

Terapia sexual: breve histórico e perspectivas atuais

Bárbara Braga de Lucena¹, Carmita Helena Najjar Abdo^{II}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

A intervenção de profissionais de diferentes áreas é necessária para a avaliação e o tratamento efetivos de indivíduos que sofrem por disfunção sexual. O paradigma atual preconiza o modelo biopsicossocial para a compreensão e o tratamento dessas queixas. Contando com mais de cinco décadas, desde o seu advento, a terapia sexual permanece viva e incorpora à sua prática importantes achados recentes da Psicologia e da Medicina. O planejamento terapêutico deve ser elaborado após elucidação de fatores predisponentes, precipitadores e mantenedores do problema. Apesar de apresentar e publicar resultados promissores, as intervenções psicoterápicas para as disfunções sexuais devem ser mais estudadas a fim de preencherem os requisitos de uma prática baseada em evidências. O sucesso da terapia sexual não se mensura a partir da frequência sexual ou das mudanças no tempo de latência ejacutória e da rigidez peniana. Mais do que resgatar a função sexual, interessa conseguir a minimização/supressão do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunções sexuais psicogênicas, sexualidade, psicoterapia, terapêutica, sexologia

Nos últimos 50 anos, o interesse em medicina sexual e terapia sexual tem crescido significativamente. Mudanças no campo da sexologia têm ocorrido nos paradigmas teóricos, metodológicos, diagnósticos e terapêuticos, visto que os problemas sexuais não são mais atribuídos exclusivamente a conflitos inconscientes, adquiridos durante as etapas do desenvolvimento infantil.¹ As contribuições das diversas especialidades médicas, das teorias psicológicas modernas e do construcionismo social permitem visão mais ampla e integrada acerca das dificuldades sexuais.

É reconhecido que a atividade sexual satisfatória depende de saúde física e emocional, bem como da qualidade de vida.² Apesar disso, a prevalência de indivíduos insatisfeitos sexualmente é alta, mesmo quando se consideram as estatísticas mais

conservadoras.³ Estar capacitado para identificar, tratar ou encaminhar adequadamente pacientes com disfunção sexual torna-se indispensável na atividade clínica contemporânea.

CONTEXTO HISTÓRICO

Até 1950, os conceitos psicanalíticos clássicos guiavam a compreensão e o tratamento da problemática sexual. Os sintomas sexuais na vida adulta eram entendidos como decorrentes de conflitos inconscientes não resolvidos durante as etapas do desenvolvimento infantil.³

No final da década de 1950, a perspectiva behaviorista ganhava ascendência. Masters e Johnson iniciaram seus estudos,

^IPsicóloga, mestre e doutoranda pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{II}Psiquiatra, professora livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do IPq-HC-FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 — 4º andar — São Paulo (SP) — CEP 01060-970
Tel. (11) 2661-6982 — E-mail: barbarabdelucena@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 8 de agosto de 2016 — Última modificação: 13 de setembro de 2016 — Aceite: 14 de setembro de 2016

baseados em observações diretas da resposta sexual humana. A partir dessas observações, dividiram a resposta sexual em etapas (excitação, platô, orgasmo e resolução), as quais apresentam processos fisiológicos característicos. Para os autores, a disfunção sexual seria uma resposta à ansiedade de desempenho. Assim, o tratamento deveria resultar na redução ou extinção da ansiedade, a fim de restaurar a função sexual saudável.⁴

Em 1958, Masters e Johnson utilizaram o termo terapia sexual (*sex therapy*) pela primeira vez em uma proposta de pesquisa submetida ao chanceler da Universidade de Washington. Esta documentação se perdeu, mas em publicação posterior, os autores mencionaram planos de “um programa de pesquisa clínica em psicoterapia específica para disfunção sexual”.⁵ Segundo alguns autores,⁶ o nascimento da terapia sexual está ligado à publicação do livro *Inadequação Sexual Humana* (*Human Sexual Inadequacy*, Masters e Johnson, 1970).⁷

Em 1974, a psiquiatra americana Helen Singer Kaplan publicou o livro “A nova terapia do sexo” (*The new sex therapy*),⁸ no qual integrava o modelo psicanalítico à terapia sexual proposta por Masters e Johnson. Para a autora, o tratamento da disfunção sexual deveria ser planejado de acordo com a sua etiologia, propondo a distinção entre causas etiológicas recentes ou remotas. Para as causas recentes, os exercícios comportamentais; para as causas remotas, os métodos psicodinâmicos tradicionais.

A partir de então, a etiologia das disfunções sexuais passou a ser considerada em termos binários: remota **ou** recente; psicológica ou orgânica. Embora esta divisão tenha utilidade clínica, ela não representa categorias excludentes entre si nem pode ser considerada de forma isolada.⁹

COMPREENSÃO DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

O paradigma atual, biopsicossocial, preconiza que a disfunção sexual tem fatores predisponentes (anteriores à queixa), desencadeantes (“gatilhos” para seu surgimento) e mantenedores (os quais fazem com que o problema perdure),³ haja vista que frequentemente os fatores que propiciam o surgimento de uma disfunção sexual não são os mesmos que a mantêm.

Assim, a avaliação da disfunção sexual deve abarcar:

1. avaliação da função sexual, incluindo sentimentos, pensamentos e receptividade apresentados durante a atividade sexual;
2. elucidação de possíveis comorbidades;
3. identificação das hipóteses etiológicas e fatores mantenedores;
4. identificação dos objetivos de tratamento e elaboração do planejamento terapêutico; e
5. *feedback* claro e construtivo para o paciente acerca do trabalho a ser realizado.¹⁰

Exame físico e dosagens hormonais são mandatórios,¹⁰ a fim de uma compreensão mais acurada da disfunção e

elaboração do planejamento terapêutico. Idealmente, profissionais de formações diferentes (exemplo: ginecologista, urologista, psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta) trabalham juntos para o bem comum do paciente.

Embora possa ser modificado de acordo com as demandas que emergem durante os atendimentos, o planejamento terapêutico é o norteador inicial do trabalho a ser desenvolvido. Nele, são especificados: a formulação diagnóstica, os objetivos a serem alcançados e a conduta terapêutica com detalhamento dos procedimentos e intervenções a serem realizadas. Ele é personalizado, não só de acordo com a disfunção sexual apresentada, mas respeitando o indivíduo em sua totalidade. Exemplificando: o treino masturbatório é comprovadamente eficaz para combater o transtorno do orgasmo feminino.^{11,12} Entretanto, não será incluído, a princípio, no planejamento terapêutico de uma mulher que se recuse ou tenha restrições (de ordem moral, religiosa ou educacional) à prática masturbatória.

TERAPIA SEXUAL NA ATUALIDADE

Atualmente, o termo terapia sexual diz respeito ao conjunto de intervenções, embasadas em diferentes perspectivas teóricas, voltadas ao tratamento das dificuldades sexuais. Geralmente segue os princípios das psicoterapias breves, com terapeuta e paciente focados em questões específicas relativas ao desempenho sexual, podendo ocorrer em atendimentos individuais, de casal ou de grupo.

Ainda que não haja teoria única subjacente à terapia sexual e que profissionais das mais diversas escolas psicoterápicas possam ser terapeutas sexuais, alguns elementos são comuns às psicoterapias com foco nas disfunções sexuais:^{6,13}

- falam abertamente sobre sexo;
- geralmente incluem: psicoeducação, aconselhamento, permissão sexual, treino de comunicação e assertividade, exercícios de exploração e conscientização corporal;
- não se contrapõem às intervenções médicas, sendo combinadas com estas;
- raramente abordam apenas a queixa sexual principal (disfunção sexual específica), mas sim a experiência sexual como um todo;
- definem uma estratégia personalizada que pode envolver desde psicoeducação e aconselhamento básico até intervenções mais especializadas, utilizando contribuições de diversas escolas psicoterápicas.

A prática da terapia sexual requer do terapeuta postura ativa e empática, conhecimento acerca da fisiologia da resposta sexual, além de familiaridade com a variedade de abordagens farmacológicas e psicoterápicas disponíveis.

Há evidência de que, frente às demandas sexuais, indivíduos com disfunção sexual respondem com ansiedade, afeto

negativo e expectativa de falha,¹⁴ confirmando a influência negativa da distração cognitiva (foco atencional em estímulos não excitatórios) durante a atividade sexual.^{15,16} Assim, na atualidade, busca-se conhecer o conteúdo e entender o significado dos pensamentos que distraem os indivíduos com disfunção sexual, a fim de contribuir para a sua reabilitação.¹⁷ Monitoramento de pensamentos, reestruturação cognitiva e treino de atenção durante a atividade sexual têm se mostrado eficazes no tratamento de todas as disfunções sexuais.¹⁸

Terapia sexual baseada em evidência

A prática da psicoterapia baseada em evidência é a integração da melhor evidência de pesquisa disponível com a experiência clínica, no contexto das preferências e características do paciente.¹⁹ Em terapia sexual, ainda é insuficiente o número de pesquisas clínicas que testam suas intervenções psicoterápicas.¹⁸ Apesar disso, há resultados promissores.

Melnik e Abdo²⁰ randomizaram pacientes em três grupos:

1. pacientes que realizaram terapia sexual de grupo tematizada e receberam 50 mg de sildenafil,
2. pacientes que receberam 50 mg de sildenafil
3. pacientes que realizaram terapia sexual de grupo tematizada.

As intervenções duraram seis meses e todos os grupos apresentaram melhora. Entretanto, os grupos que receberam psicoterapia tiveram escores pós-tratamento superiores aos do grupo que recebeu apenas a medicação. Posteriormente, Abdo e cols.²¹ confirmaram que o tratamento combinado (sildenafil e terapia sexual) é mais eficaz que essas intervenções isoladas.

McCabe e cols.²² investigaram a eficácia da intervenção de 10 semanas de terapia cognitivo-comportamental *online* comparada com a lista de espera e constataram melhora significativa no grupo que participou da intervenção. No estudo de van Lankveld e cols.,²³ homens com disfunção erétil, ejaculação precoce e desejo sexual hipoativo, bem como suas parceiras, foram randomizados para uma intervenção cognitiva comportamental que

incluía biblioterapia, psicoeducação e exercícios de foco sensorial ou aguardavam em lista de espera. O tratamento durou 10 semanas e, ao final, os homens tratados reportaram melhora significativa da função sexual (41,4% *versus* 12,5%). Para a ejaculação precoce, o estudo de Oguzhanoglu e cols.²⁴ mostrou que a terapia sexual é tão efetiva quanto 20 mg de fluoxetina, droga de primeira linha para o tratamento desta disfunção.

Em se tratando de mulheres, a eficácia da terapia cognitivo-comportamental tem sido relatada no tratamento de todas as disfunções sexuais.¹⁸ A descoberta mais recente é a eficácia da técnica de *mindfulness* — tipo de prática meditativa que visa a aceitação e consciência do momento presente sem julgamento — no tratamento de mulheres com transtorno do interesse/excitação sexual e da dor gênito-pélvica ou da penetração.²⁵ Estudos com neuroimagem mostram que as pacientes submetidas a essa técnica têm redução da atividade cerebral relacionada à dor.^{26,27}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da terapia sexual acompanha o progresso das pesquisas em sexologia. O uso dos inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5) para tratamento da disfunção erétil e de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) para o tratamento da ejaculação precoce, a distinção da resposta sexual feminina e masculina, assim como o entendimento biopsicossocial das disfunções sexuais são exemplos de inovações científicas que foram incorporadas à prática clínica. Entretanto, os objetivos da terapia sexual são diferentes daqueles das pesquisas clínicas.

O sucesso da terapia sexual não pode ser mensurado a partir da frequência sexual ou das mudanças no tempo de latência ejaculatória e da rigidez peniana. Mais do que o desempenho sexual, interessa a expressão subjetiva da sexualidade. Mais do que resgatar a função sexual, interessa a minimização/supressão do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Leiblum S. Principles and Practice of Sex Therapy. 4ª ed. New York: Guilford Press; 2006.
2. OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
3. Althof S. Sex therapy: advances in paradigms, nomenclature, and treatment. Acad Psychiatry. 2010;34(5):390-6.
4. LoPiccolo J, LoPiccolo L. Handbook of sex therapy. New York: Plenum Press; 1978.
5. Masters WH, Johnson VE. Principles of the new sex therapy. Am J Psychiatry. 1976;133(5):548-54.
6. Binik YM, Meana M. The future of sex therapy: specialization or marginalization? Arch Sex Behav. 2009;38(6):1016-27.
7. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. London: Little, Brown and Company; 1970.
8. Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Psychology Press; 1974.
9. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. J Sex Med. 2010;7(4 Pt 2):1598-607.
10. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. World J Urol. 2002;20(2):127-36.

11. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, K Killeen T, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: recommendations for culturally competent services, narrative review. *Iran J Reprod Med*. 2015;13(7):403-12.
12. de Lucena BB, Abdo CH. Personal factors that contribute to or impair women's ability to achieve orgasm. *Int J Impot Res*. 2014;26(5):177-81.
13. Fleury HJ, Abdo CHN. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina [Psychotherapeutic treatment for female sexual dysfunction]. *Diagn Tratamento*. 2012;17(3):133-7.
14. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(2):140-8.
15. Elliott AN, O'Donohue WT. The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Arch Sex Behav*. 1997;26(6):607-24.
16. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):67-78.
17. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive schemas associated with negative sexual events: a comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. 2009;38(5):842-51.
18. Berner M, Günzler C. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions--a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2012;9(12):3089-107.
19. Norcross JC, Beutler LE, Levant RF. Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions. Washington: American Psychological Association; 2005.
20. Melnik T, Abdo CH. Psychogenic erectile dysfunction: comparative study of three therapeutic approaches. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(3):243-55.
21. Abdo CH, Afif-Abdo J, Otani F, Machado AC. Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counseling, sildenafil, or both. *J Sex Med*. 2008;5(7):1720-6.
22. McCabe MP, Price E, Piterman L, Lording D. Evaluation of an internet-based psychological intervention for the treatment of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2008;20(3):324-30.
23. van Lankveld JJDM, Everaerd W, Grotjohann Y. Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research*. 2001;38(1):51-67. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224490109552070>. Acessado em 2016 (1 set).
24. Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Aybek Z. The efficacy of fluoxetine and a stop-start technique in the treatment of premature ejaculation and anxiety. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(2):192-4.
25. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Arch Sex Behav*. 2016 [Epub ahead of print].
26. Dunkley CR, Brotto LA. Psychological Treatments for Provoked Vestibulodynia: Integration of Mindfulness-Based and Cognitive Behavioral Therapies. *J Clin Psychol*. 2016;72(7):637-50.
27. Brotto LA, Goldmeier D. Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: the Gentle Science of Finding Focus in a Multitask World. *J Sex Med*. 2015;12(8):1687-9.