticas e, com base nelas, estruturar a proposta terapêutica. Tratamento das causas orgânicas, terapia individualizada, terapia de casal e terapia sexual.

No mais das vezes, tais não são excludentes entre si. Nos casos em que se verifica uma causa orgânica geradora ou mantenedora da queixa sexual, como, por exemplo, na dispareunia, é possível a realização do tratamento, a depender do caso, antes ou durante a terapia sexual (DIEHL; VIEIRA, 2017; apud SOARES F; 2017).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Existem fatores inicialmente prejudiciais à utilização da terapia sexual, tais como a existência de psicopatologia individual, v.g. depressão, alcoolismo, uso de drogas, além de histórico de abuso sexual.

A terapia sexual deve igualmente ser evitada em um primeiro momento, para o tratamento de pacientes com quadro de relacionamento geral comprometido, como pessoas que demonstram grande hostilidade na relação interpessoal, comunicação deficiente, ou em casos de ausência de motivação ou aderência de um dos parceiros, como, por exemplo, quando um dos parceiros esconde de sua parceria, relacionamento extraconjugal existe.

Quando o caso é de psicopatologia individual, geralmente indica – se terapia individual e, após uma primeira etapa do tratamento, em persistindo a queixa sexual, a terapia sexual. Entretanto, em casos onde se verifica comprometimento generalizado da relação afetiva ou expectativas antagônicas, entende – se adequada a terapia de casal.

Contudo, não há uma orientação peremptória, sendo que cada caso deve ser analisado individualmente, para que se verifique a melhor proposta terapêutica e eventual associação de terapias (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

Por fim, é importante salientar que a avaliação é um processo dinâmico que prossegue durante todo o processo terapêutico, sendo que a cada sessão mais informações são coletadas, hipóteses são checadas e novas propostas são testadas (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017). Uma vez determinado que a terapia sexual é potencialmente satisfatória para a um paciente ou para um casal, o terapeuta deverá fazer um resumo da avaliação, apontando fatores que possa estar na origem ou manutenção do problema.

Após, o terapeuta deverá explicar a proposta terapêutica, encorajando a paciente ou casal a focalizar os fatores positivos de sua sexualidade, e no caso do casal, do relacionamento, estimulando o casal a modificar rotinas sociais e familiares para estarem mais tempo em contato íntimo, para viabilizar a construção de um relacionamento satisfatório, afastando –se a crença de que os relacionamentos positivos devem ser automáticos e não construídos paulatinamente (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

O principal objetivo da terapia sexual é ajudar o casal a ter uma vida sexual mais satisfatória. Pela utilização de um programa estruturado, a terapia visa ajudar os parceiros e identificar o que está gerando e mantendo suas dificuldades e, pelas técnicas empregadas, sugere caminhos para supera-lá (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

A identificação de crenças disfuncionais e sua correção devem ocorrer ao longo do processo terapêutico, sendo que em muitos casos, a reestruturação cognitiva deve ser feita antes da proposição dos exercícios comportamentais. Por exemplo, no tratamento de um paciente com vaginismo e que tinha vergonha de se despir em frente de sua parceria, é aconselhável que se promova o aumento da intimidade entre o casal antes de propor exercícios para o treinamento do vaginismo.

O aumento da intimidade deve ser progressivo, incentivando a paciente a se despir gradativamente, aumentando a luminosidade do ambiente, igualmente de forma gradual. Para que aos poucos ela se sinta à vontade para estar nua na presença de sua parceria (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

Paralelamente, deve ser feita a reestruturação cognitiva, isso porque a paciente muitas vezes aprendeu desde tenra idade que mulheres ditas de bem não devem ser vistas despidas por ninguém, nem mesmo por sua parceria. Portanto, se faz necessário modificar a distorcida crença acerca da nudez antes de se passar a procedimentos de terapia sexual.

Sendo certo que tudo irá depender do caso concreto, o que exige que o terapeuta esteja atento aos detalhes de cada caso (MASTER; JOHSON, 1966; apud SOARES F; 2017). Uma técnica a ser utilizada é a da focalização sensorial não-genital e genital, tem como objetivo ensinar o casal a relaxar nas situações de contato íntimo, bem como perceber o parceiro e suas preferências, sentir prazer não erótico no contato físico, comunicar seus sentimentos e modos de preferência no contato físico, por fim, identificar pensamentos e crenças disfuncionais (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006; apud SOARES F; 2017).

O casal deve ser orientado pelo terapeuta a explorar o corpo um do outro, de maneira a conhecer áreas e toques mais prazerosos, sem tocar as zonas eróticas ou erógenas. Em um segundo momento as zonas erógenas são liberadas e, por fim a região genital (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2006; apud SOARES F; 2017).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Paralelamente a essas dinâmicas de autoconhecimento e aprofundamento da intimidade do casal, são introduzidas técnicas específicas para lidar com problemas de cada caso. O momento de incluir a relação sexual na dinâmica vai depender do caso concreto, notadamente da questão apresentada pela mulher e seu parceiro.

Com base nos mesmos princípios da focalização sensorial, o treino de autoestimulação tem por objetivos promover o conhecimento do próprio corpo, descobrir sensações que causem prazer, além de áreas erógenas, bem como sentir – se confortável com o uso de fantasias (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

8.3 TRATAMENTO DO TRANSTORNO DA DOR GÊNITO- PÉLVICA/ PENETRAÇÃO PELA TERAPIA COGNITVO- COMPORTAMENTAL

8.4 Atendimento inicial

Mulheres com dor genital, especialmente aquelas com vaginismo, são, muitas vezes, relutantes em se submeter ao exame ginecológico e várias visitas podem ser necessárias antes de uma tentativa. Assim, o profissional de saúde deve estar ciente da importância de criar um vínculo antes de o procedimento ser realizado. Essa avaliação requer uma abordagem sistemática incluindo inspeção de vulva, vestíbulo, hímen e vagina. Sítios de alodínia precisam ser mapeados, utilizando – se um swab úmido para tocar os vestíbulos em quatro áreas, anteroposteriores e laterais.

Ao avaliar os músculos do assoalho pélvico, pode haver uma contração involuntária em virtude da ansiedade e do medo, muitas vezes falseando um diagnóstico de hipertonía muscular. Isto pode ser evitado ao se explicar ao exame para a paciente, instruindo – a relaxar os músculos abdominais (FUGL – MEYER et al., 2013; apud SOARES F; 2017).

A história sexual pode ser obtida durante uma ou duas entrevistas estruturadas e incluir perguntas mais específicas sobre a dor, sua localização, duração e gravidade. É importante saber se a paciente tem experiências variáveis dependendo da parceria sexual, suas atividades sexuais preferenciais e hábitos de masturbação. Outras questões: a dor genital é primária ou secundária; localizada ou generalizada, situacional ou surge em todas as relações sexuais?

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Experimentou algum tipo de assédio sexual ou violência? Existem outras disfunções sexuais (incluindo do parceiro) e, em caso afirmativo, em qual ordem apareceram? (ABDO, 2000; apud SOARES F; 2017).

Uma anamnese adequada dá ao médico/examinador, bem como a paciente, estrutura e imagem de como e de que maneira a dor sexual ocorre e interfere, não só em sua prática sexual, mas na vida como um todo. Saúde psicológica/psiquiátrica, tratamentos anteriores e seus resultados, bem como a motivação para a busca e as expectativas do tratamento, também são informações importantes. Além disso, pode ser necessária uma abordagem ao parceiro, de preferência em conjunto com a paciente (FUGL-MEYER et al., 2013; apud SOARES F; 2017).

8.5 Psicoterapia

Mulheres com dor sexual muitas vezes apresentam sentimento de rejeição, agressividade, hostilidade, vergonha ou culpa, ansiedade, experiências de trauma psicológico, bem como conflitos não resolvidos. Alguns pacientes (casais) se beneficiarão da psicoterapia, que deve ser indicada quando questões sexuais, psicológicas e/ou de parceira forem os problemas predominantes. A psicoterapia pode ser individual, de casal, ou terapia em grupo (FUGL-MEYER et al., 2013; apud SOARES F; 2017).

No transtorno dor gênito-pélvica/ penetração há a concentração involuntária da musculatura do terço inferior da vagina, tornando a penetração muito difícil e por vezes impossível, sendo exacerbadamente dolorosa.

No mais das vezes, a paciente apresenta a questão desde o preâmbulo da atividade sexual. Existem vários casos em que a mulher sequer consegue utilizar absorventes internos, nem mesmo serem examinadas pelo médico ginecologista. A procura por tratamento muitas vezes ocorre quando o casal pretende ter filhos. Muitas vezes levam uma vida sexual, porém, sem penetração (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

O objetivo é auxiliar a mulher a se sentir bem consigo mesma, com seu corpo, e gradativamente se submeter a uma penetração progressiva de profundidade e diâmetro, até estar apta a receber um pênis em sua vagina para a relação sexual sem dor e prazerosa para si e sua parceria.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

É primordial que a mulher entenda que o objetivo do tratamento é uma progressiva perda do modo da penetração pela gradativa exposição a este medo (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

O exame físico deve ser diagnóstico e também terapêutico, podendo ser realizado na presença do parceiro, se for da preferência da paciente. É importante a orientação da anatomia sexual e da resposta sexual, com ilustrações. Deve-se realizar o exame físico com espelho para o autoconhecimento. Discutir crenças para verificar as disfuncionais, notadamente acerca da imagem corporal da paciente. Treinar o relaxamento da região vaginal com técnicas de relaxamento progressivo é indicado e deve ser proposto como tarefa, ou ser realizado em sessão.

Os exercícios de Kegel são indicados, sendo que uma segunda etapa pode – se promover a penetração com dedos, passando a aumentar a exposição ao dilatamento paulatinamente. Eventualmente é necessário o uso de dilatadores vaginais. Por fim, a penetração realizada pela parceria, usando posições em que a mulher possa controlar a penetração, como, por exemplo, a mulher por cima sem movimento e posteriormente com movimentação (KNAPP et al., 2004; apud SOARES F; 2017).

8.6 A terapia de casal

Na terapia de casal, recomenda-se tomar como referência as características dos relacionamentos saudáveis. Ao longo do tempo, os casais tendem a estabilizar um padrão relacional próprio, o que facilita identificar a melhor abordagem terapêutica: psicoeducativa, preventiva ou terapêutica.

A abordagem psicoeducativa beneficia principalmente casais com potencial de mudança dos fatores de risco identificados. Muitas estratégias para prevenção e tratamento de dificuldades sexuais estão disponíveis.

No entanto, um dos principais desafios é trabalhar com dinâmica de poder entre os parceiros e questões de gênero, o que envolve algumas habilidades, como por exemplo: identificar aspectos socioculturais, dinâmicas relacionais de poder, garantir contexto de segurança (tanto para encorajar vulnerabilidade no parceiro com mais poder como atender à necessidade de segurança para aquele com menos poder),

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

facilitar sintonia mútua, desenvolver modelo relacional baseado em igualdade e facilitar responsabilidade compartilhada pelo relacionamento.

O sistema disfuncional do casal pode provocar, na sessão de terapia, discussões carregadas de acusações e ressentimentos que expressam as diferenças de opinião e de percepção de si mesmo e do outro. Nas sessões terapêuticas, essas discussões podem se tornar um processo doloroso e estéril.

Porém, apesar dessas dificuldades, há evidências de que as intervenções terapêuticas direcionadas ao casal melhoram as dificuldades sexuais. Para ampliar a visão do casal sobre a dinâmica disfuncional e ao mesmo tempo evitar a simples repetição dessas discussões estéreis, a terapia de casal tem desenvolvido estratégias terapêuticas em diferentes abordagens teóricas.

O psicodrama é um modelo terapêutico que facilita a expressão e a experimentação de emoções e sentimentos. A técnica de dramatização de conflitos, as metáforas e as representações simbólicas incluem o corpo e a ação, que fazem parte inerente da função sexual, permitindo outras formas de acesso à dinâmica relacional do casal.

A inversão de papéis é a técnica do psicodrama que tem apresentado melhores resultados. Os parceiros são convidados a assumir o lugar do outro. Na sequência, a interação entre eles ocorre, a partir dos conteúdos expressados por cada um.

Um recurso muito valorizado para capturar e transformar impasses nas relações de casais é a construção de esculturas. O casal é convidado a buscar formas simbólicas para expressar como cada um se percebe no relacionamento quando surge um problema.

Cada um expressa sua fantasia numa curta encenação, que captura a percepção de si, do outro e do relacionamento, expressando a experiência subjetiva de cada um (emoções, crenças, expectativas, vulnerabilidades, ameaças, projeções e distorções).

Na construção da escultura, a memória corporal é trazida pela emoção e não pela razão, fazendo com que padrões de comportamentos sejam explicitados, associando e combinando conteúdos recordados e os esquecidos. As vias emocionais substituem as cognitivas carregadas de justificativas, negações e acusações, que tendem a obstruir a abertura de novos canais de comunicação.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

A associação da técnica de inversão de papéis e a construção de esculturas facilita explicitar o padrão disfuncional complementar do casal. A representação metafórica do relacionamento, associada a outros recursos técnicos, impede as justificativas e explicações próprias da discussão verbal, facilitando o desenvolvimento de novos padrões de comunicação.

Uma outra estratégia para ampliar a compreensão dos padrões de interação é focar na maneira como os parceiros lidam com aspectos mais sensíveis do relacionamento, que desencadeiam sensações de vulnerabilidade e consequente reatividade emocional, assim como na sintonia e eficácia dos padrões interacionais que utilizam.

Um outro recurso é a terapia focada na emoção, que busca expandir a consciência emocional do casal, especialmente emoções mais profundas e sensíveis, para que possam enviar novos sinais ao parceiro. Consequentemente, evoca respostas novas e mais positivas, que por sua vez são organizadas em novos padrões relacionais que geram mais segurança e confiança para o casal. Algumas disfunções sexuais têm a recomendação de diagnóstico e tratamento psicoterápico, como por exemplo, o vaginismo.

A maioria dos parceiros de mulheres com vaginismo tem pouca ou nenhuma experiência sexual prévia e apresenta alta prevalência de disfunção erétil, sugerindo a relevância da abordagem da disfunção numa perspectiva sistêmica do casal. A ejaculação precoce adquirida também é uma disfunção associada à dinâmica relacional do casal.

A abordagem terapêutica deve associar o levantamento dos conflitos do casal e seus desencadeantes, o que ajuda o casal a identificar o padrão relacional disfuncional, principalmente as influências negativas de suas famílias de origem, de onde decorrem geralmente esses conflitos.

Partindo do enfoque de desenvolvimento de habilidades, a terapia comportamental de casais colocou ênfase no ensino de habilidades comunicacionais e na solução de problemas dos casais, que supostamente envolveriam padrões saudáveis de casamentos satisfatórios. Estas habilidades seriam ensinadas aos casais em módulos, em uma sequência pré-estabelecida. Curiosamente, a característica fundamental das abordagens comportamentais em terapia, incluindo a terapia comportamental de casais, a análise funcional parece ter sido desconsiderada. Desta forma, usualmente falhavam em uma importante distinção funcional comportamental; entre um problema de aquisição de uma habilidade e de sua performance, isto é, na diferença entre a aprendizagem e o uso de uma

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

habilidade já adquirida, mas não exercida, suficientemente, em um relacionamento (Gurman & Fraenkel, 2002 apud Carneiro T; 2008).

8.7 Tratamento do transtorno do orgasmo feminino ou anorgasmia pela terapia cognitivo – comportamental

O tempo de duração do tratamento da anorgasmia depende das causas a ela relacionadas. Quanto mais cedo for detectado o problema, mais rápido e eficaz será a solução. O interesse da mulher pela melhora, bem como o engajamento do casal igualmente contribuem para acelerar o tratamento da disfunção. A partir do momento em que a falta de orgasmo é identificada, a mulher deve procurar um médico de sua confiança, como um clínico geral ou ginecologista, para verificar possíveis causas orgânicas para a sua sintomatologia.

Após esta avaliação, outros profissionais (sexólogos, psicólogos e terapeutas) serão importantes para melhor avaliação e condução do tratamento. E neste momento se demonstra a terapia cognitivo – comportamental como importante ferramenta para, dentro de um trabalho multidisciplinar, alcançar a solução da questão (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017).

8.8 Anamnese

Dentro de um processo terapêutico em que se pretende utilizar as técnicas de terapia cognitivo – comportamental, imperiosa e determinante, para que se alcance resultados efetivos, a realização de uma criteriosa anamnese (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017).

De início, o terapeuta deve escutar com atenção a queixa da paciente, prestando atenção nos detalhes e efetuando eventuais anotações (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017). Na sequência, o terapeuta cognitivo – comportamental deve abordar o desenvolvimento sexual da paciente. Indagar de que maneira se deu sua educação sexual, quais foram suas influências culturais e religiosas, de que maneira se tratou a questão sexual no ambiente familiar e atitude dos pais em relação ao sexo.

Deve – se questionar se a paciente tem o costume de se masturbar e o paralelo das sensações experimentadas com essa prática em comparação com aquelas experimentadas em relações a dois.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Ainda no que tange ao desenvolvimento sexual da paciente, deve-se indagar a eventual ocorrência de episódios antecedentes sexuais traumáticos, além de experiências homossexuais (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017).

Em seguida, se deve abordar os relacionamentos sexuais pretéritos, além do atual. Tal abordagem deve ocorrer quanto à qualidade da relação, a comunicação do casal, as práticas e preferências, crenças e expectativas.

Aqui, importante dar especial atenção às crenças e expectativas, tentar visualizar eventuais crenças disfuncionais, que poderão ser objeto de atuação do terapeuta cognitivo – comportamental no tratamento da disfunção sexual. Ainda no que tange aos relacionamentos sexuais, notadamente no atual, importante abordar qual a frequência da atividade sexual, a existência ou não de fantasias e erotismo, além de eventuais eventos estressantes (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017).

Por fim, ainda na anamnese inicial, o terapeuta cognitivo – comportamental deve indagar acerca de antecedentes clínicos, psiquiátricos, tratamentos prévios e o eventual uso de álcool e drogas (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017).

8.9 Terapia

Dentro de um processo terapêutico, o terapeuta cognitivo – comportamental deve elaborar um programa estruturado que permita à mulher uma reconstrução gradual do relacionamento sexual com o seu parceiro.

Para tanto, o profissional pode propor que o casal aumente o repertório sexual, além de fomentar o encorajamento da comunicação, fortalecendo a confiança mútua para que cada um possa expor o que deseja dentro da relação sexual (DIEHL; VIEIRA, 2017 apud SOARES F; 2017). A psicoterapia de abordagem cognitivo – comportamental objetiva promover alterações cognitivas, mudanças de atitude e consequente redução da ansiedade em relação à disfunção a ser defrontado.

Com tal desiderato, são utilizados diversos exercícios comportamentais prescritos para serem realizados em casa, como tarefa. A masturbação dirigida é a modalidade mais utilizada para tratar mulheres com anorgasmia primária. Em uma abordagem multidisciplinar, a técnica pode ser integrada a outras abordagens terapêuticas, além de ser adaptada a cada caso individualmente.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

No que se pese a potencial eficácia dessa abordagem, algumas mulheres se demonstram capazes de experimentar um orgasmo durante a masturbação, todavia, não durante a relação sexual com a parceira.

Tal fato decorre dos fatores interpessoais atinentes ao ato sexual entre um casal. Dificuldade de se entregar, medo, vergonha, culpa e falta de diálogo são fatores preponderantes. Em tais casos, são necessárias técnicas de estimulação clitoriana suplementares para que, durante a relação sexual, a mulher possa receber estímulo bastante à obtenção da resposta orgásmica esperada (HEIMAN, 2011 apud SOARES F; 2017).

Existem técnicas que podem ser aplicadas em consultório pelo terapeuta sexual, como, por exemplo, indagar a paciente sobre seu background sexual, que seria a contextualização e significado da sexualidade, revendo – se as experiências relacionadas com a sexualidade vividas pela paciente durante sua trajetória de vida.

Toques, desejos, ou atividades sexuais durante cada uma das fases da mulher devem ser considerados. O terapeuta deve proporcionar um ambiente de aceitação, sem julgamentos ou censuras quanto ao background sexual apresentado pela paciente (DIEHL; VIEIRA, 2017 apud SOARES F; 2017).

Dentro de uma abordagem terapêutica, o profissional deve atribuir como tarefa de casa, a ser realizada pela paciente, olhar seu corpo no espelho, de roupas inicialmente, depois com roupas íntimas e, por último, nua, buscando avaliar o que pensa sobre o seu próprio corpo a cada fase da visualização.

Após a realização da primeira tarefa, com um auxílio de um espelho, a paciente deve verificar a anatomia de sua região sexual, os lábios externos e os internos, o clitóris, a vagina e o ânus. Em uma terceira etapa, a paciente deverá tocar o próprio corpo, com o intuito de autoconhecimento, sem objetivo de orgasmo.

O terapeuta pode ensinar a paciente os exercícios de Kegel, ou técnicas de pompoarismo para promover uma tonificação da musculatura do assoalho pélvico, com o intuito de fomentar consciência e conexão com essa área do corpo.

Seguindo os trabalhos, a paciente pode começar a tocar o seu corpo, agora com intuito de alcançar o orgasmo. Deverá tocar o seu corpo, inclusive genitais, trabalhando conteúdos eróticos, tais como pensamentos, filmes, contos, buscando encontrar os temas que exercem sobre a paciente maior atração sexual. O uso de vibradores é indicado (DIEHL; VIEIRA, 2017 apud SOARES F; 2017).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Por fim, o terapeuta deverá discutir com a paciente sobre as possíveis formas de comunicas à parceria a respeito de suas novas descobertas e como coloca – lá em prática na intimidade do casal (KNAPP et al., 2004 apud SOARES F; 2017).

O orgasmo feminino carece de vínculo e consequência da presença masculina na análise freudiana. No desconhecimento da sexualidade feminina, e seguindo a teoria parte dos homens a exigência e necessidade de provocar na mulher o orgasmo vaginal, a mulher por seu lado sente a necessidade de corresponder. Dificultando interiorização na cabeça masculina que a penetração sozinha é um estímulo pobre, sendo para a mulher o clitóris o “prato principal”. (Livro, disfunções sexuais autora: Cassandra Pereira França, apud FREUD, 1935).

8.10 Intervenção nas disfunções do desejo sexual hipoativo e da excitação

A falta de interesse pelo sexo, a diminuição do desejo ou a dificuldade na excitação podem requerer abordagens e procedimentos diversos. Com frequência, a intervenção é no sentido de explorar inibições, desmistificar e derrubar crenças disfuncionais perpetuadas ao longo da vida, resultantes de uma socialização mais repressiva que impede a vivência livre do prazer sexual e, ao mesmo tempo, tratar de questionar e modificar atitudes negativas face à sexualidade através da reestruturação cognitiva. Tomar conhecimento de pensamentos, emoções e comportamentos negativos em relação à sexualidade, procurando focar as características não desejadas da relação ou do companheiro é o primeiro passo na abordagem terapêutica.

Por vezes, é necessária a intervenção nalgumas dinâmicas da relação, nomeadamente para melhorar padrões de comunicação e promover a comunicação sexual, no sentido de a mulher dar a conhecer ao outro os estímulos para ela mais adequados e preferidos.

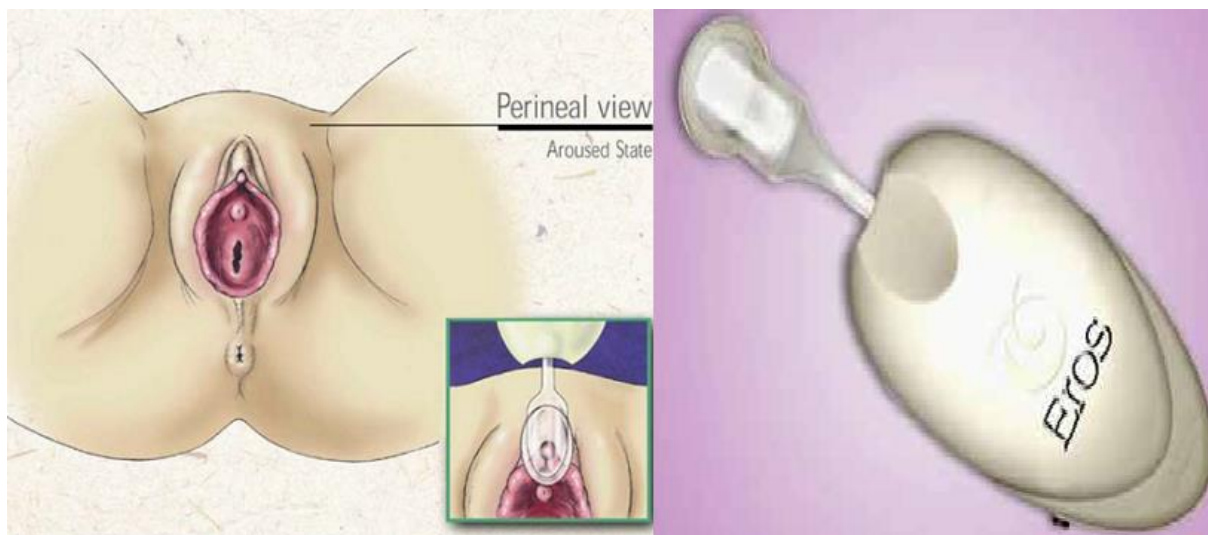
No quadro de disfunções da excitação procura-se criar situações não exigentes nas quais possa ocorrer a excitação sexual em um contexto mais livre de pressão (desaconselhado o coito, por exemplo). É também útil prescrever o uso de material erótico e a elaboração de fantasias (muitas vezes consideradas como “maus pensamentos” ou “ideias de pecado”).

Podem ainda ser interessantes os exercícios de auto estimulação ou masturbação, com o objetivo de exploração e descoberta do corpo e do prazer num contexto individual.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Nalguns casos, poderá justificar – se a psicoterapia individual, por exemplo quando se verificam determinadas inibições resultantes do medo de abandono, medo de perder o controle, personalidades altamente controladoras e obsessivas, ou sentimentos de não ser merecedora de prazer.

Não podemos deixar de referir um instrumento de seu nome EROS CTD concebido para o tratamento desta disfunção, trata – se de um instrumento que se coloca sobre o clitóris para aumentar a vasocongestão através de um mecanismo de vácuo, que não nos parece particularmente interessante. Não raras vezes é absolutamente necessária uma intervenção no sentido de melhorar a capacidade de concentração nos estímulos sexuais.



Fonte: [healiohealth.com/ asister.es](http://healiohealth.com/asister.es)

Técnicas de focagem da atenção são particularmente úteis, a técnica de mindfulness tem sido usada com sucesso com o objetivo de melhorar a capacidade de focagem nos estímulos sexuais e aumentar a excitação sexual.

Sobre a disfunção do orgasmo a maior parte das vezes verifica – se uma comorbidade da disfunção do orgasmo com a disfunção da excitação sexual, por conseguinte, a intervenção terapêutica não difere. Também neste quadro diagnóstico se verifica com frequência a necessidade de desmistificar crenças e atitudes.

A reestruturação cognitiva permite identificar pensamentos automáticos disfuncionais e desafiar crenças perturbadoras. Uma intervenção psicoeducacional com o objetivo de facilitar informação especificar sobre a resposta sexual feminina pode ser muito útil.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

As técnicas auto – eróticas nas disfunções orgásticas tem – se revelado particularmente úteis. Com a prática da masturbação pretende – se que a mulher conheça a estimulação que necessita para aumentar a excitação sexual necessária para atingir o orgasmo. Kaplan sugere a “ manobra da ponte” para maximizar a estimulação do clitóris durante o coito, através de uma postura que favorece o contato direto da base do pênis com o clitóris.

Os exercícios musculares, vulgarmente conhecidos como treino de Kegel, de fácil execução, também da consistência orgástica feminina. Muitas mulheres referem medo “ de perder o controle”, o que as faz bloquear exatamente no momento em que devem “ perder o controle” que a experiência do orgasmo exige. Nestes casos, poderá estar também indicada uma psicoterapia individual breve.

Em disfunção da dor no caso do vaginismo e da dispareunia recomenda- se um enfoque multidisciplinar, é fundamental analisar a experiência da dor (tipo de dor, quando e como). A intervenção no vaginismo e na dispareunia é ainda um desafio terapêutico. Os esforços terapêuticos visam a redução ou controle da dor, lidar com as suas consequências negativas e restabelecer uma vida sexual satisfatória.

A abordagem terapêutica inclui informação sobre os aspectos biopsicossociais da dor, reestruturação cognitiva, modificação do estilo de coping, técnicas de relaxamento, exercícios de Kegel e utilização de dilatadores, para dessensibilização progressiva com objetivo de esbater a dor ou o reflexo espasmódico condicionado. Contudo, as disfunções sexuais tanto femininas quanto masculinas constituem um espectro diversificado de dificuldades que exige uma abordagem holística na avaliação e intervenção, junto com a terapia sexual e cognitiva comportamental.

Deve –se pensar na etiologia e a intervenção nas diversas perspectivas – individuo, casal, família de origem, história/ cultura/ religião e ainda a perspectiva biológica, psicológica e social – desafia o nosso nível de complexidade e sofisticação clínica e teórica e revela a necessidade de sermos conhecedores de muitas disciplinas e abordagens terapêuticas a saúde sexual é um campo multidisciplinar e assim, é absolutamente necessária a colaboração entre as várias ciências na avaliação, tratamento e investigação clínica. Acreditamos que a melhor forma de compreender e tratar os problemas sexuais é com o trabalho conjunto entre diferentes especialistas.

[...] O objetivo geral da terapia comportamental, pode ser enunciado como o de criar novas condições de aprendizagem de estratégias funcionais de ação e, conseqüentemente, de avaliação e correção, buscando eliminar o

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

comportamento desajustado. De forma mais específica e elaborada, a Terapia Comportamental implica, portanto, a identificação e a análise das funções que os comportamentos problemáticos têm, para que metas de aprendizagem de outras funções possam ser implementadas e treinadas. O propósito desse processo é o de criar (novas) condições para a aquisição de repertórios diferenciados de comportamento eficiente. (MACHADO, 2002 apud Dultra D 2012).

Diante todo o contexto acima relacionado sobre as disfunções sexuais femininas/masculinas, podemos compreender que a terapia cognitiva – comportamental irá tratar ambas, praticamente com as mesmas técnicas dentro das técnicas cognitivas, ela vai se voltar para redução dos pensamentos disfuncionais do homem e da mulher, entre outros.

Então a terapia cognitiva pode colaborar de diversas formas com o desenvolvimento saudável da sexualidade nesse tratamento das disfunções sexuais. Contando com o atendimento do casal ou individual, podendo auxiliar na identificação da dificuldade enfrentada psicologicamente e fisicamente, usando de técnicas e estratégias para usar dentro de casa. O terapeuta em conjunto com o paciente irá ajudar esse paciente a lidar com as suas novas estratégias em relação ao seu problema. A terapia cognitiva conta com estratégias específicas e eficazes para cada disfunção.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, Carmita H.N. (org.). **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2.ed. São Paulo: Lemos, 2001.

Abdo, C., & Fleury, H. (2006). **Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas**. Revista Psiquiatria clínica, 33(3), 162-167.

Abdo CHN, Fleury HJ. **Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas**. Rev. Psiq. Clín. 2006;33;162-7.

ABDO, C. H. N.; RUBIO-AURIOLES, E.; KUSNETZOV, J. C. **Disfunção Erétil e Distúrbios da Ejaculação**. In: SLAIS (Ed.). Consenso Latino Americano de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Cultural, 2003.

ALVES DA SILVA LARA, Lúcia *et al.* **Abordagem das disfunções sexuais femininas**. Scielo, [S. l.], p. 1-10, 2008.

ALVES, Alexandre. **Terapia Sexual RJ**. Psicologiarío, [S. l.], p. 1-20, 19 jan. 2017.

ALVES, Alexandre. **Tratamento das Disfunções Sexuais**. Psicologiarío, [S. l.], p. 1-20, 19 jan. 2017.

ALIAGA, Patrícia P.; AHUMADA, Sandra G.; VILLAGRÁN, Olga. **Disfunções sexual: assistência clínica y fatores associados em ginecologia**. Chile: Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 65(6): 444-452, 2000.

ARAÚJO LIDÓRIO , Auriciene; CUNHA TATAREN, Júlia. **Disfunções sexuais masculinas**. Uel, [S. l.], p. 1-18, 1 jan. 2010.

BALLONE, G. J. **Frigidez Sexual**, 2004.

BERTERO, Eduardo. **Tratamento para Ejaculação Precoce/ Ejaculação Precoce**. Urologia, [S. l.], p. 1-20, 2005.

BIFF SARRIS, Andrey *et al.* **Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão**. Revista Med, [S. l.], p. 1-12, 2016.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

BIFF SARRIS, Andrey *et al.* **Fisiologia da ereção peniana: uma breve revisão/ physiology of penile erection: a brief review.** Acadêmicos de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa, [S. l.], p. 1-14, 8 set. 2017.

BASSON, Rosemary. **Dispareunia.** Msdmanuals, [S. l.], p. 1-20, 2014.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais.** São Paulo: Roca, 2012.

CAVALCANTE, Christyne R. **Vaginismo: quando o medo fecha a porta do prazer.** Rev Bras Sexualidade Humana 18(1): 211-215, 2007.

CONCEIÇÃO, Ismeri S. C. **Sexualidade feminina.** In: Tedesco, Julio; Cury, Alexandre. Ginecologia Psicossomática. São Paulo: Atheneu, 2007, pp. 131-142

COSTA, J. F. L. V. **Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção Erétil,** 2010.

CASTANHEIRA, S.S. (Org.). **Ciência do Comportamento: Conhecer e avançar.** Santo André: ESETec Editores Associados, v.1, p. 44-64, 2002.

CAREY, M. P. **Tratamento cognitivo – comportamental das disfunções sexuais.** 2010.

CABALLO, V. E. **Manual para tratamento cognitivo – comportamental dos transtornos psicológicos.** São Paulo: Livraria Santos, 2005.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais.** São Paulo: Roca, 2012.

CARVALHEIRA, Ana Alexandra; GOMES, Francisco Allen. **A disfunção sexual na mulher.** Fspog, [S. l.], p. 1-16, 2008.

CLAIR BAHLS, Saint. **Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos.** Psicoterapia.epsicologia, [S. l.], p. 1-20, 21 jun. 2010.

CABRINI, Marcelo. **Fundamentação teórica Disfunção erétil.** UNIFESP, [S. l.], p. 1-5, 2010.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

DA SILVA, André Luís; C. DE ORNELAS MAIA, Ana Claudia. **A avaliação da sexualidade masculina através do tratamento da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitivo - comportamental.** Unifoa, [S. l.], p. 1-10, 2008.

EIRAS MESSINA, Leonardo. **Disfunção erétil.** UPDATE, [S. l.], p. 1-4, 2002.

E SOARES, FÁBIO DE FRANÇA. A Terapia **Cognitivo-Comportamental no Tratamento de Disfunções Sexuais Femininas.** Scribd, [S. l.], p. 1-20, 2017.

FRANÇA, CASSANDRA PEREIRA, Livro: **Disfunções sexuais/** Cassandra Pereira França – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. (Coleção clínica psicanalítica/ dirigida por Flávio Carvalho Ferraz). Bibliografia: ISBN 85-7396-477-4 / 1. Disfunção sexual feminina. 2. Disfunção sexual masculina 3. Homens – comportamento sexual 4. Mulheres – comportamento sexual 5. Psicanálise 6. Sexologia. I. Ferraz, Flávio Carvalho. II. Título. III Série. 05- 7984 / CDD – 155.3

FILIPA LEITÃO VALENTE DA COSTA, Joana. **Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção Erétil.** Repositorio, [S. l.], p. 1-27, 2010.

FÉRES-CARNEIRO, Terezinha; DINIZ NETO, Orestes. **Psicoterapia de casal: modelos e perspectivas.** Pepsic, [S. l.], p. 1-15, 1 jun. 2008.

GOMES MACHADO DOMINGOS, VÂNIA; GOULART DE SOUZA BRITTO, ILMA A. **Disfunção sexual masculina: algumas implicações.** fesurv, [S. l.], p. 1-8, 2013.

JUNQUEIRA FLEURY, Heloisa; HELENA NAJJAR ABDO, Carmita. **Terapia de casal para superar disfunções sexuais.** Files.bvs, [S. l.], p. 1-4, 26 nov. 2015.

LOPES GP, CLARO JA, RODRIGUES OM. **Disfunções Sexuais Femininas.** International Braz J Urol 2003; 29:29-34.

MARTIN, C. **Terapia sexual: por minha vida.** 2006.

MONTEIRO, A. et al. **Perturbação do desejo sexual hipoativo: diagnóstico e tratamento.** Psicologia da Saúde, v. 17, n. 2, 101-112, 2009.

MACHADO, S.A. **Sobre terapia comportamental: questões frequentes da comunidade.** In: TEIXEIRA, A.M.S.; MACHADO, A.M.; ASSUNÇÃO, M.R.B.; 2009.3

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

MICHELIN PINTO, Thuane. **A importância da terapia cognitivo comportamental no tratamento das disfunções sexuais masculinas**. Andrologia, [S. l.], p. 1-10, 2010.

NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes. **Disfunções Sexuais**: saudedireta. [S. l.]: Casa do Psicólogo, 01/01/2013. 205 p. ISBN 978-8580403435.

NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes; ZERATI FILHO, Miguel; BORGES DOS REIS, Rodolfo. **Urologia Fundamental**. [S. l.]: Plan Mark, 2012. 422 p. ISBN 978-85-60566-17-4.

OLIVEIRA LUCAS, Catarina; MAIAS OLIVEIRA, Cristina; ISABEL ALVES MONTEIRO, Maria. **Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento**. Metodista, [S. l.], p. 1-12, 2009.

ORG, Drlahlali. **O método de "stop-start" - para superar a ejaculação precoce**. Drlahlali, [S. l.], p. 1-20, 2011.

PABLO, C.; SOARES, C. **As disfunções sexuais femininas**. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 20, p. 357-370, 2004.

PIMENTA, Tatiana. **Sexualidade e disfunções sexuais**. Sexualidade, [S. l.], p. 1-13, 16 nov. 2016.

RODRIGUES Jr., O. **Ejaculação precoce: tratamento psicoterápico**. Comportamento em Foco. São Paulo: ABPMC, 2013.

RODRIGUES Jr., O. **Terapia sexual: clínica, pesquisa e aspectos psicossociais**. Instituto Paulista de Sexualidade. 2011.

RODRIGUES Jr., O. **Psicologia e sexualidade**. São Paulo: MEDSI, 2003.

SANTANA DE OLIVEIRA, Suellen. **Algumas perturbações sexuais masculinas e feminina**. Somostodosum, [S. l.], p. 1-20, 1 jan. 2017.

SECCO, Luciane. **O que é terapia sexual?** 2013.

SERRA, MELINA. **Qualidade de vida e disfunção sexual: vaginismo**. Tede, [S. l.], p. 1-123, 2009.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

SILVA, A.L.; MAIA, A.C.C.O., **A evolução da sexualidade masculina através do tratamento da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitivo comportamental**, 2008.

SCHMALING, K. B.; FRUZZETTI, A. E.; JACOBSON, N. S. **Problemas conjugais**. Em K. Halton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. (Pp. 481-527). São Paulo. Martins Fontes, 1997.

WESPES, E.; AMAR, E.; EARDLEY, I.; giuliano, f.; hatzichristou, d.; hatzamouratidis, k.; montorsi, f.; vardi, y. **orientações sobre disfunção sexual masculina: Disfunção Erétil e Ejaculação Prematura**, Eur Urol 2002;41(1):1-5. Eur Urol 2006;49(5):806-15, 2009.

ZANCHETTA COELHO MARQUES, Florence; BRAGA CHEDID, Simone; CHEDID EIZERIK, Gibrahn. **Resposta sexual humana**. Rev. Ciênc. Méd, [S. l.], p. 1-10, 2008.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS

10 BIBLIOGRAFIA

ANTONIO CARVALHO E ALINE SARDINHA / Livro: **Terapia cognitiva sexual: uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade** / Editora: Cognitiva / ISBN: 9788561816117/ 2017.

ANTONIO BONACCORSI/ livro: **Disfunção sexual masculina: tudo o que você e ela gostariam de saber – Bonaccorsi** / Editora: Atheneu/ ISBN: 9788573795806/ 2013

RICARDO CAVALCANTI, MABEL CAVALCANTI/ Livro: **Tratamento clínico das inadequações sexuais** / Editora: Roca / ISBN: 8572416390 – 9788572416399 / 2012.