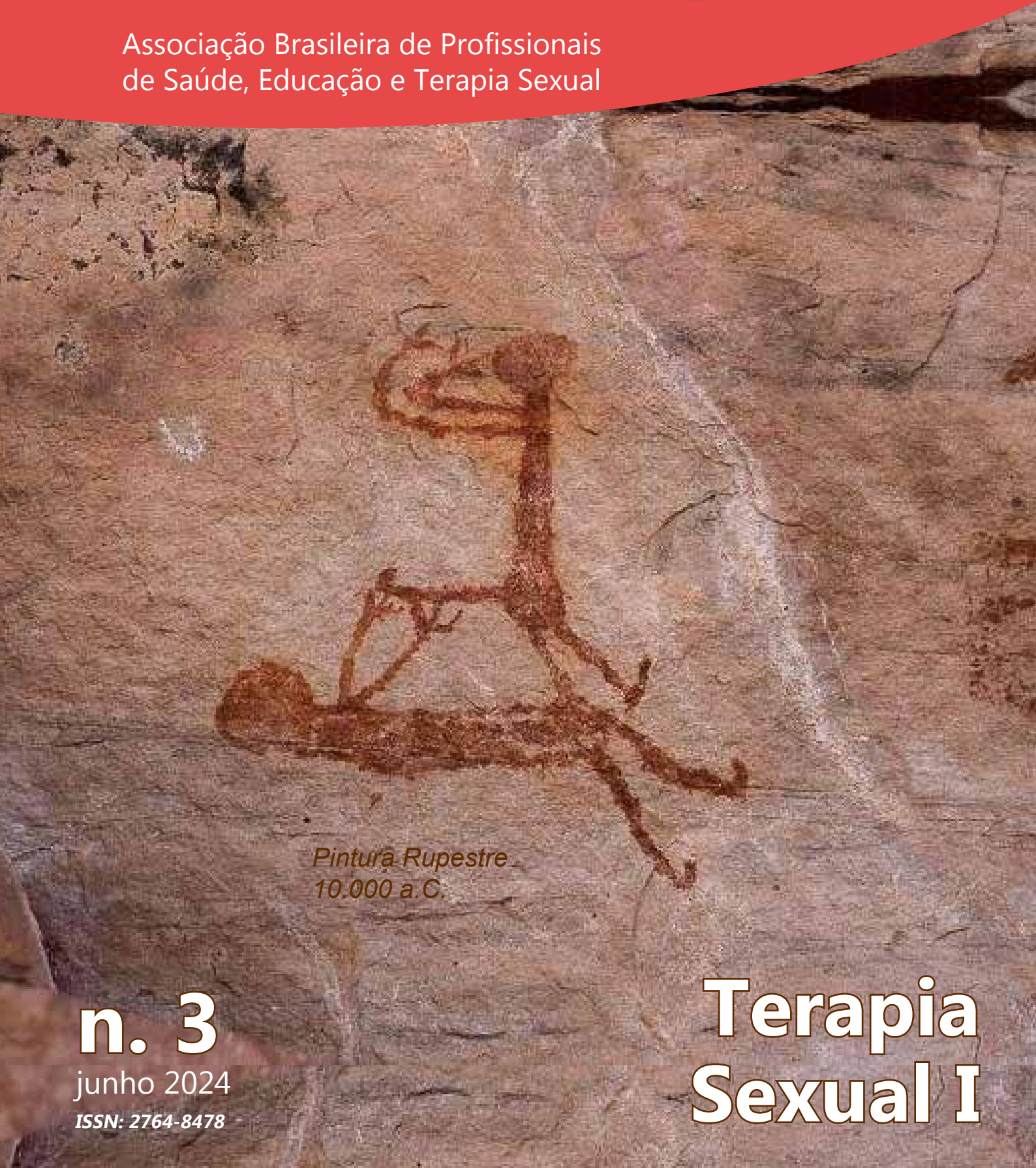
Revista da ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual



Pintura Rupestre
10.000 a.C.

n. 3
junho 2024
ISSN: 2764-8478

Terapia Sexual I

Revista da ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual
n. 3 - Julho de 2024 - Terapia Sexual I
ISSN: 2764-8478
(publicação anual)
Email: revista@abrasex.com.br
Site: www.abrasex.com.br/revista-abrasex/

ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual
Av. Prof. Alfonso Bovero, 1.057, cj. 94
Perdizes - CEP 05019-011
São Paulo - SP, Brasil
Telefone: (11) 3675-0440
WhatsApp: (11) 95647-0824

Presidente da ABRASEX:
Paulo Tessarioli

Editora Responsável:
Regina Figueiredo:

Comissão Editorial:
Regina Figueiredo
Graça Margarete de S. Tessarioli
Antônio Corrêa de Paiva Neto
Lincoln Moreira de Jesus Menezes

Diagramação e Arte:
Regina Figueiredo

Comunicação e Divulgação:
Katia Arruda

Capa:
Pintura Rupestre no
Parque da Serra da Capivar - PI
estimada em 10.000 a.E.C.

Revista da ABRASEX
Associação Brasileira de Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Editorial

É com satisfação que apresentamos a 3ª edição da Revista da ABRASEX – Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual.

A Revista da ABRASEX reúne, em suas diferentes edições, produções acadêmicas selecionadas em torno de temas da Sexualidade Humana e vem dando visibilidade aos conhecimentos construídos por alunos da Pós-Graduação em Terapia Sexual na Saúde e na Educação, da Rede de Ensino Doctum/Faculdade Doctum.

Nesta edição, Terapia Sexual I, reunimos trabalhos que possibilitam percorrer diferentes aspectos envolvidos na compreensão da resposta sexual humana e na prática terapêutica de problemas e disfunções sexuais, contemplando dimensões orgânicas, psicológicas e relacionais, além de técnicas e possibilidades de intervenção.

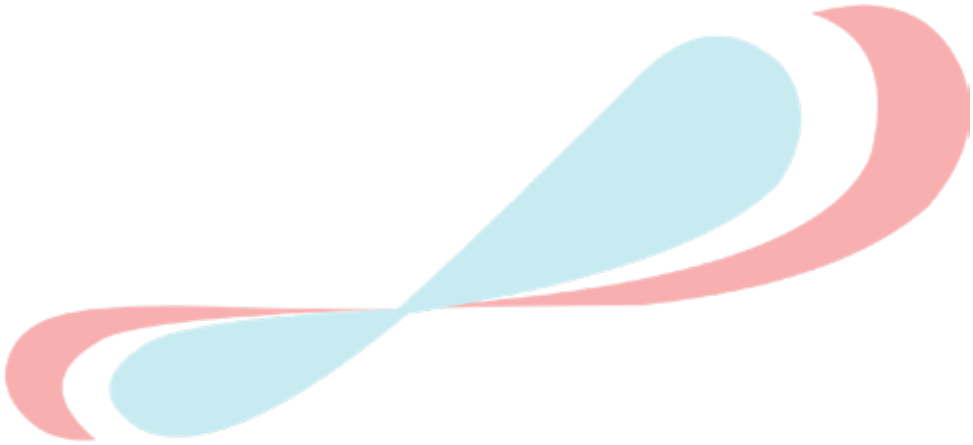
Luanda Brandino Nogueira aborda o ciclo de resposta sexual humana e a compreensão do prazer sexual feminino; *Edna Reinaldo da Silva* aponta a atuação dos hormônios e neurotransmissores na resposta sexual feminina; *Ricardo Vieira* apresenta as disfunções sexuais humanas e as técnicas utilizadas em seu tratamento; *Vanessa Reis Palmeira Macedo* aprofunda a Técnica de Kegel e sua contribuição para as disfunções sexuais femininas; *Lucimara de Melo Siqueira* discute as Técnicas de Kegel e o Pompoar como auxiliares nos tratamentos; e *Cristovão Sortino Lemos* apresenta aspectos teóricos e práticos da Terapia Sexual, incluindo um estudo de caso.

Ao reunir essas produções em uma publicação temática, buscamos fazer com que o conhecimento desenvolvido no percurso acadêmico ultrapasse os limites da formação e possa alcançar outros profissionais, estudantes e outras pessoas interessadas no tema da Sexualidade. Também procura reconhecer a produção destes autores, reeafirmando um dos propósitos da Revista da ABRASEX: promover a circulação de conhecimentos, reflexões e práticas que contribuam para o desenvolvimento do campo da sexualidade humana.

Terapia Sexual I constitui o primeiro de dois volumes dedicados ao tema. Sua continuidade será apresentada na próxima edição da Revista, Terapia Sexual II, ampliando as discussões e os diferentes olhares sobre a prática terapêutica no campo da Sexualidade. Esperamos que esta publicação seja um convite à leitura, ao estudo e à reflexão, contribuindo para uma atuação profissional cada vez mais fundamentada, ética e comprometida com a diversidade das experiências da sexualidade humana.

Boa leitura!

Graça M. Tessariolli *Paulo Tessariolli* *Regina Figueiredo*



Revista da ABRASEX
Associação Brasileira de Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Sumário n. 3 – Terapia Sexual I

- Ciclo de Resposta Sexual: compreensão no conhecimento do prazer sexual feminino 6
Luanda Brandino Nogueira

- Como os Hormônios e Neurotransmissores Atuam na Resposta Sexual Feminina 20
Edna Reinaldo da Silva

- Disfunções Sexuais Humanas e Técnicas de Tratamento 27
Ricardo Vieira

- A Técnica de Kegel e sua Influência no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas 47
Vanessa Reis Palmeira Macedo

- Técnica de Kegel e Ténica de Pompoar como Auxiliares da Terapia Sexual no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas 58
Lucimara de Melo Siqueira

- Conceito Teórico e Prático sobre Terapia Sexual na Saúde e Educação: estudo de casos 66
Cristovão Sortino Lemos

Ciclo de Resposta Sexual: compreensão no conhecimento do prazer sexual feminino

Sexual Response Cycle: understanding female sexual pleasure

Luanda Brandino Nogueira
Email: luanda.brandino@gmail.com
Graduada em Psicologia pela Universidade Brás Cubas
e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual
pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:
Este trabalho apresenta uma revisão sistemática bibliográfica de contribuições teóricas e estudos empíricos sobre o ciclo de resposta sexual. Os estudos revisados indicam que a compreensão da sexualidade feminina exige considerar, além dos aspectos biológicos, os fatores emocionais e as dimensões culturais e sociais relacionadas ao sexo. Esses elementos influenciam os comportamentos individuais e devem ser compreendidos à luz dos contextos em que cada pessoa está inserida.
Palavras-chave: Sexualidade humana, Sexualidade feminina, Resposta sexual.

Abstract:
This study presents a systematic literature review of theoretical contributions and empirical studies on the sexual response cycle. The reviewed studies indicate that understanding female sexuality requires consideration of emotional factors and the cultural and social dimensions of sex, in addition to biological aspects. These elements influence individual behavior and should be understood within each person's social and cultural context.
Keywords: Human sexuality, Female sexuality, Sexual response.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, sexualidade "é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influência pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influência também a nossa saúde física e mental" (OMS, 1992) é possível perceber o quanto é abrangente, e contempla toda a dimensão humana em sua vivência e experiência na vida.

Assim sendo, compreender a construção da sexualidade e os fatores que interferem no funcionamento do ciclo de resposta sexual, é de extrema importância para o ser humano, bem como compreender a fisiologia e os fenômenos ligados a este comportamento.

A manifestação da sexualidade é identificada em todas as etapas da vida de um ser humano, ter em vista a influência dos aspectos biológicos, psíquicos e inclusive do aspecto cultural, é compreender como esses elementos podem influir no funcionamento do ciclo de resposta sexual do ser humano, interferindo inclusive na saúde sexual, assim como na estrutura psíquica do sujeito.

Conceitos e Definições sobre a Sexualidade

A sexualidade é um elemento intrínseco à vida de todos os seres humanos, avançando em crescimento constante, que se instaura antes do nascimento e finaliza com a morte. A formação da sexualidade está estruturada sobre os aspectos biopsicossociais de cada ser humano, abarcando sua capacidade biológica, seus sentimentos, suas crenças, suas emoções, e seus pareceres desenvolvidos e transformados ao longo do processo de socialização. Na verdade, é também uma parcela intercomunicante do sujeito entre si e com aqueles que convivem no decorrer da vida, afetando a sua forma de atuar e se estabelecer no mundo que o rodeia. Na existência do homem, sempre houve a inquietação de entender essa dimensão do ser humano, seja por via da saúde, na doença, natural ou desviante (GHERPELLI,1995).

Segundo Feitosa (2008) o dito conceito de sexualidade, somente foi posta em uso em meados do século XIX, pois não se fundamentava em verdadeira representação epistemológica diante das sociedade antepassadas, no entanto, a aderência do termo tornou-se adequado, pois cabia considerar o que permeava dos valores culturais que começam a afetar na maneira como as pessoas se relacionavam com seu corpo em particular, com seus anseios e sentimentos. Foucault (1984) complementa:

> O próprio termo "sexualidade" surgiu tardiamente, no início do Século XIX. (...). O uso da palavra foi estabelecido em relação a outros fenômenos; o desenvolvimento de campos de conhecimentos diversos (ue cobriram tanto os mecanismos biológicos da reprodução como as variantes individuais ou sociais do comportamento): a instauração de um conjunto de regras e de normas, em parte tradicionais e em partes novas, e que se apoiam em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas: como também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos. (FOULCAULT, 1984, p.9)

O conceito da sexualidade é abordado por várias bases teóricas, e muitos autores de grande importância, puderam contribuir com a sua definição, de modo o quanto é vasta sua compreensão, no transcorrer dos tempos. O tema sexualidade, mesmo abarcando toda sua abrangência, ainda é compreendido por muitas pessoas que é o resumo do ato sexual, ou seja, do coito em si. Os conceitos estão justamente, para esclarecer num âmbito maior, de que não se trata somente de significar a prática mecânica do sexo, e sim destacar outros componentes fundamentais que formam de fato, o conjunto da representação acerca da sexualidade humana.

Segundo Vitiello (1997), quando utilizamos a expressão sexualidade, atribuímos não somente a reprodução e à procura de prazer sexual, mas na verdade, a nossa vontade de receber afeto, amor e sentir-se bem pessoalmente. Sendo assim, o autor complementa que:

> A palavra sexualidade incorpora muitos aspectos psicológicos e fatores culturais do comportamento sexual humano. A sexualidade inclui o conhecer-se masculino ou feminino e as reações a estes sentimentos e os de todos com quem uma pessoa interage. A palavra engloba os sentimentos e os de todos com quem uma pessoa interage. A palavra engloba os sentimentos de feminilidade, masculinidade, desejo, satisfação, amor, perda, dor, intimidade, solidão, cuidados, compartilhamento, toques, ciúmes, rejeição, autoestima e felicidade. (VITTIELO,1997, p.29)

É de importância, segundo este autor, ter conhecimento que para além da palavra, o conceito solicita uma interpretação ampla. Pois independente de gênero feminino ou masculino, tudo se relaciona, sem excluir nenhum tipo de sentimentos, comportamentos que fazem parte do conjunto de vários fatores que permeiam a vida do ser humano (VITTIELO,1997).

A sexualidade humana rica em seu conceito, trata de questões entrelaçadas tanto aos aspectos orgânicos quanto aos fatores biopsicossociais. Historicamente, há muitos registros e interpretações equivocados, ou seja, nocivas quanto ao sexo e sexualidade. Por isso, quando o tema é posto em pauta, ele vem permeado de regras e tabus, mesmo que a função sexual de outrora, tenha deixado há muito tempo de estar voltada a procriação.

Segundo a autora Feitosa (2008) quando se pensa nas histórias de séculos passados, pontua que:

> A análise da sexualidade integra a historicidade do corpo, do que pode ser definido por erógeno, das prescrições estabelecidas à prática sexual e de suas emoções, evidenciando variados sentidos de acordo com os valores socialmente constituídos em grupos, tempos e espaços históricos estabelecidos. Nas sociedades ocidentais, a influência de pensamento judaico-cristão designou ao sexo uma conotação nociva, sentido estendido aos objetos, imagens e escritos com referências sexuais, considerados incitações à pornografia, à libidinagem. Esse repensar sobre os significados atribuídos a essa documentação ainda é algo muito recente e só há pouco tempo mostrou ser viável e produzir resultados consistentes... (FEITOSA,2008, p.128-129)

Schiavo (2004) analisa que através do corpo, que é para considerar como matriz da sexualidade, essa é uma estrutura concebida de forma integral, ou seja, um conjunto de sistemas interligados que abrangem as emoções, os sentimentos e as suas próprias transformações ao longo do tempo. A sexualidade deve ser contemplada como características humanas típicas, inerente, saudável e desejável no percurso de vida das pessoas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1992), destaca que os fatores como questões de gênero, prazer, reprodução e muito que circunda o sexo, seu conceito engloba, pois a sexualidade envolve integralmente todos os estágios da experiência humana, e vai além da necessidade biológica e fisiológica, por isso a importância de considerar à dimensão de fórum íntimo e subjetividade das pessoas em suas relações.

Vitiello e Conceição (1993) concordam que a sexualidade é parte importante que influencia a saúde do ser humano nos aspectos físico e mental permeando fatores no aspecto orgânicos, psicológico e social. De acordo com Costa (1994), a sexualidade é um conjunto de acontecimentos da vida sexual da pessoa, sendo um aspecto central e de importância, que faz parte da nossa estrutura de personalidade, da qual nos relacionamos com os outros, resultando em conseguir amar, ter prazer e procriar.

Milharcic (2006) explica que mesmo hoje, em tempos atuais do século XXI, algumas pessoas ainda tendem a reduzir em seu conceito o que se compreende quando é citado o conceito da sexualidade, pontua que:

Para a maioria das pessoas, falar de sexualidade remete imediatamente ao ato sexual e à reprodução. (MILHARCIC, 2006. p. 46 e 47)

Gherpeli (1995) complementa, que ao levar em consideração as dimensões da estrutura humana, no que se refere a sexualidade, explica que o ser humano precisa ser visto como um todo, com destaque para sua afetividade, ou seja:

> Quando se fala de sexualidade, pressupõe-se intimidade, uma vez que ela está estreitamente ligada às relações afetivas. A sexualidade é um atributo de todo ser humano. Mas, para ser compreendida, não se pode separá-la do indivíduo como todo. Ela é parte integrante e intercomunicante de uma pessoa consigo mesma e com os outros. Portanto, é muito mais do que simplesmente ter um corpo desenvolvido ou em desenvolvimento, apto para procriar e apresentar desejos sexuais. Trata-se, também, de uma forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece para viver suas relações pessoais e interpessoais a partir do seu papel sexual. (GHERPELI, 1995, p.16)

Segundo Vitiello (1997) a sexualidade humana é distinta em comparação ao que é identificado em outros mamíferos, pois excede o simples elemento biológico, pois resulta em prazer livremente do ciclo produtivo. Portanto é possível pensar a resposta sexual humana em três momentos: a biológica, a psicológica e a social, todas elas intrincada entre si. Somos únicos em nossa natureza, espécie humana com características peculiares no que se refere ao exercício da sexualidade.

Nesse sentido, fatores como prazer, desejo e excitação implicam na prática da sexualidade por justamente não estar ligada somente a procriação, inclusive a importância do conhecimento e da necessidade de respeito que cada grupo de pessoas tem suas normas, educação e crenças que determinam como e quando sedará a prática da sexualidade, regras que modificam ao longo dos tempos (RIGOLLETO, 2013).

Para Bandeira (2013) a sexualidade é um nome, é a maneira de como expressamos o que sentimos, de como atuamos e fazemos com nossos corpos, seja por via sexual, erótico ou afeto e enfatiza que para além das definições, que:

> Em torno da palavra sexualidade muitas coisas foram ditas. Muitos discursos foram produzidos em momentos e locais diferentes, coisas ditas que, pela oralidade de um pronunciamento ou pela materialidade da escrita, ganham existência, permanência e maior tempo de duração. A investigação de uma parte dessa massa discursiva nos levaria a compreender que a sexualidade não é uma coisa só. Os discursos sobre sexualidades enunciam saberes sobre ela, autorizam intervenções sobre os corpos reconhecidos como sexuais, reinterpretam esses corpos e legitimam determinadas relações de gêneros constuídas a partir deles. As sexualidades não se fazem sem discursos, saberes e disputas. (BANDEIRA,2013,p.176)

Dentre o que os autores estão de acordo, é que a ótica biológica é predominante e decisória no sentido de estabelecer a ideia do que a sexualidade é representado para a maioria das pessoas. Pois a perspectiva acerca do ponto de vista sexual em sua compreensão, necessita e deve ser respeitada em todas as suas dimensões que compõe o ser humano, como a própria expressão representada no social, cultural, emocional e até no que diz respeito a sua espiritualidade, e não somente na delimitação que sugere a biologia.

A Sexualidade Feminina

Segundo Napolitan (2013), muito ao contrário do que pensamos em relação a mulher, no início da história da humanidade, a sociedade ocidental não estava em volta da figura do homem, assim como estamos habituados a compreender até os dias atuais, e sim, girava em torno das mães e dos filhos. O sistema era igualitário, pacífico, estabelecido numa sociedade matriarcal. A mulher era tida como sagrada, símbolo da vida.

Lins (1997) admite que há muito tempo, houve a crença de que a pré-história não era patriarcal, logo sem dúvidas seria matriarcal. O conceito origina-se de que se os homens não governavam as mulheres, evidente que eram então as mulheres que governavam os homens. Nessa época era complicado aceitar uma sociedade em que uns não controlavam os outros, pois tinha o aspecto característico patriarcal de nossa época, essa organização pré-patriarcal era democrática. Mesmo que essa geração fosse marcada predominantemente pelas mulheres, inclusive na religião, de acordo com a autora, não havia sinais de subordinação dos homens para as mulheres e vice versa.

É importante distinguir que, até o período considerado de uma sociedade de organização primitiva, a sua organização se dava como autêntica democracia, pois tratava-se de uma igualdade absoluta, sobretudo na igualdade sexual. É compreendido, portanto, que por milênios homens e mulheres viviam harmoniosamente consigo mesmos e em seu meio ambiente, no entanto essa paz foi encerrada quando foi determinado por um deus masculino, que a mulher era inferior ao homem, e por isso deveria ser súdita ao invés de deusa, como era considerada na época as mulheres. Lins (1997) complementa que ocorreu:

> Quando abandonaram a caça, os homens começaram a participar das atividades das mulheres. Inicialmente ajudavam na árdua tarefa de desbravar a terra com enxadas de madeiras, o que exigia bastante força física. Tempos depois, domesticaram os animais e os incorporaram à agricultura, usando um arado primitivo. A convivência cotidiana com os animais fez com percebessem dois fatos surpreendentes: as ovelhas segregadas não geravam cordeiros nem produziam leite, porém, num intervalo de tempo constante, após o carneiro cobrir a ovelha, nasciam filhotes. A contribuição do macho para a procriação foi enfim descoberta, mas não apenas isso. Os homens perceberam que um carneiro podia emprenhar mais de cinquenta ovelhas! Com um poder similar a esse, o que o homem não conseguia fazer? (LINS, 1997, p.22)

Segundo Lins (1997), a perda da liberdade sexual das mulheres, parte da descoberta do homem em relação à procriação das ovelhas, pois se o carneiro emprenhava cinquenta ovelhas, ele também podia ter um conjunto de mulheres a sua disposição e sua prole garantida. E isso para ser possível, a mulher podia fazer sexo somente com ele, aqui o controle do homem se instaura em relação a fecundidade da mulher. E como garantia de lealdade dessas mulheres relacionada a paternidade dos filhos, ela passa a ser propriedade desse homem, e em qualquer contrariedade, ele podia puni-la rigidamente ou mesmo findar com sua vida.

Durante muito tempo, o lugar de destaque inclusive sagrado, que era dado para as mulheres tombou, pois marcava-se naquele momento a descoberta maior dos homens no sentido que, a propriedade de fertilidade e procriação não pertenciam somente as mulheres, e sim, os homens tinham deveras participação, o seu sêmen era fundamental para a continuidade da sua linhagem. Esse ponto é marcante para a grande transformação na relação homem e mulher, pois o homem descobre seu papel, e direciona de maneira opressora, e revela seu lugar inclusive de sua superioridade física. E nesse contexto Vittiello (1997) concorda que:

> O machismo, como instrumento do patriarcalismo que herdamos de nossos antecessores culturais, tem pelo menos seis mil anos de historia registrada, e possivelmente muitos milênios a mais. Ainda que os teóricos da arqueoantropologia não cheguem a um consenso, é praticamente certo que o machismo tenha surgido a partir da época em que o homem reconheceu seu papel no processo da reprodução. Até esse momento, julgava-se, a mulher era capaz de fazer filhos porsua própria conta, sem o concurso do macho e, ainda segundo a maioria dos estudiosos desses tema, os primeiros Deuses eram de sexo feminino. (VITIELLO, p.1997)

Muraro (1993) concorda que a razão da reviravolta da mudança de lugar dominante entre a mulher e o homem, se deu principalmente pelo descobrimento do homem como parte principal responsável pela reprodução; a multiplicação da população; a labuta escrava para máxima produção de comida, dentre outros, esse momento é demarcado por via das disputas e rivalidade, e o desequilíbrio já se tornava evidente:

> E como se acreditou, durante milênios, que as mulheres tinham uma relação especial com o sagrado que emanava da natureza, agora as novas religiões passaram a dirigir-se mais aos homens. A eles o domínio do sagrado, a centralidade do poder; às mulheres, a marginalidade nos cultos e no âmbito do poder e do público. (MURARO,1993, p.. 639)

Assim, com o domínio patriarcal, é estabelecido a rivalidade entre homens e mulheres, destacando-se o conflito entre os sexos. As regras e ditaduras foram impostas as mulheres, que se submetiam num convívio de sujeição, inclusive a sua própria sexualidade que se prestava aos desejos do homem. Assim, um olhar distorcido da sexualidade se impõe, onde exercitar a repressão é o comportamento comum, tanto para mulheres e para os homens (VITIELLO, 1997) .

As mulheres, mesmo em tempos atuais, mediante as várias conquistas, ainda são consideradas objeto de proibição, mesmo considerando as mudanças no sentido dos padrões de moral, ética e comportamento. Nossa sociedade sofreu intensa influência da sociedade ocidental europeia que, marcada nos princípios do Cristianismo estabeleceu o corpo e o sexo como verdadeiro tabu e pecado (FOULCAULT, 1994).

Assim, a sexualidade feminina apresentada ao longo do tempo, traz variados registros marcados pelo preconceito, concernente a submissões e lugar puramente inferiorizado em relação a figura do homem. Para a mulher cabia o lugar de procriadora, ou seja, seu exercício de sexualidade não cabia o prazer, assim como em meados dos séculos XII e XVII, a figura da mulher foi determinada como a representação do mal. Descendente de Eva, origem do Pecado Original e ferramenta do diabo sobre a face da Terra, seu corpo era visto como um modelo de defeitos, isso do olhar moralista e fisiológico, resultando em algo maligno, indigno e impuro. Relacionada à natureza pecaminosa, ao corpo, ao sexo e aos prazeres, lhe foi atribuído a indução do homem à traição e ao pecado. Essa ideia enaltecia o homem enquanto a mulher e sua sexualidade eram penalizadas como causa máxima da depravação humana (NUNES, 2000).

É interessante observar que a figura de Eva refere ao comportamento do mal e o distanciamento com o sagrado, já a figura de Maria remete ao santificado feminino, o bem acima de tudo, assim como traduz o Cristianismo. E por essa via cultural judaico cristã, herdamos um olhar condenador e repressor da sexualidade, e destacadamente registrada no grupo específico que é a mulher. Essa ótica judaico cristã contribui claramente para estereotipar a figura feminina de maneira negativa dentro inclusive de um modelo patriarcal.

Dado o entendimento que a sexualidade é compreendida por várias dimensões e aspectos do ser humano, é sabido então, analisando nesse contexto religioso dos antepassados e que aliás, em muitas religiões ainda mantém os preceitos rígidos nelas contido, reflete muitas vezes, na vida e na saúde sexual da mulher. Os conceitos rígidos religiosos baseados na construção histórica, por muitas vezes, constroem a ideia de que a mulher é objeto para satisfação sexual, com a finalidade de procriação e os homens podem seguir segundo seus instintos, aliás o que não é permitido às mulheres. O Cristianismo traz, como surgimento as influências da cultura judaico-cristã, de onde se origina o registro do duplo padrão moral sexual permissivo para os homens e repressivo para as mulheres (LINS, 1997, p. 45).

Vitiello (1997) enfatiza que com o aparecimento do Cristianismo, os moldes da sexualidade se mantiveram num padrão rígido e repressor, sob diversos aspectos, e se tornaram bem piores no decorrer da história. Segundo o autor, os ditos cristãos das primeiras épocas, eram dados como primitivos israelitas, e eram a minoria, e por isso precisavam se destacar no sentido de serem diferentes em relação as outras religiões que dominavam no Império Romano. O sacerdote casava e mantinha uma vida sexual ativa sem problemas, mesmo com o celibato sacerdotal obrigatório pregado na época, ainda assim era concebido o sexo. Mas foi somente à partir do mandato do Papa Gregório VII, em 1075 que o matrimônio passou a ser censurado, proibido.

Segundo Lins (1997) o Antigo Testamento não restringia o sexo, e sim ao adultério. A religião cristã que regrava a fornicação como algo condenador, que mesmo dentro de matrimônios cristãos era tido como lastimável.

Segundo Diehl e Leite (2017), para geração de valores e normas sexuais, são quase escassos a produção de escrituras bíblicas, que versam de modo direto o tema sobre sexo. O que pode ser observado no entanto, é um patriarcalismo explícito na produção desses textos, com claro objetivo de controle da vivência da sexualidade, e como essa relação poderia ser vivida.

> Assim, repetiram os cristãos o mesmo modelos repressor da sexualidade herdado dos judeus. No entanto, embora as igrejas cristãs (especialmente a Católica) sejam no geral bastante repressoras em termos de sexualidade, vale a pena lembrar que não existe registro, em todo Novo Testamento, de qualquer ato ou palavra repressora que possa ser atribuída ao próprio Jesus. (VITIELLO, 1997, p.22)

Assim, partindo da ideia que a religião não atua em neutralidade na vida das pessoas, ao contrário, exerce uma forte influência, se faz necessário quando tratar da dimensão da sexualidade do ser humano, não ignorar esse fator que está implicado na vida social e cultural do indivíduo, pois pode impactar de diversas maneiras sua saúde e expressão sexual. As religiões trazem, em seu cerne teológico e na prática normatizada, a extensa influência antropológica que estabelece e delimita os papéis femininos e masculinos, inclusive os sexuais, resultando muitas vezes em repressão e censura, isso principalmente para as mulheres.

A compreensão da sexualidade, segundo os ditames cristãos da época foi moldando o comportamento sexual Ocidental, onde o corpo da mulher principalmente, era tido como algo demoníaco, pois remetia ao prazer da carne tanto para o homem quanto para a mulher. E a imposição do celibato, demonstra de forma clara, o controle exercido pela religião, onde somente era permitido a expressão sexual com a finalidade de procriação (RODRIGUES, 2003, p. 38).

De acordo com Gozzo e colaboradores (2000), concordam que por origens culturais, o sexo sustentou por muitos anos a ideia ligada à reprodução, em que o prazer era contido por ser julgado pecaminoso ou moralmente censurável; contudo, identifica-se que nos dias atuais o sexo é parte da rotina das pessoas e sua relação não fica principalmente limitado somente à concepção.

A Compreensão sobre a Sexualidade e Resposta Sexual Humana

Do final do século XIX e meados do início do século XX, são vários os destaques na área de pesquisa que se refere ao avanço na compreensão da sexualidade humana, dos estudos da conduta sexual e do funcionamento do ciclo de resposta sexual.

O biólogo entomologista Alfred Kinsey ao final dos anos 1940 e 50 realizou pesquisas que observavam, pela primeira vez, os aparelhos genitais masculinos e femininos durante a relação sexual. De acordo com Andrade e Silva (2001, p.32), Alfred C. Kinsey entrevistou mais de 16 mil pessoas sobre seu comportamento sexual espontâneo, fornecendo base em um modelo empírico-comportamentalista que combatia a moral que recaia sobre temas como a masturbação masculina e feminina, mostrando que já havia sido praticada por 60% das mulheres, além de formas de alcançar ao orgasmo, e orientações sexuais, publicado em 1948 no Relatório Kinsey.

Bancroft (2005) aponta que Kinsey desejava que o sexo realizasse um papel positivo na vida das pessoas, dando espaço para o debate sobre o comportamento sexual e em vários aspectos permeando a sexualidade. Apoiava a ideia de que o impulso sexual era uma força biológica e que a expressão deste impulso para obter prazer era não só desejável como aceitável. Dessa forma, encarou algumas das inquietações contemporâneas sobre o sexo pré-matrimonial, defendendo que uma vez que os animais não se casam, não poderia haver qualquer diferença entre o sexo antes e depois do casamento. Kinsey destacou também as semelhanças entre o comportamento sexual dos homens e das mulheres e declarou que se as pesquisas pudessem propiciar vidas sexuais saudáveis, iria, portanto, melhorar a qualidade dos casamentos e reduzir as taxas de divórcio.

- Ciclo de Resposta Sexual de Masters e Johson:

A partir dos estudos de Kinsey, que as pesquisas de Masters e Johnson (1966) avançaram. Este casal, além de explicar as reações fisiológicas aos estímulos sexuais (ABDO, 2010)., se propôs a classificar o ciclo de resposta sexual masculino e feminino em quatro fases ou etapas do exercício sexual representado em um modelo linear em: fase de excitação, fase platô, fase do orgasmo e fase de resolução (FORNASIERI,2017).

Analisando com minúscias científicas cerca de 14.000 atos sexuais (KAPLAN, 1977), Masters e Jonhson enfatizaram como homens e mulheres reagem à estimulação sexual efetiva (SENA, 2010), criando registros e a avaliação das escalas padronizadas de respostas fisiológica e psicológica mediante a estimulação sexual (MASTERS & JONHSON,1979).

Esse ciclo de resposta sexual, pela primeira vez cientificamente descrito num modelo linear, se tornaria critério para a moderna pesquisa e terapia sexual. As fases ou etapas da atividade sexual foram classificadas como linear, sequencial e contínuos, com ênfase na resposta genital como:

- *Excitação:* é primeira fase, que se desenvolve a partir da eficácia de estímulos físicos, psicológicos, ou da conjugação de ambos. Ela pode sergir a partir de qualquer origem de estímulo, somático ou psíquico e é de extrema importância para determinar o desenvolvimento satisfatório da tensão sexual;

- *Platô:* a segunda fase é quando a estimulação sexual contina acontecendo apropriadamente até chegar a níveis bastante altos de tensão sexual. É uma fase que precisa, na maioria das vezes, de estimulos físicos praticados para se chegar ao clímax do estímulo da tensão sexual.

- *Fase orgásmica:* é uma fase que se restringe aos poucos segundos da vivência do clímax involuntário, onde ocorre a vasoconstrição e a diminuição da velocidade de relaxamento muscular, após as contrações, descarrega as tensões sexuais acumuladas durante as fases anteriores/;

- *Resolução:* fase final em que o corpo e os órgãos sexuais retornam gradual e progressiva aos níveis básicos de relaxamento.

Segundo Cavalcanti (2012) as quatro fases distintas da resposta sexual do modelo de Masters e Jonhson, apontam resposta sexual eram semelhantes. Essa correlação resultou numa separação com os estudos em destaque, na época. Era compreendido que a mulher lhe cabia o papel de passiva na relação sexual e, para o homem, o papel de ativo. A equiparação relacionada as semelhanças na resposta sexual, era de que nas mulheres ocorria a lubrificação vaginal e no homem, sua resposta correspondia a ereção.

Contemplando todas as fases ocorridas dentro do ciclo de resposta sexual, é importante considerar o suporte biológico, que compreende as fases do ciclo como sequencial, e que, somente é efetiva quando o funcionamento dos sistemas nervosos, vascular e endócrino é satisfatório, pois são responsáveis pelas reações do corpo e aos aspectos anatômicos. Sendo assim, para ser funcional, a cada fase que compõe o ciclo necessita responder efetivamente (LOPES *et al*.,1994).

Abdo (2007) resslata os fatores hormonais como o estrógeno e testosterona, no que se trata de resposta sexual feminina, é sabido exercer influência direta no estado de desejo e de excitação. Com relação às percepções sexuais femininas, podem ser estimuladas por diferentes tipos de estímulos: criatividade no que se refere a fantasias, pensamentos sexuais e sensuais, carinho, masturbação e intercurso sexual. Uma vez desencadeada, a resposta sexual feminina se expressa através de uma sucessão de fases que se manifestam fisiologicamente de forma sequenciada e interligadas entre si, completando-se assim o ciclo da resposta sexual humana (LOPES *et al*., 1992).

De acordo com Andrade e Silva (2001) quando refere ao orgasmo, especificamente da mulher varia muito na intensidade, número, e permanência de cada um e percepções característico da qualidade, o que poderá diferenciar de uma pessoa para outra e em diferentes ocasiões numa mesma pessoa.

Para Masters e Johnson, o prazer sexual era possível ser revisto e melhorado por meio da educação e terapia sexual, e seus estudos sugeriram que a masturbação era um fator essencial da sexualidade, pois o sexo tinha como objetivo o prazer e não a reprodução (OGDEN, 2004). Seu foco era a identificação das respostas fisiológicas observadas em laboratório, estabelecendo um padrão que podia ser buscado, para pessoas com alguma disfunção sexual, através da Terapia Sexual, trazendo um olhar clínico para a sexualidade.

O modelo de Masters e Johnson perdurou até surgir na década de 1970, o modelo proposto por Helen Singer Kaplan (1979) que apresenta o novo modelo trifásico, incluindo o início da consciência do desejo sexual, transitando para a excitação com foco genital, depois para o orgasmo e, finalmente, para a resolução.

- Ciclo de Resposta Sexual de Kaplan:

Helen Singer Kaplan, de formação psiquiátrica, foi considerada uma das principais terapeutas sexuais de orientação científica, em sua abordagem ela integra as teorias fisiológicas e comportamentalistas de Masters e Johnson e as teorias psicodinâmicas. Ela foi destacada por sua dedicação em combinar alguns dos esclarecimentos e abordagem da psicanálise com métodos comportamentais.

Para Kaplan (1977), o aspecto básico de seu modelo de abordagem no tratamento de disturbios sexuais consideram os processos cognitivo-comportamentais, utilizados especialmente para atuar as causas imediatas, por meios psicodinâmicos breves e na constância relacionada às resistências, principalmente no que se designa a exploração de problemas mais intensamente enraizados.

A partir disso, Kaplan (1974) elabora e sugere uma nova faceta à organização da atividade sexual humana e agrega ao ciclo de resposta sexual, o desejo, como uma nova fase do ciclo. A inclusão do desejo sexual era fundamental para integrar o ciclo e beneficiar a eficácia clínica, pois o desejo refere-se como entidade em parte separada das outras duas fases citadas no modelo anterior de Masters e Jonhson. O desejo sexual é notado por sensações peculiares que levam um indivíduo almejar ou estar disposto ao sexo.

A estrutura biológica do desejo sexual é a que tem destaque no trabalho de Helen Singer Kaplan, precursora na descrição da inibição do desejo sexual e uma das mais persistente essencialistas dentro dos estudos sobre a sexualidade. O desejo sexual segundo sua definição é um apetite ou impulso, produzido pela ativação no cérebro de um sistema neural especí□co (KAPLAN, 1979).

Além da contribuição de Kaplan com a remodelação ao ciclo, incluindo o desejo, também apresentou um modelo pioneiro de entendimento da motivação sexual. Propôs a realidade hipotética de um eixo regulador do apetite sexual, que permearia mecanismos neurofisiológicos no núcleo hipotalâmico, no sistema límbico e em outros neurocircuitos, dependentes de adequados níveis deneurotransmissores e hormônios, assim como da sensibilidade de receptores. Para a autora, a sexualidade normal era motivada por fatores estimulantes e supressores e existindo preservação de pensamentos e estímulos imediatos positivos, evitando- se os negativos, a saúde sexual é preservad (KAPLAN, 1979).

Em termos sociobiológicos, Kaplan descreve a importância do desejo sexual sendo um impulso que serve à função biológica da sobrevivência da espécie. Ele incita um forte apetite erótico que nos propele a engajar em comportamentos específicos da espécie que conduzem à reprodução. Ele nos mobiliza para encontrar um parceiro, cortejar, seduzir, excitar, impregnar, ser impregnado. (KAPLAN,1979).

Para Kaplan (1979) o desejo é definido como um conjunto de sensações, provocadas pela ativação de um sistema neuronal específico quando ativado, que induz sensibilidade genital, um aumentado interesse em sexo, receptividade a atividade sexual ou, meramente uma frenesi, que a gratificação sexual poderá desvanecer, resultando no orgasmo.

Segundo Lopes (1994), o desejo após o estímulo sexual é integrante da resposta sexual humana abrange um conjunto de variações fisiológicas, que resultam após um estímulo sexual, fator também afirmado por Abdo (2010), que concorda, que o desejo seria o gatilho inicial para compreender à resposta sexual humana feminina.

Para Kaplan (1995), a origem do desejo sexual principia nos centros límbicos e hipotalâmicos do cérebro, o processo se dá por um duplo procedimento, que confere um complexo de inibição e incitação, decorridos por sistemas neurais desprendidos e dirigidos por neurotransmissores distintos. A autora destaca a relação dos elementos incitadores tanto os fisiológicos quanto os psicológicos, de modo igual que os elementos supressores são dos dois tipos.

Destaca os elementos incitadores fisiológicos:

- o interessante, incluindo a incitação erótica, o romance e a sedução,
- os hormônios, especialmente a testosterona;
- o incitamento genital;
- além da possibilidade de atuação de presumidas drogas afrodisíacas.

Ao mesmo tempo, as resposta fisiológicas podem ter como fatores inibidores:

- as alterações hormonais como exemplo
- a depressão e substancias com ação colateral
- elementos supressores psicológicos, como um companheiro sem atrativos, pensamentos prejudiciais, emoções destrutivas, a estafa mental e agressividade.

Assim, Kaplan (1983) propõe um novo modelo trifásico sequencial, para o ciclo de resposta sexual humana, diferente da proposta de Masters e Johnson, que era composto por quatro fases. Nesse modelo nos deparamos com as fases de desejo, excitação e orgasmo, como componentes principais. E ainda que as três etapas serem fisiologicamente relacionadas, são diversas e associadas, correspondendo a sistemas neurológicos distintos.

Para a pesquisadora, o que antecedia à excitação, seria o desejo e que encerraria na fase de platô como sugerida no modelo de Masters e Johnson, pois se ocorrer a evolução da excitação, este sim, seria o fator principal para o alcance do orgasmo. As fases deste modelo são identificadas pelos fenômenos que a seguir se descrevem:

- *fase de desejo:* compreende a 1ª fase, que remete a uma vivência de sensações específicas, que determinam o sujeito a começar ou responder a uma estimulação sexual;

- *fase da excitação:* 2ª fase do ciclo de resposta sexual feminina se caracteriza pela vasocongestão genital reflexa para o homens e mulheres, que incita a ereção do pênis no homem, e a lubrificação vaginal, o intumescimento dos pequenos lábios e do clitóris, e ereção dos mamilos na mulher, numa reação orgânica generalizada de miotomia (KAPLAN,1977);

O que pode ser compreendido na proposta de Kaplan, é o lugar de relevância para as sensações perceptíveis, notadas especificamente como fatores incentivadores, que mobilizam o indivíduo a dar início ou responder a um estímulo sexual, essa ação é resultante da ação de específicos fatores resultante que ocorrem nos centros do sistema límbico. À fase da excitação está relacionada a vasocongestão genital, mediada pela estrutura parassimpático em ambos os sexos, assim como sugerido similarmente ao exposto no modelo de Masters e Johnson.

- *fase do orgasmo:* a 3ª fase identifica-se pela contração reflexa dos músculos pélvicos, que estão no eixo do orgasmo masculino e feminino.

Este modelo propõem a realidade de dois procedimentos neurológicos básicos que intercedem as três fases da resposta sexual. A medida que a fase do desejo é permeada por mecanismos centrais (ativação

do sistema límbico), as fases de excitação e orgasmo originam da ativação de mecanismos de reflexo periférico situado na espiral medula.

A definição dentro dessa resposta sexual linear sexual foi determinada tanto para homens como para mulheres e organizou as categorias diagnósticas atuais, entre elas o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (ABDO, 2010).

Este modelo estabelece uma possibilidade ao ciclo de quatro fases proposto por Masters e Johnson, ao compor uma fase que é teoricamente caracterizada pela sua natureza motivacional (fase de desejo). Kaplan incluiu essa fase após realizar um estudo retrospectivo da sua minuciosa clínica, onde deparou com diversos casos que apresentavam inibição do desejo sexual (NOBRE,2006).

> Este modelo trifásico viu o seu valor ser reconhecido aquando da sua inclusão pela Associação Psiquiátrica Americana (1980) no quadro conceptual para a classificação das disfunções sexuais (DSM-III). Esta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais inclui pela primeira vez, o quadro clínico de inibição de desejo sexual proposto por Kaplan. (NOBRE, 2006, p.133)

- Ciclo de Resposta Sexual de Basson:

Rosemary Basson (2004) em meados dos anos 80, após estudos e compreensão dos modelos de resposta sexual ainda praticados, apresentou um novo modelo circular, que enfatiza a resposta sexual feminina, que viabiliza a sobreposição de fases de ordem variável. Para esta autora, a mulher pode dar início ao ato sexual a partir de um estado de neutralidade e, disposta pela busca da intimidade, fortalecimento dos laços afetivos e aconchego do parceiro, se tornar receptiva aos estímulos eróticos que resultaria em seu desejo sexual despertado e aumentariam sua excitação (BASSON, 2001).

Seu modelo se baseia em 5 períodos:

1º - Dar início na atividade sexual, sem necessariamente estar focado no sexo, ou sem a noção do desejo:

2º - Resposta de excitação subjetiva com devida resposta física, estimulada pela recepção ao estímulo erótico, em circunstância adequada.

3º - Ao despertar a percepção de excitação subjetiva, estimulando a noção do desejo sexual;

4º - Evolução gradual da excitação e do desejo, alcançando a descarga orgástica ou não.

5º - Contento emocional e físico, sucedendo em receptividade para novos atos sexuais.

Sendo assim, este novo modelo de resposta sexual feminino, traz o enfoque para a importância da intimidade no sexo, destacando que a falta do desejo inicial, que é salientado com não sendo uma disfunção sexual, originando uma nova classificação baseada nos distúrbios físicos das disfunções sexuais.

O modelo circular de Basson propõe foi pensado principalmente no caso de mulheres que estavam em relacionamentos duradouros, de longos períodos, e que a dinâmica em sua resposta sexual não é igual, comparada as mulheres que estão em início de relacionamento amoroso. Pois a intimidade, elemento significativo que a pesquisadora defende dentro do seu modelo, é muitas vezes esquecido no decorrer do tempo, nas relações de muitos anos. Por isso os modelos anteriores comportam em algum momento de maneira linear, os exemplos de mulheres em seu começo de relacionamento. Sengundo Basson (2000), várias mulheres iniciam o percurso sexual com neutralidade, sem muito entusiasmo e vontade, desejando portanto, somente aproximação física e afeto; quando isso acontece, usufruem de satisfação emocional, tornando-se assim, disposta ao sexo. Assim, por exemplo em relacionamentos duradouros e com estrutura estável, nas mulheres o desejo sexual, é instigado e percebido pela cumplicidade e envolvimento estabelecido entre o casal. Os elementos como a troca de afetos, intimidade e paciência, enfatiza a autora, incitaria um maior estímulo a fase de excitação do ciclo de resposta sexual feminino, pois neste contexto este fator é dado como reforçador do desejo sexual da mulher.

No percurso do casamento, revela-se que o desejo sexual se transforme, em razão natural do convívio do próprio casal, filhos, mudanças de papéis. Desenrolar esse, que pode estabelecer um relacionamento maduro, com estabilidade e satisfatório, mas ao mesmo tempo, também pode gerar conflitos, e a relação resultar em insatisfação. (MCCULLOUGH & RUTENBERG, 2001)

Considerando os elementos importantes da sexualidade que abrangem a intimidade nos relacionamentos, Perel (2009) observa que, para a maioria das pessoas, o relacionamento duradouro incita o desejo sexual, justamente por perceber-se envolvidas, aceitas e seguras, e esses sentimentos expressados na relação possibilita liberar-se, estar receptivo para a relação erótica.

Segundo Montagu (1988) a legítima linguagem do sexo é essencialmente não verbal. Nossas palavras e imagens são imitações simples das profundas e complicadas sensações que experienciamos em nosso fórum íntimo. Das incertezas quanto ao tocar ser uma maneira de partilhar experiencias com outros, autorizamos nossos medos e fragilidades que limitassem as ricas possibilidades da comunicação não-verbal.

Quando ocorre a abertura no relacionamento para a intimidade, que acontece por via do aconchego, confiança e sentimentos de amorosidade, é estabelecido a aproximação um do outro, que remete ao desejo intenso, à excitação, ao exercício sexual satisfatório, que contribui para uma cumplicidade maior do casal.

Neste novo formato de compreensão da resposta sexual da mulher, é possível reconhecer que ela pode dar início na atividade sexual a começar de um ponto de neutralidade, ou melhor, o desejo pode não estar presente. As causas manifestadas que a levam ao exercício sexual são enigmáticas, e são diversos fatores que variam desde fundos emocionais (anseio por intimidade emocional com o companheiro, a procura de afeto), físicos (como a diminuição do stress e procura de prazer), relacionados a um determinado propósito que pode ser por (influências, retaliação, patrimônios, etc.) e até por razões de timidez, insegurança ou baixa autoestima. Desta forma, a autora destaca a relevância de que se baseiam as pesquisas na área da sexualidade, no sentido de analisar melhor o conceito de desejo, sendo que este, podendo estar relacionado a espontaneidade ou de forma responsiva, destacando portanto, a distinção entre excitação genital e subjetiva.

Sendo assim, fica possível iniciar numa relação sexual, partindo de um ponto de neutralidade sexual, no entanto, com a intenção que essa condição se converta, de modo que fique mais suscetível ao estímulo sexual e através disso, conserve seu desejo em busca de razões sexuais, e não somente pela procura da intimidade. (BASSON, 2001). A ótica passa a ser não apenas orgânica, mas biopsicossocial, compreendida por uma contínua resposta que abarca as dimensões do corpo, do emocional e do cognitivo

Sendo assim, por terem fatores complexos que contemplam a resposta sexual feminina, torna-se dificultoso um proveitoso método coordenado que são modelados apenas no tradicional ciclo de resposta sexual humana que inicia com o desejo sexual, ao invés de outros estímulos. Os dois parâmetros biológicos e psicológicos que atingem a motivação sexual das mulheres e a estimulação podem ser explicadas em modelos alternativos. Estas ponderações podem ser determinantes para iniciar uma experiência sexual que muitas das vezes é baseada em relações íntimas. (BASSON, 2003). Os fatores motivacionais, como a proximidade emocional, relacionamento, compromisso, paciência com as diferenças, perspectiva e anseio do bem-estar do parceiro, são partes importantes que incitam o ciclo sexual. Se houver relação entre o enfoque emocional e o bem estar físico, o ciclo de resposta sexual é estimulado (Basson,2001) .

Especificidades femininas

De acordo com Basson (2002) uma das características periódicas de resposta sexual feminina é a extensão da resposta do cérebro, quando ocorre a experiência sexual. A identificação sensorial externa e interna do genital que pode acontecer de ser desconhecida pelas mulheres, é acionada em conjunto com a avaliação subjetiva da intensidade do estímulo obtido, com o resultado gerado e com a avaliação cognitiva da situação, fatores que atuam e definem o grau de excitação feminina alcançado.

Diversas vezes, segundo esta autora (2003), o desejo sexual é com frequência experimentado pela mulher somente posterior ao estímulo sexual, quando resulta em um despertar de uma excitação sexual subjetiva, que não tem muita relação com as respostas fisiológicas que é a vasocongestão genital ou excitação objetiva. A autora ressalta que as queixas de perda de excitação muitas vezes referem a excitação subjetiva, mesmo considerando a resposta fisiológica esperada, que é a vasocongestão aparentemente natural para aquele momento. E de acordo com a autora, Domingos explica:

> No caso da excitação sexual da mulher, devemos lembrar que o processo fisiológico básico é a vasocongestão, que exige tranquilidade, relaxamento, predomínio de fatores não estressantes, para evitar a ação das substancias adrenérgicas vasoconstritoras, que bloqueiam o processo de excitação: entumescimento, lubrificação. (DOMINGOS, 2001, p. 311)

A motivação que a pesquisadora descreve, segue de encontro que para as mulheres na grande maioria das vezes, numa relação sexual, ela preza principalmente a qualidade emocional do seu enlace, ao que parece que a influência dos elementos como afeto, amor e carinho trocado é de suma importância na ativação desse ciclo e continuidade para a relação sexual. Esses fatores que passam a ser determinantes no sentido de influenciar e motivar a mulher para a relação sexual, faz paralelo tanto na resposta fisiológica como no psicológico, pois um não exclui o outro.

Nesse sentido o modelo permite que a mulher passe a usufruir das motivações como beijos prolongados, aconchegos nos abraços, toques e carícias nas mamas e, com o desenrolar dessas motivações despertadas no sistema límbico, o resultado é a sensação de excitação mental subjetiva, que é influído por elementos biológicos e psicológicos. Caso essa motivação sexual estiver em conformidade com o seu desejo, dentro de um período satisfatório e com perfeita harmonia entre as dimensões do biológico e o psicológico, resultará na melhora da excitação e do prazer, destacando que a variação de estímulos sexuais, o contexto e o tempo, são individuais, ou seja, cada mulher atua de uma maneira singular

Abdo (2004) também aponta que o exercício sexual está relacionado com a integridade e a interação de 3 importantes sistemas que compõe o indivíduo, o orgânico que representa o corpo biológico em si, o fator neuropsicológico que integra as emoções, os neurotransmissores e o elemento do contexto cultural socioeconômico que é o ambiente que a pessoa está presente ou seja, onde está inserida.

Vitiello (1997) explica que os três grupos de condicionantes importantes que abrangem a resposta sexual do ponto de vista orgânico, a resposta sexual identifica- se como uma função biológica e o que é esperado para os homens é que tenham ereções e para as mulheres a lubrificação vaginal frente à excitação, que posteriormente um certo nível de excitação resulte o orgasmo. Do ponto de vista social o que é considerado sexualmente normal ou não, dependendo da cultura que o indivíduo está inserido. O componente psicológico é o que abrange a satisfação pessoal, de maneira que o indivíduo sinta -se adequado dentro da relação com o outro.

Colombino (2001) enfatiza que todos os fatores são de relevância quando é compreendido o ciclo de resposta sexual feminino de maneira mais abrangente, e explica que há 3 premissas para que uma mulher responda de forma adequada no exercício sexual: 1) estimulação eficaz; 2) relaxamento e entrega à experiência; e 3) ausência de inibições aprendidas. Segundo o autor, quando pensamos em estimulação ineficaz implica na ignorância sexual tanto do homem como da mulher. O conhecimento das zonas erógenas da parceira é fundamental, a imaginação, as palavras gentis e as carícias rítmicas, suaves fazem parte das habilidades de ambos. A falta de relaxamento muitas vezes se dá aos conflitos com o prazer devido suas outras responsabilidades como preocupação com deveres da casa e tantos outros pensamentos que podem interferir em sua resposta sexual, o que acontece também com lembranças de episódios de fracassos ou medos aprendidos em relação a sexualidade, tudo pode resultar num quadro de disfunção sexual (COLOMBINO, 2001).

De acordo com Zeglio (2001) o desejo, é parte primordial da resposta sexual humana e na ausência desse fator, não haverá atividade sexual passível de prazer, o que discorda Basson, que em determinadas ocasiões o fator de desejo, tornar-se um incitamento com menor importância para o começo de uma relação sexual. Dentre outras várias razões para o início de uma atividade sexual seriam outros agentes motivacionais, como reforçar a proximidade emocional com o companheiro, investir no fortalecimento de vínculo e no compromisso, no desejo por notar-se atraída e atraente para o outro, no desejo de partilhar e sentir prazer sexual (BASSON, 2001).

De acordo com Heiman e Lopiccolo (1992) desenvolvimento sexual é um sistema que abrange toda o indivíduo, visando suas atitudes, pensamentos e sentimentos, e seu corpo. Desse modo, falar sobre o orgasmo é sem dúvida, falar de um aspecto prazeroso do crescimento sexual. A resposta orgástica não é uma parte separada sua sexualidade e para que ocorra depende de vários fatores tais como: da excitação sexual, de sentir sua própria sexualidade, do quanto você se sente àvontade consigo, com seus conceitos sobre sexualidade, com suas ideias sobre homens e mulheres e com seu cuidado físico entre outros aspectos.

Sendo assim, Bancroft (1989, *apud* BASSON, 2000) destaca quatro fatores primordiais e relevantes para compreensão do funcionamento do ciclo da sexualidade feminina:

1. Com referência aos homens cujas respostas são mais influenciados pela testosterona, as mulheres têm um menor desejo biológico de ser sexual para liberação de tensão sexual.

2. No que refere à vontade das mulheres para ter uma relação sexual resulta de uma sequência de "recompensas" ou "ganhos" que não são exatamente sexuais, sendo estas recompensas adicionais e de maior importância do que as necessidades biológicas da mulher. Essas recompensas não são indiferentes para os homens mas podem ter menos frequência do que a grande força motivacional. Pois os homens costumam experienciar o seu desejo como independentes do contexto, diferente da mulher.

3. O fator de excitação sexual das mulheres resulta em excitação mental subjetiva que pode ser seguida ou não da percepção das alterações vaso congestivas nos seus genitais e outros vários sinais físicos não genitais de excitação. Se não houver percepção genital, pode ser ou não ser um estímulo erótico para a mulher.

4. O orgasmo que resulta na liberação de tensão sexual, pode ou não acontecer, quando isso ocorrer, pode ser numa variedade de formas, mesmo a uma mulher.

Basson descreve o desejo sexual como um conjunto de vivências de pensamentos, fantasias e um despertar do interesse de envolvimento em atividade sexual (BASSON,2002), por isso o fantasiar é importante. Segundo Monesi e Rodrigues Junior (2001) o potencial humano de fantasiar não tem fronteiras, pois podemos através das fantasias, fazer simplesmente tudo que desejarmos. Essa experiência pode nos levar num mundo totalmente cheio de emoções e de situações surpreendentes.

A fantasia está para a sexualidade assim como a respiração está para a vida. A sexualidade só se manifesta quando a fantasia já está presente. A fantasia é justamente o que diferencia o humano dos outros seres que habitam o nosso planeta. Os animais, de maneira geral, possuem somente o instinto. Isso significa que nenhum animal, exceto o humano, tem fantasias e por isso não desenvolve a sexualidade. (MONESI & RODRIGUES JUNIOR, 2001, p.123)

Sendo assim os autores concordam com Basson, quando é citado que o papel da fantasia está tenuamente ligado ao desenvolvimento de uma vida sexual sadia e satisfatória.

Abdo (2004) reforça que não deve banalizar a satisfação sexual da mulher como um evento insignificante, pois o resultado é de sofrimento e dificuldades no relacionamento com o parceiro e com os outros.

Como aponta Rosemary Basson (2002), a resposta emocional da mulher, pode ter origem em tipos diferenciados de respostas, encontrados no sistema límbico do cérebro, e que pode ser confirmatório e negativo, tendo a lógica de que, se as mudanças fisiológicas da mulher estiverem acompanhadas por emoções negativas (culpa ou censura), o resultado dessa resposta será o fator negativo e bloqueará a experiência da excitação subjetiva. Quando a mulher não receber o estimulação genital e excitação subjetiva, e mesmo que se encontre emocionalmente positiva, pode-se confirmar que o mais presumível, é que a mulher não sinta nada. Ou seja, de acordo com a autora, o ciclo de resposta sexual feminina se revela complexo, estando disposto as várias influências e fatores, desde o contexto da mulher, assim como outros elementos variáveis, que dependendo em que etapa da vida à mulher se encontra, e considerando inclusive a diversidade feminina e suas distintas culturas.

Sexualidade e Saúde Mental

O DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, inclui pela primeira vez, em 1968, a classificação de perturbações genitourinárias, percursora da categoria atribuída às disfunções sexuais.

Já, no DSM-III traz os conceitos de Masters e Johnson, unidos as ideias de Kaplan, ainda que mantiveram a compreensão da linearidade do ciclo de resposta sexual feminina como sendo linear, manteria a patentear uma semelhante definição para os critérios de diagnóstico que referiam às disfunções sexuais masculina e feminina, respaldando-se numa resposta sexual característica dos homens. (BASSON, et al., 2003)

Na sua 4ª revisão, o DSM-IV (2002) traz as disfunções sexuais relacionadas a partir dos fatores que identificavam o ciclo de resposta sexual, ou no sofrimento relacionada a relação sexual. Apartir da quinta revisão as disfunções já são contempladas num âmbito maior, considerando fatores etiológicos como considerar o estado psicológico do indivíduo.

Interessante comentar que os modelos de Masters e Jonhson e de Kaplan, mesmo revisados e modificados ao longo dos tempos, e com a própria mudança que o comportamento sexual sofreu em cada época, ainda assim, são aplicados até os dias de hoje por muitos profissionais em terapia sexual. O modelo de resposta sexual humana descrita por esses pesquisadores, foi um passo pioneiro de grande importância nas pesquisas científicas da função sexual em homens e mulheres, mesmo assim, não ficou claramente provado ser útil na manutenção das questões sexuais da mulher, pois nestes modelos anteriores, não tinham a preocupação em compreender a implicação na ordem das fases do ciclo, e o quanto elas podiam ter influência na resposta sexual.

A sexualidade humana mesmo compreendendo os modelos atuais, fica inconcebível uniformizar, de forma limitada e banal, as respostas orgânicas. Qualquer ser humano dispõe de uma potencialidade biológica, contudo a natureza não abarca a mesma habilidade reacionária para todos (CAVALCANTI & CAVALCANTE,2006). Segundo esses autores, é primordial compreender a individualidade do ser humano, dentro da sua realidade em seu próprio desenvolvimento histórico social. No que abrange a sexualidade, os modelos teóricos são de importância, para validar o mecanismo funcional tanto da fisiologia e da estrutura psíquica do ser humano, que são distinguidas culturalmente uma da outra. Tanto que o que é visto comum em uma cultura, em outra pode ser desacato para outra.

Considerações finais

Neste trabalho, foi dado enfoque para o entendimento do ciclo de resposta sexual feminino, sendo compreendido num âmbito maior, ou seja, o ciclo de resposta sexual, é analisado por um viés biopsicossocial, pois abarca todas as dimensões do ser humano e não somente direcionado ao sexo genitalizado, mostrando a importância dos achados de Kinsey, Masters e Jonhson, Helen Kaplan e Basson sobre a sexualidade.

A compreensão dos ciclos e repostas sexuais, enquanto objetos de análise científica, ganharam um salto no século XX, permitindo não apenas o conhecimento das pessoas, principalmente das mulheres, sobre sua própria sexualidade. Também serviram como orientadores de práticas terapêuticas, tanto do ponto de vista médico como psicológico dos problemas e disfunções sexuais humanas, contribuindo para a busca do bem estar sexual e, portanto vital, dos seres humanos.

Especificamente com relação às mulheres, se mostra fundamental focar nos aspectos psicossomáticos da sexualidade, de forma a ampliar seu potencial de conhecimento, prazer e orgástico, mas também desconstruir mitos e tabus que um sistema cultural patriarcal e repressor causaram. Também destaca-se o grande papel que o afeto alcança na sexualidade feminina, promovendo maior entendimento deste estímulo para atender a singularidade das mulheres e proporcionar sua satisfação sexual.

Referências

ABDO, C. H. N. Da depressão à disfunção sexual. São Paulo: Vizzo Editora,2007.

ABDO, C. H. N. Descobrimento sexual do Brasil para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus, 2004.

ABDO, C.H.N. Sexualidade Humana e seus Transtornos. São Paulo: Casa Leitura Médica, 3 ed. 2010.

BANCROFT, J. Alfred Kinsey's work 50 years on. Ssh, 1-18, 2005.

BANDEIRA, M. L. G. Um Olhar histórico sobre a sexualidade. In: RIBEIRO, Hugues C. de F (org.); et. al. As minhas, as suas, as nossas sexualidades. São Paulo: Cepcos, 2013.

BASSON, R. et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. Journal Psychosom Obstet Gynecol, v.24, 2003, p. 21-229.

BASSON, R. Human sex-response cycles. J Sex Marital Ther, ;27:33-43, 2001.

BASSON, R. Review: Female sexual dysfunctions - the new models. British Journal of Diabetes & Vascular Disease, v.2,. 2002, p.267-270.

BASSON, R. The female sexual response: a diferent model. Journal of Sex & Marital Therapy.v.26, n.1, 2000, p.51-65.

BASSON, R. The Female sexual Response: A different model. Journal of Sex & Marital Therapy, 26, 51-65, 2000.

BASSON, R. Using a different model for female sexual response to adress women's problematic low sexual desire. Journal of Sex & Marital Therapy; 27(5): 395-403, 2001b.

BASSON, R. Women's Sexual Desire - Disordered or Misunderstood?. Journal of Sex & Marital Therapy, v.28(s), 2002, p.17–28..

BASSON, R.; LEIBLUM, S.; BROTTO, L.; DEROGATIS, L.; FOURCROY, J.; GRAZIOTTIN A et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. J Sex Med.1(1):40–48, 2004.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca,.2006.

DIEHL, A.; LEITE, D. Sexualidade: do prazer ao sofrer. 2 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2017.

FOUCAULT, M. História da sexualidade 2: O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GHERPELLI, M. H. B. V. Diferente, mas não desigual: a sexualidade no deficiente mental.São Paulo: Editora Gente,1995.

GOZZO, T. O., FUSTINONI, S. M., BARBIERI, M., ROEHR, W. M., & FREITAS, I. A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. Rev.latino- am.enfermagem, 2000.

HEIMAN, J. R. LOPICCOLO, J. Descobrindo o prazer: uma proposta de crescimento sexual para a mulher. 2a. ed. São Paulo: Summus. 1992.

KAPLAN, H. S. A nova terapia do sexo. 6a ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1974.

KAPLAN, H. S. A nova terapia sexual. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1977.

KAPLAN, H. S. O desejo sexual. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira,1983.

KAPLAN, H. S. The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation. Bristol, PA: Brunner/Mazel,1995.

KAPLAN, Helen Singer. Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. New York, 1979.

LAPLANCHE, J. Vida e morte em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOPES, G; et al. Patologia e Terapia Sexual. Rio de Janeiro: Medica e Científica, 1994.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. A incompetência sexual. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

MASTERS, W. H.; Johnson, V. E. Human sexual response. Boston: Little Brown, 1966.

MASTERS, W.H.; Johnson V.E. A conduta sexual humana. São Paulo: Civilização Brasileira,1979.

MCCULLOUGH, P. G.; RUTENBERG, S. K. Lançando os filhos e seguindo em frente. In B. Carter, M.McGoldrick. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar. Trad. Mariana Adriana Verissimo Veronese. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MURARO, R. M. A mulher no 3° milênio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

NAPOLITANO; P. M. Mulheres e suas transformações. In: RIBEIRO, H. C. F.; et al. (eds.) As minhas, as suas, as nossas sexualidades. São Paulo: CEPCoS. 2013.

NUNES, S. A. O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

OGDEN, J. Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

PEREL, E. Sexo no Cativeiro: driblando as armadilhas do casamento. Tradução Adalgisa Campos da Silva. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

RODRIGUES JUNIOR, O. M. Aprimorando a saúde sexual: Manual de técnicas de terapia sexual. São Paulo: Summus, 2001.

RODRIGUES, C. S. L. Católicas e femininas: identidade religiosa e sexualidade de mulheres católicas modernas. Rever. 2003.

roLOPES, G.P.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R.P. Sexologia integral. Curitiba: Relisul; 1992.

SCHIAVO, M. R. Manual de orientação sexual. São Paulo: O Nome da Rosa, 2004.

SENA, T. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. Rev. Estud. Fem. [online]. 2010, vol.18, n.1, pp.221-240. [Internet]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2010000100014

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I.S.C. Manifestações da sexualidade nas Diferentes Fases da Vida. In: Revista Brasileira de Sexualidade Humana. SBRASH, V.4, n.1, 1993, zeglip.47-59.

VITIELLO, N.; RODRIGUES JUNIOR, O. M. As bases anatômicas e funcionais do exercício da sexualidade. São Paulo: Iglu; 1997.

ZEGLIO, C. Inibição do desejo sexual feminino. In:Instituto Paulista de Sexualidade. Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual. São Paulo: Summus, 2001.

Como os Hormônios e Neurotransmissores Atuam na Resposta Sexual Feminina

How Hormones and Neurotransmitters Act in The Female Sexual Response

Edna Reinaldo da Silva
Email: edna_reinaldos@hotmail.com
Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal do Pará, Licenciatura em História pela Universidade Estadual Vale do AcaraúVale do Acaraúe, Sexóloga pelo Centro de Sexologia do Instituto Casa Tessariolli e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:
Discute-se a atuação dos hormônios e neurotransmissores, como ocitocina, serotonina, dopamina, noradrenalina, na resposta sexual feminina. Busca-se compreender, também, como diferentes estruturas cerebrais – tálamo, hipocampo, amígdala, hipotálamo, ínsula, mesencéfalo – exercem funções específicas na sexualidade hu¬mana e contribuem para a regulação da resposta sexual humana e para o bem-estar físico e emocional.
Palavras-chave: Neurotransmissores, Sexualidade feminina, Estruturas cerebrais, Resposta sexual humana.

Abstract:
This paper discusses the roles of hormones and neurotransmitters, such as oxytocin, serotonin, dopamine, and norepinephrine, in the female sexual response. It also seeks to understand how different brain structures – the thalamus, hippocampus, amygdala, hypothalamus, insula, and midbrain – perform specific functions in human sexuality and contribute to the regulation of human sexual response and to physical and emotional well-being.
Keywords: Neurotransmitters; Female sexuality; Brain structures; Human sexual response.

Introdução

Com o avançar da Ciência nas áreas de Neurologia e Endocrinologia, notou-se que a função sexual é muito mais complexa do que a ação dos hormônios sexuais. No esquema do comportamento sexual, segundo Georgiadis e Kringelbach (*apud* CALABRO *et al,* 2019), o ciclo do prazer sexual atua no sistema nervoso central (SNC), onde atividades integrativas complexas resultam em respostas autônomas e voluntárias.

Assim, para que haja o funcionamento da sexualidade, muitas áreas do cérebro são ativadas e orquestradas, combinadas com a secreção de vários hormônios e neurotransmissores que em conjunto se ligam a áreas específicas que são responsáveis, entre outras funções, pela área da sexualidade como: o sistema límbico onde se encontra a amigdala e o hipocampo (DACOME & GARCIA, 2008). Portanto, exige-se a ativação dessas áreas bem como a secreção de vários hormônios e neurotransmissores.

Cabe salientar que, como a sexualidade não se restringe à reprodução e nem mesmo ao ato sexual em si, é de suma importância salientar também as funções dessa sexualidade, do funcionamento hormonal e dos neurotransmissores ao longo da vida do sujeito, bem antes mesmo da época do amadurecimento das células sexuais do indivíduo. Assim, a função sexual por sua vez não está relacionada unicamente à interação do indivíduo com o meio externo, mas também com determinada por seu meio interno.

Nesse processo de interação, alguns estímulos sensoriais como: olfativos, gustativos, visuais, táteis, auditivos e estímulos de automanipulação, entre outros, podem desencadear a resposta sexual humana (RSH), além de pensamentos, memórias, fantasias que o indivíduo possa produzir. Dessa forma, estímulos externos e, ainda, as motivações internas regulam a função sexual.

Assim, a sexualidade, para além dos processos biológicos, interage com as dimensões subjetivas do ser humano o que fundamenta a concepção da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), a sexualidade é apresentada como a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, por meios que sejam positivamente enriquecedores e que potencializem a personalidade, a comunicação e também o amor.

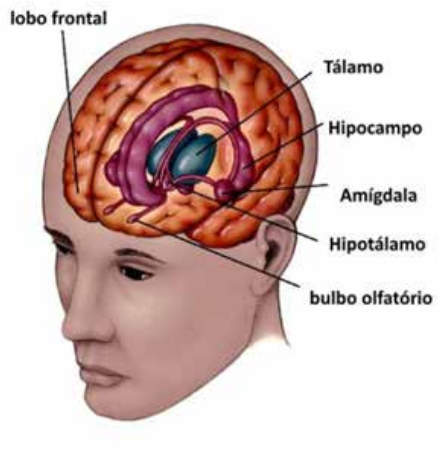
Assim, considerando as partes orgânicas, as principais regiões encefálicas envolvidas com a vida sexual, de acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), são: o sistema límbico e seus núcleos e o mesencéfalo.

O Sistema Límbico

O sistema límbico é constituído por estruturas nervosas, tais que compõem o sistema nervoso central e se localizam no interior da caixa craniana, majoritariamente no encéfalo (conjunto do tronco cerebral, cerebelo e cérebro), porém possui ligação com outros tecidos e sistemas distribuídos por todo o corpo.

Este sistema está envolvido no processo sexual (DACOME & GARCIA, 2008), o que inclui os núcleos olfatórios, a área preóptica medial1, núcleo accumbens2, as amígdalas, o hipocampo, o tálamo, o hipotálamo, e vários outros centros cerebrais. Do ponto de vista fisiológico (PEREIRA, 2022), o desejo sexual é desencadeado pela estimulação desse subsistema específico, que está diretamente relacionado à memória, ao controle das funções viscerais (por meio do sistema nervoso autônomo), ao olfato, à conduta emocional e, naturalmente, ao comportamento sexual.

Figura 1: Sistema Límbico



Fonte: https://www.passeidireto.com/arquivo/90637920/sistema-limbico

- Área pré-óptica:

A área pré-óptica é uma região do hipotálamo, e suas células distribuem-se em torno do terceiro ventrículo em relação com o recesso supraóptico. Localiza-se numa posição central e interior do cérebro e constitui a principal parte do estriado ventral com funções relacionadas com a recompensa, o prazer, o vício, o risco, o medo ou a agressão e é uma das estruturas mais importantes no sistema límbico.

Com todo esse circuito, também temos a presença de algumas substâncias bioquímica que se ligam ao sistema como: dopamina, ocitocina, serotonina e testosterona.

- Tálamo:

O tálamo tem uma importante função no sistema de recompensa, pois tem sido tradicionalmente concebido como um centro de retransmissão de estímulos sexuais da medula espinhal para as estruturas corticais e subcorticais superiores (ADONI *apud* CALABRO *et al,* 2019), e compreende-se como um centro de integração ativo durante as fases de desejo, excitação e orgasmo.

- Hipocampo:

O hipocampo é responsável pelo centro da memória se apresenta como fundamental na fase inicial da resposta sexual. O hipocampo torna-se essencial na retomada das memórias e fantasias quando ocorre a ausência dos estímulos externos (SQUIRE *apud* PIÇARRA, 2014).

- Amígdala:

A amígdala é um grupo de núcleos em forma de amêndoa localizados profundamente nos lobos temporais mediais do cérebro (BAIRD *et al, apud* CALABRO *et al,* 2019). Ela desempenha um papel importante no impulso sexual humano e lesões pode causar comportamentos sexuais anormais, como estados "hipersexuais". A amigdala torna-se, também, importante para a formação e armazenamento de memórias, pois está associada a eventos emocionais compensadores.

- Hipotálamo:

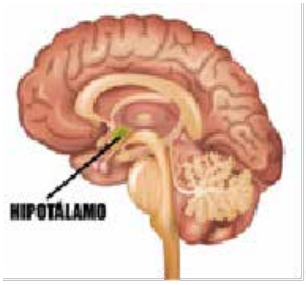
O hipotálamo situa-se abaixo do tálamo e exerce inúmeras funções e, além de seu papel no controle de ações básicas como a fome, a sede a reprodução, coordena o sistema nervoso autônomo (SNA) (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012).

Savic (*apud* PIÇARRA, 2014) descreve que o hipotálamo é fundamental para a fase inicial de envolvimento e coordenação no comportamento sexual, uma vez que se liga ao sistema nervoso e ao sistema endócrino, controlando não apenas as emoções, mas a resposta fisiológica sexual.

Alguns hormônios hipofisários podem ser estimulados ou inibidos de acordo coma liberação dos fatores hipotalâmicos (SAM & FROHMAN apud CALABRO *et al,* 2019), influenciando a temperatura corporal, fome, sede, ciclos circadianos e desejo sexual.

Estudos de Sam e Frohman (apud CALABRO *et al,* 2019) apontam que lesões temporárias na área pré-óptica medial/hipotálamo anterior, afetam temporariamente o desejo sexual e lesões maiores podem ter efeitos permanentes no comportamento sexual. O hipotálamo também está envolvido na ereção peniana e na regulação do comportamento sexual masculino.

Figura 2: Hipotálamo



Fonte: https://thebrain.blog/pt/o-hipotalamo/

- Ínsula:

Para que haja o bom funcionamento da biologia sexual, muitas áreas cerebrais estão envolvidas e são responsáveis por funções específicas dentro da resposta sexual. Critchley colabora nos apresentando a ínsula, que se configura como uma estrutura central na resposta sexual e que faz as ligações entre a excitação e o desejo sexual, pois, se associa à consciência interna dos estados fisiológicos e da consciência emocional (CRITCHLEY *et al. apud* PIÇARRA, 2014).

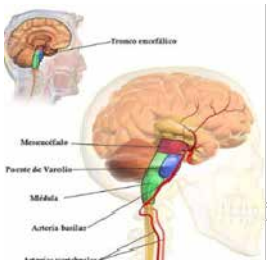
No que se refere aos sentimentos e a sua influência no desenvolvimento dos estados corporais, Damásio aponta ainda que a ínsula processa os estados viscerais associados com a experiência emocional originando as sensações conscientes (DAMÁSIO *apud* PIÇARRA, 2014). Dessa forma, o desejo não seria interpretado como a primeira fase da resposta humana, mas sim o resultado da consciência emocional da excitação.

- Mesencéfalo :

O mesencéfalo é o segmento mais curto do tronco encefálico, com sua maior parte localizada na face posterior do crânio. Fonte: É o segmento mais curto do tronco encefálico, com sua maior parte localizada na face posterior do crânio.

No mesencéfalo, podem-se distinguir duas regiões principais: uma dorsal, denominada teto mesencefálico (teto do terceiro ventrículo), e uma ventral, o tengmento mesencefálico (piso do terceiro ventrículo). É da área tegmental que também partem as vias dopaminérgicas mesolímbicas, a de grande importância para a sexologia (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012).

Figura 3: Mesencéfalo



Fonte: https://maestrovirtuale.com/mencefalo-caracteristicas-funcoes-e-pecas/

No mesencéfalo, podem-se distinguir duas regiões principais: uma dorsal, denominada teto mesencefálico (teto do terceiro ventrículo), e uma ventral, o tengmento mesencefálico (piso do terceiro ventrículo). É da área tegmental que também partem as vias dopaminérgicas mesolímbicas, a de grande importância para a sexologia (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012).

Quadro 1. As funções cerebrais do sexo

Tálamo	Retransmite estímulos eróticos vindos da medula espinhal.
Hipocampo	Principal centro da memória é o responsável pelas memórias e fantasias que desencadeia a resposta sexual.
Amígdala	Dá significado emocional aos estímulos eróticos recebidos , modulando desejo sexual e a escolha do companheiro.
Hipotálamo	Coordena eventos autônomos no comportamento sexual.
Ínsula	Consciência da tumescência dos órgãos eréteis, modulando o desejo sexual.
Mesencéfalo	Se comunica com as principais partes do sistema nervoso central.

O impulso sexual e a experiência de prazer são elementos chave na resposta sexual. Sendo assim, Calabro e colegas (2019) acrescentam que a este funcionamento corporal se soma a ação dos neurônios dopaminérgicos do sistema de recompensa, localizados principalmente no mesencéfalo. Portanto, para que haja o comportamento sexual é necessário que ocorra o processamento de estímulos sexuais.

Atuação dos Hormônios e Neurotransmissores no Funcionamento Sexual Humano

- Os neurotransmissores:

Segundo Cavalcanti e Cavacanti (2012), os neurotransmissores são moléculas proteicas sintetizadas naturalmente no corpo celular dos neurônios e transportados as diversas partes das células nervosas, sobretudo para o terminal axônico . Por este motivo, é de suma importância que estudemos as funções e o funcionamento hormonal e dos neurotransmissores ao longo da vida do sujeito, bem antes mesmo da época de amadurecimento das células sexuais, até o impacto que causam na sexualidade do indivíduo.

Os neurotransmissores são representados como um grupo de agentes químicos liberados pelos neurônios. Conforme Saeed (s/d), esses mensageiros ligam o cérebro e a medula espinhal aos músculos, órgãos e glândulas, enviando "sinais" para realizar certas funções no corpo. Esse processo de transmissão de sinais e informações entre os neurônios é denominado "sinapse" (CAVALCANTI & CAVACANTI, 2012).

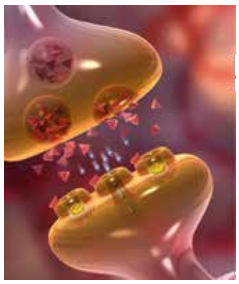
Além dessa transmissão, os neurotransmissores trabalham para manter o funcionamento do nosso cérebro e interagem com locais específicos chamados receptores, localizados em todo o cérebro com o objetivo de regular emoções, memória, função cognitiva, atenção, energia, apetite, desejos sensibilidade à dor e padrões de sono.

Costa (2015), evidencia que os neurotransmissores, enquanto mensageiros químicos, são capazes de modular e amplificar sinais e sinapses entre neurônios e também com outras células do organismo, podendo afetar algumas funções psicológicas e físicas.

Assim, a produção e a liberação dos neurotransmissores refletem as necessidades corporais e os desejos, bem como, a estimulação do meio ambiente. Peres, analisando o funcionamento neurológico, fala que, "para transmitir um impulso elétrico em uma informação química, para que as células consigam se 'conversar', o neurônio produz e utiliza os neurotransmissores (PERES *et al. apud* BISCAINO, 2016).

Chagas e colegas (*apud* BISCAINO, 2016), identificam lugares de atuação de neurotransmissores, como o encéfalo, a medula espinhal e os nervos periféricos.

Figura 4 – Neurotransmissores



Fonte: https://farmaceuticodigital.com/2019/11/ciencia-das-emocoes.html

Para compreendermos como se processa o controle neural dos órgãos sexuais, Bear salienta que em sua maior parte esse controle utiliza vias somatossensoriais e motoras, distribuídas igualmente tanto no homem como na mulher (BEAR, *et al. apud* SILVA, 2011, p. 43). Na concepção definida pelos autores, "o desejo sexual do homem e da mulher pode resultar de estímulos eróticos psíquicos e da estimulação sensorial (visual, olfatória, somatossensorial) e da estimulação tátil direta dos órgãos sexuais externos".

Brotto e colegas (*apud* SILVA, 2011) apresentam alguns neurotransmissores envolvidos no processamento do desejo e da excitação sexual, como a dopamina, a ocitocina, a serotonina, entre outros. Por exemplo, no auge da excitação sexual, várias dessas substâncias químicas atingem alto nível de concentração na corrente sanguínea. As substâncias feniletilamina e a ocitocina, conforme Cavalcanti e Cavacanti (2012), são as que atuam na fase da resposta sexual que dispara o reflexo do orgasmo. A feniletilamina atua também na produção de algumas substâncias como adrenalina e dopamina, que promovem bem-estar. Já a ocitocina, além de estar presente no sexo, aparece também no abraço, no parto e na amamentação, promovendo aproximação.

As ações dessas substâncias são modificadas e influenciadas pelo ambiente endócrino fornecido pelos seguintes hormônios sexuais: estrogênio, progesterona e testosterona. Assim, os hormônios sexuais desempenham um papel importante e trabalham garantindo a integração cerebral entre os sistemas sexuais somáticos e autônomos (LEWIS & MILLS *apud* CALABRO *et al.,* 2019), contribuindo para a ascensão dos reflexos sexuais espinhais ao nível cerebral com a consequente erogeneização da estimulação genital via ativação de centros autonômicos.

Os Hormônios Sexuais

- A testosterona:

A testosterona segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012) é responsável pela estimulação e pela busca ativa do envolvimento sexual e parece ter também um papel preponderante nas fantasias eróticas. Ela, portanto, estimula o desejo sexual por elevar os níveis de dopamina e promove sensações de bem-estar porque melhora o humor.Cavalcanti e Cavalcanti (2012) afirmam que mulheres cujos níveis de testosteronas são elevados masturbam-se com mais frequência.

- O estrogênio:

O estrogênio, de acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), é um hormônio produzido principalmente pelos ovários, mas também produzido e armazenado no tecido gorduroso. Ele exerce um papel fundamental na sexualidade, embora sua ação sobre o desejo seja indireta, mas é direta ao garantir os feromônios (odor sexual característico) das mulheres. Melhora o humor e governa o impulso feminino receptivo, tornando as mulheres mais afetivas e movendo-as a buscarem parceiros sexuais.

- A progesterona:

A progesterona é produzida pelos ovários e pelas suprarrenais. Ela aumenta a temperatura corporal e inibe o desejo sexual, principalmente por reduzir a testosterona. Também reduz os odores sexuais (feromônios), podendo até provocar odor desagradável nas fêmeas, diminuindo a probabilidade de atração sexual. Ela é o hormônio da gravidez, mas que atua também na síndrome pré-menstrual, provocando aumento na retenção de líquidos do corpo e ganho de peso (CAVALCANTI & CAVACANTI, 2012).

- A prolactina:

A prolactina é o hormônio responsável pela produção do leite materno e é estimulada pela sucção das mamas, além de estar presente no final da gestação.; mas pode ser aumentada também com exercícios físicos violentos e em situações de stress. Embora a produção da prolactina e frente à amamentação não interfiram no orgasmo feminino têm impacto sobre a libido, promovendo a inibição do hipotálamo, inclusive na produção de dopamina e da testosterona (CAVALCANTI & CAVACANTI, 2012).

Os Neurotransmissores Envolvidos na Sexualidade

- A ocitocina:

A ocitocina conhecida como o "hormônio do amor" encontra-se presente na resposta sexual humana. Ela é produzida no hipotálamo e armazenada na hipófise. Atua também promovendo relacionamentos amorosos, familiares e sociais aos quais promove o vínculo entre os seres humanos. Também atua na secreção do leite materno pelas glândulas mamarias e na facilitação das contrações uterinas e no prazer sexual (DACOME & GARCIA, 2008).

Davidson (*apud* DACOME & GARCIA 2008), em estudos constatou altas concentrações plasmáticas de ocitocina durante o orgasmo, tanto feminino como masculino. Essa correlação permite estabelecer uma possibilidade funcional no papel da ocitocina na resposta sexual.

A falta de vínculo social e de atenção impacta na qualidade dos relacionamentos, o que pode provocar graves "sequelas psicopatológicas", como demonstrou Spitz (*apud* DACOME & GARCIA, 2008) em experiências com crianças de orfanatos. Nesses estudos, a falta de cuidado e interatividade com as crianças provocava altos níveis de ansiedade, visão do ambiente como ameaçador, aquelas permanentes e até mesmo morte, ao mesmo tempo em que se refletia prejudicando as futuras relações.

- A dopamina:

A dopamina é uma substância química do bem-estar, sentir-se bem e da felicidade, interagindo com centros de prazer e recompensa do cérebro. Saeed (s/d) aponta que a dopamina, juntamente com outras substâncias químicas como a serotonina, oxitocina e endorfinas, desempenha um papel vital em como nos sentimos felizes. Esse neurotransmissor atua não apenas na melhora do nosso humor, mas contribui também nos movimentos do nosso corpo, na nossa memória e no foco.

O seu excesso, no cérebro, possui o mesmo efeito das drogas psicotrópicas estimulantes, pois provoca grande euforia e aumento de energia. Além disso, Borges (2015) acrescenta afirmando que quando os níveis da dopamina aumentam no cérebro, aumentam também os níveis de testosterona, o hormônio do desejo sexual, tanto em homens quanto em mulheres.

- A serotonina:

A serotonina promove a liberação da prolactina pela estimulação dos receptores sinápticos, exercendo, de acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012) um papel antagônico a dopamina que inibe a produção de prolactina.

Os neurônios serotoninérgicos não possuem apenas receptores de serotonina, mas também receptores pré-sinápticos de noradrenalina, mostrando interrelação que age inversamente: a serotonina inibe a ejaculação e o orgasmo; enquanto que a noradrenalina os facilita.

Considerações finais

Com base no levantamento de dados bibliográficos sobre como os hormônios e neurotransmissores atuam na resposta sexual com ênfase no corpo feminino, observou-se que os elementos que compõem a sexualidade, tal como é previsto pela OMS, integram a vida do sujeito como um todo e isto inclui além

dos aspectos biológicos, abrange também os elementos psicossociais, incluindo pensamentos, sentimentos e os efeitos dos processos educativos acerca da sexualidade apreendida ao longo da vida.

Partindo desse pressuposto, entendemos que as questões sexuais relacionadas ao funcionamento biológico, áreas cerebrais são fundamentais, como as conectadas com o sistema límbico, o hipotálamo e o mesencéfalo, que em conjunto com alguns hormônios e neurotransmissores são responsáveis pelo funcionamento sexual, proporcionando o desenvolvimento da resposta sexual satisfatória.

O organismo funcionando saudavelmente é base para que haja o funcionamento e a satisfação sexual. Nesse processo fisiológico, o papel dos hormônios e dos neurotransmissores são imprescindíveis, enquanto agentes químicos que atuam promovendo a ativação da resposta sexual interna, bem como nas fases seguintes de excitação e orgasmo.

Na função sexual, essas substâncias atuam gerando envolvimento e bem-estar físico e emocional, inclusive as constatadas nas respostas sexuais humanas descritas nos três modelos propagados pela Sexologia.

Referências

BISCAINO, L.C. et al. Neurotransmissores. Relatório técnico-cientifico. MoEduCiTec, 2016. Disponível em: https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/moeducitec/article/view/7494

CALABRO, R. S. et al. Neuroanatomia e função do comportamento sexual humano: Uma questão negligenciada ou desconhecida? Brain And Behavior. 3 de agosto/2019. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.1389

CAVALCANTI, R. CAVALCANTI, M. Tratamento clinico das inadequações sexuais. São Paulo: 4º ed. Roca, 2012.

DACOME, O. A.; GARCIA, R. F. Efeito modulador da ocitocina sobre o prazer. Revista Saúde e Pesquisa, 2008, v. 1, n. 2, p. 193-200. Disponível: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/751/608

PEREIRA, N. M. A dimensão biológica do desejo sexual. Sociedade portuguesa de sexologia clínica. Agosto, 2017. Disponível em: https://spsc.pt/index.php/2017/08/17/a-dimensao-biologica-do-desejo--sexual/

PIÇARRA, A. C.E.S. O chocolate e a resposta sexual da mulher. Dissertação (Mestrado transdisciplinar em sexologia) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2014. Disponível em: https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/7077/1/Ana%20Cristina%20Pi%C3%A7arra_tese%20Mest.pdf

SAEED, M. O que é dopamina? Into Action Recovery Centers. Disponível em: https://www.intoactionrecovery.com/how-dopamine-drives-our-behavior/

SILVA, S. L. F. G. Neuropsicofisiologia do desejo sexual: alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9G4GUB/1/monografia_neuropsicofisiologia_de_desejo_sexual___symone_silva.pdf

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. SEXUAL HEALTH Genebra: WHO; 2017. [Internet]. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

Disfunções Sexuais Humanas e Técnicas de Tratamento

Human Sexual Dysfunctions and Treatment Techniques

Ricardo Vieira
Email: ricardo @institutohiddes.com.br
Graduado em Ciênicas Contábeis pela
Faculdade de Ciências Contábeis Moraes Júnior
e Pós-Graduado em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual
pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:
Este estudo reúne conhecimentos sobre disfunções sexuais e técnicas de terapia sexual, com o objetivo de facilitar a consulta à literatura e apresentar conteúdos teóricos e práticos em linguagem didática e acessível. Abordam-se os principais conceitos e classificações das disfunções sexuais, os fatores biopsicossociais envolvidos e as indicações de técnicas terapêuticas gerais e específicas para seu tratamento. Destaca-se a importância da avaliação das particularidades de cada caso e dos fatores psicológicos associados às queixas sexuais para a elaboração do planejamento terapêutico.
Palavras-chave: Sexualidade, Disfunções sexuais, Técnicas terapêuticas, Terapia sexual.

Abstract:
This study brings together knowledge on sexual dysfunctions and sex therapy techniques to facilitate consultation of the literature and present theoretical and practical content in clear, accessible language. It addresses the main concepts and classifications of sexual dysfunctions, the biopsychosocial factors involved, and the indications for general and specific therapeutic techniques used in their treatment. It emphasizes the importance of assessing the particularities of each case and the psychological factors associated with sexual concerns when developing a treatment plan.
Keywords: Sexuality; Sexual dysfunctions; Therapeutic techniques; Sex therapy.

Introdução

Retornando ao conceito de sexualidade formulado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, a saúde é um direito humano fundamental e, portanto, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico. "A sexualidade é tão importante para a saúde quanto comer, dormir e fazer exercícios. É relevante indicador de qualidade de vida, manifestando-se em todas as fases da vida do ser humano" (DIEHL & VIEIRA, 2013).

No desenvolvimento saudável da sexualidade, segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012, p.1-2), sexo biologicamente "normal" é aquele que se manifesta através de uma resposta fisiológica sadia. Já, do ponto de vista psicológico, a saúde sexual é vista de forma individualizada, dentro de uma visão particularizada de cada um, onde se leva em consideração a satisfação pessoal ou a adequação sexual de cada indivíduo. "[...] Se o indivíduo está satisfeito com o seu comportamento sexual e com o comportamento sexual do parceiro, ele é uma pessoa sexualmente 'normal' ou adequada".

Do ponto de vista sociológico, a "saúde" sexual está condicionada aos padrões culturais, sociologicamente aceitáveis dentro do grupo social onde o indivíduo está inserido.

Dentro dessa cadeia de normalidade sexual, qualquer fator que resulte em quebra dessa harmonia, seja de ordem sociocultural, biológico ou psicológico (fig. 1.2), poderá ser, segundo Diehl e Vieira "...fonte de sofrimento, desconforto, conflito, aversão ou indiferença" (2013).

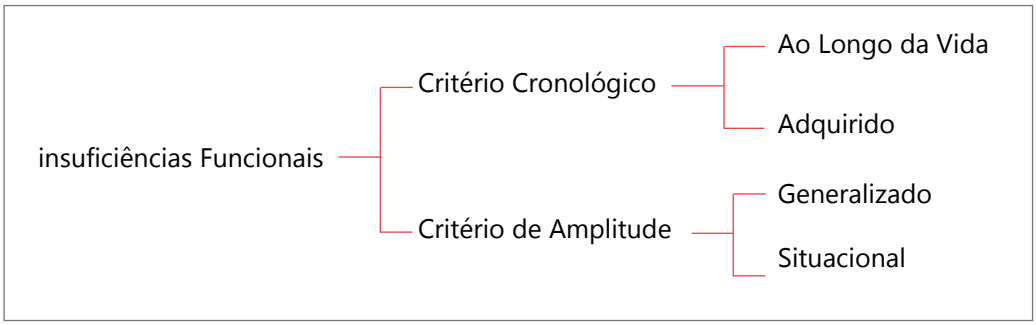
De acordo com o DSM-V (AAP, 2014), a resposta sexual tem uma base biológica essencial, embora, em geral seja vivenciada em um contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Portanto, a função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos, ocorridos ao longo da vida e que vão desenhar o histórico sexual do indivíduo.

O DSM-5 também considera que no diagnóstico de disfunção sexual "deve-se levar em consideração fatores culturais que possam influenciar expectativas ou criar proibições sobre a experiência do prazer sexual. O envelhecimento pode estar associado a redução na resposta sexual normal para o período".

Em muitos indivíduos com disfunções sexuais, o momento de início do quadro poderá indicar etiologias e intervenções diferentes. O DMS-5 dividiu essas insuficiências funcionais em subtipos, que são usados para designar o início dessa dificuldade. Para melhor visualização e maior compreensão, utilizamos as subdivisões sugeridas por Cavalcanti (2012) e dividimos os subtipos em dois grupos, conforme figura 2.2. A primeira leva em conta o critério cronológico e a segunda, o critério de amplitude.

Sob o ponto de vista cronológico, as disfunções podem ser classificadas em "Ao Longo da Vida", quando um problema sexual que está presente desde as primeiras experiências sexuais e "Adquirido", quando os transtornos sexuais se desenvolvem após um período de função sexual relativamente normal. De acordo com o critério de amplitude, as disfunções podem ser "Generalizado" refere-se a dificuldades sexuais que não se limitam a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros e "Situacional" quando as dificuldades sexuais ocorrem somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros.

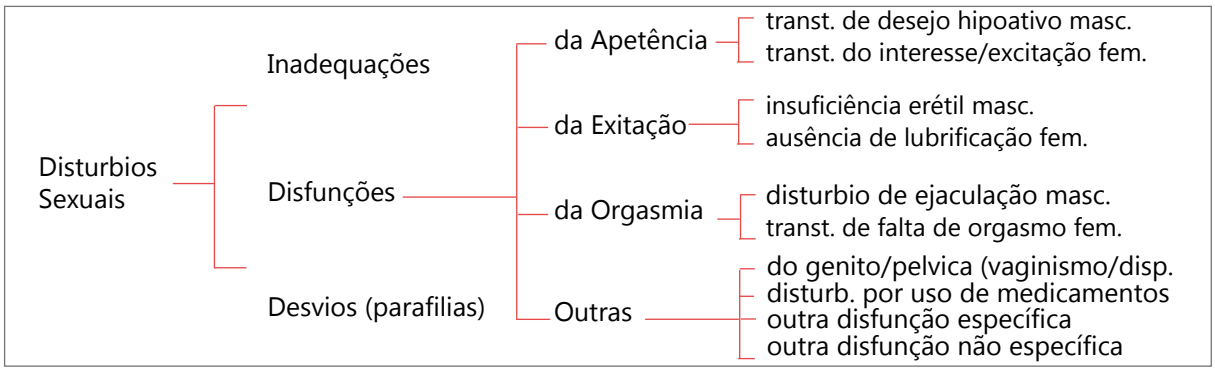
Figura 1 – Classificação dos subtipos das disfunções sexuais



Disfunções Sexuais

Para facilitar o entendimento da apresentação das disfunções sexuais, seus determinantes orgânicos e psicossociológicos, utilizamos a classificação proposta por Cavalcanti e Cavalcanti (2012, p. 209) e analisados do livro "Tratamento Clínico de Inadequações Sexuais" desses autores(2012 – 4ª edição), com as atualizações introduzidas no DSM-5 (DSM-5, 5ª Edição, 2014).

Figura 2 – Classificação Disfunções Sexuais – Atualizada cfme.DSM-5



Fonte: Cavalcanti & Cavalcanti (2012, p.209).

- Da Apetência:

O comportamento sexual humano é constituído de dois grandes grupos de respostas: encobertas e manifestas. A apetência sexual é uma resposta encoberta, ocorre em nível psicológico. No ciclo de resposta sexual postulado por Masters e Johnson 1966 (Excitação, Platô, orgasmo e resolução) e modificado por Kaplan (Desejo, excitação, orgasmo e resolução), a resposta encoberta corresponde ao desejo, que é a fase inicial do ciclo de resposta sexual. Por outro lado, os atos reflexos que caracterizam a excitação, o orgasmo e a resolução são respostas manifestas acontecem em nível fisiológico.

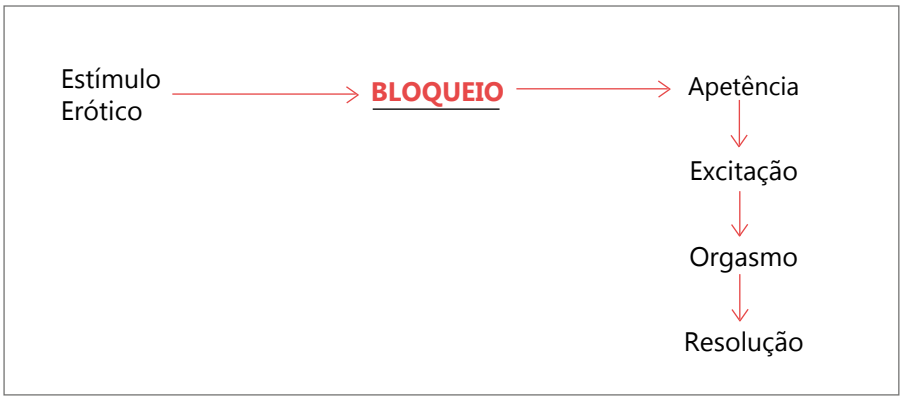
Antes de entrarmos no contexto da disfunção da apetência, vamos fazer breve incursão sobre os aspectos envolvidos no desejo. Segundo Kaplan (apud VIEIRA & DIEH, 2013, p.52) o desejo sexual seria similar a um apetite ou impulso produzido pela ativação, no cérebro, de um sistema neural específico.

O desejo é sempre aquilo que está ausente. O desejo sexual desperta no homem estímulo para buscar experiências sexuais ou tornar-se receptivo a elas. A percepção de um estimulo positivo desencadeia uma ativação de centros específicos localizados em determinadas áreas cerebrais. A ativação biológica se faz por ação de hormônios e neurotransmissores e o ser humano pode controlar estes estímulos, modificá-los e submetê-los a sua vontade. (VIEIRA & DIEHL, 2013, p. 52).

Para Cavalcanti e Cavalcanti (2012, p.309), existe uma íntima correlação entre a apetência sexual e o orgasmo. O prazer sexual e o desejo estão intimamente associados, sendo o orgasmo o maior reforçador do desejo sexual.

Quando o bloqueio ocorre ao nível da apetência, figura 2.4, estamos diante de uma disfunção que convencionou-se chamar de inapetência sexual ou, como é mais conhecido em terapia sexual, DSH – Desejo sexual hipoativo.

Figura 3 – Inapetência Sexual



Fonte: Cavalcanti & Cavalcanti (2012; p.210)

> "A inapetência sexual, tanto masculina como feminina, varia de acordo com a sociedade e o momento histórico que o grupo humano atravessa. As deficiências na apetência sexual podem ser classificadas de acordo com os critérios de cronologia e amplitude" (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012; p.210).

Segundo o DSM-5, sob o ponto de vista cronológico é, ao longo da vida, quando a inapetência esteve presente desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo e adquirido, quando a inapetência iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Sob o ponto de vista da amplitude, a inapetência se caracteriza como generalizado, ou seja, não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros. É situacional quando ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros. A inapetência situacional é aqui entendida como o fato de uma pessoa que sentia desejo sexual em relação a outra perder o interesse por ela após determinado tempo.

Para Cavalcanti e Cavalcanti (2012, p.242), as inapetências situacionais podem ser por assincronia, eventualidade e habituação. Assincronia, ou falta de sincronia. Nessa condição o desejo sexual dos parceiros se apresenta em momentos diferentes ou intensidades diferentes. Tais "desencontros, que não são propriamente quadros disfuncionais, podem trazer sérios problemas de adequação interpessoal, pondo em risco a estabilidade do par".

A inapetência por eventualidade está presente em algumas condições fisiológicas ou em presença de doenças ou condições físicas desfavoráveis. Já a habituação é frequente em relacionamentos de longa data, onde o relacionamento tende a se acomodar e a atração inicial vai cedendo lugar às atribulações do dia a dia e os parceiros tendem a se verem mais como amigos do que como amantes.

Contudo, reforçam Cavalcanti e Cavalcanti:

> "[...] vale ressaltar que é preciso ter sempre muito cuidado em discernir entre um verdadeiro quadro de alterações de apetência erótica e das mistificações e subterfúgios de um dos componentes do par. Por trás de muita 'inapetência situacional' pode se esconder uma vida extraconjugal bastante rica em desempenhos sexuais". (2012, p.243)

- Transtorno do Desejo Sexual Masculino Hipoativo:

As características diagnósticas do DSM-5 dão conta de que "a avaliação do transtorno do desejo sexual masculino hipoativo deve levar em consideração o contexto interpessoal. Uma "discrepância do desejo", na qual o desejo de atividade sexual de um homem é mais baixo do que o de sua parceira, não é suficiente para diagnosticar o transtorno. Tanto o desejo baixo/falta de desejo para o sexo como a deficiência/ausência de pensamentos ou fantasias sexuais são imprescindíveis para o diagnóstico".

No julgamento da deficiência do desejo também deve ser considerado fatores que afetam o funcionamento sexual e que dizem respeito à idade, contextos gerais e socioculturais da vida do indivíduo.

No DSM-5, diferentemente dos transtornos sexuais em mulheres, a classificação dos transtornos de desejo e de excitação nos homens foram conservados como estruturas separadas. A justificativa para a diferenciação reside no fato de que, independentemente das semelhanças existentes nas experiências relacionadas ao desejo sexual em homens e mulheres, e do fato de o desejo oscilar ao longo do tempo e depender de fatores contextuais, os homens relatam intensidade e frequência significativamente mais elevadas de desejo sexual em comparação às mulheres.

Este fato pode ser justificado pela predominância do sistema patriarcal machista estabelecido na maior parte das sociedades organizadas e que, segundo Cavalcanti (2012, p.226), encontram na religião um sistema de crenças que orienta o comportamento e a vida das pessoas de acordo seus dogmas e preceitos morais.

Quadro 1 - Causas mais frequentes do Desejo Hipoativo Masculino

Orgânicas	Psicossociológicas	Outros fatores:
- Traumatismos obstétricos - Anomalias genéticas e congênitas - Doenças agudas e crônicas - Medicamentos e seus efeitos colaterais (depressores, tranquilizantes e antidepressivos do sistema nervoso central – em doses elevadas), antidopaminérgicos, antiandrógenos, antagonistas da aldosterona, alfametildopa. - Drogas com efeito deletério (álcool, betabloqueadores adrenérgicos, anti-hipertensivos de ação central e antiandrógenos). - Desequilíbrio ou insuficiências hormonais	- Educação sexualmente castradora - Crenças religiosas - Normas de conduta inibidoras da sexualidade - Vivências sexuais destrutivas - Violências sexuais - Medo de engravidar - Problemas de natureza econômica - Choques emocionais de diferentes origens - Longo processo de habituação - Relações diádicas inadequadas (diádico é a base dos sentimentos de segurança, confiança e amor)	- Punição (dispareunia) ou a ausência de reforço (anorgasmia) - Solidariedade psicológica (depressões relativas a enfermidades, ansiedades em certos quadros clínicos) - Sequência contínua do quadro excitação/frustração termina por suprimir a apetência, e certos estímulos eróticos que antes eram eficazes, como manipulações e carícias orogenitais, tornam-se aversivos. - Conflitos, insultos, conflitos no relacionamento, ansiedade depressão, transtornos da personalidade, preocupações com a imagem corporal - Fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde - Comunicação inadequada e falta de assertividade no relacionamento

Em geral a inapetência sexual é resultante de uma série de fatores que se interferem e só excepcionalmente se pode atribuir a uma só causa. A inadequação sexual, além de criar um ambiente sexualmente destrutivo, muitas vezes se generaliza para a área da comunicação do casal, pondo em risco a integridade do casamento.

. diagnóstico e tratamento do desejo hiposexual masculino:

O emudecimento sexual das pessoas, condicionado e reforçado por fatores diversos, torna a terapia difícil e duvidosa. Em geral, é necessário tentar descobrir os fatores determinantes, o que nem sempre é possível, principalmente quando a inapetência sexual (DSH) não é recente.

Em clientes do sexo masculino, não existindo nada que justifique causalidade orgânica, é válido dosar a testosterona para verificar se ela está baixa ou muito próxima do nível mínimo. Nesse caso será necessário o encaminhamento a um urologista para realização do pedido.

Diagnosticar se a DSH é, ou não, consequência de um conflito conjugal. Muitas vezes, a insatisfação no relacionamento faz com que os parceiros usem o sexo, conscientemente ou não, como arma para ferir o outro, outras vezes, o desgaste conjugal é reflexo das frustrações e dos desencontros sexuais. Aqui o importante é o restabelecimento dos canais de comunicação do casal, não só no plano erótico, mas em todos os outros setores da vida em comum. Aplicar a Técnica do Treinamento Assertivo.

Técnicas de Aplicação Geral	Fatores que Devem Ser Bem Investigados
- Restruturação cognitiva - Treino e partilha de fantasias - Pornografia - Focagem das sensações - Exercícios de Kegel - Coito não exigente - Distração cognitiva	- Perturbação da personalidade de um dos cônjuges. - Resistência de um dos parceiros em terminar um relacionamento paralelo. - Ganhos secundários.

- Transtorno do Interesse/excitação Sexual Feminino:

Segundo o DSM-5, [...] o contexto interpessoal deve ser levado em conta nas avaliações do transtorno do interesse/excitação sexual feminino". Na eventualidade da mulher sentir menos desejo para a atividade sexual, não " é suficiente para o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino".

Faz-se necessário a presença de, pelo menos, três das seguintes manifestações:

1. Ausência ou redução do interesse pela atividade sexual - DSH

2. Ausência ou redução dos pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas.

3. Nenhuma iniciativa ou iniciativa reduzida de atividade sexual e, geralmente, ausência de receptividade às tentativas de iniciativa feitas pelo parceiro.

4. Ausência ou redução na excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75 a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).

5. Ausência ou redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer indicações sexuais ou eróticas, internas ou externas (p. ex., escritas, verbais, visuais).

6. Ausência ou redução de sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou em todos (aproximadamente 75 a 100%) os encontros sexuais (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos).

Quadro 2 - Causas mais frequentesdo do Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino

Orgânicas	Psicossociológicas	Outros fatores:
- Traumatismos obstétricos - Anomalias genéticas e congênitas - Doenças agudas e crônicas - Medicamentos e seus efeitos colaterais (depressores, tranquilizantes e antidepressivos do sistema nervoso central – em doses elevadas), antidopaminérgicos, antiandrógenos, antagonistas da aldosterona, alfametildopa. - Drogas com efeito deletério (álcool, betabloqueadores adrenérgicos, anti-hipertensivos de ação central e antiandrógenos). - Desequilíbrio ou insuficiências hormonais - Menopausa	- Punição (dispareunia) ou a ausência de reforço (anorgasmia) - Solidariedade psicológica (depressões relativas a enfermidades, ansiedades em certos quadros clínicos) - Sequência contínua do quadro excitação/frustração termina por suprimir a apetência, e certos estímulos eróticos que antes eram eficazes, como manipulações e carícias orogenitais, tornam-se aversivos. - Conflitos, insultos, conflitos no relacionamento, ansiedade depressão, transtornos da personalidade, preocupações com a imagem corporal - Fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde - Comunicação inadequada e falta de assertividade no relacionamento	- Punição (dispareunia) ou a ausência de reforço (anorgasmia) - Solidariedade psicológica (depressões relativas a enfermidades, ansiedades em certos quadros clínicos) - Sequência contínua do quadro excitação/frustração termina por suprimir a apetência, e certos estímulos eróticos que antes eram eficazes, como manipulações e carícias orogenitais, tornam-se aversivos. - Conflitos, insultos, conflitos no relacionamento, ansiedade depressão, transtornos da personalidade, preocupações com a imagem corporal - Fatores relacionados à parceira (p. ex., problemas sexuais; estado de saúde - Comunicação inadequada e falta de assertividade no relacionamento

Pode haver diferentes perfis de sintomas entre as mulheres, assim como variabilidade na forma de expressão do interesse e da excitação sexual. Por exemplo, em algumas mulheres, o transtorno do interesse/excitação sexual poderá ser expresso como falta de interesse pela atividade sexual, ausência de pensamentos eróticos ou sexuais e relutância em iniciar a atividade sexual e em responder aos convites sexuais do parceiro. Em outras mulheres, as características principais podem ser a incapacidade para ficar sexualmente excitada para responder aos estímulos sexuais com desejo e a ausência correspondente de sinais de excitação sexual física.

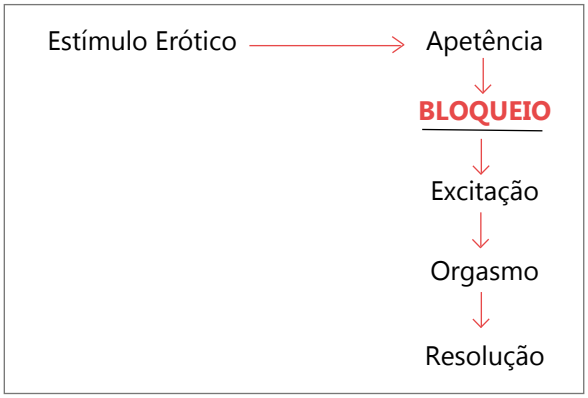
O diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino exige uma duração mínima dos sintomas de aproximadamente seis meses, refletindo o fato de que os sintomas devem ser um problema persistente e devem ser acompanhados de sofrimento significativo.

Técnicas de Aplicação Geral	**Fatores que Devem Ser Bem Investigados**
- Restruturação cognitiva - Treino e partilha de fantasias - Pornografia - Focagem das sensações - Exercícios de Kegel - Coito não exigente - Distração cognitiva - Manobra de Ponte	- Perturbação da personalidade de um dos cônjuges. - Resistência de um dos parceiros em terminar um relacionamento paralelo. - Ganhos secundários.

- Da excitação:

Quando o bloqueio na fase da excitação (fig. 2.5) ocorre no homem, estamos diante das disfunções eréteis, uma vez que a ereção é o sinal mais ostensivo da resposta da excitação sexual manifesta. Quando na mulher, a disfunção está representada, principalmente, por alterações na lubrificação vaginal. Desconforto ou dores na penetração retroalimentam as flutuações na consciência sensorial e a atenção difusa acaba por comprometer o desejo causando demora ou bloqueio na excitação. Os problemas de excitação na mulher foram abordados de forma detalhada no item Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, acima.

Figura 4 – Disfunções de Excitação



Fonte: Cavalcanti & Cavalcanti (2012, p. 210).

- Transtorno Erétil:

Transtorno erétil ou disfunção erétil é a incapacidade persistente, total ou parcial, de iniciar e/ou manter uma ereção suficiente para efetuar a penetração e a realização do coito até a ejaculação.

Os indivíduos que apresentam fracassos ocasionais não devem ser considerados portadores de disfunções eréteis. Mas eles podem se tornar disfuncionais, caso não saibam elaborar o fracasso. Isso ocorre quando, preocupados com a falha, eles criam uma situação psíquica de expectativa de um novo insucesso (Temor de desempenho). Nesses casos, o indivíduo passa a considerar o ato sexual seguinte um "teste", adotando um duplo papel: de ator e de expectador do próprio desempenho.

Essa situação altamente ansiogênica pode inibir facilmente o reflexo erétil. É precisamente o medo de não ter ereção que fará com que o indivíduo não a tenha. Dessa forma o cliente ingressa num processo disfuncional com falhas permanentes. Por sinal esse é o mecanismo mais comum das insuficiências eréteis em que apenas os determinantes psicológicos estão presentes.

Também é importante sublinhar que o indivíduo pode ser portador de disfunção erétil mesmo que apresente boas ereções (tumescência e rigidez penianas) durante o ato masturbatório. Se não conseguir ereção suficiente para penetrar e/ou manter o coito, mesmo que seja funcional com manobras masturbatória ele deve ser considerado disfuncional erétil.

Sua integridade pode estar assegurada sob o ponto de vista orgânico, mas não se pode dizer o mesmo de sua condição psicológica, quando se vê confrontado com uma situação coital.

Uma disfunção erétil é primária quando o indivíduo jamais apresentou ereção em qualidade e quantidade suficientes para iniciar e/ou manter o coito. Esse tipo é raro e de prognóstico muito sombrio, provavelmente ligado a fatores etiológicos, genéticos e congênitos.

A disfunção é secundária quando se evidencia após algum tempo. O indivíduo era funcional e, depois de certo momento, passou a apresentar problemas disfuncionais.

A disfunção é geral quando a ereção está ausente, independentemente da quantidade e/ou qualidade do estímulo, sendo considerada situacional quando o indivíduo apresenta uma deficiência seletiva de acordo com pessoas ou circunstâncias. E, outras palavras o indivíduo tem ereção com uma parceira e não tem com outra; tem em um local e não tem em outro.

Quadro 3 - Causas mais frequentes do Transtorno Erétil

Orgânicas	Psicossociológicas
- Urológicas: - Endocrinológicas - Vasculares - Neurológicas	- Disfunções eréteis situacionais, nas quais em geral não são necessários submeter o cliente a longos e dispendiosos procedimentos, tem sua origem em causas psicológicas.

. *causas urológicas:* são as mesmas das dispareunia masculinas (fimose, hipospadias, epispadias, traumatismos, infecções, herpes, sequelas cirúrgicas, curvaturas penianas, doenças gonocócicas não convenientemente tratadas, prostarite, vesiculite seminal, uretrite e cistite).

. *causas endocrinológicas:* geralmente atuam determinando distúrbios eréteis por diminuição dos níveis de testosterona. Embora a testosterona esteja mais relacionada com o desejo sexual, há evidências de que o déficit de testosterona pode diminuir a produção da enzima óxido nítrico sintetase. O o diabetes é o mais importante. A pesquisa da glicemia é sempre muito importante na avaliação das disfunções da ereção

. *causas hormonais:* há de se rastrear principalmente os hipogonadismos (hiper e hipogonadotrópico) e certas doenças da tireoide (hiper e, sobretudo, hipotireoidismo).

Além das causas orgânicas acima analisadas, é importante pesquisar sobre possíveis drogas eretolíticas que o cliente esteja usando. As mais frequentes são:

. recreacionais (tabaco, álcool, maconha, cocaína e alguns alucinógenos)

. hormônios (estrogênios, antiandrogênios, análogos do hormônio liberador do hormônio luteizante, inibidores da 5-alfa redutase)

. anti-hipertensivos (diuréticos, betabloqueadores, antagonistas do cálcio, metildopa)

. psicotrópicas (tranquilizantes, oxidase, antidepressivos, inibidores da monoamona)

. outras (antagonistas dos receptores de histamina, antilipidêmicos)

- Diagnóstico e tratamento do Transtorno Erétil:

Além da análise das introjeções e projeções que possam estar presentes no caso, deve-se fazer estudo minucioso das áreas da personalidade do cliente e da parceira envolvendo aspectos emocionais, cognitivos e de comunicação para se estabelecer um planejamento terapêutico abrangente onde devem ser incluídas as seguintes técnicas:

. dessensibilização sistemática

. treinamento assertivo

. técnicas de estimulação sexual (biblioterapia)

. partilha de fantasias

. focagem das sensações

. técnica da estimulação repetida

. coito não exigente

- Alterações na Lubrificação Vaginal:

A fase de excitação geralmente começa por um sentimento subjetivo de excitação sexual, pelo início de uma reação orgânica generalizada de miotonia (tensão muscular), vasocongestão e início de lubrificação vaginal. Cerca de 10 a 30 segundos após o começo de uma estimulação sexual eficaz, uma reação vasocongestiva nos tecidos que circundam a vagina faz com que um transudato passe através das paredes da vagina e forme gotículas no seu revestimento interior. Essas gotículas logo se agregam, formando a lubrificação vaginal.

Outras alterações que ocorrem durante a fase de excitação incluem um ligeiro aumento do clitóris, devido a vasocongestão, e a ampliação do útero, face a seu ingurgitamento com sangue e ao início de sua elevação da posição original de repouso. A medida que o útero se eleva, produzindo o efeito de uma barraca, a parte posterior da vagina começa a expandir-se e inflar-se; isso expande funcionalmente a vagina e aumenta sua capacidade de acomodar o pênis.

A lubrificação vaginal deficiente decorrente de uma excitação insuficiente pode ser consequência tanto de fatores orgânicos quanto psicológicos. O fato é que a lubrificação insuficiente termina por gerar um distúrbio psicofísico que se autoalimenta.

Quadro 4 - Causas Mais Frequentes de Alterações na Lubrificação Vaginal

Orgânicas	Psicossociológicas
- Climatério e Menopausa	- Estresse
- Deficiência hormonal	- Medo de sentir dor
- Infecções vaginais	- Medo de gravidez indesejada
- Gravidez	- Medo de contrair doenças sexualmente transmissíveis
- Aleitamento materno	- Desarmonia entre o casal ou estimulação sexual inadequada.
- Álcool e tabagismo	- Desejo sexual hipoativo
- Uso de medicamentos (antidepressivos, anti-hipertensivos, vasoconstritores, anti-histamínicos, anticoncepcionais)	

- Diagnóstico e tratamento de alterações na lubrificaçcao vaginal:

Afastadas as causas orgânicas, o tratamento terapêutico deve ter o objetivo de elucidar e solucionar os conflitos de ordem psicológica que possam estar relacionados à queixa. Nesse sentido se faz necessário a elaboração de um planejamento terapêutico abrangente onde devem ser consideradas, entre outras, as seguintes técnicas:

. Relaxamento – Jacobson

. Dessensibilização Sistemática

. Treinamento Assertivo

. Exercícios de Kegel

. Treino de Fantasia

. Focagem das Sensações

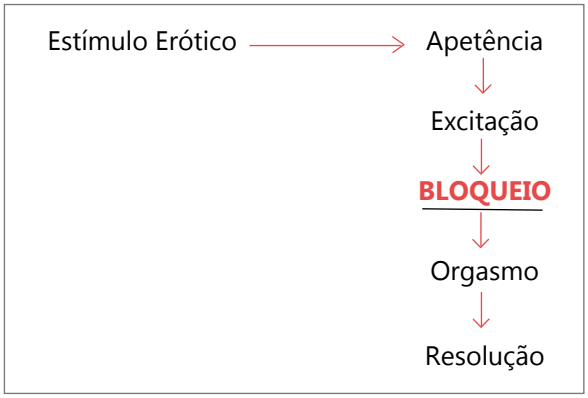
Se a terapia for individual, deve-se considerar a possibilidade de se fazer sessões com o casal para que sejam fornecidas algumas orientações sobre as técnicas a serem desenvolvidas e que inclui o parceiro.

- Da Orgasmia:

Para conceituar as disfunções do orgasmo, figura 2.6, é necessário partir da ideia do que venha a ser orgasmo. Conceitualmente caracteriza-se por intenso prazer físico mediado pelo sistema nervoso autônomo, acompanhado por ciclos de rápidas contrações nos músculos pélvicos, que rodeiam os órgãos sexuais e o ânus, sendo frequentemente associados a outras ações involuntárias, como espasmos musculares em outras partes do corpo e uma sensação geral de euforia e agradável prazer psicofísico. É essa sensação que se chama orgasmo.

De uma forma bem simplista, podemos considerar o orgasmo como um ato reflexo, semelhante à tosse, ao espirro ou ao soluço. O principal entendimento que se deve ter sobre o orgasmo é que ele não pode ser controlado ou forçado e, portanto, não se deve criar uma atmosfera exigente e eroticamente estimulante com a finalidade de se obter orgasmo.

Figura 5 – Bloqueio do orgasmo



Fonte: Cavalcanti & Cavalcanti (2012, p.210).

Outro ponto que merece atenção é que nem toda relação sexual tem que ser necessariamente orgástica e, muito menos, que em cada ato sexual deva se ter vários orgasmos. Além disso deve-se considerar que, com frequência, há um verdadeiro descompasso do homem e o tempo de excitação da mulher. O homem geralmente é mais rápido e muito mais direto.

Se algum fator físico ou psíquico inibe o orgasmo, estamos diante das anorgasmias. Como no homem o orgasmo geralmente coincide com a ejaculação, apresenta-se também as disfunções ejaculatórias (ejaculação precoce e ejaculação bloqueada).

A ejaculação bloqueada é conhecida como incompetência ou incapacidade ejaculatória, ejaculação tardia ou ejaculação retardada.

É necessário mencionar que as respostas sexuais manifestas são regidas por dois fenômenos fisiológicos fundamentais: a vasocongestão e a miotonia (tensão muscular). Assim, podemos concluir que os bloqueios da excitação são inibidores sobre o mecanismo vasocongestivo, enquanto os bloqueios da fase orgástica atuam, sobretudo, sobre o comportamento miotônico.

- Anorgasmia:

A anorgasmia se caracteriza pela dificuldade de atingir o orgasmo e/ou pela intensidade muito reduzida das sensações orgásmicas. As mulheres apresentam ampla variabilidade no tipo ou na intensidade da estimulação que produz o orgasmo. Da mesma forma, as descrições subjetivas de orgasmo são extremamente variadas, o que sugere que seja experimentado de maneiras muito diferentes entre as mulheres e em diferentes ocasiões pela mesma mulher. Para o diagnóstico de transtorno do orgasmo feminino, os sintomas devem ser experimentados em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos) e devem ter duração mínima de aproximadamente seis meses.

- Transtorno do Orgasmo Feminino:

O transtorno do orgasmo feminino é definido como uma inibição recorrente ou persistente do orgasmo que se manifesta pela ausência ou retardo do orgasmo após uma fase de excitação sexual adequada em termos de foco, intensidade e duração. Não se considera, porém, essa inibição como anorgasmia se a pessoa é capaz de atingir o orgasmo através de masturbação. Nas mulheres é a disfunção sexual mais comum junto com a falta de desejo.

Existe uma íntima correlação entre a apetência sexual e o orgasmo. O prazer sexual e o desejo estão intimamente associados. O orgasmo é o maior reforçador do desejo erótico, tanto que as pessoas anorgásmicas tendem a diminuir, gradualmente, a apetência sexual, tornando-se portadoras de transtornos do desejo.

A anorgasmia é condição rara no homem, mas na mulher é provável que o bloqueio do orgasmo seja a disfunção sexual de maior frequência.

Quadro 5 - Causas Mais Frequentes da Anorgasmia

Orgânicas	Psicossociológicas	Outros causas:
- Esclerose múltipla - Amiotrofia lateral - Mielites - Neuropatias alcoólicas ou diabéticas - Lesões cirúrgicas da medula ou dos nervos periféricos que participam do reflexo orgástico	- Sentimento de culpa em relação atividade sexual - Medo de engravidar - Traumas relacionados ao sexo - Abuso sexual - Relações dolorosas - Desinformação e informações distorcidas - Crenças irracionais relacionadas a tabus e preconceitos religiosos - Falsas verdades impostas por normas sociais rígidas - Desejo sexual hipoativo – DSH - Problemas no relacionamento	- Dispareunias - Efeitos medicamentosos (anti-depressivos, benzodiazepínicos, neurolépticos, anti-hipertensivos e opioides)

- Diagnóstico e tratamento da anorgasmia:

O diagnóstico e o tratamento devem se basear num levantamento pormenorizado das prováveis causas. Antes de iniciar o tratamento da anorgasmia faz-se necessário confirmar o diagnóstico de disfunção do orgasmo e, em caso positivo, classificar essa anorgasmia.

. De forma esquemática, pode-se dizer que o diagnóstico diferencial se faz por meio das seguintes indagações:

. Diagnóstico diferencial entre anorgasmia e pseudoanorgasmia: "O que você entende por orgasmo?"

. Diagnóstico diferencial entre anorgasmia primária e secundária: "Você já sentiu orgasmo alguma vez na vida?"

. Diagnóstico diferencial entre disfunção do orgasmo e disfunção do desejo: "Você sente atração sexual por seu companheiro?"

.Diagnóstico diferencial entre anorgasmia e ejaculação prematura do parceiro: "Seu parceiro ejacula muito rapidamente? "

. Diagnóstico entre anorgasmia geral e situacional: "Quando você se masturba, sente prazer?"

Técnicas de Aplicação Geral	Técnicas Específicas para Maximizar a Excitação Sexual
- Reestruturação Cognitiva - Treinamento Assertivo - Dessensibilização Sistemática - Focagem das Sensações - Relaxamento Jacobson - Manobra da Ponte - Exercícios de Kegel	- Pornografia - Treino e partilha de fantasias - Partilha de fantasias - Dessensibilização masturbatória - Exercícios de Kegel - Focagem das sensações - Reestruturação cognitiva - Dessensibilização sistemática - Treinamento assertivo

Para Masters e Johnson (1976), o índice de sucesso no tratamento das anorgasmias é de cerca de 80,7%. Entretanto há casos em que o desencontro do par é tão grande que a melhor opção é encaminhar os parceiros para terapia de casal. A anorgasmia é, nesses casos, reflexo do desajustamento conjugal.

Masters e Johnson acreditavam que as causas mais frequentes dos fracassos no tratamento das anorgasmias são as seguintes:

.insuficiente motivação para o tratamento e/ou falta de maturidade psicológica para aceitar a orientação terapêutica.

. descontentamento com o cônjuge

. ansiedade intensa

. dissimulação deliberada e motivos de vingança

- Distúrbios da Ejaculação:

Os distúrbios da ejaculação são diferentes dos distúrbios do orgasmo. Pode existir orgasmo sem ejaculação e ejaculação sem orgasmo. Embora usualmente, a ejaculação se acompanhe de alguma sensação de prazer, pode haver uma completa dissociação entre os dois fenômenos. Eles possuem etiologias distintas e mecanismos determinantes diferentes.

Ejaculação é um fenômeno neuromuscular caracterizado pela progressão do sêmen e sua expulsão pelo meatro uretral.

Quadro de distúrbios da ejaculação:

. ejaculação retrógrada

. ejaculação astêmica

. ejaculação dolorosa

. ejaculação reflexa

. anejaculação

. ejaculação prematura ou precoce

. ejaculação bloqueada.

Das quais se destacam:

- Ejaculação Retrógrada:

É aquela em que o ejaculado, em vez de seguir o trajeto normal anterógrado, passa total ou parcialmente, por incompetência do colo vesical, para a bexiga urinária, sendo possível encontrar espermatozoides na urina.

Apesar das causas orgânicas associadas à ejaculação retrógrada, não se deve descartar a importância das variáveis psicológicas na etiologia da ejaculação retrógrada. É importante também fazer o diagnóstico diferencial entre ejaculação retrógrada e ejaculação bloqueada ou anejaculação.

. *ejaculação astêmica:* se produz lentamente, sem jatos ejaculatórios, de modo que o esperma flui, sem força, pelo meato urinário. Trata-se de um problema que afeta a musculatura bulbo e isquiocavernosa. Em geral, existe em pacientes paraplégicos com lesões medulares abaixo da L1.

. *ejaculação dolorosa:* Ocorre quando há fenômeno doloroso associado. Quando a dor é pré-ejaculatória, há de se pensar em espasmo prostático. A dor ejaculatória geralmente tem causa infecciosa.

Quando o fenômeno doloroso acontece após a ejaculação, embora possa se causado por um espasmo do esfíncter anal ou do períneo, há de se pensar em etiologia psicogênica.

. *anejaculação ou incapacidade ejaculatória:* Nas causas orgânicas, a anejaculação pode ser resultado da falta de produção de esperma seja por obstrução nas vias espermática, como também em malformações ou lesões anatômicas do aparelho geniturinário (ausência de condutos deferentes).

A anejaculação também pode ser ocasionada pelo uso de substâncias que promovam a inibição ejaculatória (hipotensores, como guanetidina e metildopa, ou ansiolíticos como cloridrato de tioridazina e outras drogas do grupo das fenotiazinas.

Deve-se considerar como causa psicológica associada a anejaculação, bloqueios por educação extremamente repressiva ou experiências traumáticas de muita gravidade.

Não havendo causa orgânica associada, é provável que a anejaculação seja o quadro mais raro das disfunções sexuais. Não se trata de um mero bloqueio situacional, como na ejaculação bloqueada (ou retardada), mas de total incapacidade de ejacular, no coito ou no ato masturbatório.

Dos distúrbios ejaculatórios, os mais frequentes são:

- Ejaculação Precoce (Prematura):

É definida pela Academia Internacional de Sexologia Médica como "condição persistente ou recorrente em que o homem não pode perceber e/ou controlar as sensações proprioceptivas que precedem o reflexo ejaculatório, produzindo mal-estar pessoal e/ou em relação à parceira.

A ejaculação precoce é teoricamente difícil de ser definida, mas fácil de ser identificada na prática. Ela pode ser caracterizada por dois fatos que indicam seu diagnóstico:

. início persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima antes, durante ou logo após a penetração, sem que o indivíduo deseje.

. ansiedade acentuada ou dificuldade interpessoal.

Quadro 6 - Causas Mais Frequentes da Ejaculação Precoce

Orgânicas	Psiquiátricas	Psicológicas
- Por doenças ou traumas físicos - Afecções que interferem nas vias nervosas que exercem o controle do reflexo ejaculatório	- Depressão disrítmica - Desordem bipolar - Ansiedade generalizada - Doença obsessivo-compulsiva (primária e generalizada)	- Desordem de ajustamento conjugal - Pressão para desempenho sexual - Conflitos conjugais não resolvidos

Enfim, todas as condições ligadas à inadequação intraconjugal. Nesses casos a ejaculação precoce é secundária, situacional ou generalizada.

Além dos casos ligados à inadequação intraconjugal, a ejaculação precoce pode se dar por inabilidade psicossexual, relacionada com o desenvolvimento defeituoso das habilidades psicossexuais. São pessoas que têm dificuldades em focalizar as próprias reações, fixando demasiadamente a atenção no corpo e nas reações da parceira. Esses indivíduos com frequência apresentam:

. temores de desempenho

. crenças cognitivas distorcidas

- Diagnóstico e tratamento da ejaculação precoce:

Uma boa maneira de orientar o diagnóstico é procurar investigar, de imediato, se a ejaculação precoce é primária ou secundária, se tem causa orgânica ou não, e, naturalmente, se é generalizada ou situacional.

ejaculação precoce primária	ejaculação precoce secundária	Consequências da ejaculação precoce
- Constitucional - Causa psiquiátrica - Por déficit de habilidades psicossexuais.	- Ejaculação precoce por traumatismos ou enfermidades físicas - Ejaculação precoce de causa psicológica - Ejaculação precoce de causa farmacológica.	- Ansiedade - Baixa autoestima - Desgaste diádico (no relacionamento)

No tratamento da ejaculação prematura há um objetivo específico e objetivos gerais: o objetivo específico é fazer com que o indivíduo reconheça os sinais prenunciadores da ejaculação e se capacite ao autocontrole, de modo a conseguir postergar o episódio ejaculatório; os objetivos gerais são os mesmos de qualquer quadro de terapia sexual: combater a ansiedade, a baixa autoestima e os problemas de relacionamento.

As principais técnicas utilizadas para a ejaculação prematura são:
. dessensibilização sistemática
. exercícios de Kegel
. espelho e Autofocagem
. stop-Start
. dessensibilização masturbatória
. focagem das sensações
. coito não exigente
. treino e partilha de fantasias

- Ejaculação Retardada:

Ejaculação retardada, também conhecidas por incompetência ejaculatória ou ejaculação inibida, é aquela que se produz de forma muito demorada. Ela é o oposto da ejaculação precoce. Mesmo sob grande excitação sexual, o indivíduo inibe a liberação do reflexo.

Enquanto na ejaculação precoce o homem não discrimina nem controla as condições que prenunciam a ejaculação, na ejaculação retardada reina o estado de hipercontrole. Há inibição específica do reflexo ejaculatório, de modo a promover um bloqueio seletivo da ejaculação. Note-se que nessa disfunção o indivíduo é incapaz de ejacular dentro da vagina, ocorrendo normalmente a ejaculação nas práticas masturbatória.

A ejaculação retardada não tem relação com a insuficiência erétil, uma vez que o indivíduo é capaz de se manter em ereção durante longo período de tempo. Contudo, o homem costuma ser tão pressionado em seu desempenho sexual que uma das complicações mais comuns é a disfunção erétil secundária.

Orgânicas	Psicológicas
- Uso de medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos e barbitúricos) - Drogas (Álcool, maconha, cocaína) - Certas intervenções cirúrgicas que comprometem o sistema nervoso autônomo pélvico - Lesões de medula e dos glânglios simpáticos - Processo genitais congênitos ou certas enfermidades do sistema nervoso.	- Resultante de uma educação familiar sexualmente punitiva, geralmente associada a ortodoxia religiosa. - Medo exagerado de engravidar a parceira - Homossexualidade - Hostilidade e rejeição pela esposa, principalmente após traumatismos psicossociais (depois de descobrir que ela teve um "caso" ou que foi estuprada) - Dificuldade de se entregar, afetiva e sexualmente, a uma relação a dois, é uma hipótese a ser considerada.

- Diagnóstico e tratamento da ejaculação retardada:

Enquanto na ejaculação prematura se procura fazer com que o indivíduo se concentre na discriminação das sensações pré-ejaculatórias, aqui a estratégia é procurar distrair o indivíduo da observação compulsiva do autocontrole. Desviar sua atenção para fatos excitantes pode ser uma boa medida.

As principais técnicas utilizadas são:

. Focagem das sensações

. Exercícios de Kegel

. Desbloqueio ejaculatório

Outras Disfunções:

- Transtorno da Dor Gênito-pélvica/Penetração:

Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração está frequentemente associado a outras disfunções sexuais, particularmente desejo e interesse sexual reduzidos (transtorno do interesse/excitação sexual feminino) e frequentemente estão associados a dificuldades persistentes ou recorrentes em relação a penetração vaginal durante a relação sexual onde estão presentes: tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal, dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração, medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante ou como resultado de penetração vaginal.

Os diagnósticos de Vaginismo e Dispareunia do DSM-IV-TR foram somados para dar origem, no DSM-5 ao Transtorno de Dor Gênito-Pélvica/Penetração, especialmente porque era muito frequente que os dois transtornos se apresentassem como condições co-mórbidas. Entretanto, para melhor entendimento os conceitos serão apresentados separadamente.

- Vaginismo:

Contração involuntária parcial ou total da vagina, subjetivamente marcada pela dor ou desconforto, impossibilitando a relação sexual com penetração e também o exame ginecológico. O medo é a causa imediata do vaginismo. É ele que condiciona os músculos a uma reação de contratura.

No vaginismo grave, além do espasmo da musculatura, a cliente, diante da simples aproximação do parceiro ou diante de um exame ginecológico, contrai os músculos adutores da coxa, a ponto de os joelhos ficarem colados um contra o outro.

O vaginismo pode ser primário (os casos em que a dificuldade se manifestou desde a primeira tentativa de penetração) ou secundário (surgido após um período de vida sexual ativa, determinado por uma motivação suficientemente forte para estabelecer e condicionar a resposta espasmódica).

Quadro 8 - Causas mais Frequentes do Vaginismo:

Orgânicas	Psicossociológicas (vaginismo primário)	Psicossociológicas (vaginismo secundário)
- Algum processo orgânico pélvico associado à dispareunia pode se a causa física detonadora do vaginismo primário ou secundário.	- Educação, restritiva ou punitiva, em que o controle sobre os aspectos sexuais tenha sido tão intenso a ponto de desenvolver verdadeira repulsa pela atividade sexual. - Vivências sexuais destruidoras - Experiências de situações traumáticas - Tentativas de estupro - Visualização de cenas de sadismo - Relatos distorcidos da vida sexual.	- Medo de gravidez - Fobia de câncer - Exames ginecológicos traumáticos - Partos difíceis

Com a relação sexual tornando-se uma situação aversiva, a mulher pode ter adquirido o hábito de esquiva que persistiu após a cura integral do processo orgânico (associado à dispareunia). Quando ela se vê numa situação da qual não seja capaz de se esquivar, o medo da dor pode se apresentar de forma tão intensa que se exterioriza fisicamente como violenta contratura, acompanhada de fenômeno doloroso adicional que retroalimenta a cadeia que leva ao reflexo contrátil.

Algumas mulheres vagínicas vivem com parceiros "impotentes" em uma situação de equilíbrio sexual, sem queixas; outras desistem de relacionamentos heterossexuais.

- Diagnóstico e tratamento do vaginismo:

Vale esclarecer que a disfunção que exige terapia é aquela em que o par está em sofrimento ou quando a cliente não tem parceiro certo. Se há um binômio disfuncional adequado, a harmonia pode ser tão perfeita e as gratificações sexuais sem penetração serem tão intensas, que o tratamento isolado de um dos parceiros pode promover a inadequação sexual do par.

Sendo o vaginismo um distúrbio psicossomático típico, ele deva ser enfocado, sempre, sob o duplo ângulo: fisiológico e psicológico. O atendimento do par como unidade terapêutica é importante sob pena de recidivas que, na maioria das vezes, são muito mais desastrosas e prejudiciais que a situação original.

. associar a técnica de relaxamento – Jacobson com os exercícios de Kegel

. após ter atingido o controle corporal, empregar a técnica da dessensibilização sistemática associada com o treinamento assertivo e reestruturação cognitiva. Esses procedimentos objetivam a dessensibilização dos episódios psicossociológicos, eliminar as emoções negativas associadas com o coito e a penetração e assim vencer a contração reflexa espasmódica dos músculos perivaginais.

. focagem das sensações

. dilatação vaginal.

- Dispareunia:

Dificuldade no coito e também durante o exame clínico, subjetivamente marcada pela dor ou desconforto cuja causa, geralmente, é orgânica. Muito embora não se possa esquecer que na vigência de uma causa física sempre há comprometimento psíquico, que contribui para ampliar a intensidade do sintoma doloroso.

A dispareunia pode ocorrer tanto em homens quanto em mulheres, porém são mais frequentes no sexo feminino. Nas mulheres, uma das mais importantes causas da dispareunia é a lubrificação vaginal deficiente, veja maiores detalhes no item Alterações na Lubrificação Vaginal, acima.

Quando o exame médico criterioso exclui a origem orgânica, há de se interpretar a dor durante o coito como decorrente de espasmos de origem psicogênica. Não se deve esquecer, porém, que o espasmo pode indicar rejeição ao parceiro ou à atividade sexual em geral. A dispareunia sem causa orgânica costuma ser a resposta dolorosa a uma vida sexual insatisfatória.

Os procedimentos utilizados contra vaginismo são empregados também em dispareunia, acentuando-se a terapia de estimulação, para melhorar as condições de lubrificação da vagina, em especial a técnica exercícios de Kegel.

O DSM-5 apresenta três outras categorias de disfunções sexuais complementares as demais disfunções sexuais que serão incluídas nesse trabalho, porém mantidas as descrições conforme apresentadas no DSM-5. São estas:

- Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento:

A característica principal é uma perturbação na função sexual que apresenta relação temporal com início do uso de alguma substância/medicamento, aumento de dose ou descontinuação de alguma substância/medicamento.

As disfunções sexuais podem ocorrer em associação com intoxicação e/ou abstinência das seguintes classes de substâncias: álcool; opioides, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, estimulantes, drogas (incluindo cocaína) entre outras. Os medicamentos que podem induzir disfunções sexuais incluem antidepressivos, antipsicóticos e contraceptivos hormonais.

Os efeitos colaterais de medicamentos antidepressivos relatados com mais frequência são dificuldades para atingir o orgasmo ou a ejaculação. Problemas com desejo sexual e ereção são menos frequentes. Problemas sexuais associados a medicamentos antipsicóticos, incluindo problemas com desejo sexual, ereção, lubrificação, ejaculação ou orgasmo, ocorreram tanto com agentes típicos como com atípicos. No entanto, a ocorrência de problemas é menos comum com antipsicóticos que não alteram a prolactina em comparação com agentes que provocam elevação significativa do hormônio.

Da mesma forma, pode haver prevalência mais alta de problemas eréteis e orgásmicos associados aos benzodiazepínicos. Não há relatos de problemas com a buspirona. Muitos medicamentos não psiquiátricos, como os agentes cardiovasculares, citotóxicos, gastrintestinais e hormonais, estão associados a perturbações na função sexual. O uso de substâncias ilícitas está associado a redução no desejo sexual, disfunção erétil e dificuldades para atingir o orgasmo. Disfunções sexuais também são observadas em indivíduos que recebem metadona, embora raramente sejam relatadas por pacientes em uso de buprenorfina. O abuso crônico de álcool e o de nicotina estão associados a problemas eréteis.

A disfunção sexual induzida por antidepressivos pode ocorrer logo no início do tratamento, isto é, até oito dias depois que o agente foi tomado pela primeira vez. Aproximadamente 30% dos indivíduos com retardo leve a moderado no orgasmo podem apresentar remissão espontânea da disfunção dentro de seis meses. Em alguns casos, a disfunção sexual induzida por inibidores da recaptação da serotonina pode persistir após a descontinuação do uso do agente. O tempo para início de alguma disfunção sexual após o começo do uso de antipsicóticos ou de drogas de abuso é desconhecido. É provável que os efeitos adversos da nicotina e do álcool somente surjam depois de vários anos de uso. A ejaculação prematura (precoce) pode, às vezes, ocorrer depois da interrupção do uso de opioides. Existem algumas evidências de que as perturbações na função sexual relacionadas ao uso de substância/medicamento aumentam com a idade.

- Outra Disfunção Sexual Especificada:

Segundo o DSM-5, essa categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de disfunção sexual que causam sofrimento significativo ao indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica das disfunções sexuais. A categoria outra disfunção sexual especificada é usada nas situações em que o terapeuta opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para uma disfunção sexual específica.

Isso é feito por meio do registro de "outra disfunção sexual especificada", seguido da razão específica (p. ex., "aversão sexual").

- Disfunção Sexual Não Especificada:

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de disfunção sexual que causam sofrimento significativo ao indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica das disfunções sexuais. A categoria disfunção sexual não especificada é usada nas situações em que o terapeuta opta por não especificar a razão pela qual os critérios para uma disfunção sexual específica não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico.

Técnicas Terapêuticas

Antes de tudo, é importante aqui frisar que a aplicação das técnicas, objeto do presente estudo, devem estar respaldadas numa análise clara da atitude do cliente em relação ao problema apresentado, que corresponde à sua queixa inicial, como também sua motivação em relação à terapia. Só assim elas produzirão os efeitos esperados e serão de grande importância no sucesso do tratamento.

Cavalcanti e Cavalcanti (2012) classifica as técnicas em gerais, "a serem empregadas na ajuda psicoterápica de pacientes com distúrbios comportamentais dos mais diferentes tipos" e as técnicas específicas, "usadas particularmente na terapia das disfunções sexuais".

As técnicas gerais e específicas serão analisadas à luz do capítulo 9 do livro Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais, de Cavalcanti & Cavalcanti (2012).

Quadro 9 - Resumo da Indicação de Técnicas Gerais

Técnicas Gerais	**Utilização**							
	DSH	Vaginismo	Dispaurem.	Ausência de Lubrific.	Disfunção Erétil	Ejaculação Precoce	Ejaculação Bloqueada	Anorgasm.
1. Autover-balização emotiva	X							
2. Controle encoberto								
3. Dessen-sibilização sistemática		X	X		X	X	X	X
4. Distração cognitiva	X							
5. Entrevista terapêutica	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Parada de Pensamento	X				X	X		
7. Quest. de Loppicolo		X	X			X		
8. Reestrut. Cognitiva	X	X	X					X
9. Relaxam. de Jacobson	X	X	X		X	X	X	X
10. Técnica do Espelho	X				X	X		
11. Treinam. assertivo	X	X	X		X			X

Quadro 10 - Indicação de Técnica Específicas

Técnicas Específicas	**Utilização**							
	DSH	Vagin.	Dispaurem.	Ausência de Lubrific.	Disfunção Erétil	Ejaculação Precoce	Ejaculação Bloqueada	Anorgasmia
1. Desbloq. ejac.							X	
2. Autofocagem	X	X	X			X		
3. Biblioterapia	X				X			
4. Coito não exig.	X				X	X		
5. Dessensibilia-zação ativa						X		
6. Dilatação vag.		X	X					
7. Estimul. repet.					X			
8. Exerc. de Kegel	X	X	X	X		X	X	X
9. Expect. sexual								
10. Focagem de sensações	X	X	X		X	X	X	X
11. Manobra de ponte	X							X
12. Partilha de fantasia	X							
13. Pornografia	X							
14. Recondicion. orgástico								X
15. Stop-start						X		
16. Treino de fantasia	X					X		

Influências Psicológicas nas Disfunções Sexuais

Observa-se que o desenvolvimento da sexualidade reflete fortemente vivências negativas oriundas de fatos ocorridos desde a infância e onde estão presentes fatores relacionados a acontecimentos marcantes, educação repressora e/ou negligência emocional dos pais, conceitos religiosos rígidos, e costumes sociais alicerçados por tabus e preconceitos. Esses fatores tomam proporções desastrosas na presença de atos abusivos, violência sexual e maus-tratos vinculados às violências domésticas.

As emoções resultantes dessas experiências são introjetadas e podem permanecer encobertas como uma espécie de "vírus" dentro da personalidade e geralmente não são modificadas ou eliminadas por novas experiências, mesmo que positivas, e seguem influenciando pensamentos, sentimentos, ações e interações na vida adulta, onde se manifestam por meio de conflitos internos e relacionamentos desarmoniosos.

Através do conceito de sexualidade apresentado pela Organização Mundial da Saúde, visualizamos de forma clara e objetiva a necessidade de se eliminar as emoções encobertas resultantes de experiências negativas e desfazer seus reforçadores e estímulos aversivos, geradores ou agravantes das inadequações e disfunções sexuais e que impedem o desenvolvimento saudável da sexualidade.

Ao elaborar o planejamento terapêutico, cabe ao terapeuta sexual, à luz da ética profissional, mensurar a relevância dos fatores psicológicos desencadeadores e/ou agravantes dos quadros disfuncionais, para que se possa avaliar a necessidade do encaminhamento para acompanhamento psicoterápico. A interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais cria, no campo da sexualidade, um limítrofe tênue entre a terapia sexual e a psicologia. Além do mais nem sempre os fatores psicológicos, intrínsecos ao caso, se apresentam de forma clara, levando o terapeuta recém-formado a concluir equivocadamente ser possível resolver essas questões dentro do processo terapêutico, através da utilização das técnicas gerais, abordadas no item 3.1. Este erro de avaliação pode levar ao agravamento do quadro disfuncional do cliente.

Devemos considerar que em toda disfunção há sempre comprometimento psicológico, que podem ser de origem sociocultural ou comportamental. Para Cavalvanti & Cavalcanti (2012, p.224) "essa classificação tem caráter eminentemente didático porque o ser humano se comporta como um todo psicossomático, à luz de seu passado e de seu presente sociocultural".

No aspecto sociocultural a família e a religião são, sem dúvidas, as que deixam marcas mais profundas, sejam por uma educação fortemente repressora ou recheadas de tabus, preconceitos e crendices. Não devemos perder de linha que na família concentram a maior parte dos casos de abusos e violências sexuais. A influência da família, da religião como também da escola deixam marcas indeléveis na estrutura psicológica de gerações. E isso não desaparece de uma hora para outra.

Já no aspecto sociocultural, além dos tabus e preconceitos, a exigência de desempenho é, sem dúvida, um dos grandes influenciadores dos distúrbios sexuais masculinos por criar um grande contingente de ansiedade, que, com frequência, provoca disfunções e, de forma geral. Mais além, a exigência de desempenho sexual tem efeitos danosos tanto para a mulher quanto para o homem. A alta ansiedade associada a fatores estressantes do dia a dia são influenciadores dos distúrbios do desejo que também afeta tanto a mulher como também o homem.

A falta de informação sexual e as distorções dos ensinamentos, por preceitos religiosos ou sociais, podem determinar os mais variados distúrbios na atividade sexual. O pior é que tais crenças distorcidas ganham a força de verdade indiscutível diante daqueles que estão sob sua influência.

Como podemos observar, os aspectos psicológicos influenciadores dos distúrbios sexuais são extensos e de grande complexidade dado sua natureza e sutileza nas manifestações comportamentais apresentadas.

Não basta ao terapeuta sexual ter conhecimento das técnicas e procedimentos a serem adotados em terapia. É fundamental possuir capacidade analítica para identificar os fatores psicológicos desencadeadores dos distúrbios que possam estar intrinsecamente associados à queixa principal. Essa habilidade é essencial para a elaboração de um planejamento terapêutico abrangente e eficaz, que leve em consideração não só a queixa principal, mas também a análise das áreas da personalidade do cliente e parceiro.

Considerações Finais

Apesar de todos os avanços conquistados na área da sexualidade ao longo das últimas décadas, esse ainda é um tema cercado de preconceitos, que tem sua base nos mitos e tabus que envolvem as questões sexuais. Sendo essa uma temática de fundamental importância para a terapia sexual, buscou-se, no capítulo I, desmitificar essas ideias pré-concebidas e romper os padrões limitadores que alimentam o grande silêncio existente em torno das questões sexuais e, de modo mais abrangente, dissociar sexo e sexualidade como sendo sinônimos. Neste contexto optou-se pela utilização do conceito de sexualidade apresentado pela Organização Mundial da Saúde – OMS cuja abrangência nos permite entender a sexualidade como um aspecto inerente ao ser humano, que se rege num complexo contexto biopsicossocial, formando parte integral da personalidade de cada um.

Dando segmento à essa abordagem, analisamos a forma de como estamos interagindo o tempo todo com o meio e a forte influência que os grupos sociais exercem sobre o desenvolvimento da sexualidade. Neste contexto examinamos a maneira como a imposição de "papeis sociais" molda a pessoa fazendo com que ela adquira o modo de sentir, pensar e agir do grupo e passe a viver em conformidade com ele.

Considerando ser fundamental para os profissionais da saúde, educação e terapia sexual, especialmente o terapeuta recém-formado, identificar os aspectos intrínsecos às disfunções sexuais e desenvolver um planejamento eficaz, com o emprego adequado das técnicas disponíveis em terapia sexual, encerramos o capítulo I, com uma abordagem conceitual dos distúrbios sexuais e a apresentação dos conceitos norteadores da terapia sexual.

A análise das técnicas em terapia sexual pressupõe o conhecimento das disfunções sexuais e os fatores determinantes e desencadeadores desses processos disfuncionais. Nesse sentido, o capítulo II dedicou-se à apresentação das disfunções sexuais com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, dentro da formatação apresentada por Cavalcanti (2012).

Concluindo o estudo proposto e sendo o domínio das técnicas utilizadas na terapia sexual fundamental para o desenvolvimento eficaz da terapia, o Capítulo III dedicou-se à apresentação das técnicas gerais e específicas utilizadas na terapia sexual e, finalizando o capítulo, foi apresentada a influência dos fatores psicológicos desencadeadores e/ou agravantes dos quadros disfuncionais. Demonstrando a viabilidade do estudo das técnicas em terapia sexual proposto no presente trabalho.

Referências

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [recurso eletrônico. trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al.] 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais, 4.ed., São Paulo: Roca, 2012.

DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. Sexualidade: do prazer ao sofrer, São Paulo: Roca, 2013.

FARIA, K. F. Uma Revisão Bibliográfica de Técnicas Cognitivas e Comportamentais Utilizadas no Transtorno de ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico e fobia social. Porto Alegre: UFRGS, 2011. 27 f. TCC (Pós-graduação em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

HEIMAN, J.; LOPICCOLO, J. Descobrindo o Prazer: Uma proposta de crescimento sexual para mulher /; [tradução Maria Silvia Mourão Netto]. – 2.ed. rev. e ampl. – São Paulo, 1992.

MENDES JUNIOR, A. Entrevistas. 21 nov. 2016. [Internet]. Disponível em: http://www.amaurysexologo.med.br/entrevis tas/entrevista-ao-site-link-e-zine

MENDES JUNIOR, A. Entrevista, s/d. [Internet]. Disponível em? http://www.amaurysexologo.med.br/terapia-sexual/Técnicas-em-terapia-sexual

A Técnica de Kegel e sua Influência no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas

The Kegel Technique and Its Influence on the Treatment of Female Sexual Dysfunctions

Vanessa Reis Palmeira Macedo
Email: vanrpm@yahoo.com.br
Licenciatura em Artes com habilitação em Artes Cênicas
pela Faculdade Paulista de Artes
e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual
pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:
Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre disfunções sexuais femininas e as possibilidades de tratamento por meio da técnica de Kegel. Discute-se como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico pode contribuir para a consciência corporal, o fortalecimento muscular e o controle voluntário da contração e do relaxamento dessa musculatura. Aborda-se, também, a relação entre a melhora da circulação sanguínea na região pélvica e a resposta sexual feminina, destacando as possíveis contribuições dos exercícios para a satisfação sexual.
Palavras-chave: Sexualidade, Terapia sexual, Disfunção sexual feminina, Técnica de Kegel.

Abstract:
This paper presents a literature review of female sexual dysfunctions and treatment possibilities using the Kegel technique. It discusses how pelvic floor muscle training may contribute to body awareness, muscle strengthening, and voluntary control of muscle contraction and relaxation. It also addresses the relationship between improved blood flow in the pelvic region and female sexual response, highlighting the potential contributions of these exercises to sexual satisfaction.
Keywords: Sexuality; Sex therapy; Female sexual dysfunction; Kegel technique.

Introdução

A satisfação sexual está relacionada à qualidade de vida e ao bem-estar físico, emocional e mental, contudo alguns fatores de ordem física e/o psicossociais podem impossibilitar uma vida sexual saudável e satisfatória. Estas adversidades relativas ao desenvolvimento da sexualidade podem levar mulheres e homens a apresentar algumas disfunções sexuais, que consistem em interferências ou bloqueios total ou parcial de qualquer uma das etapas da resposta sexual humana. Estas disfunções impossibilitam uma vivencia saudável da sexualidade, tanto do ato sexual em si como no relacionamento com os parceiros. A maior parte das disfunções sexuais, quando não apresentar causas orgânicas, tem tratamento e podem ser solucionadas através do acompanhamento com um terapeuta sexual e a abordagem de técnicas como os exercício de Kegel.

A pesquisa se propõe, através de revisão bibliográfica, a entender como a técnica de Kegel pode contribuir para a resolução destas disfunções e levar a melhora da satisfação sexual e da qualidade de vida das mulheres que a praticam. Este projeto tem como objetivos descrever a técnica de Kegel, seus resultados e suas possíveis aplicações no tratamento de disfunções sexuais femininas. Bem como Identificar de que maneira pode contribuir para o tratamento das mesmas.

Através de leitura e análise de publicações que abordam os temas pertinentes ao projeto, coletando dados, identificando o que já foi publicado e as lacunas existentes na discussão do tema. No primeiro capitulo vamos compreender o que é uma disfunção sexual, baseado no entendimento do que é considerado uma resposta sexual normal e saudável, já no segundo capitulo vamos elucidar o que é a técnica de Kegel e como ela se aplica, através do conhecimento anatômico da região pélvica e como a pratica de exercícios atua na região. Por fim, no terceiro capitulo iremos traçar um perfil de como as práticas de Kegel podem ser aplicadas no tratamento destas disfunções e o resultado esperado.

Disfunções Sexuais Femininas

Segundo Cavalcanti (2012), as disfunções sexuais dizem respeito a "bloqueios" na resposta sexual, "bloqueios" estes que podem ser totais ou parciais, sendo assim o tratamento das disfunções nada mais é do que a retirada destes "bloqueios". Podemos classificar estas disfunções de acordo com a fase de resposta sexual em que ela se encontra, sendo assim existem as disfunções sexuais de desejo, excitação e orgasmo, no caso das disfunções femininas ainda podemos citar outras duas disfunções que não acometem uma fase específica da resposta sexual, é o caso da dispareunia e do vaginismo.

Além da classificação por fase, também podemos avaliar as disfunções sexuais como parciais ou totais, além de fases primaria ou secundária. Quando nos referimos aos termos parcial ou total, estamos avaliando o critério de amplitude da disfunção, ou seja, compreendendo como e onde ela ocorre, segundo Cavalcanti (2012), estas podem ser agrupadas em gerais ou absolutas, relativas ou situacionais. As situações classificadas como absolutas ou gerais ocorrem com todos os parceiros e em todas as tentativas de reação sexual, independentemente do tipo ou mesmo da qualidade dos estímulos sexuais. No caso das relativas ou situacionais, elas se apresentam somente em alguns casos dependendo do parceiro em questão ou mesmo do tipo ou da qualidade do estímulo sexual apresentado; é o caso de homens que conseguem manter uma ereção com a esposa, mas tem dificuldade em manter a ereção com uma parceira extraconjugal, por exemplo.

Avaliar a amplitude da disfunção pode ajudar a compreender as suas causas, lembrando que a disfunções sexuais podem ter causas fisiológicas ou psicológicas. No caso das disfunções com causas fisiológicas ou orgânicas elas geralmente se apresentam de maneira absoluta ou geral e as relativas ou situacionais tendem a ter uma causa psicológica, contudo isto não é uma regra.

Existem ainda casos onde uma disfunção sexual de causa orgânica pode lavar a um problema psicológico e vice-versa. De maneira geral devemos compreender que em toda disfunção sexual, seja ela de causa orgânica ou não, existe algum tipo de implicação psicológica visto que uma resposta sexual insatisfatória pode gerar muitos transtornos e constrangimentos. Neste caso, Cavalcante afirma que o mais adequado é classificar as disfunções como sem causas orgânicas ou com causas orgânicas.

Não só podemos avaliar a amplitude da disfunção como também podemos analisar os critérios cronológicos das mesmas, é o caso das disfunções primárias ou secundárias. No caso de uma disfunção primária, estamos diante de um problema ou dificuldade que se apresenta desde o início da vida sexual do indivíduo, seja na relação com o outro ou mesmo na masturbação. Já as disfunções secundárias, se apresentam após algum tempo de vivência sexual onde as respostas eram consideradas normais e satisfatórias e por algum motivo deixaram de ser. Levando-se em consideração a cronologia das disfunções sexuais, segundo Cavalcanti (2012), podemos dizer que a maioria dos problemas orgânicos se apresentam em disfunções secundárias enquanto que as primárias tendem a ter o pior prognóstico.

Causas orgânicas ou fisiológicas das disfunções sexuais podem compreender desde má formação até mesmo interferências de medicamentos ou outras substâncias. Em sua obra Cavalcanti (2012) classifica as causas orgânicas em três tipos, anomalias genéticas ou congênitas que são problemas ocorridos durante a formação do bebê, doenças agudas e crônicas e uso inadequado de drogas. No caso das causas orgânicas, elas podem levar a uma disfunção sexual por vias diferentes, primeiro por alguma má formação que implique diretamente nas respostas sexuais, segundo pelo uso de alguns medicamentos que, como efeitos colaterais, diminuam ou impossibilitem estas respostas. O autor ainda comenta que é difícil delimitar as implicações das causas orgânicas visto as consequências psicológicas das mesmas e como elas podem se mesclar.

Sobre as causas psicológicas é difícil mensurar o cerne ou os motivos pelos quais ocorrem visto que existem vários tipos de abordagens teóricas baseadas em correntes psicológicas distintas, cada qual com sua perspectiva própria, por conta disso este trabalho está baseado na abordagem de Cavalcanti (2012). Segundo o autor podemos dividir as causas psicológicas em duas classificações, socioculturais e comportamentais.

Das causas socioculturais podemos subdividir em outras três categorias, instituições sociais, revolução sexual e tabus e crendices sexuais. Dentre instituições sociais o autor destaca a família e a religião, atra-

vés do contato com os familiares o indivíduo inicia o seu processo de socialização e aprendizagem e estes modelos familiares tem grande influência na formação sexual visto que eles podem servir como exemplos para pautar estes comportamentos. Já a religião traz ao indivíduo uma série de normas de conduta baseadas em doutrinas e crenças que ditam como o indivíduo deve ser ou agir. Revolução sexual diz respeito principalmente ao movimento feminista e a emancipação da mulher, se dividindo entre motivações individualistas como a liberdade de escolha sobre o próprio corpo e as motivações políticas que fazem referência a emancipação sexual como forma de desconstruir a sociedade patriarcal. Os tabus e crendices sexuais dizem respeito a proibições ou crenças populares sem embasamento científico, que são amplamente difundidas pelos indivíduos de uma sociedade. Não existe uma explicação plausível, mas todo mundo acredita ser verdade.

As causas comportamentais estão dividias entre vivências destrutivas e relações diádicas inadequadas. Vivências destrutivas fazem referência a experiências geradoras de traumas que de forma direta ou indireta estão relacionadas a atividade sexual, levando assim a algum tipo de aversão ao sexo. Cavalcanti (2012) divide as vivências destrutivas entre violências sexuais, vivências desastrosas das primeiras relações, partos traumáticos e fatores circunstâncias de inibição sendo estas questões como falta de privacidade para ter relações sexuais, problemas econômicos entre outras coisas. Relações diádicas inadequadas dizem respeito às relações estabelecidas entre o casal, a convivência inadequada, comunicação falha ou insuficiente, brigas, desentendimentos ou desacertos sexuais podem ser fatores que desencadeiam disfunções sexuais ou ainda mantém e acentuam uma disfunção sexual pré-existente em um dos parceiros levando, em alguns casos, o parceiro saudável a também adquirir uma disfunção sexual. Não é incomum que o parceiro de uma pessoa disfuncional também apresente algum tipo de disfunção sexual.

As principais disfunções sexuais masculinas são caracterizadas por problemas com a ereção e a ejaculação. Nas disfunções que envolvem a ereção observamos fatores como a ausência, perda ou dificuldades em manter a ereção ou ainda uma ereção parcial do pênis, em que o membro, apesar de ereto, não fica suficientemente rígido para permitir uma penetração. Quando falamos sobre ejaculação temos disfunções que envolvem ausência ou o bloqueio da ejaculação, ejaculação rápida e ainda a ejaculação tardia. Como objetivo deste trabalho é dissertar sobre as disfunções sexuais femininas, não vamos nos ater à maiores explicações sobre acusas e efeitos das disfunções masculinas.

Dentre as principais disfunções sexuais femininas podemos observar a anorgasmia que é uma disfunção na fase do orgasmo, a ausência lubrificação, sendo esta uma disfunção de excitação, a dispareunia e o vaginismo que, conforme citado anteriormente, não acometem uma fase específica da resposta sexual. Existe ainda o desejo sexual hipoativo ou inapetência sexual, que é uma disfunção do desejo e acomete homens e mulheres.

O desejo sexual, ou apetência é uma fase bastante subjetiva da resposta sexual (CAVALCANTI & CAVAOLCANTI, 2012), e ocorre mais a nível psicológico do que físico, diferente das outras três fases do modelo tetrafásico que possuem reflexos fisiológicos. Conforme citado anteriormente, essa fase é a que sofre maior influência dos fatores psicossociais delimitando preferências sexuais como perfis de parceiros, comportamentos sexuais entre outros. Por ser uma fase inicial, problemas ou bloqueios de desejo tendem a prejudicar a resposta sexual como um todo, interferindo diretamente nas outras fases. Vale ressaltar aqui que, conforme apresentado no modelo de Basson, algumas mulheres não apresentam desejo sexual espontâneo, mas isso não significa um prejuízo desta fase e sim uma modificação motivacional do desejo o não representa uma disfunção.

A inapetência sexual ou desejo sexual hipoativo caracteriza-se basicamente pela ausência ou deficiência do desejo sexual. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), traçar com precisão a incidência deste tipo de disfunção é uma tarefa difícil, em grande parte por seu caráter subjetivo, mas também por ser algo bastante privado. No entanto é notável que a incidência deste tipo de problema vem aumentando e o autor justifica argumentando que um dos motivos para isso é a exploração em massa da sexualidade, principalmente em caráter comercial de venda de produtos, empresas e outras ações de marketing, isso leva a uma habituação sexual onde acostuma-se com os estímulos sexuais e eles passam a não mais despertar o desejo. Lembrando que, assim como outras disfunções e apesar de ser bastante subjetivo, disfunções de desejo também podem ter causas orgânicas geralmente associadas à alguma alteração hormonal, seja por doenças ou ainda pelo uso de alguma droga. É o caso, por exemplo, de mulheres que relatam uma baixa no desejo sexual após iniciarem o uso de contraceptivos hormonais. Esses autores outras substâncias que também influenciam no desejo, como anti-hipertensivos, betabloqueadores, adrenergéticos, álcool, entre outras.

Na fase da excitação existe uma reposta fisiológica e nas mulheres isso se caracteriza principalmente pela vasocongestão (inchaço), que desencadeia uma série de alterações corporais e nas mulheres a principal delas é a lubrificação do canal vaginal. Esta lubrificação prepara o canal para que a penetração do pênis ocorra de maneira fácil e indolor, além de permitir o movimento de fricção que ocorre durante o ato sexual, diminuindo assim o atrito entre pênis e vagina. A excitação sexual tem influência direta da fase anterior, o

desejo leva a excitação e por isso se existir algum bloqueio na anterior a lubrificação não acontece. Disfunção de excitação na mulher é caracterizada principalmente por alterações na lubrificação vaginal que geralmente passa a ser insuficiente ou ausente.

Quando pensamos em disfunção de excitação precisamos primeiro compreender se não estamos diante de um quadro de desejo sexual hipoativo. Caso o desejo sexual esteja preservado é preciso avaliar as condições fisiológicas da mulher, na grande maioria das vezes os problemas de excitação estão relacionados com causas orgânicas. O fator orgânico mais comum relacionado a este tipo de problema são as alterações hormonais e dentre estas alterações hormonais destaca-se a deficiência de estrogênio. Este o hormônio é o principal responsável por manter ativas as células da mucosa vaginal, com o déficit de estrogênio ocorre uma diminuição destas células, desequilibrando a flora vaginal e provocando o ressecamento. Este tipo de problema é uma das principais queixas de mulheres na fase do climatério e menopausa, devido à todas as alterações hormonais. Também pode ocorrer durante a fase de amamentação, já que mulheres lactantes tem um aumento na produção de prolactina e este hormônio é opositor ao estrogênio, quanto maior o índice de prolactina, menor o índice de estrogênio. A influência do uso de contraceptivos hormonais ou medicamentos como antibióticos além de infecções vaginas também estão entre as causas mais comuns para este tipo de disfunção.

O orgasmo é considerado o ápice da relação sexual, fisiologicamente a estimação sexual atinge um ponto alto, um momento de grande intensidade onde ocorre um reflexo de alívio juntamente com uma sensação de prazer, esta intensidade que caracteriza o orgasmo pode ser variável. Para Cavalcanti e Cavalcanti (2012) o orgasmo é principal contribuição para corroborar o desejo, orgasmo e desejo tem ligação direta e por consequência disso é muito comum que pessoas com problemas na fase orgástica acabem por também desencadear problemas com o desejo, embora isto não se aplique em todos os casos. A excitação sexual crescente sem a liberação de tensão provocada pelo orgasmo, pode gerar sensação dolorosas, principalmente por conta da congestão pélvica, a disfunção dessa fase é conhecida como anorgasmia.

Anorgasmia é a disfunção sexual de maior incidência entre as mulheres, sendo muito pouco provável que a anorgasmia tenha como causas fatores genéticos ou congênitos (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012). A grande maioria dos casos de anorgasmia tem fatores psicológicos como principal causa. O orgasmo feminino é cercado de tabus, crendices e desinformação além das proibições religiosas e sexistas. Do ponto de vista do pensamento cristão o sexo serve somente para reprodução da espécie, seguindo essa lógica o orgasmo feminino não é necessário para que se cumpra a finalidade reprodutiva, diferentemente do orgasmo masculino que vem acompanhado da liberação de espermatozoides, Regina Navarro em sua obra "O livro de ouro do sexo" rege-se ao orgasmo feminino como "O prazer estéril".

Uma das errôneas mais divulgadas sobre orgasmo feminino, é a ideia de que a mulher tem dois tipos de orgasmo diferentes, um clitoriano e o outro vaginal. Segundo essa concepção a mulher teria o orgasmo clitoriano no início da vida sexual e conforme fosse amadurecendo esse orgasmo passaria a ocorrer no canal vaginal, sendo assim uma mulher desenvolvida sexualmente deve orgasmos com estímulos no canal vaginal. De fato, fisiologicamente não existe diferença nenhuma, orgasmo é orgasmo e pronto, mas é importante compreendermos que o clitóris é o principal órgão responsável pela satisfação sexual feminina. Sendo assim essa ideia de diferenciação dos orgasmos acaba gerando sentimento de frustração e ansiedade em muitas mulheres, o que pode contribuir para os casos de anorgasmia ou ainda levar a falsos diagnósticos de anorgasmia.

Além das disfunções sexuais que acometem alguma fase da resposta sexual, no caso das mulheres, também temos o Vaginismo e a Dispareunia. O vaginismo se caracteriza por uma contração involuntária da musculatura pélvica dificultando ou até mesmo impossibilitando a ocorrência da penetração, em alguns casos essa contração chega até mesmo a impedir a realização de exames ginecológicos. Nos casos onde ocorre a penetração, mesmo que parcial, o coito ocorre de maneira dolorosa e desconfortável.

Na grande maioria dos casos as mulheres com essa disfunção mantêm o desejo sexual preservado podem inclusive ter orgasmos se estimuladas no clitóris por exemplo, o que define o vaginismo é o medo de ser penetrada. Esta é uma condição com causas psicológicas, mas que acaba tendo consequências fisiológicas, não é incomum que mulheres com vaginismo necessitem do acompanhamento do terapeuta sexual e da psicoterapia. Assim como todas as outras disfunções o vaginismo também pode ser primário ou secundário, muitas mulheres vagínicas primárias vem de uma educação castradora e punitiva, não é incomum encontrar mulheres que convivem com a disfunção a muitos anos, inclusive casadas e com filhos. O vaginismo secundário pode ter diversas raízes, mas não é difícil encontrar casos onde estava associado a presença de dispareunia.

A Dispareunia é comumente confundida com o vaginismo e de fato ambas as disfunções podem estar associadas, no entanto o que caracteriza a dispareunia é a dor que se sente ao ter relações sexuais, neste caso as dores não são ocasionadas pela contração ou tensão muscular e sim por outros fatores. Esta

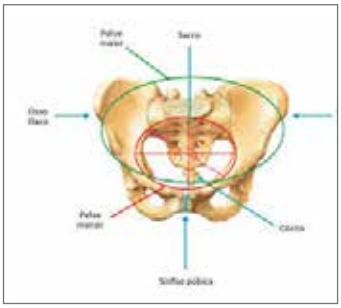
disfunção costuma ter causas orgânicas como infecções, doenças e até mesmo a falta de lubrificação, senda assim uma disfunção de excitação pode levar a um quadro de dispareunia. Com a ocorrência destas dores muitas mulheres acabam por relacionar o desconforto com a penetração e desenvolvendo uma situação de vaginismo.

A Técnica de Kegel

- Anatomia e fisiologia da cavidade pélvica e sua musculatura:

A pelve humana é uma parte muito importante da anatomia, é responsável pela sustentação de órgãos e vísceras. O osso localizado nesta região também é conhecido como bacia se divide entre pelve maior ou falsa pelve e pelve menor ou pelve verdadeira.

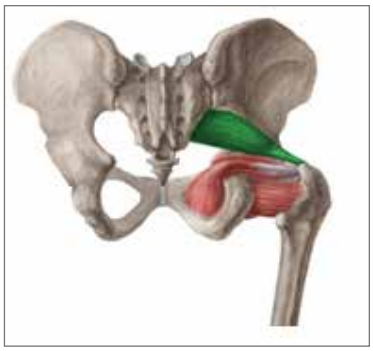
Imagem 1- Cavidade pélvica, pelve maior e pelve menor



Fonte: Coleção SIC Ginecologia, v.1.

Essa cavidade pélvica possui paredes laterais, inferiores e posteriores que são revestidas por músculos, os músculos da região inferior e posterior da pelve são o Obturador interno e externo o e Piriforme.

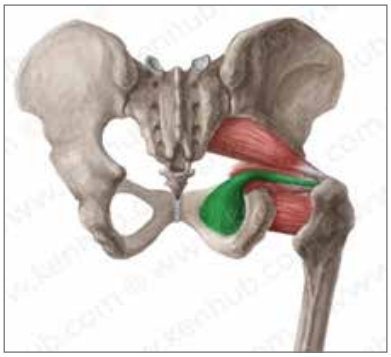
Imagem 2-Músculo Piriforme (em verde)



Fonte: Ken Hub

Estes músculos e a estrutura óssea da cavidade pélvica articulam-se com o fêmur, osso dos membros inferiores responsáveis pela sustentação do corpo e movimentos de locomoção.

3-Músculo Obturador interno (em verde)



Fonte: Ken Hub

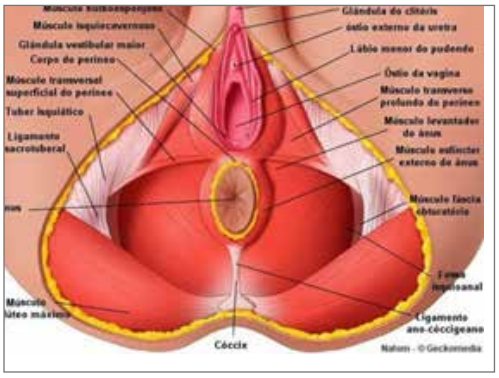
A cavidade pélvica também tem a função de proteção dos órgãos desta região. Os grupos musculares dessa região são responsáveis pelo sustento dos órgãos e vísceras da região pélvica e abdominal. Ações cotidianas como sentar e levantar, espirrar, tossir ou rir exercem pressão sobre a parte abdominal e está por sua vez se sustenta com o auxílio da musculatura pélvica

Na parte inferior da pelve estão localizadas grupos musculares conhecidos como assoalho pélvico, região também conhecida como diafragma da pelve. Nesta região que se encontram os órgãos genitais, ânus e períneo. Essa musculatura é a responsável pelo controle dos esfíncteres que são válvulas de fechamento responsáveis pelo comando da saída das fezes, urina e flatos, também atuam durante o parto para realizar a passagem do bebê e participam ativamente atividade sexual. Também contribuem para estabilizar a cavidade pélvica e controlar a postura.

A musculatura do assoalho pélvico (MAP) inicia-se no osso púbico e na parte lateral dos ossos pélvicos, estendendo-se até o cóccix. São estruturas em forma de rede que se dividem em duas partes, uma parte superficial e outra mais profunda. A parte superficial desta musculatura também é conhecida como períneo. Esses músculos possuem um controle voluntário, isso significa que podem aumentar a tensão ou relaxar de acordo com a vontade da pessoa, é o que acontece quando desejamos segurar a urina ou esvaziar a bexiga, por exemplo.

Na parte superficial da MAP, encontramos os músculos, isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial e profundo além do esfíncter anal externo. Esta região muscular é responsável pela ereção clitoriana durante a fase da excitação e também das contrações da vagina no momento do orgasmo. Já na parte mais profunda da musculatura do assoalho pélvico encontramos os músculos conhecidos como levantadores do ânus que se dividem entre pubococcígeo, pubovaginal, puborretal e iliococcígeo, e também o músculo coccígeo ou isqueococcígeo.

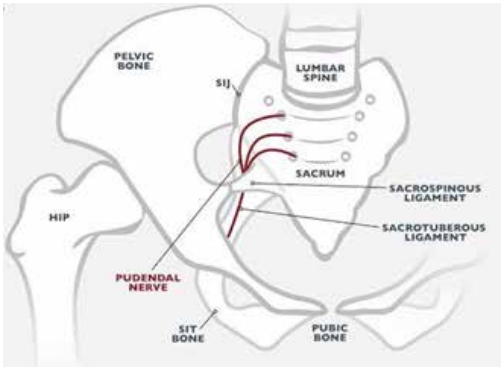
4- Músculos do Assoalho Pélvico Feminino:



Fonte: Buzo et al., s/d.

Além da musculatura, os nervos localizados nesta região também são responsáveis pelos movimentos de contração muscular e controle dos esfíncteres. O principal nervo desta região é o nervo pudendo, um nervo com funções mistas que atua tanto na sensibilidade da região pélvica como na parte motora. As fibras deste nervo se dividem em ramos pela região pélvica e todos os músculos do assoalho pélvico são enervados por ele, é responsável pela sensibilidade do períneo e do clitóris, tendo ligação com a parte dorsal deste órgão.

5-Nervo Pudendo



Fonte: Pelvic Pain Foundation of Australia

As funções motoras deste nervo compreendem os músculos isquiocavernoso e o bulboesponjoso. Também é o nervo pudendo o responsável pelo controle dos esfíncteres da uretra e esfíncter externo do ânus, ou seja, o nervo pudendo controla as funções de urinar e evacuar.

Na região pélvica encontra-se o aparelho genital feminino, responsável pelas funções sexuais e reprodutivas. O aparelho genital compreende órgãos externos e internos, na parte externa temos o monte de Vênus ou monte púbico, vulva, grandes lábios ou lábios externos, pequenos lábios ou lábios internos e o clitóris. Na parte interna da região pélvica feminina podemos encontrar os ovários e as trompas de falópio, tanto os ovários como as trompas são dois e se localizam do lado esquerdo e direito, também temos nessa região o útero e a vagina. Importante observar que, ao contrário do que se costuma pensar, vagina é somente o canal onde ocorre a penetração e a parte externa é a vulva.

Além do aparelho genital na pelve encontramos órgãos do sistema urinário e do sistema excretor. São eles, a uretra, bexiga, ânus e reto. Também estão presentes nesta região algumas glândulas como as glândulas de Bartholin que também são duas e se localizam entre lado direito e esquerdo e as glândulas de skene.

O monte de vênus, também chamado de monte púbico fica localizado na sínfise púbica, é uma parte mais protuberante onde existe uma camada de tecido fibrogorduroso esta camada é coberta por pelos. Algumas mulheres têm o monte mais protuberante e outras um pouco menos, de qualquer forma a região é um pouco mais proeminente nas mulheres. A principal função do monte de vênus é a proteção do osso pubiano, principalmente contra impactos, inclusive o impacto que ocorre na região durante a penetração.

Abaixo do monte de vênus encontramos a vulva, que compreende toda a região externa e nela se encontram a abertura da vagina, o clitóris, os lábios externos e internos. Assim como o monte de Vênus, a parte externa da vulva é revestida de pelos. Observamos ali na vulva dois pares de dobras de pele essas dobras são os lábios. As duas dobras externas são chamadas de lábios maiores ou externos e as duas dobras internas de lábios menores ou internos. A denominação maior ou menor para os lábios às vezes pode parecer um pouco equivocada, visto que muitas mulheres têm a formação dos lábios internos um pouco maiores que os externos e estes acabam se projetando para fora dos lábios externos. Estes lábios são muito vascularizados e com várias terminações nervosas, o que os torna bastante sensíveis. À principal função dos lábios é a proteção da entrada da vagina e da uretra, quando a mulher está excitada estes lábios incham e se afastam deixando a entrada do canal vaginal mais exposta. Os lábios externos possuem mais tecido adiposo do que os lábios internos.

Na parte superior da vulva os lábios se encontram, os externos formam o prepúcio do clitóris e os internos formam o freio do clitóris e entre suas duas formações de pele encontramos a glande do clitóris. O clitóris é o principal órgão do prazer feminino, ele é o único órgão da anatomia humana que não tem nenhuma outra função a não ser o prazer e satisfação sexual. Durante muito tempo acreditou-se que o clítoris constituído somente da parte visível que observamos na vulva, mas recentemente, cerca de vinte anos, a urologista Helen O'Connell apresentou a anatomia completa do órgão. Então hoje sabe-se que ela possui estruturas internas e o tamanho total dele é de aproximadamente 9 a 11cm. O corpo do clítoris se assemelha ao corpo cavernoso do pênis quando a mulher está excitada existe uma espécie de ereção clitoriana, obviamente o clítoris não chega a ficar enrijecido como o pênis, mas existe um intumescimento da região. Além do corpo o clítoris possui outra estrutura, os bulbos, que circundam a entrada da vagina e da uretra, estes bulbos também ficam entumecidos na fase da excitação, mas não tanto quanto o corpo e glande do clítoris. A glande do clítoris é uma região extremamente sensível, com uma ampla rede de terminações nervosas. Algumas mulheres têm a glande clitoriana tão sensível que sentem desconforto com o estímulo direto nessa região.

A vagina é um canal que tem sua abertura na vulva e se estende até o útero. Este canal é coberto de mucosa e possui pequenas dobras horizontais que lembram anéis, estas dobras costumam se afinar após a menopausa. Sua função da vagina é receber o pênis durante a penetração no ato sexual, mas também é por ela que passa o sangue menstrual e permitir a passagem do bebê para o nascimento no parto. Apesar de o canal vaginal ter em média 10cm esse comprimento aumenta quando a mulher está excitada, a vagina possui bastante elasticidade. Cavalcanti e Cavalcanti (2012) descrevem a vagina como uma cavidade virtual, já que possui esta capacidade de aumentar de tamanho.

6- Anatomia Clitoriana



Fontte: Cientistas Feministas.

Em estado de excitaçã o a vagina se lubrifica é isso acontece devido à quantidade de vasos sanguíneos ao redor da vagina, com a vaso congestão da excitação a lubrificação acontece. Dentro do canal vaginal existe uma região conhecida como "ponto G", zona erógeno bastante sensível, rica em terminações nervosas e vasos sanguíneos e que localiza-se na parte anterior da vagina atrás do osso púbico.

Próximo à entrada do canal vaginal estão localizadas as glândulas de Bartholin, por sua localização elas ficam em contato com os bulbos do clítoris. As glândulas de Bartholin tem aproximadamente de 0,5 a 1,0cm e secretam um muco que serve para manter a umidade da vulva e lubrificar a parte inferior do canal vaginal durante o estado de excitação.

Além das glândulas de Bartholin, as glândulas de Skene ou glândulas uretrais merecem especial atenção, elas ficam localizadas próximo a uretra com pequenos orifícios que se abrem nas laterais da uretra. Não se sabe exatamente a função destas glândulas, mas elas seriam equivalentes a próstata masculina e por isso são chamadas por alguns estudiosos de próstata feminina. Cavalcanti e Cavalcanti (2012) afirmam que há probabilidade de que a mulher elimine uma secreção proveniente destas glândulas durante o orgasmo. Essa secreção é denominada por alguns médicos e estudiosos como ejaculação feminina, mas os autores ressaltam que o volume de líquido secretado por essas glândulas não seria igual ou maior que a quantidade de esperma eliminado pelo homem. Sendo assim para ele essa quantidade de líquido chamada de ejaculação feminina pode ser um excesso de lubrificação vaginal aliada a um pouco de urina liberada devido ou relaxamento do esfíncter uretral após o orgasmo.

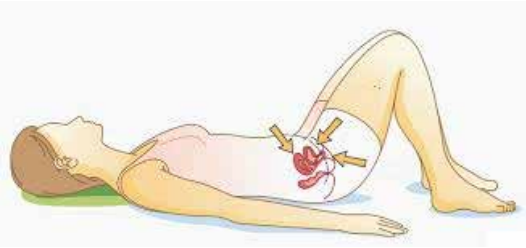
A uretra é o canal responsável pela liberação da urina, muitas pessoas confundem a uretra com a vagina e acreditam que a urina e penetração ocorrem no mesmo canal, bem como a passagem do sangue menstrual. Localizada atrás da sínfise púbica, auréola tem início na bexiga e estende, se até a vulva, a saída do canal da uretra fica um pouco acima da entrado do canal vaginal e em média 4cm.

Posteriormente a entrada do canal vaginal, está localizado o ânus que é orifício por onde saem as vezes. Esta região é bastante enervada e muitas mulheres sentem prazer, inclusive com apresenta de orgasmos, quando estimuladas nesta região. A parte interna do ânus é composta pelo reto, nesta área entre ânus e reto existem dois esfíncteres, um externo, localizado no ânus e um interno localizado no reto. O esfíncter externo pode possui um controle consciente, ou seja, podemos controlara a sua abertura assim como também podemos relaxar a região para facilitar o toque sexual e até mesmo a penetração. Já o esfíncter interno localizado no reto não possui controle voluntário e responde de maneira automática ao ser estimulado, quando as fezes tocam este esfíncter ele se abre, o mesmo acontece quando ocorre penetração anal.

A Técnica de Kegel

Arnold Kegel foi um ginecologista de origem Alemã com grande destaque nas décadas de 1940 e 50, ao desenvolver uma técnica composta por uma série de exercícios direcionados para musculatura do assoalho pélvico. Inicialmente, os exercícios tinham como objetivo permitir que suas pacientes ganhassem consciência da musculatura pélvica, percebendo os estados de relaxamento e tensão desta; ao mesmo tempo em que tinham o intuito de fortalecer tal musculatura evitando problemas, já que uma musculatura enfraquecida não funciona de forma adequada. Assim, exercícios eram indicados para evitar a incontinência urinaria e as colpoperineoplastias, estas últimas cirurgias corretivas da região da vagina. Porém, Kegel observou respostas positivas de pacientes também na resposta sexual, intensificando a sensibilidade vaginal e de seu potencial erótico, o que fez que recomendasse esses exercícios também para problemas sexuais.

Imagem 7 - Técnca de Kegel



Fonte: Melo, s/d.

A melhoria se deve a uma maior irrigação sanguínea na região pélvica, já que músculos exercitados tem aumento do fluxo sanguíneo: quanto maior a força de um determinado musculo, maior é o seu suprimento de sangue; o mesmo ocorre com a musculatura do assoalho pélvico. Como esta vascularização é responsável pela resposta da fase da excitação, músculos mais irrigados tendem a ter uma resposta sexual, promovendo mais excitação e sensibilidade. Além disso os exercícios também contribuem para dissipar as tensões musculares da região pélvica, já que as pacientes passam a ter uma maior consciência dessa musculatura, controlando conscientemente tensão e relaxamento.

Imagem 8 - Técnca de Kegel



Fonte: Kegel exercices.

Ao mesmo tempo, conforme se adquire o domínio muscular é possível reproduzir a movimentação com certa facilidade elevando assim o leque de sensações provocadas durante a penetração. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), essas mulheres praticam uma espécie de ordenha no pênis conseguindo sentir melhor toda a sua extensão. Esses movimentos também aumentam o atrito entre pênis e vagina, proporcionando mais prazer para ambos os parceiros. Como o orgasmo provoca uma contração da musculatura circunvaginal, as contrações voluntarias da região ajudam a detonar a descara orgástica. Os autores também acrescentam os benefícios psicológicos que esses exercícios exercem sobre a mulher, tornando-a mais ativa na relação sexual, tornando-a a principal responsável pelo seu próprio prazer. Esse tipo de posicionamento tira a mulher do lugar de passividade na relação com o parceiro.

Práticas similares, já haviam sido observadas milenarmente e por isso citadas em filmes e obras (LINS, 2005). Fora do âmbito medico-cientifico, a pratica deste tipo de exercícios é conhecida como pompoarismo, termo que se refere à contração voluntaria dos músculos do assoalho pélvico, principalmente pubococcígeo. Músculos não trabalhados ou sobrecarregados tendem a ficar flácidos e enfraquecidos.

Para traçar o estado funcional da musculatura de suas pacientes, Kegel desenvolveu o perineômetro, aparelho conhecido composto de um cone de borracha oco ligado a um manômetro. Através da introdução do cone de borracha no canal vaginal e pedindo que pacientes realizassem contração muscular da região, era possível medir o tônus muscular da região.

Com o tempo surgiram outros equipamentos mais elaborados o que ocasionou a substituição do perineômetro pelo tocógrafo e miógrafo vaginais. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), hoje em dia ainda é possível encontrar aparelhos como estes sendo comercializados na Europa e em alguns outros lugares.

A pratica da técnica de exercícios de Kegel é recomendada para todo tipo de mulher, mesmo sem nenhum quadro aparente de problemas na região pélvica ou disfunções sexuais, incluindo exercícios em uma rotina diária que têm função preventiva e não existe nenhum tipo de contraindicação para a realização destes.

Esses exercícios também beneficiam mulheres com pouca consciência corporal e baixa percepção da região pélvica e que, por consequência, têm dificuldades nas respostas orgásticas. Ao mesmo tempo que beneficia mulheres na terceira idade, com histórico de gestação, parto, sobrepeso ou a pratica incorreta de exercícios de impacto que podem levar mulheres a desenvolver essa flacidez nesses músculos, incluindo bexigas hiperativas e incontinência urinária.

Pacientes com tensão muscular constante na região pélvica, devido a traumas ou fatores estressantes, acarretando vaginismo, também são beneficiadas por ganhar controle de relaxamento sobre suas musculaturas.

Kegel, ao desenvolver sua técnica de aplicação de exercícios, dividiu-os em 4 categorias, que refletem os tipos de trabalho muscular que podem ser realizados pelas pacientes: exercícios de contração, exercícios de palpitação ou tremulação, exercícios de expulsão e exercícios de sucção.

Antes de iniciar o treinamento, é interessante que a paciente faça o reconhecimento da musculatura a ser trabalhada, treinando sua musculatura com interrupção dos jatos de urina bruscamente durante a micção, por 2 ou 3 vezes quando for esvaziar a bexiga.

Conforme vai adquirindo experiencia com a pratica e melhorando as suas percepções corporais, deve-se passar a realizar este exercício em várias posições, sentada, deitada, em pé e assim por diante.

Durante esta pratica a mulher deve lembrar de respirar regularmente pois muitas mulheres tendem a prender a respiração enquanto se exercitam. A inspiração do ar deve ser realizada durante a contração do musculo, expirando ao relaxar. Também é interessante que a paciente estabeleça uma contagem mental enquanto segura a musculatura, aumentando progressivamente conforme o desenvolvimento muscular.

Para mulheres com mais de dificuldade em perceber o grau de contração muscular, recomenda-se colocar a mão em cima do abdome para facilitar a percepção dos movimentos de contração e relaxamento. Outra alternativa é sentar em cima da palma da mão para sentir os movimentos ou fazer os exercícios com o dedo introduzido no canal vaginal.

Os exercícios de palpitação ou tremulação são feitos com contração e relaxamento rápido e repetitivo da musculatura perianal, aumentando a consciência do autocontrole sobre esta musculatura.

Nos exercícios de sucção, a contração muscular do períneo deve ser tencionada ao máximo, procurando dissocia-la da musculatura abdominal que deve tentar ser relaxada, o que pode ser sentido com a mão na barriga. No início há muita dificuldade desta associação, depois, a prática leva a melhor realização deste objetivo. Este exercício permite que a mulher, após algum tempo de pratica, consiga durante a relação sexual sentir todo o corpo do pênis durante o ato da penetração, bem como sua movimentação em seu canal vaginal.

Exercícios de expulsão, pode-se dizer que os exercícios de expulsão são o oposto dos exercícios de sucção. Além de ajudar a melhorar a lubrificação vaginal, esses exercícios facilitam a o orgasmo durante a relação sexual.

Considerações finais

A técnica de Kegel consiste em um excelente recurso terapêutico para o tratamento de disfunções do assoalho pélvico e disfunções sexuais femininas, levando assim ao controle e consciência muscular da região. A eficiência dos resultados e seu caráter pouco invasivo, fazem com que os exercícios sejam um dos meios mais convenientes para se obter o fortalecimento pélvico, podendo ou não ser aliado a outras técnicas e tratamentos terapêuticos.

Quanto à resposta sexual feminina, vale ressaltar o aumento da vascularização na região pélvica, o ganho de consciência e percepção muscular, além do aumento de força e tonicidade. Magno e colegas (2011), apontam avaliações positivas da técnica em estudos que indicam aumento da intensidade orgástica. Segundo esses autores, mulheres que possuem pressão vaginal menor do que 30mmHg tendem a ter disfunções sexuais, por isso essa técnica restabelece suas musculaturas e corrigem o problema.

Vale lembrar que uma das reações fisiológicas durante a fase do orgasmo na resposta sexual humana, é justamente a contração involuntária dos músculos circunvaginais. Sendo assim uma musculatura trabalhada e com melhores desempenhos no momento das contrações tende a proporcionar melhores orgasmos

Uma questão relevante para a melhora da resposta sexual após o treinamento com os exercícios de Kegel é o aumento da vascularização na região. Músculos exercitados tem um aumento no fluxo sanguíneo e essa vascularização esta diretamente relacionada com a facilidade para se excitar e obter orgasmos; ao mesmo tempo em que a irrigação de sangue ativa as glândulas responsáveis pela lubrificação vaginal e promove uma resposta melhor das mulheres.

Nesse sentido a prática de Kegel pode ser indicada para falta de desejo e resposta sexual, corrigindo falta de excitação do desejo hipoativo, secura vaginal, vaginismo, anorgasmia, proporcionando experiências cada vez mais positivas no campo sexual que satisfazem à mulher e estimulam a prática de novas relações sexuais, paralelamente a respostas positivas aos parceiro.

Referências

BUZO, D. F. C.; CRUZ, N. C. GARBIN, R. F. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na satisfação sexual feminina. Fef.br. Disponível em: https://fef.br/upload_arquivos/geral/arq_5950f2933dbcf.pdf

CARVALHEIRA, A. A.; GOMES, F. A. A disfunção sexual na mulher. In Olivei-ra CF, editor. Manual de ginecologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia; 2011. p. 119-34. [Internet]. Disponível em: http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/718/1/A%20disfunção%20sexual%20na%20mulher.pdf

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 4. ed. São Paulo: Roca, 2012.

CIENTISTAS FEMINISTAS. Clitoris e orgasmo femino - como a ciência aborda esse assunto. Cientistasfeministas.wordpress.com. Disponível em: https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/06/26/clitoris-e-orgasmo-feminino/

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; DE SOUSA, M. A. Recursos - sioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. CATUSSABA, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2014. [Internet]. Disponível em: https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/download/614/588

FONTANELLA, T. A arte do pompoarismo: autoconhecimento, prazer e alegria. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XV, X, 2010. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2010. [Internet]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos

FONTANELLA, T. Movimentos básicos de pompoarismo: reinvente sua vida sexual. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVI, XI, 011. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [Internet]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos

FORTUNATO, G. L.; ALIBERTE, P. I.; ANGELIN, E. C. N.; GRUBER, C. R. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. Cadernos da Escola da Saúde 2011;6(2): 143-58. [Internet]. Disponível em: http://revistas.unibrasil.com.br/cadernossaude/index.php/saude/article/downlod/107/106

GOUVEIA, P. F. et al. Comparação entre exercícios perineais e exercícios sexuais como método de tratamento sioterapêutico na disfunção orgásmica feminina. RBM rev. bras. med, v. 72, n. 11, 2015. [Internet]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6223

HEIMAN, J.; LOPICCOLO, J. Descobrindo o prazer: uma proposta de crescimento sexual para mulher. [trad. Maria Silvia Mourão Netto]. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1992.

LINS, R. N. O livro de ouro do sexo/Regina Navarro Lins e Flávio Braga. – Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

MAGNO, L. D. P.; NUNES, E. F. C.; FONTES-PEREIRA, A. J. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. Rev Pan-Amaz Saúde, v.2, n.4, 2011, p.39-46. [Internet]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176622320110004000006

MELO, P. Exercícios de Kegel para Incontinência Urinária de Esforço: Fortaleça Seu Assoalho Pélvico e Controle a Urina. Drpetroniomelo.com.br. Disponível em: https://www.drpetroniomelo.com.br/exercicios-de-kegel-para-incontinencia-urinaria-de-esforco/#google_vignette

PIASSAROLLI, V. P.; HARDY, E.; ANDRADE, N. F.; FERREIRA, N. O.; OSIS, M. J. D. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 32, n.5, 2010, p.233-40. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a06v32n5

Técnica de Kegel e Pompoar como Auxiliares da Terapia Sexual no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas

Kegel Technique and Pompoir as Aids to Sex Therapy in the Treatment of Female Sexual Dysfunctions

Lucimara de Melo Siqueira
Email: lucimara.lupompoar@gmail.com
Graduada em Publicidade e Propaganda
pela Universidade Braz Cubas
e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual
pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:
Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica que descreve e compara as técnicas de Kegel e de pompoar como recursos auxiliares da terapia sexual no tratamento das disfunções sexuais femininas. A análise apresentada sugere que a técnica de Pompoar favorece uma coordenação muscular mais ampla e precisa, envolvendo músculos superficiais e profundos, enquanto a técnica de Kegel atua sobre um conjunto distinto de músculos da pelve feminina. Com base nessa comparação, o artigo propõe a utilização da técnica de Pompoar, caracterizada como cinesioterapia ativa, como recurso complementar no tratamento dessas disfunções.
Palavras-chave: Mulheres; Sexualidade; Disfunção sexual feminina; Técnica de Kegel; Pompoarismo.

Abstract:
This article presents a literature review describing and comparing the Kegel and pompoir techniques as adjuncts to sex therapy in the treatment of female sexual dysfunctions. The analysis presented suggests that the pompoir technique promotes broader and more precise muscle coordination, involving superficial and deep muscles, whereas the Kegel technique targets a different set of muscles in the female pelvis. Based on this comparison, the article proposes the use of the pompoir technique, characterized as active exercise therapy, as a complementary approach to treating these dysfunctions.
Keywords: Women; Sexuality; Female sexual dysfunction; Kegel technique; Pompoir.

Introdução

As disfunções sexuais se caracterizam pela dificuldade sentida, em qualquer estágio da atividade sexual, seja no desejo, excitação ou orgasmo. O sexo é uma função biológica e pode ser visto como uma necessidade primária do ser humano.

Se for analisado dentro do contexto sociocultural de cada pessoa, influência familiar e/ou sistema de crenças, o ato sexual ou a falta de desejo sexual, pode vir a provocar ou não, respostas sexuais dolorosas, e quando as respostas sexuais são dolorosas, elas são exteriorizadas por meio das disfunções sexuais.

Dentro do quadro das disfunções sexuais femininas temos a anorgasmia, o desejo sexual hipoativo, a dispareunia e o vaginismo (ABDO, 2016). Para o tratamento desses problemas, a Terapia Sexual conta com várias técnicas.

Atualmente, a terapia sexual pode contar com a técnica de Kegel e a técnica de Pompoar, sendo ambas ferramentas de propriocepção, que auxiliam a terapia sexual no tratamento das disfunções sexuais femininas, como auxilio no tratamento das disfunções sexuais femininas, para treino consciente da musculatura do assoalho pélvico (cinesioterapia).

A técnica de Pompoar tende a ser usada em exercícios na sua totalidade de cinesioterapia ativa, pois não depende de ser aplicada por um profissional de fisioterapia. Já a técnica de Kegel, que possui na sua maioria exercícios passivos, demandam em sua aplicação de um profissional de fisioterapia e faz parte de cinesioterapia passiva.

Desta forma, apresenta-se ambas as técnicas como recurso terapêutico de cinesioterapia, sendo ferramenta para auxiliar na terapia sexual, para o tratamento das disfunções sexuais femininas, despertando a propriocepção.

Disfunções Sexuais Femininas

As principais disfunções sexuais femininas são os casos de anorgasmia, desejo sexual hipoativo, dispareunia e vaginismo.

A anorgasmia é uma desordem do orgasmo, e pode vir a provocar transtornos do desejo, ou seja, a anorgasmia pode ser considerada a irmã gêmea da inapetência sexual (ANTONIOLI, 2009). É uma disfunção sexual que pode deixar marca profundas nas mulheres, pois interfere tanto na autoimagem, fazendo com que as mulheres que sofram com essa disfunção sexual, se sintam por vezes diminuídas, inferiorizada pela falta de orgasmo, com relação à sensação psicológica, além das questões relacionadas ao corpo, como dor pélvica persistente. "A mulher anorgásmica tem tendência a se sentir diminuída, inferiorizada, humilhada, incompetente." (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.309)

O orgasmo é considerado como um fenômeno individual, e este é dividido em três componentes, sendo eles, um componente psicológico e subjetivo; dois componentes fisiológico, que é evidenciado por meio do sistema orgânico e do ponto de vista biológico; e três o componente sociocultural, que é influenciado pelo sistema de crença da paciente/cliente, por seu padrão social e cultural no qual ela interage. Pode-se dizer ainda que o orgasmo é o resultado da interpretação sensorial de cada indivíduo e de sua história. Por isso, considerar a percepção dos estímulos recebidos em conjunto da resposta biológica do organismo, sendo uma resolução miotônica do organismo, gera uma sensação de alívio e conforto físico, liberando tensões.

Quanto à classificação do transtorno do orgasmo, temos a DMS-4-TR, que nos auxilia com três critérios, ajudando a classificar a anorgasmia, são eles:

1º critério: ausência persistente e/ou atraso recorrente do orgasmo, após uma fase de excitação sexual;

2º critério: dificuldade ou inexistência de orgasmo só pode ser considerada um problema, se causar acentuado sofrimento ou ainda dificuldade interpessoal;

3ºcritério: a disfunção sexual não deve ser explicada por uso de medicação e efeitos fisiológicos diretos de determinada substância, ou condição médica geral (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.312).

Outro ponto importante é que o prazer sexual, e o orgasmo, não tem relação com o tamanho do pênis e da vagina, mas sim com a qualidade do afeto e fantasia do casal.

Sendo o orgasmo um fenômeno que não possa se dar ou provocar, ele surge naturalmente, quando não há temor de desempenho ou ansiedade.

Já a queixa de desejo sexual hipoativo, caracteriza-se pela diminuição ou falta de desejo sexual, que pode ser motivado por questão primária, ou seja, pertencer ao um indivíduo que nunca teve apetência sexual, que sofreram de "castração" psíquica, ou ainda inapetência secundária, que são as mais comuns, que se instalam pouco a pouco, por questões vivida, ou adquirida de forma brusca, após trauma (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.240).

Consideram-se vários tipos de fatores que podem provocar a falta de apetência sexual do indivíduo, como causas orgânicas, e/ou principalmente as causas psicossociológicas, como por exemplo, educação sexualmente castradora, causas comportamentais, como problemas circunstanciais, ou relações diádicas inadequadas. Também, é possível citar fatores de anomalias genéticas e congênitas, como por exemplo, síndrome de Klinefelter, distrofia miotônica, fatores de doenças agudas e/ ou crônicas, como hiper e hipotireoidismo, fatores como uso de drogas, como tranquilizantes e antidepressivos, entre outros fatores.

O desejo sexual hipoativo, também pode acontecer devido a algumas condições como dispareunia, ou a falta de reforço positivo que a anorgasmia provoca, levando ao desinteresse pelo sexo. "A inadequação sexual, além de criar um ambiente sexualmente destrutivo, muitas vezes se generaliza para a área da comunicação do casal, pondo em risco a integridade do casamento " (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.243). O desejo sexual hipoativo, como outras disfunções sexuais provocam a inadequação sexual, o que gera desgaste na relação do casal.

Porém a dificuldade no coito trata-se de outra disfunção sexual feminina que é a dispareunia, ou seja, tem por característica dor durante a penetração, e pode ser causada por fins orgânicos, como por exemplo malformações, ou anomalias genitais, ou ainda por fins psicológicos como por exemplo traumas ou / e ansiedade. "A resposta sexual prejudicada, por sua vez, confirma a deficiência, e a pessoa é retroalimentada de uma nova dose de ansiedade que inibirá o desempenho sexual seguinte, e assim por diante." (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.34). Constitui assim, o círculo vicioso, que possui a dinâmica, que é se tenho dispareunia, logo tenho temor da dor ou temor de desempenho, gerando disfunção do desejo e então uma lubrificação deficiente.

Todavia, o quadro de vaginismo, dentro da disfunção sexual feminina, pode ser primário ou secundário, e este quadro é provocado pelo medo, que condiciona os músculos a fazerem uma contratura involuntária (IDEM, IBIDEM, 2012, p.326). ambém pode ser considerada a mais benigna de todas as disfunções sexuais, já que seu tratamento tem alto percentual de êxito.

A Terapia Sexual

As orientações que tratam as disfunções sexuais podem variar de profissional para profissional, pois cada linha de pensamento considera uma ordem de ferramenta adequada à demanda trazida pela cliente/paciente. "É necessário fixar bem que a sexualidade, como tudo o que é humano, deve ser encarada sob três aspectos ou critérios fundamentais: Biológico. Sociocultural. Psicológico." (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.1)

Há várias correntes que buscam explicar a origem dos distúrbios e disfunções sexuais, e primeiramente podemos colocá-las em três modelos, ficando assim, dentro do modelo organicista, ou dentro do modelo psicológico, ou ainda no modelo psicossomático.

Nota-se que, dentro do modelo organicista, os transtornos da sexualidade são considerados sintomas de enfermidade orgânica, considerando as respostas sexuais apenas por fatores biológicos. Nesse modelo é adotado, a postura que toda disfuncionalidade ou inadequação sexual, são semelhantes às doenças de qualquer parte do corpo, e que no caso das disfunções sexuais, estamos abordando a estrutura anatomofuncional, ou seja, que gera a resposta sexual humana.

Assim, no modelo organicista, visa-se que a eficiência da terapia está na capacidade técnica do médico em fazer o diagnóstico e prescrição medicamentosa adequada. "Esta visão organicista dos problemas do comportamento mantém a crença de que toda a dificuldades sexuais são, em essência, semelhantes às doenças de outra parte do corpo." (IDEM, IBIDEM, 2012, p.5). Porém, devido á abordagem médica clássica, tratando de terapia das inadequações sexuais, fica evidente um alto índice de insucesso deste modelo, ou seja, o tratamento ser puramente medicamentoso traz prejuízo na maioria dos casos para as clientes / pacientes.

Já no modelo psicológico, a disfunção sexual não é percebida como doença, e a cliente/paciente é vista como seu próprio agente de cura, cabendo ao terapeuta ajudá-la a fazer as conexões. Todavia, neste modelo psicológico também trouxe alto índice de fracasso, pois se apresentou um radicalismo contra o modelo organicista.

> No modelo psicológico, o transtorno da conduta sexual não é encarado como doença, nem o terapeuta como elemento ativo do processo psicoterápico. Ativo é o paciente. Ele é seu próprio agente de cura. O terapeuta é apenas um catalisador do processo. (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.5)

Então, o terceiro modelo apresentado que é o modelo psicossomático, trouxe uma visão terapêutica mais centrada, pois nesse modelo, acredita-se que o indivíduo responde como um todo, que corresponde aos estímulos psicofísicos. Partindo desse pressuposto, afirma-se que as disfunções sexuais têm como origem fatores orgânicos ou psicológicos, ou ainda fatores orgânicos e psicológicos em conjunto.

Dá-se assim, a importância para o tratamento da disfunção sexual ter êxito, o cuidado de questões físicas, quanto também de questões psíquicas, principalmente se observar o fato de que as disfunções sexuais são distúrbios psicossomáticos, ou seja, disfunção provocada por alteração fisiológica e/ou psicológica. "O modelo psicossomático ou holístico é uma visão terapêutica mais centrada. Nele prevalece a crença de que o indivíduo reage como um todo psicofísico" (IDEM, IBIDEM, 2012, p.5)

Ressalta-se a importância da estrutura psicofísica do indivíduo, então observa-se inclusive sua crença, cultura, vivência, predisposições genéticas, sua maneira de interpretar eventos, e o quanto esta interpretação de eventos trará uma maior ou menor provocação emocional, e/ou ainda o que causará em seu organismo. Por isso, verifica-se que a cliente/paciente deve ser cuidada dentro da visão biopsicossocial, ou seja, olhar para ela dentro de suas questões biológicas, psicológicas e de seu sistema de crenças, que vem de sua estrutura social.

Nesse sentido, ressalta que o grupo social no qual o indivíduo está inserido, acaba por moldar a cliente/paciente dentro de seus padrões culturais, e que fenômeno que pode ser considerado sexual para uma mulher de determinada cultura social, pode não ter o mesmo significado para outra mulher do mesmo grupo. Da mesma forma, nota-se que toda vez que o desafio emocional for interpretado pela cliente/paciente como maior que sua resistência da estrutura psicofísica, ocorrerá então uma disfunção. "A herança biológica e cultural, as experiências de vida e a aprendizagem dizem o que somos, como somos e por que agimos sexualmente de certa forma e não de outra" (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.9).

Sendo a entrevista terapêutica importantíssima no início do tratamento de terapia sexual e aplicada como algo amplo, não uma simples anamnese, busca-se identificar a estrutura psicofísica e que tem a função de nortear a sessão e o conjunto de técnicas que vão agregar no tratamento do quadro apresentado durante seu tratamento. Faz-se necessário também elucidar quanto aos tipos de estímulos que a cliente / paciente traz em sua demanda, identificar de forma clara o que são estímulos ou falta de estímulos que provoquem fadiga, habituação e/ou saciação dentro do ciclo de resposta sexual; assim, para a solução de um problema em disfunção sexual, é fundamental identificar e neutralizar as variáveis que provocam e/ou reforçam o quadro disfuncional.

A Terapia Sexual é o meio que se utiliza para tratar as disfunções sexuais, sendo um conjunto de técnicas e estratégias específicas, que irão direcionar o tratamento do cliente/paciente dentro de suas queixas específicas, como dispareunia, anorgasmia, desejo sexual hipoativo ou vaginismo. "Em terapia das inadequações sexuais, promove-se, simultaneamente, a adequação do indivíduo a si mesmo e a do indivíduo ao seu parceiro." (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.3).

Ela se inicia por meio da entrevista terapêutica, falando neste método específico, não sendo simplesmente um método de anamnese, ou de coleta de dados. A partir da entrevista terapêutica, o terapeuta sexual localiza a disfunção sexual que o cliente/paciente se enquadra, lembrando que toda dor física ou psicológica é importante, e deve ser analisada e orientada, se ela estiver dentro do âmbito do cuidado da terapia sexual. Todavia, se o profissional em terapia sexual perceber que a queixa da cliente/paciente não se enquadra dentro do tratamento da terapia sexual, ou seja, que tenha um direcionamento, por exemplo, para o âmbito da psicoterapia, este deve fazer o direcionamento da cliente/paciente para o profissional correto.

Outra situação específica é o cuidado da cliente/paciente que sofre de disfunção sexual, ser feito por uma equipe multidisciplinar, visto que o ser humano deve ser olhado como um ser biopsicossocial, ou seja, ser cuidado dentro das questões biológicas, psicológicas e reconhecida sua cultura social.

Se identifica na Terapia Sexual, qual disfunção sexual a cliente/paciente se enquadra, para então direcionar outras técnicas que venham somar no tratamento da cliente/paciente. Mais comum do que se imagina, as disfunções sexuais se caracterizam pela dificuldade sentida, em qualquer estágio da atividade sexual, seja no desejo, excitação ou orgasmo.

Assim, a Terapia Sexual deve ser conduzida de maneira sutil e com neutralidade, durante o processo de investigação da real causa da disfunção ou inadequação sexual, do indivíduo ou do casal, importantíssimo também que o profissional em terapia sexual, não coloque juízo de valor nas questões trazidas pela cliente/paciente. Por este motivo, o profissional deve usar de bom senso e a capacidade terapêutica em desvendar inadequação mascarada, motivar e não forçar a adequação sexual, para não desestabilizar um equilíbrio conjugal suportável, como por exemplo, nos casos de casais que podem ser considerados adequado, mesmo o casal portando disfunções sexuais, visto quando o casal é formado por uma mulher vagínica, que possui parceiro com quadro de disfunção erétil secundário.

Desta forma, considerando-se o sexo um ato transacional, faz-se primeiro a adequação da cliente/paciente a si mesma e depois a adequação dela a seu parceiro, até pelo fato de que o ato sexual é algo que se faz com alguém.

> O ato sexual é um ato transacional. A adequação é um fenômeno ao mesmo tempo inter e intrapessoal. Em terapia das inadequações sexuais, promove-se, simultaneamente, a adequação do indivíduo a si mesmo e a do indivíduo ao seu parceiro. (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.3).

Percebendo-se a diferença da terapia sexual clássica, em que o foco é unidirecional, ou seja, na cliente/paciente, e da terapia sexual moderna em que o foco é bidirecional, foco neste e em seu parceiro e vice-versa. Assim, na terapia sexual clássica, a unidade terapêutica é a pessoa portadora da parafilia ou da disfunção sexual, e tem-se por objetivo criar um estado de adequação pessoal, embora constate-se que, através da adequação que promovemos nos indivíduos tratados, promove-se também modificações em seu parceiro ausente.

Já a terapia sexual moderna cuida não só do indivíduo, mas também das dificuldades que atingem seu parceiro, não ficando limitado ao processo terapêutico da superação do problema sexual. Nesse sentido, a terapia sexual moderna é abrangente, porém não exclui o objetivo terapêutico que vem da orientação clássica.

Técnicas de Terapia Sexual

As técnicas de terapia sexual são compostas de um conjunto de recursos que possuem o conceito terapêutico comum que tem o objetivo de desenvolver a autoconsciência, a autodeterminação e a autorrealização (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012).

Nota-se como uma demanda comum nos casos de disfunções sexuais a ansiedade antecipatória, caracterizada por um excesso de ansiedade, na maioria das vezes, quando ocorrem novas situações sexuais, porém essa mesma ansiedade também se apresenta na rotina do indivíduo que tem a disfunção sexual. Essa ansiedade exagerada por vezes alimenta um círculo vicioso de medo, que pode ser frequentemente percebido durante a sessão de terapia sexual, em que a cliente / paciente relata altos níveis de ansiedade quando pensa no desempenho sexual.

Caracterizado esse medo por Masters e Johnson de temor de desempenho, o que provoca várias características disfuncionais, como fuga do ato sexual, ou busca ardentemente pelo orgasmo, entre outras questões disfuncionais.

> Em terapia sexual, podemos observar com frequência esse fato. Os pacientes disfuncionais atingem altos níveis de ansiedade ao se prenunciar a possibilidade de desempenho sexual. Masters e Johnson chamam esse tipo particular de ansiedade antecipatória de temor de desempenho. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.33)

A frustração gerada pelo objetivo não alcançado acaba por alimentar e reforçar essa sensação do temor de desempenho. "Seja qual for o nome, essa ansiedade é, por si mesma, responsável pelo quadro disfuncional." (IDEM, IBIDEM, p.33)

Outra reclamação comum relatada por clientes/pacientes em terapia sexual são as ideias obsessivas, caracterizadas por pensamentos incessantes, que levam a ansiedade e alimentam os quadros de disfunções sexuais.

Para que as técnicas de terapia sexual que serão aplicadas sejam bem produtivas e alcance um maior sucesso no tratamento da cliente / paciente, é importante salientar uma forma que serve para qualquer orientação terapêutica, é importantíssimo que se estabeleça rapport na relação terapeuta/paciente, pois assim, as técnicas que serão aplicadas poderão ter um melhor resultado.

Sabe-se que os quadros das disfunções sexuais femininas mais comuns, são os casos de anorgasmia, desejo sexual hipoativo, dispareunia e vaginismo.

Direciona-se no cuidado de terapia sexual, algumas técnicas para tratamento de cada tipo das principais disfunções sexuais femininas. E indica-se, por exemplo, para o tratamento de anorgasmia várias técnicas, sendo elas a seguir, a técnica de Jacobson, coito não exigente, técnica de dessensibilização sistemática, treino de assertividade verbal e não verbal, treinar e partilhar fantasias, dessensibilização masturbatória associada à técnica de Kegel, e técnica de Pompoar para ganho de propriocepção.

Já, para o tratamento do desejo sexual hipoativo, se indica primeiro é descartar a possibilidade de fatores orgânicos, outro item importante é reestabelecer os canais de comunicação do casal, não só no plano erótico.

Orienta-se aqui olhar para questões comportamentais do casal, para reestabelecer uma boa relação de convívio e a comunicação adequada entre eles, por meio do estudo do histórico de vida desse casal, ressignificando crenças e habito. "A inadequação sexual, além de criar um ambiente sexualmente destrutivo, muitas vezes se generaliza para área de comunicação do casal, pondo em risco a integridade do casamento" (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.243).

Utiliza também dentro do quadro das técnicas indicadas em terapia sexual, técnicas como treinar e partilhar fantasias, focagem das sensações, coito não exigente, técnica de Kegel e/ou técnica de Pompoar para ganho de propriocepção.

Ressalta-se, principalmente no quadro de desejo sexual hipoativo, que as técnicas só terão efeito, e serão permanentes o seu resultado, quando a relação diádica do casal seja reestabelecida de forma saudável, fortalecendo o vínculo que inicialmente foi estabelecido, valorizando e ressaltando questões de conjugalidade do casal.

Já, para o tratamento de dispareunia de causa psicológica, se recomenda o emprego da técnica de Kegel, e a técnica de pompoar, melhorando a lubrificação, por conta do aumento do fluxo sanguíneo na região pélvica e vaginal, técnica da parada do pensamento, técnica de distração cognitiva, técnica de autofocagem, técnica de focagem das sensações, técnica de dilatadores vaginais...

Normalmente podemos afirmar que a disfunção sexual de dispareunia tem por característica de ser um distúrbio de ordem psicossomático, sendo tratado sobre dois prismas, o fisiológico e o psicológico (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.332).

E, para tratamento do quadro de vaginismo, se recomenda exercícios da técnica de Kegel, técnicas de dessensibilização sistemática, exercícios de pompoar para ganho de propriocepção e sensibilidade muscular, técnicas de dilatadores vaginais.

É importante para o tratamento da disfunção sexual de vaginismo também do acompanhamento do profissional médico em ginecologia, porém é uma disfunção que quando tratada de maneira adequada, a resposta ao tratamento ocorre de forma rápida. "Sendo o vaginismo um distúrbio psicossomático típico, acreditamos que ele deva ser enfocado sempre sob duplo ângulo: fisiológico e psicológico." (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012, p.328)

Para se ter um melhor resultado nas aplicações das técnicas de terapia sexual, podemos seguir cinco pontos, sendo eles, primeiro identificação da cliente / paciente, por isso uma boa entrevista terapêutica fará toda diferença no processo terapêutico, segundo ponto formulação de diagnóstico, por vezes a cliente / paciente ou o casal vem com queixa de disfunção sexual, porém a demanda do problema sexual é só um sintoma de uma convivência diádica difícil, terceiro ponto fazer o planejamento da terapia, quarto ponto aplicar / orientar os procedimentos ou técnicas, e quinto ponto avaliar os resultados obtidos.

A Técnica de Kegel

Arnold Kegel foi o precursor dos estudos de fortalecimento pélvico com comprovação científica, ginecologista que em meados de 1950, quando propôs alguns exercícios de contração e relaxamento da musculatura vaginal e de todo assoalho pélvico, com objetivo de fortalecer os músculos do períneo, principalmente os músculos pubococcígeos, em suas pacientes que apresentavam um visível enfraquecimento do músculo do assoalho pélvico (MAP).

Seus exercícios trabalham toda a estrutura da musculatura do assoalho pélvico, com exercícios em sua maioria com característica de cinesioterapia passiva, com objetivo de desenvolver a propriocepção, ou seja, o sentir do grupo muscular do assoalho pélvico e vaginal, tornando a paciente mais perceptível de seus órgãos sexuais e mais sensíveis, inclusive do ponto de vista psicológico. Assim a técnica aponta a possibilidade de participação da mulher na resposta sexual, deixando de ser figura passiva, para ser figura ativa durante a relação sexual, o que facilitará, através dessa melhora no fluxo sanguíneo vaginal, o sentir, o prazer e, inclusive, com o aumento do tempo de prática da técnica de Kegel, sendo facilitada de chegar à descarga orgástica.

Embora os exercícios de Kegel possam ser feitos em qualquer pessoa, há três grupos de indivíduos que deles mais se beneficiam CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.166):

- os que têm enfraquecimento ou atrofia dos músculos pubococcígeos;

- pacientes que, em função de fatores estressantes, guardam uma tensão residual na área do períneo, tornando crônica a elevação do tônus muscular dessa região. A síndrome do vaginismo ilustra muito bem esse grupo;

- pessoas que não possuem a percepção fisiológica da contração e do relaxamento da musculatura perineal e que, por isso, têm dificuldades orgásmicas (e/ou ejaculatórias).

Os exercícios de Kegel mais conhecidos, são os exercícios de contração e de relaxamento a musculatura vaginal e pélvica e do períneo (grupo dos músculos pubococcígeos) de forma consciente e voluntária. Eles podem ser feitos com uso de cinesioterapia passivo, ou até por estimulo de um profissional de fisioterapia quando a mulher não sente ou sente pouco seus músculos. Assim, os exercícios propostos na técnica de Kegel, se enquadram na cinesioterapia ativa, auxiliando na propriocepção, e no aumento do fluxo sanguíneo da região pélvica e vaginal.

Há também exercícios complementares de tremulação, onde a mulher contrai e relaxa o músculo de forma rápida, junto ao ritmo respiratório, que é indicada para casos em que se necessite aumentar a consciência do autocontrole perineal, ajudando a pessoa a reconhecer as contrações que ocorrem durante o orgasmo" (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012 p.167).

Esses exercícios podem seu utilizados para quadros de vaginismo, dispaurenia, desejo sexual hipoativo e anorgasmia, além casais com tempo de união e/ou habituação longo que tenha afetado seu desejo sexual. Embora ressalte-se que o tratamento de disfunção sexual só terá efeito, no caso dos casais, quando há uma boa comunicação entre eles,

Apesar disso, considera-se que a Técnica de Kegel ainda é indicada de forma "tímida", embora seja comprovada a sua eficácia para promoção do aumento da força muscular intravaginal, aumento do fluxo sanguíneo e a autopercepção corporal.

Se tratando de um método com reconhecimento científico e muito estudado, a técnica de Kegel é uma ferramenta que traz resultado a paciente / cliente em terapia sexual, auxiliando no tratamento das principais disfunções sexuais femininas e por isso devendo ser difundida amplamente entre profissionais de saúde, principalmente ginecologistas e terapeutas sexuais.

Olhá-la pelo prisma do tratamento do desejo sexual hipoativo, o aumento do fluxo sanguíneo proporcionado pelos exercícios da técnica de Kegel, possibilita sensibilizar o sentir e a despertar o desejo. Para os casos de dispareunia, os exercícios de Kegel contribuem para o aumento da lubrificação e trabalha-se também o relaxamento muscular, diminuindo aos poucos a dor na relação. Já para o vaginismo, a técnica de Kegel auxilia a mulher a controlar os músculos vaginais e a conseguir relaxar o grupo muscular no ato sexual (PIASSAROLLI, 2010).

Em consideração negativa, podemos considerar que, se mal explicada, a aplicação da técnica de Kegel, pode provocar evasão do tratamento por parte das pacientes que a considerarem sua aplicação invasiva quando realizados por profissionais de saúde e fisioterapia.

A Técnica de Pompoar

Devido aos poucos estudos científicos disponíveis não se localiza a origem da Técnica de Pompoar. Porém considera-se que ela é uma ferramenta terapêutica, funcionando como instrumento de propriocepção, desenvolvendo o sentir dos músculos vaginais e fortalecendo em conjunto, os músculos do assoalho pélvico como um todo.

Esta técnica trabalha, para além do treino de contração e relaxamento dos músculos vaginais para ganho de propriocepção muscular da cavidade vaginal, e consequentemente melhora do tônus e força dos músculos do assoalho pélvico. Por isso a técnica foca em movimentos dos três principais terços da vagina, esta técnica proporciona a sensibilidade do sentir da região vaginal, devido ao aumento do fluxo sanguíneo, provocado pelos exercícios ativos (FONTANELLA, 2010).

Considera-se a técnica excelente para mulheres que se encontram no período do climatério e menopausa, onde ocorre baixa de estrogênio e diminuição da fibra muscular nos músculos do assoalho pélvico (OLIVEIRA, 2009), que é um dos principais motivos causadores da questão geradora da incontinência urinária. Isso é importante porque percebe-se que mulheres que possuem incontinência urinária (IU) muitas vezes preferem se isolar socialmente por vergonha e acreditar que este é um fato comum devido à sua idade, levando a alguns casos de depressão e obviamente influenciando não só na sua vida social, como na qualidade de vida sexual destas mulheres.

Porém há pouquíssimos estudos que abordam o resultado da prática de Pompoar de forma científica, quanto aos benefícios que esta técnica pode oferecer à sexualidade e problemas sexuais das mulheres. Cacciari e colegas (2019) comparando mulheres praticantes e não praticantes de pompoar, demostraram haver mais resistência muscular entre as que a praticam, assim como a resistência muscular ao tempo de repetição e tônus da contração vaginal entre as que praticam. Assim, observa-se melhora da pressão da cavidade vaginal, provavelmente pelo aumento de grupo musculares, partes ou camadas alcançadas pelo movimento de cinesioterapia ativa que o Pompoar proporciona.

Infelizmente não é possível descrever os benefícios para a saúde física, ou especificar os músculos beneficiados, assim como não foi possível nesses estudos mensurar o bem-estar psicológico da prática, embora se reconheça que a consciência corporal da região genital e sua sensibilidade aumentem.

Todavia pode-se chegar à conclusão que a técnica de Pompoar, por conter exercícios ativos mais amplos e feitos pelas próprias mulheres, é uma excelente ferramenta de cinesioterapia ativa, reabilitando funções musculares, gerando uma propriocepção mais perene do que acontece dentro da técnica de Kegel, aumentando a percepção corporal ao trabalhar força muscular e o fluxo sanguíneo na região pélvica e vaginal.

Assim, supõe que as praticantes da técnica de Pompoar apresentam ganho de uma nova visão sobre o seu próprio corpo e seu funcionamento, prazer e bem-estar em sexualidade (RIVA, 2010), devido ao ganho de propriocepção que a técnica de Pompoar possibilita desenvolver. O que auxilia no tratamento das principais disfunções sexuais femininas.

Considerações Finais

Se conclui que a técnica de Kegel, por suas comprovações científicas e pela quantidade de estudos científicos realizados e publicados, é um instrumento fundamental no tratamento das principais disfunções sexuais femininas, e possui característica de exercícios de cinesioterapia passivo e ativo. Os resultados apontam que ela é fundamental para o o tratamento das principais disfunções sexuais femininas, apesar de focar na cinesioterapia por se tratar de exercícios passivos a serem feitos e estimulados por profissional de fisioterapia, promovendo amplo sucesso na resolução de problemas sexuais femininos.

Para o quadro do desejo sexual hipoativo, que a técnica de Kegel provoca o aumento do fluxo sanguíneo, proporcionando o sentir e a despertar o desejo. Já com relação ao quadro de dispareunia e vaginismo, a técnica de Kegel promove maior lubrificação, relaxamento muscular, o que diminui a dor na relação e por vezes, depois de um tempo de treino, a mulher passa a não sentir mais dor. Para os casos de vaginismo ainda, que com a técnica de Kegel a mulher torna-se capaz de relaxar o grupo muscular no ato sexual e a ter controle sobre seus músculos vaginais.

Já com relação a técnica de Pompoar, infelizmente é pouco estudada, apesar de indicar que proporcione um despertar da sensibilidade muscular, pélvica e sexual, levando à propriocepção, ao mesmo tempo em que influencia no aumento do fluxo sanguíneo na região pélvica, proporcionando um novo sentir de seu corpo para as mulheres que a pratica. Assim, supõe-se isto, devido a pesquisa científica que direciona que a técnica de Pompoar acessa músculos superficiais e profundos da vagina e de toda estrutura muscular pélvico feminino, o que automaticamente traz benefício à saúde da mulher, pela propriocepção alcançada pela prática dos exercícios ativos e, por isso deveria ser melhor estudada e indicada para as mulheres.

Referências

ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspecto diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Revista psiquiátrica clínica, São Paulo, volume 33, número 3, p.162-167, 2016.

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. Revista Neurocienc, Rio de janeiro, volume 18, número 2, p.267-274, 2009.

CACCIARI, Licia P.; PÁSSARO, Anice C.; AMORIM, Amanda C.; SACCO, Isabel C. N. Distribuição de Carga Multidimensional no Canal Vaginal em Praticantes de Pompoarismo. University of São Paulo; School of Medicine; Physical Therapy, Speech and Occupational Therapy dept, São Paulo, Brasil. Disponível em: http://www.esm2016.de/

CAVALCANTI, Ricardo; CAVALCANTI, Mabel. Tratamento clínico das inadequações sexuais. – 4.ed. – São Paulo: Roca, 2012.

FONTANELLA, Tamaris. A arte do pompoarismo: autoconhecimento, prazer e alegria. ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XV, X, 2010.

OLIVEIRA, Jaqueline Ramos; GARCIA, Rosamaria Rodrigues. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. Rev. bras. geriatr. gerontol, Rio de Janeiro, volume 14, número 2, p.136-148, 2011.

PIASSAROLLI, Virginia Pianessole. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online], volume 32, número 5, p. 234-240, Mar./Apr. 2010.

RIVA, Lu. Pompoar: Prazer & Saúde. São Paulo: Lucimara de Melo Siqueira, 2010.

VALÉRIO, Talita M. O e Silva; CARVALHO, Jair Antonio; SILVA, Elirez Bezerra. Cinesioterapia na incontinência urinária de esforço na mulher. Rev. Científica do ITPAC, volume 6, número 4, Pub.7, 2013.

Conceito Teórico e Prático sobre Terapia Sexual na Saúde e Educação: estudo de caso

Theoretical and Practical Concept on Sexual Therapy in Health and Education: case study

Cristovão Sortino Lemos
Email: institutosortino8@gmail.com
Licenciatura em Letras - Língua Inglêsa e Português
pela Faculdade São Marcos
e Pós-Graduado em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual
pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:
Este artigo tem como objetivo explicar o que é terapia sexual, como a sociedade a vê e qual a participação da escola nesse processo de desenvolvimento da sexualidade de crianças e jovens, também pretende explicar como é a atuação de um terapeuta sexual, sua metodologia e a apresentação de um caso real.
Palavras-chave: Sexualidade, Educação Sexual, Saúde.

Abstract:
This article aims to explain what sexual therapy is, as a society that involves the participation of schools in the process of developing the sexuality of children and young people, and also aims to explain how it is the performance of a sexual therapist, its methodology and the presentation of a real case.
Keywords: Sexualidade, Sexual Education, Health.

Introdução

No final da década de 1960 e início da década de 1970 a Terapia Sexual surge, com suas primeiras abordagens específicas dos problemas sexuais com bases técnicas e teóricas no comportamentalismo, especialmente técnicas cognitivistas (MUSSO, 1985; 1989). Desde a década de 1950 o ginecologista William Masters e sua companheira e pesquisadora Virginia Johnson realizavam publicações com esta temática.

Na década de 1970, a psiquiatra Helen Kaplan, lançou "A Nova Terapia do Sexo" (1977), popularizando o método nos Estados Unidos. Na década de 1990 novamente o tema vem à tona, mas, devido à falta de profissionais especializados médicos surgiram, propondo curas cirúrgicas e medicamentos para tratar os distúrbios de comportamento sexual.

A terapia sexual é uma terapia focal, breve. O método não se propõe a atuar especificamente sobre as disfunções, mas a questões relacionadas a conflitos psíquicos, pressões sociais e familiares, a preconceitos e concepções excessivamente rígidas que cercam o campo da sexualidade humana. Sendo assim, cabe ao terapeuta identificar essas condições de vida que cercam, sustentam e favorecem essas disfunções e atuar com os conhecimentos necessários para identificar os casos que poderão ter um tratamento em um número menor de sessões, com melhor resultado em benefício do cliente.

Geralmente os problemas sexuais vêm de emoções difíceis de controlar, e por este motivo as pessoas se fecham por vergonha e não conseguem admitir que têm este tipo de problema, pois precisam expor assuntos íntimos da própria vida sexual. Além disso, muitas por falta de informação se sentem culpadas, principalmente se sofreram repressão sexual na infância. E, muitas pessoas que apresentam problemas sexuais vêm de famílias de pais sem nenhuma informação a esse respeito e que acabam dando origem a crianças

tímidas e com sentimento de culpa, pior ainda se tiverem sofrido algum tipo de abuso sexual, quanto mais a sociedade estiver controlada, mais difícil será tratar estas pessoas e mais fortes serão as normas do passado. A grande maioria das pessoas espera o casamento estar em risco para poder pedir ajuda.

Na Terapia Sexual, o tratamento tem mais pontos em comum com a educação do que com a Medicina. O terapeuta sexual por sua vez, diferente do médico, deve respeitar essas ansiedades, e sabe muito bem que reduzir a ansiedade, fazer com que o cliente sinta menos culpa, vergonha e não se sinta embaraçado com a situação, é uma meta do tratamento. Assim, o terapeuta sexual, durante o tratamento se oferece como educador sexual dentro de um quadro teórico, pois irá fazer recomendações de acordo com o que o cliente traz como queixa.

Técnicas Gerais na Terapia Sexual

É preciso saber que, para que o terapeuta sexual possa atender a demanda, ele necessita de técnicas de abordagem e alguns procedimentos terapêuticos. Esses procedimentos se dividem em gerais e específicos, que são utilizadas na ajuda psicoterápicas de pacientes com distúrbios comportamentais dos mais variados tipos as técnicas gerais, já nas terapias de disfunções sexuais são utilizadas exclusivamente as técnicas específicas.

A entrevista terapêutica é sempre o primeiro passo, pois com ela o terapeuta estabelece vínculo com o cliente, identifica o problema percebido e já tem uma base para iniciar o tratamento. Nela, também deve ser explicado ao cliente no que consiste o tratamento, qual a frequência de sessões necessária e as regras que devem ser seguidas.

Na sessão, é feito o relaxamento, técnica cujo objetivo principal é combater o estresse, reduzir tensões intrapsíquicas e os espasmos musculares. O estado contínuo de tensão produz modificações prejudiciais ao organismo que dificultam o acesso à sexualidade. Dentro das técnicas de relaxamento, estão a de relaxamento geral e a de relaxamento local. Na local, por meio de uma orientação didática, técnica de Jacobson, estabelecem-se as seguintes etapas: descontração dos membros superiores (destacando punho, antebraço e braço); relaxamento dos membros inferiores (pé, perna, coxa); respiração (caixa torácica); distensão da testa; distensão dos olhos; e, por fim, distensão do aparelho fonador.

No caso que acompanhamos, a dessensibilização sistemática foi inicialmente delineada a partir de um condicionamento do cliente para determinado temor, mas, com o passar do tempo, precisou ser reformulada uma vez que apresentou falhas e o cliente passou a temer várias coisas inofensivas. Por isso é adotada a dessensibilização sistemática orientada por Joseph Wolpe, técnica que consiste no treinamento em relaxamento muscular, estabelecimento de uma hierarquia de situações ansiogênicas e a apresentação progressiva dos itens que compõem a hierarquia ao cliente.

Também se utiliza a técnica do espelho, que consiste em solicitar que o cliente visualize seu próprio corpo, trabalhando a autoconsciência corporal e a auto aceitação. Como temos corpos de diferentes tamanhos e formas é fácil estamos com uma preocupação de inconformidade em relação nosso corpo, o que gera sentimentos positivos e negativos; por isso a técnica do espelho procura reorientar a visão sobre o corpo durantes esta "viagem corporal".

Segundo Alberti e Emmons (2008), isso faz um "treinamento assertivo", "que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade indevida, a expressar sentimentos sinceros sem constrangimentos ou a exercitar os seus próprios direitos sem negar os alheios".

Como todo comportamento não-assertivo vem acompanhado de sofrimento psíquico e de tensão corporal, é possível ir verificando situações que o indivíduo se sente ansioso devido ao foco, ou se é a ansiedade que causa de sua não afirmação.

Como em toda disfunção sexual, há alterações cognitivas que destroem o autoconceito e realimentam a própria disfunção, em Terapia Sexual, como na maioria das situações terapêuticas, não se trabalha com técnicas isoladas, mas com um conjunto de procedimentos que devem ser corretamente aplicados. Assim, a reestruturação cognitiva modifica o corpo e o modo de pensar dos indivíduos, dando-lhes possibilidade de ter um comportamento instrumental e/ou emocional mais adequado.

Assim, a terapia cognitiva procura interromper esse ciclo distorcido de pensamentos, como por exemplo: "Eu não sou mais homem"; "Eu não tenho valor como mulher", impondo uma reorganização de ideias, em novas bases fundamentais da lógica, com referências científicas e buscando coerência no raciocínio humano. Ela também proporciona uma parada do pensamento, técnica útil para pessoas que ficam remoendo pensamentos ansiogênicos e que tenham "ansiedade de temor de desempenho", com pensamentos negativos com relação à própria performance – pede-se que o cliente se fixe nessas ideias e interrompa tais ideias com o comando "PARE!". Com o passar do tempo, o cliente substitui essa parada por um comando de ordem interno de modo que o pensamento indesejável seja bloqueado.

Para pessoas com propensão a desviar o pensamento, aplica-se a distração cognitiva, coordenando o agir e o pensar, para que não se torne estereotipado e mecânico. Assim, busca-se neutralizar pensamentos estranhos à atividade sexual, fazendo com que o indivíduo se fixe no envolvimento sexual que está ocorrendo, tornando-se presente no "aqui e agora".

A auto-verbalização emotiva também é uma técnica quie pode ser utilizada tanto em terapia de grupo como terapia individual. Ela consiste em falar alto e com emoção, as coisas que a pessoa sente e quer, coisas positivas sobre si e seus projetos, como por exemplo: "Eu vou conseguir...", "Eu estou bem comigo mesmo", "Eu sou feliz". Quando o indivíduo fala sobre seu próprio corpo, seu potencial erótico e sua capacidade de entrega não só se desinibem, mas também favorecem seu desempenho sexual.

Há também técnicas que se utilizam de imagens mentais, como as técnicas de controle encoberto. Nela são feitos estímulos antecedentes, respostas e estímulos consequentes reforçadores, não reforçadores e/ou aversivo, visibilizando-os com maneiras imaginárias, realizando reforços positivos, negativos, modelações, sensibilização e extinção:

- reforçamento positivo encoberto: se caracteriza pela representação de um comportamento desejado, seguido de um estímulo reforçado imaginário;

- reforçamento negativo encoberto: consiste em imaginar cenas que mostrem o final de situações desagradáveis ou estímulos aversivos;

- modelação: procedimento no qual o terapeuta leva o cliente a representar mentalmente uma pessoa que executa o comportamento desejado, também é útil para indivíduos que não conseguem se imaginar realizando as condutas que desejam obter.

- sensibilização: é a conduta de evitação, associando estímulos aversivos à evocação mental do comportamento que se deseja eliminar. Pode também ser utilizada em disfunções sexuais que inibem ou bloqueiam o adequado desempenho sexual.

- extinção: procedimento que consiste em solicitar ao cliente que imagine o comportamento cuja frequência se deseja diminuir, sem que ele seja seguido de reforços positivos que geralmente o mantêm.

Técnicas Específicas na Terapia Sexual

Nas técnicas específicas temos os exercícios de Kegel, procedimento que tem o objetivo de desenvolver, na mulher e eventualmente no homem, a percepção dos estados de tensão e de relaxamento da musculatura do períneo. Esses exercícios são de quatro tipos:

- exercícios de contração: que deve ser realizado quando estiver urinando, o cliente deve interromper o jato de urina de modo brusco e dessa forma vai notar a contração da musculatura pubo coccígea. A mulher também poderá identificar esses movimentos no banho, introduzindo um ou dois dedos na vagina e efetuar as manobras;

- exercícios de palpitação ou tremulação: exercício que ajuda a cliente a reconhecer as contrações que ocorrem durante o orgasmo;

- exercícios de sucção: consiste em fazer com que a cliente inspire fundo e procure contrair a musculatura perivaginal como se estivesse aspirando de for par dentro, sem contrair simultaneamente os músculos abdominais;

- exercício de expulsão: é o oposto do anterior, nele a cliente tenta empurrar algo para fora da vagina, enquanto respira regularmente. Este procedimento deve ser iniciado em pequeno número e ir aumentando sua frequência gradativamente.

A técnica da auto-focagem é o procedimento que objetiva a concentração na percepção tátil. Da mesma forma que a técnica do espelho, deve-se reservar de 30 a 60 minutos diários em total privacidade para realizá-lo, de preferência faça durante ou após um banho morno. É um procedimento vinculado ao autoconhecimento corporal em todos os níveis.

A dessensibilização masturbatória é o procedimento que pode ser utilizado como elemento integrante de várias técnicas de Terapia Sexual, tanto no tratamento de quadros disfuncionais masculinos, quanto femininos.

Uma abordagem direta foi sugerida por Lopiccolo e Lobitz (1992), por meio de um programa com vários passos para o tratamento de mulheres anorgásmicas. Se constitui como um verdadeiro processo de dessensibilização masturbatória, em que a cliente faz exploração visual dos órgãos genitais diante de um espelho, procurando identificar visualmente e pela exploração tátil demorada, todos os elementos anatômicos, seguindo uma figura fornecida pelo terapeuta.

Na "dilatação vaginal" a mulher deve ficar em posição ginecológica, bem relaxada e com os genitais abundantemente lubrificados. Assim é feita a introdução do dilatador de menor calibre, que é deixado durante algum tempo até haver relaxamento vaginal. Não se deve saltar a sequência dos dilatadores para acelerar o processo, a pressa pode ser prejudicial e gerar uma tensão adicional e retardo no êxito da terapia.

A pornografia, em sentido mais amplo, é toda a atividade que tenha como propósito explícito excitar sexualmente as pessoas. Este tipo de material é comum ao homem e pode ser apresentado para homens com ereção e a mulheres com apetência erótica insaciável, favorecendo casos em que há deficiência do apetite sexual. A pornografia pode ser feita através de leitura de livros ou da visão de filmes eróticos, quando os clientes são orientados a desenvolverem fantasias ou praticarem atos sexuais baseados nas sugestões.

A "focagem das sensações" tem o objetivo específico de fazer do encontro erótico um momento de descoberta do outro e de si mesmo, sem a obrigação dos desempenhos sexuais preestabelecidos. Este procedimento possibilita desenvolver a sensualidade, e faz com que os parceiros incrementem e renovem a descoberta do outro, abrindo um amplo canal de comunicação entre eles. É também uma aprendizagem do saber "dar" e do saber "receber".

É preciso entender que as carícias genitais visam o prazer ao prazer sensorial, e não necessariamente ao orgasmo. Esta é uma das técnicas mais bem fundamentadas da terapia sexual, pois tem a pretensão de abrir as portas para uma maior comunicação entre os parceiros, para uma intimidade partilhada e para um erotismo difuso.

O Treino de fantasia é um exercício saudável da capacidade imaginativa das pessoas, pois estas vivem situações variadas e se experimentam por antecipação comportamentais, que vividos na realidade, talvez não tenham o mesmo sabor quando fantasiam. Estas fantasias tem uma importância muito grande na vida sexual das pessoas, ela liberta e enriquece de modo que permitem ampliar a criatividade e afastar o tédio e a rotina.

A Partilha da fantasia é uma técnica que complementa a anterior, consiste em descrever para o parceiro as fantasias sexuais que foram elaboradas individualmente. É necessário ter um alto grau de assertividade entre os parceiros.Não é aconselhável em casos em que não há uma comunicação honesta e nem a negação de afeto entre os parceiros.

O Recondicionamento Orgástico é um procedimento em que utilizamos fantasias eróticas objetivando reoxigenar o interesse do indivíduo por determinado parceiro; para tanto, sugere-se ao cliente que se masturbe, fantasiando um ato sexual com alguém que lhe pareça excitante. Esse procedimento também pode ajudar a abandonar objetos ou fantasias sexuais não desejadas.

Já o Stop-start, o objetivo principal deste tratamento deve ser, portanto "prolongar o aparecimento reflexo ejaculatório". O indivíduo deve aprender a reconhecer os sinais do orgasmo iminente, para saber evitar a ejaculação intempestiva. A técnica consiste em se estimular o pênis até o ponto em que se comece a sentir as sensações premonitórias da ejaculação eminente. Nessa hora ele deve sinalizar para que a mulher "pare" (stop) de fazer qualquer estimulação. Quando a pressão ejaculatória cessa, volta-se à nova estimulação, devendo então o homem sinalizar para que a mulher reinicie (start) à excitação.

No Squeeze, o homem deve estar deitado em decúbito dorsal entre as pernas da mulher. Ela por sua vez está sentada no leito encostada confortavelmente na cabeceira da cama, com as pernas abertas. Nesta posição o pênis fica facilmente acessível. A mulher deverá então estimular o pênis até que o indivíduo atinja um ponto imediatamente anterior à inevitabilidade ejaculatória. Neste momento, ela deve fazer uma compressão no sulco balanoprepucial. A compressão é feita com o polegar aplicado sobre o freio e os dedos indicador e médio na face dorsal do pênis, logo abaixo do rebordo da glande. Esta pressão deve ser realizada durante 3 a 4 segundos, sendo suficientemente forte para ser incômoda embora não dolorosa. Em nenhuma hipótese deve-se aplicar o "Squeeze" com o pênis flácido, uma vez que pode haver até lesão de corpo cavernoso.

No Desbloqueio ejaculatório o objetivo desta técnica é conduzir o cliente, de maneira gradual, a ejacular na presença da mulher, sobre tudo se foi por ela manipulado e finalmente, no interior da vagina. Trata-se, portanto, de uma modelagem progressiva da conduta ejaculatória.

Entre os autores observou-se uma tendência a fornecer programas de autoterapia para o tratamento de determinadas disfunções sexuais, notadamente as anorgasmias. O mais difundido no Brasil é o "Becoming Orgasmic: a Sexual Growth Program for Women", de Julia Heiman, Leslie e Joseph Lopiccolo. Esse programa foi traduzido para o português por Maria Helena Matarazzo e publicado com o título "Descobrindo do Prazer".

A Estimulação Repetida é aplicável a casos de disfunções eréteis, distúrbios estes onde o indivíduo tende a ser "ator e expectador" de sua própria relação sexual, gerando um temor crescente de desempenho que, por si só, é suficiente para inibir o reflexo da ereção. Vale ressaltar que esta técnica é complementar ao

procedimento da focagem das sensações, em que o indivíduo aprende a dar e receber prazer sem qualquer temor.

O Coito Não Exigente é uma modalidade da focagem das sensações, apenas se diferencia porque não se está buscando a sensação corporal como um todo, mas aquela circunscrita ao estojo vaginal. Segundo Kaplan (1977), a técnica é indicada principalmente para o tratamento das inapetências sexuais femininas e consiste em solicitar ao casal que se acaricie até que o homem obtenha uma boa ereção e a mulher atinja um certo grau de lubrificação (caso não ocorra essa lubrificação, recomenda-se que utilize lubrificante artificial).

Na Manobra da Ponte, Kaplan emprega essa técnica, sobretudo, em mulheres com anorgasmia ao coito vaginal, embora alcancem o orgasmo por intermédio de manobras masturbatórias. O procedimento combina a estimulação clitoridiana, feita pelo homem ou pela mulher, com o pênis introduzido na vagina.

Além disso, um dos primeiros cuidados que o terapeuta deve ter é eliminar causas orgânicas das disfunções, naturalmente, isso implica em um exame médico geral e genital. Por isso o exame médico é essencial e uma boa oportunidade para que cada um conheça o próprio corpo e, sobretudo o corpo do outro. É incrível constatar como este desconhecimento é flagrante, entre as mulheres, provavelmente em virtude das condições culturais de repressão sexual.

Saúde e Educação

Durante a metade do século passado XX o interesse pela medicina sexual e a terapia sexual em particular despontou e floresceu verdadeiramente. Antes, os problemas sexuais eram vistos como sintomas de um defeito de desenvolvimento ou maturidade, desvios ou patológicos. Com a mudança, passaram a ser vistos e compreendidos como temas perenes no drama humano.

As discussões políticas e a produção sobre o tema sexualidade e saúde tem se ampliado muito nas últimas décadas, especialmente no que diz respeito a problemática das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids (sigla em inglês da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Antunes e colegas (2002) fez estudos das práticas sexuais de riscos de infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) entre jovens de 18 a 25 anos de escolas públicas, avaliando as diferenças de gênero e o impacto de um programa de prevenção de aids.

> Programas mais eficazes de currículo focalizado e clareza de metas, descrevem claramente as práticas sexuais a ser evitadas e as mais seguras, desenvolvem atividades que esclarecem as influências sociais refletidas na vida sexual, criam ambientes e espaços para praticar a comunicação e a negociação do sexo seguro, estimulam fraqueza nas comunicações sobre sexo, ajudam os jovens a decodificar mensagem da mídia e seus pressupostos ideológicos. (Antunes *et al.* 2002, p.89)

Com o aparecimento da aids, a partir da década de 1980, e a divulgação desta pela mídia, inicialmente se associou esta doença à homossexualidade, dando a ideia de que homens e mulheres heterossexuais nunca se infectariam com HIV. Por essa confusão, não houve prevenção inicial entre esta população e o número de casos aumentou entre a população heterossexual, atingindo também seus filhos através da infecção por transmissão vertical.

Vários órgãos públicos nacionais, como o Ministério da Saúde, e internacionais, como a Organização Mundial de Saúde que criou a UNAIDS - The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS logo começaram a discutir e introduzir políticas de prevenção e conscientização, principalmente através da descoberta que a doença se propagava por um vírus transmitido sexualmente, em 1983.

Isso gerou uma grande mudança nas políticas que passaram a propagar a utilização de preservativos e a testagem do vírus, além dos tratamentos para a doença que foram sequencialmente sendo descobertos até o momento atual.

Educação Sexual na Escola

Até então os trabalhos de Educação Sexual adotados por escolas brasileiras adotavam o prisma biológico, acreditando que aulas sobre Reprodução na disciplina de Ciências eram suficientes para um trabalho de Educação Sexual. Após o AIDS, tem ficado cada vez mais claro que o entendimento biológico é importante, mas é insuficiente para compreendermos a totalidade do tema, sendo fundamental uma atuação com se-

xualidade abordando-a de forma mais ampla, considerando aspectos emocionais, sócioculturais, históricos entre outros.

Os PCNs - Parâmetros Curriculares Nacionais e as DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais, então a partir da década de 1990 começaram a introduzir o tema da sexualidade, buscando introduzir sua abordagem mais ampla no espaço escolar, propondo atividades educativas mais participativas e o desenvolvimento de projetos escolares. A escola, como um espaço de formação, em todo o país, também passou a ser espaço de formação social não só de alunos, mas também alvo de ações de capacitação de educadores, motivando a interrelação entre a sexualidade, educação e a saúde que foi estimulada pelo projeto SPE – "Saúde e Prevenção na Escola", instituído como política de apoio a municípios em 2007 pelo Ministério da Saúde.

Porém ainda é fundamental que as escolas abram suas portas para a Educação Sexual, que ainda não foi institucionalmente definida como disciplina escolar no Brasil, que deveria atingir todas as faixas do Ensino Fundamental ao Médio. O retrocesso vivido desde 2010 com o avanço de grupos políticos conservadores no país, têm promovido desentendimentos quanto a importância das iniciativas de Educação Sexual, favorecendo posturas escolares e de educadores que não sabem como lidar com o tema da sexualidade, ao mesmo tempo que o Governo Federal, excluiu o termo sexualidade dos Parâmetros Curriculares em 20197, trocando pelo termo mais genérico "direitos humanos". Porém cabe lembrar que direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos assim definidos pela ONU – Organização das Nações Unidas desde 1994 e que só podem alcançar crianças e adolescentes com a Educação Sexual.

Esse retrocesso político amplia a dificuldade das escolas que, ainda em muitos casos, ainda crê que o tema deve ser tratado apenas pelas famílias, o que não é verdade, já que se trata de um direito humano de cidadania individual sendo estratégico e fundamental para as políticas públicas de saúde.

Além disso, sabemos que, os pais da maioria da população brasileira têm baixo nível escolar e não tiveram informações suficientes ou educação sobre o assunto em sua própria infância, o que dificuldades na falta de modelos culturais sobre a abordagem do tema que possam se apoiar.

Estas questões do convívio dentro de casa são levadas pelos alunos para a escola, dessa forma a implantação de projetos de Educação Sexual deve ser defendida com vigor, de forma que crianças e adolescentes que serão futuros adultos tenham uma vida mais saudável, mais conhecimento sobre o próprio corpo e sexualidade e possam desenvolver estratégias e consciência para ter um autocuidado, o que envolver relações sexuais prevenidas.

Como a escola já é um espaço social privilegiado, que reúne todos os dias um grande número de crianças e adolescentes com interação social e afetiva, ela é fundamental para o desenvolvimento das ações de Educação Sexual, trabalho que deve ter um viés pedagógico e não terapêutico e ser compreendido como um momento e espaço adequado para discutir esses temas, levantar questionamentos e ampliar a visão de mundo e conhecimento.

Na escola o professor tem potencial de trazer todas as informações da sexualidade, integrando às atividades diárias, durante as aulas ou em diversas situações que se apresentam e podem ser aproveitadas, incluindo o acompanhamento de ocorrências de sexualidade que já são comuns neste espaço, pela garotada, como contatos físicos, brincadeiras, namoros, iniciados para grande parte do público infantil e adolescente, nos espaços escolares com seus próprios colegas.

Na adolescência isso é indispensável, pois jovens tendem a procurar formas de inserção social e identificação com seu meio de convívio, dando mais enfoque a relação fora do círculo familiar. Jovens costumar dar extrema importância aos amigos no que se refere às conversas sobre sexualidade, por isso a orientação de adultos é fundamental para que as conversas não sejam trocadas apenas entre pares e com informações distorcidas.

A afirmação social coletiva da experiência de fala, beijar, "ficar" é também uma busca de identidade no grupo, além do próprio crescimento e identificação sexual, por isso verificamos que as novas gerações têm incluído não apenas a discussão das relações de gênero homens e mulheres, mas também a discussão das diversidades sexual e de gênero, integrando a percepção e a problemática da população LGBT - lésbicas, gays, bissexuais e transexuais.

Com relação às experiências sexuais, constata-se que a faixa etária de início dessas práticas no Brasil é justamente a adolescência, sendo indispensável a discussão sobre a maternidade e a paternidade planejada, a discussão de contraceptivos e de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e do manejo necessário de uso do preservativo.

> O sexo sem uso do preservativo, mesmo que estes adolescentes declarem intenção em utilizá-lo, o desconhecimento dos riscos, a desinformação e a falta de programas de prevenção na maioria das escolas brasileiras, constituem-se em fatores promotores do aumento de adolescentes portadores de HIV... a importância da família, como fonte de informação sobre riscos trazidos pela Aids, deve ser mais bem utilizada por parte da escola. (CAMARGO & BOTELHO,2007, p.7)

As mudanças corporais verificadas no período pós puberdade, dos atributos sexualizantes são percebidas pelos jovens e afetam o desenvolvimento de sua afetividade, de seus valores e expectativas, ao mesmo tempo que os impelem a comportamentos de contato sexual.

Atuação de Educação Sexual

No estudo de caso de MLS, temos que:

- 1ª sessão:

Foi a primeira vez que MLS buscou uma terapia. Observou-se que ela estava muito nervosa por estar na frente de uma pessoa estranha, o que foi considerado "normal". Depois, conseguiu ficar mais relaxada devido ao modo que a terapeuta conduzia a conversa. MLS relata: *"tive uma infância muito religiosa, pois fui educada pela minha avó uma pessoa muito religiosa"*.

A terapeuta perguntao o que atrouxe a fazer terapia. E, ela respondeu que sentia muita dor na penetração; às vezes antes e mesmo depois. Também foram abordados no diálogo, profissão, sua família, seus relacionamentos. A cliente, após a conversa, apresentou interesse em dar continuidade às sessões.

A primeira coisa que se observou em relação ao problema foi o vaginismo. Porém, após conversa com a Supervisão do caso, foram levantadas mais hipóteses, como a dispareunia: dor recorrente no genital após relação. Foi observado também que a cliente deixou vagos o relato sobre o namorado e sobre o abando que teria feito com relação a ele, sem dar nenhuma explicação aparente, motivando a percepção de que o problema sexual parece ter sido o motivo da separação.

- 2ª sessão:

Na segunda sessão, a terapeuta retoma algumas informações do atendimento anterior e comenta que o papel do terapeuta é bem pequeno, a maior parte é o cliente. São levantadas questões sobre a infância da cliente, falou-se também da família e da interferência que esta teve no seu desenvolvimento sexual. A cliente fala:

- *"Você levanta umas coisas que eu fico pensando"*.

Ela acredita ser saudável e se questiona se é saudável então porque tem dores na penetração. A terapeuta sugere que a cliente faça alguns exercícios nas partes íntimas e que comece a explorar mais o seu corpo e traga um relato destas sensações para a próxima sessão, pontuando o que estava sentindo.

- 3ª sessão:

A partir da 3ª sessão já se pode observar a cliente mais descontraída e relaxada. Ela relatou que procurou uma psicóloga, e afirmou à terapeuta sexual:

- *"Você me fez confiar mais"*.

Também comentou:

- "Me fez enxergar meus pais", "muito legal poder me abrir com outra pessoa".

A terapeuta comentou que é visível, na sua expressão, essa melhora. E perguntou como está sendo com a psicóloga. A cliente disse que a psicóloga informou que a parte da sexualidade não é a especialidade dela e que tem mesmo que fazer terapia sexual.

Foi perguntado sobre o exercício proposto na sessão anterior, de contração da vulva ao fazer xixi, e a cliente respondeu que fez algumas vezes e que sentiu que pode controlar seu corpo. A terapeuta mostrou com a mão como fazer a contração correta e a cliente repetiu e disse sentir um "formigamento", resposta esperada pela terapeuta, que pediu para a cliente manter o foco nessa sensação e orientou outro exercício:

forneceu e pediu para ela comer 1 uva e, depois, passar outra no lábio inferior e superior, mordendo a uva dividindo-a em 2 e passando os dois pedaços por dentro da boca para comer. Após o exercício a terapeuta perguntou qual foi a sensação da 1ª uva e da 2ª. A cliente disse que, na 1ª, não sentiu o gosto direito; mas já na 2ª pôs o foco na uva e sentiu seu gosto plenamente.

A cliente questionou a terapeuta com relação ao exercício:

- *"Porque você pediu o exercício se eu tenho muita contração e sinto dor?"*

A terapeuta respondeu que era exatamente por este motivo que tinha feito o exercício, para que a cliente tivesse atenção em ter controle sobre suas contrações vaginais para nunca mais sentir dores involuntárias durante a relação sexual.

A cliente continuou fazendo, paralelamente, psicoterapia e comentou da má orientação sexual que sua família lhe deu, com repressão. Afirmou que estava "renascendo", se redescobrindo. Embora tenha citado pouco a família, focou mais na questão da sexualidade e em estar tentando se dessensibilizar.

- outras sessões:

Em uma das sessões MLS não apareceu e a terapeuta perguntou o motivo desta falta. A cliente falou que tinha recebido uma visita que era de fora de São Paulo. Depois, comentou:

- *"Me expor foi uma quebra de paradigmas, estou me sentindo muito melhor!".*

Disse que, desde que começou as sessões, não fazia ideia do que tinha, que tinha uma visão errada e que, por se tratar de um problema sexual, achava que só ela tinha. A terapeuta fala que este tipo de problema é mais comum do que a cliente imagina. E ela diz:

- *"Vi que o salto foi grande desde o início. Achei que você fosse me forçar a transar com alguém.*

A terapeuta afirma que a reposta é sempre do paciente, nunca do terapeuta e quando há envolvimento da cliente, o tratamento é facilitado.

Continuando a sessão, a cliente relata que foi buscar é um relacionamento do passado e que está rolando um contato com o amigo antigo do Colegial, embora que não seja um contato íntimo. A terapeuta pergunta se ela vem fazendo o exercício da contração vaginal proposto e a cliente afirma que sim. Diz também que está entrando em sites eróticos para ver o que a estimula, afirmando que o que escuta a excita mais do que o visual dos filmes. A terapeuta diz que ela tem que "trabalhar" mais o momento da relação sexual. A cliente diz que tem dias que está legal e outros que volta ao passado e se sente mal; quando está tensa, relata perceber que a vagina fecha. Então, a terapeuta pergunta se a paciente está mais no controle de seu corpo. E a cliente confirma esta percepção.

A cliente relata que, quando transava com o PFM, seu antigo namorado, também ficava com cistite e transava forçado, pois não queria desagradá-lo. Comenta que transava por medo de perder essa pessoa. Afirma que a psicoterapeuta afirmou que seu problema é "uma junção de tudo", lembrando que seu pai pagava para ter sexo com a mãe, pois se ela não transasse, ele não deixava dinheiro.

A terapeuta pergunta se a cliente já pensou na possibilidade de ela dar prazer um ao outro, esse colega que reencontrou, sem penetração. A cliente diz que vai pensar nesse assunto. Segundo a cliente, o novo parceiro sabe tudo o que aconteceu em sua vida e que houve um acolhimento por parte dele, por isso hoje a cliente se sente outra pessoa.

A terapeuta retoma sobre sua queixa de dores da vagina e pergunta se ela pensou em usar os dilatadores que a terapeuta havia indicado na sessão anterior. A cliente responde que, diante destes novos acontecimentos, ainda não havia pensado nesse uso. Acredita que seu problema é todo emocional:

- *"Eu estou mais leve e mais focada".*

A terapeuta pergunt como é para a cliente a chegada dessa nova oportunidade, e a cliente comenta que está sendo "muito legal" e que hoje está "super feliz" e confortável nesta situação:

- *"Sinto uma diferença em mim".*

Antes, diz que jogava a culpa de seu problema nas pessoas, e expos isso para a psicóloga. Mas diz que ainda tem que afastar os seus "fantasmas" internos. Hoje, fala que existe o desejo e a lubrificação e que tem apenas que permitir-se. Diz que antes, não confiava em ninguém. Agora essa pessoa a faz se sentir muito confortável. Diz que vai fazer a lição de casa com os dilatadores e que está muito ansiosa para estar com alguém.

Percebe-se, então, que a cliente faz uma mudança no visual. Nesse sentido, o Rapport funcionou bem, levando a cliente a estar completamente à vontade com a terapeuta. Passou a ter uma nova companhia na vida.

Neste momento, o processo chega a um encerramento parcial, com o final das sessões de observação. Porém, a terapeuta apresenta uma nova proposta de atendimento, frente a qual a cliente comenta que estava ficando triste, pois achava que não seria mais atendida. Diz estar muito feliz com seu novo relacionamento e relata que está se focando no exercício proposto pela terapeuta e que contou tudo para o parceiro. Porém, comenta:

- *"Ás vezes me sinto culpada".*

A terapeuta indica uma ginecologista e orienta que continue fazendo os exercícios para se sentir melhor. A cliente comenta que sente que está no meio de um processo e que acalmou a ansiedade que tinha fazendo as duas terapias. Está mais focada com o começo deste relacionamento e que o parceiro sabe tudo do que está acontecendo. A terapeuta pergunta sobre como está a aproximação sexual. A cliente responde que transou 1 vez com ele e que foi "muito legal", mas que houve outras vezes que não foram tão boas. Diz que o parceiro é médico e que se separou e que, agora, um está ajudando o outro emocionalmente. Relata que parecem dois adolescentes e que foi uma afinidade muito louca, ganhou até presente sem ter uma data especial:

- *"Estou começando minha vida sexual, pareço uma adolescente".*

"Você ficou brava?", pergunta a cliente para a terapeuta com relação ao seu namorado. A terapeuta afirma que não, para a cliente lembrar a forma que chegou no início do tratamento. A cliente lembra que estava apática, deprimida e se sentindo culpada e que sempre culpava a família. Hoje, sente que está fazendo bem para o parceiro e vice-versa, construindo intimidade. Comprou o dilatador e usou e tem consciência de que pode sentir e que, se estivesse sozinha, seria mais difícil. A terapeuta diz que se sente feliz pela cliente, percebendo a mudança que esta teve. A cliente confirma a percepção sobre a mudança e que hoje, se sente no controle com relação às emoções. Está se sentindo apaixonada por uma pessoa diferente do que imaginava e que "caiu por terra" a crença de encontrar um "homem perfeito". Tem noção de que muitas mulheres também têm problemas iguais ou diferentes dos seus e sabe que sabe não é a única com problemas; comenta que hoje pensa muito no namorado e que, no próximo mês que fará 45 anos, vê um leque de possibilidades para a sua vida e que tem que viver o presente. Afirma que teve uma melhora de 80% e que aprendeu que só depende dela mesma e de mais ninguém.

Para encerrar, a terapeuta perguntou como ficou o sentimento neste período, e a cliente respondeu que foi um sentimento de gratidão.

Considerações Finais

Observamos, através deste trabalho, a importância da Terapia Sexual quando se trata de disfunções e inadequações sexuais da vida das pessoas. Também o quanto as pessoas tem uma visão errônea da Terapia Sexual, com pré-conceito e imaginando que o terapeuta irá fazer sexo com a cliente durante as sessões ou forçá-la a fazer sexo com outra pessoa. Observamos no atendimento descrito, a evolução da cliente comparando o momento em que chegou ao final do processo relatado, e as modificações provocadas e eficazes da intervenção do terapeuta, bem como o uso de técnicas de Terapia Sexual e seus resultados.

Tivemos fizemos uma reflexão de como as áreas da Saúde e da Educação, bem como os órgãos públicos, sempre se empenharam em amenizar a questão da sexualidade, reduzindo-o a questão de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a importância que a escola teria com relação à Educação Sexual, que teria potencial de transformar e orientar a vida das crianças e dos jovens, futuros adultos, contribuindo para que tivessem uma sexualidade mais saudável.

Não podemos nos esquecer que o terapeuta sexual também é um educador, uma vez que as pessoas não têm conhecimento de seu corpo e que muitas têm vergonha de explorá-lo por causa de crenças e tabus que lhes foram impostos na infância e que carregam essa espécie de trauma até a vida adulta. O terapeuta, através das técnicas aqui mostradas, pode reeducar as pessoas e transformar seus relacionamentos em situações muito prazerosas para ambas as partes, estimulando uma vida sexual mais saudável.

Ainda existe muito tabu e crenças com relação à sexualidade e a sociedade ainda não está preparada totalmente para entende-la, devido a ser uma sociedade machista. Por isso, aos poucos temos que quebrar esses preconceitos; um trabalho "de formiguinha", que pode ser ampliado em muito com a divulgação e acesso à Terapia Sexual e sua difusão na sociedade..

Referências

ANTUNES, M. C.; et all. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500013

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Revista Saúde Pública, 2007. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento Clinico das Inadequações Sexuais. 4ª Edição. São Paulo: Editora Roca, 2012.

GILLAN, P; GILLAN, R. Terapia Sexual.1ª ed. São Paulo: Edições 70, 1976.

KAPLAN, H. Sr. A Nova Terapia do Sexo. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1977.

LEIBLUM, S. R. Princípios e prática da Terapia Sexual. 4ª ed. São Paulo: Editora Roca, 2011.

LOPICCOLO, J.; HEIMAN, J. R. Descobrindo o Prazer. Uma proposta de crescimento sexual para a mulher. 2ª ed. São Paulo: Editora Summus, 1992.

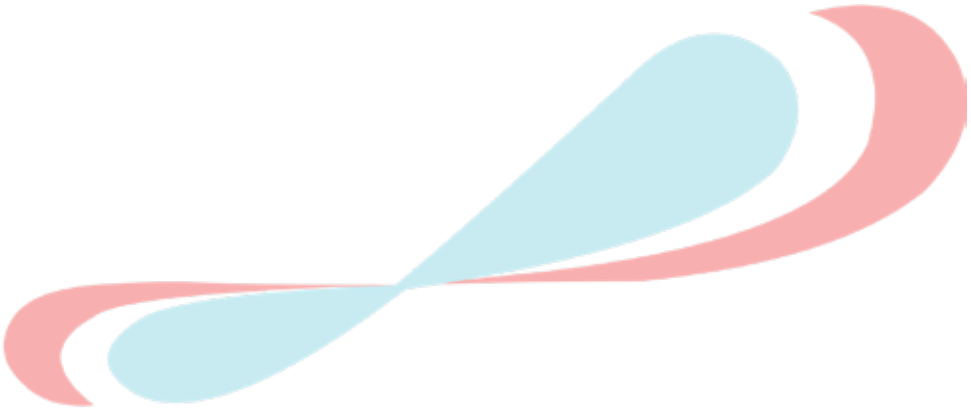
LIMA, E. B.; PAGAN, A. A. Sexualidade, Saúde E Educação: Um Panorama Do Contexto Escolar. [Internet]. Disponível em: http://200.17.141.110/periodicos/revista _ forum _ identidades / revistas / ARQ_FORUM_IND_8/ FORUM_V8_06.pdf

PORTAL DA JUVENTUDE. A Fisiologia da Sexualidade humana. Portal da Juventude. [Internet]. Disponível em: https://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/NossoCorpo/Paginas/Afisiologiadasexualidade.aspx

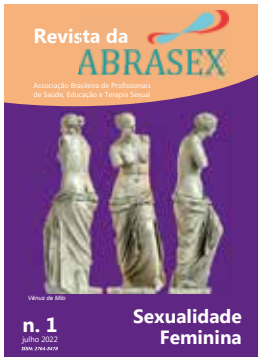
RIBEIRO, M. Educação Sexual. [Internet]. Disponível em: http://www.adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Educa%C3%A7%C3%A3o%20 Sexual_Marcos%20Ribeiro.pdf

SIMÕES, Renata Nunes. Sexo, Sexualidade, e orientação sexual. Psicologia em Pediatria. [Internet]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase= r003&id_materia=4925

TONATTO, S; SAPIRO, C. M. Os novos parâmetros curriculares das escolas brasileiras e Educação Sexual uma proposta de intervenção em ciências. Rio Grande do Sul, 2002. [Internet]. Disponível em: http://200.17.141.110/periodicos/ revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_IND_8/FORUM_V8_06.pdf



Revista da ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual





Contatos
para interessados:
revista@abrasex.com.br

Edições On line
e Anteriores:
https://www.abrasex.com.br/revista-abrasex/

ABRASEX

Associação Brasileira dos Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

INSTITUTO CASAL TESSARIOLI