



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*
Mestrado em Psicologia



Análise do Comportamento Aplicada em um Caso de Disfunção Sexual Feminina

Tayssa Andrade Batista Novato Machado

Orientador: Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi

Goiânia, 2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

N936a Novato, Tayssa Andrade Batista.
Análise do comportamento aplicada em um caso de
disfunção sexual feminina [manuscrito] / Tayssa Andrade
Batista Novato – Goiânia, 2015.
87 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Psicologia.

“Orientador: Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi”.
Bibliografia.

1. Impotência sexual. 2. Comportamento humano. I.
Título.

CDU 37:343.81(043)



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*
Mestrado em Psicologia



Análise do Comportamento Aplicada em um Caso de Disfunção Sexual Feminina

Tayssa Andrade Batista Novato Machado

Orientador: Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para defesa, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestra em Psicologia.

Goiânia, 2015

Dedico este trabalho à toda minha família e, em especial, ao meu marido, Sérgio Machado, e à nossa filha, Maitê Novato Machado.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, por ser minha fonte de fé e inspiração diária em todas as atividades e também por iluminar meus caminhos sempre que preciso.

À minha família, primeiramente aos meus pais, Aldair e Rossana, que sempre foram grandes exemplos de dedicação e perseverança em minha vida. Também aos meus irmãos, Turia e Luiz Alexandre, grandes companheiros para todas as horas. Em especial ao meu marido e à minha filha, Sérgio e Maitê, por estarem sempre presentes após cada etapa vencida. Toda minha família foi de suma importância para que eu continuasse na caminhada para a elaboração deste trabalho.

Agradeço ainda à Martha, secretária do departamento de Pós-Graduação e Pesquisa *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-GO, que sempre foi muito solícita e educada comigo, me ajudando em tudo o que eu precisava.

Ao Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi, meu orientador, por ter aceitado meu convite para ser sua orientanda nesta pesquisa, compartilhando comigo seus conhecimentos sobre psicologia e a análise do comportamento.

Aos professores doutores Cristiano Coelho, Antônio Carlos G. Santos e Ilma A. G. S. Britto que aceitaram compor a banca de avaliação para a defesa desta dissertação.

Especialmente à Dra Roberta Maia Marcon que me supervisionou durante a coleta de dados do estudo, me auxiliando na análise do comportamento aplicada com empenho, paciência, bom humor e disposição. Obrigada, Roberta, por tudo o que me ensinou como pessoa e profissional.

Agradeço ainda à participante, que aceitou ao convite de participar deste estudo e se disponibilizou a contribuir, com muita dedicação, para aquisição de novos conhecimentos dentro da pesquisa científica. Muito obrigada!

Resumo

O presente estudo objetivou a modificação de ações inábeis relacionadas ao comportamento sexual, bem como dos relatos de insatisfação com o parceiro e do uso de lubrificantes artificiais, por meio de intervenções comportamentais gerais (instruir por meio de informações, fornecer *feedbacks*, hierarquizar tarefas, fornecer modelos e instruções e instruir o uso do reforçamento positivo) e específicas (ensinar o treino discriminativo das respostas corporais antes do coito e ensinar o treino discriminativo das respostas corporais durante o coito). Ainda objetivou avaliar os antecedentes e consequentes da disfunção sexual relatada por uma participante do sexo feminino, de 26 anos e com parceiro fixo. A avaliação funcional incluiu procedimentos indiretos por meio de uma entrevista e de um questionário. Também utilizou-se de uma atividade de registro comportamental (auto-observação). Para demonstração de que as intervenções (variável independente) é que produziram efeito sobre a variável dependente, foi empregado o delineamento de tratamentos alternados do tipo (ABC) seguido por *follow-up*. Os resultados demonstraram diminuição dos comportamentos-problema e aumento de ações hábeis relacionadas ao comportamento sexual, de relatos de satisfação com o parceiro e da resposta de lubrificação vaginal.

Palavras Chave: disfunção sexual feminina; análise do comportamento aplicada; ações inábeis; relatos de insatisfação; resposta de lubrificação vaginal.

Abstract

The present study aimed at modifying difficult (awkward) actions related to sexual behavior, such as comments related to dissatisfaction with the partner and the use of artificial lubricants, through general and specific behavioral interventions. With respect to general behavioral interventions we applied several techniques, like instruct through information, provide feedback, prioritize tasks, and provide models and instructions as positive reinforcement, while with specific behaviors we included teaching discriminative training of bodily responses before and during sexual intercourse. In addition, as a case study, it aimed to evaluate the antecedents and consequences of sexual dysfunction reported by a participant female of 26 years with a stable partner. The functional evaluation included procedures through an interview and a questionnaire. Further, we also used behavioral logging activity (self-monitoring). To demonstrate that interventions (independent variable) had effect on the dependent variable we used the design of alternating-type treatments (ABC) succeed by follow-up. The results showed decrease in behaviors-problem and increase of skilled actions related to sexual behavior, such as reports of satisfaction with the partner and vaginal lubrication response.

Keywords: female sexual dysfunction; applied behavior analysis; unskillful actions; dissatisfaction of reports; vaginal lubrication response.

Lista de Figuras

Figura 1 – Frequência das ações inábeis e hábeis da participante no contexto sexual.....	50
Figura 2 – Frequência dos relatos de insatisfação e satisfação da participante no contexto sexual e conjugal.....	51
Figura 3 – Frequência de relatos da resposta de lubrificação artificial/natural e da resposta de lubrificação vaginal da participante durante as relações sexuais.....	52

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Relatos da participante indicativos de disfunção sexual	36
Tabela 2 – Procedimentos de avaliação funcional e descrição	38
Tabela 3 – Hierarquia de ações	39
Tabela 4 – Ações inábeis antecedentes, durante e subsequentes à atividade sexual	42
Tabela 5 – Ações hábeis antecedentes, durante e subsequentes à atividade sexual	42
Tabela 6 – Registros de insatisfação sexual e conjugal com o parceiro e palavras chave	43
Tabela 7 – Registros de satisfação sexual e conjugal com o parceiro e palavras chave	43
Tabela 8 – Eventos antecedentes e consequentes da disfunção sexual.....	45
Tabela 9 – Questões sobre orgasmo e respostas fornecidas	46
Tabela 10 – Relatos textuais dos eventos antecedentes e consequentes do comportamento sexual na fase de linhas de base.....	47
Tabela 11 – Avaliações da participante para cada relação sexual.....	48
Tabela 12 – Ocorrência e não ocorrência das fases desejo, excitação e orgasmo	52

Sumário

Resumo	v
Abstract	vi
Lista de figuras	vii
Lista de tabelas	viii
A resposta sexual humana	2
A multideterminação da resposta sexual humana	19
Orgasmo	25
Disfunções sexuais	30
Transtorno do orgasmo feminino	32
Objetivos do presente estudo	34
Método	35
Participantes	35
Materiais e ambiente	36
Procedimento	36
Resultados	44
Discussão	52
Referências	62
Anexos	66
Anexo 1. Roteiro para entrevista inicial	67
Anexo 2. Roteiro para questionário específico do orgasmo	69
Anexo 3. Folha de registro comportamental	71
Anexo 4. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	72
Anexo 5. Respostas emitidas pela participante para roteiros de entrevista inicial e questionário específico do orgasmo	75

Anexo 6. Relatos textuais da participante apresentados nas atividades de automonitoramento e auto-observação do comportamento77

Análise do Comportamento Aplicada em um Caso de Disfunção Sexual Feminina

A Análise do Comportamento é a área mais ampla da prática behaviorista que, por sua vez, é orientada pelo Behaviorismo Radical, a Análise Experimental do Comportamento e a Análise Aplicada do Comportamento (Tourinho, 1999; Neto, 2002).

Em se tratando da Análise do Comportamento Aplicada, o termo aplicada refere-se à definição do objeto de estudo. Portanto, a escolha da classe de respostas, da classe de estímulos e do organismo a serem examinados deve se basear na sua importância para o homem e para a sociedade, e não na relevância para a teoria ou na conveniência do estudo (Malavazzi, Malerbi, Del Prette, Banaco & Kovac, 2011).

O principal compromisso dessa subárea é a melhoria da vida humana e sua aplicação pode funcionar com um eficiente “aferidor” das consequências práticas prometidas. A Análise do Comportamento Aplicada possui pelo menos duas funções vitais: (1) manter o contato com o mundo real e alimentar os pesquisadores na área com problemas comportamentais do mundo natural e (2) demonstrar a relevância social de tais pesquisas e justificar sua manutenção e ampliação da área como um todo (Neto, 2002).

Uma vez que a Análise do Comportamento Aplicada inclui o campo de intervenção planejada, nela estão assentadas as práticas psicológicas empregadas em diversas áreas de atuação, tais como: escola, saúde pública, organização, clínica e onde mais houver comportamento a ser explicado e modificado (Neto, 2002).

Em outras palavras, “A Análise Aplicada do Comportamento (...) vai aonde está o comportamento-problema independente do ambiente, independente se o ambiente é clínico, escolar ou seja lá o que for. (...) então, se ela tem um limite, esses referem-se aos métodos, (...) não é necessariamente o tipo ou a topografia do comportamento (...)” (I. A. G. S. Britto, comunicação pessoal, junho de 2015). E dentre as áreas de aplicação, no presente trabalho destaca-se as populações clínicas que apresentam problemas relacionados às disfunções sexuais.

A Resposta Sexual Humana

Quando se aborda o tema sexualidade, considerando a definição de sexo “normal”, é necessário analisar três aspectos comuns ao comportamento humano: sociocultural, biológico e psicológico. Ver-se-á que, nas ciências humanas, o conceito de normalidade varia de acordo com o ângulo sob o qual um fato é considerado. Assim, pode-se dizer que para cada fato ou comportamento existe uma norma social, uma norma biológica e também uma pessoal ou também chamada de psicológica (Rodrigues, Monesi & Ellis, 2001; Abdo & Fleury, 2006; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006; Souza & Bueno, 2007; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008).

Do ponto de vista sociocultural, sexo “normal” é aquele praticado pela maioria dos indivíduos que compõe um grupo social. Dessa forma, tudo o que foge da regra onde o indivíduo se encontra é considerado desvio. E em função do dinamismo social, o que é considerado “normal” hoje pode ser considerado “anormal” amanhã e vice-versa (Abdo & Fleury, 2006; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

Do ponto de vista biológico, sexo “normal” é aquele que se manifesta sob a

forma de uma resposta fisiológica hígida. Sabe-se que todo ser humano nasce com um aparato fisiológico para reagir a um estímulo erótico emitindo comportamentos privados e/ou públicos. O desejo ou a apetência sexual é um exemplo de comportamento privado, já a excitação e o orgasmo são exemplos de comportamentos públicos. Skinner (1953/2003) explica que toda pessoa pode responder privadamente ou publicamente a determinado estímulo, a diferença fundamental entre as duas maneiras de responder é a acessibilidade. Sendo assim, ao responder privadamente, somente a própria pessoa possui acesso a tal resposta, a exemplo disso tem-se o pensamento e a emoção, acessíveis somente a própria pessoa. Já ao responder publicamente, o acesso a este comportamento pode ser verificado por outras pessoas e não somente por ela própria. Porém, o processo a ser analisado em ambas as formas de responder são idênticos, ou seja, nos dois casos as variáveis responsáveis pela aquisição e manutenção do comportamento estão sempre no ambiente da mesma. Quando essa capacidade de responder fisiologicamente, incluindo as duas formas, privada e pública, está íntegra, pode-se dizer que o indivíduo é biologicamente “normal” e quando, de alguma forma, essa cadeia de interrelações – estímulo x resposta – não funciona e a pessoa não consegue responder fisicamente, diz-se que a pessoa é biologicamente “anormal” (Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

Do ponto de vista psicológico, sexo “normal” é aquele que é assim considerado na visão particular de cada ser humano. O que importa, nessa ótica, é a visão particular de cada um, a satisfação pessoal ou a adequação sexual de cada indivíduo. Sendo assim, se alguém está satisfeito com o seu comportamento sexual e com o do seu parceiro, é considerado sexualmente “normal” ou adequado. Mas, se não o estiver, então é considerado “anormal” ou inadequado

(Rodrigues et al., 2001; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

De acordo com os autores supracitados, a pessoa pode se sentir perfeitamente adequada, apesar de não estar dentro da norma biológica ou sociológica. Por outro lado, ela pode se julgar inadequada embora perfeitamente normal de acordo com os aspectos biológicos e socioculturais.

Além disso, o comportamento sexual, assim como qualquer outro, é uma função conjunta de contingências filogenéticas (aquelas que operam nos ambientes ancestrais durante a evolução de uma espécie) e de contingências ontogenéticas (as que operam durante as interações de um organismo com seu ambiente durante a própria vida) (Catania, 1998/1999).

Sendo assim, é preciso esclarecer que o comportamento sexual se refere a uma resposta vital do organismo selecionada como típica da espécie, também a uma resposta do indivíduo enquanto organismo dotado de repertório comportamental e agente de sua história; se relaciona também a um tipo de prática sexual selecionada em uma cultura (Baptistussi, 2003; Souza & Bueno, 2007).

Diferentemente das demais espécies animais, a humana, desde o seu aparecimento no planeta, vem apresentando características peculiares em termos de exercício da sexualidade. Além de diferenças anatômicas e funcionais que permitem aos parceiros a possibilidade da prática sexual ir além da função selecionada filogeneticamente, que é a reprodutiva, a prática sexual é influenciada por variáveis outras, além da função fisiológica. Tais variáveis podem ser classificadas como pertencentes ao grupo de variáveis psicológicas e culturais (Vitiello, 1998; Abdo & Fleury, 2006; Lara et al., 2008).

Dessa forma, pode-se questionar a função do comportamento sexual e

avaliá-lo à luz de todo o conjunto das variáveis determinantes do comportamento sexual. Do ponto de vista psicológico, a análise de contingências é uma das possibilidades de análise do comportamento sexual em interação com o ambiente. E, a partir disso, questionar como uma resposta sexual natural pode modificar sua função vital a partir das interações de variáveis biopsicossociais (Baptistussi, 2003; Souza & Bueno, 2007).

a) O Ciclo da Resposta Sexual:

Masters e Johnson (1979) foram pioneiros no estudo e classificação das principais modificações orgânicas desenvolvidas durante os ciclos da resposta sexual humana, masculina e feminina, a partir da observação direta e da medição fisiológica. Puderam assim, dividir o ciclo da resposta sexual em quatro fases distintas:

1. Fase de Excitamento: Desenvolve-se a partir de qualquer fonte de estímulo, somático ou psíquico. O fator estimulante é fundamental para que se estabeleça o incremento suficiente da tensão sexual¹. Se o estímulo for adequado à necessidade individual, a intensidade da resposta aumenta, em geral, rapidamente. A fase de excitamento pode ser relativamente acelerada ou encurtada. Caso a aproximação estimulativa estiver sujeita a objeções físicas e/ou psicológicas, ou se for interrompida, esta fase pode se prolongar ou até mesmo interromper-se. A fase inicial consome a maior parte do tempo

¹ Tensão sexual refere-se a um fenômeno social que ocorre quando duas pessoas interagem e uma delas ou ambas sentem desejo, o qual geralmente é sugerido por sinais de intimidade contendo ou não contato físico.

gasto no ciclo completo da resposta sexual humana.

2. Fase de *Plateau* (*Platô*): Caso continue a estimulação sexual efetiva, o homem ou a mulher entram na segunda fase onde as tensões são intensificadas e atingem o nível extremo no qual a pessoa, por fim, pode atingir o nível máximo. A duração da fase de *plateau* depende, em grande parte, da eficiência dos estímulos empregados, combinada com o fator da exigência individual para a culminância do incremento da tensão sexual. Caso os estímulos sejam inadequados ou suprimidos, a pessoa não conseguirá atingir o ponto máximo do ciclo e passará, vagarosamente, dos níveis de tensão desta fase para uma fase de resolução (fase final).
3. Fase Orgásmica: Limita-se aos poucos segundos em que a vasoconstrição e a miotonia desenvolvidas pelos estímulos sexuais são liberados. Esta fase é representada pelo mais elevado clímax involuntário da tensão sexual. Subjetivamente, a sensação do orgasmo é pélvica *in focus*², mas especificamente concentrada no clitóris, na vagina e no útero da mulher; e no pênis, na próstata e na vesícula seminal do homem. Embora fisiologicamente definido, as tensões sexuais na fase do orgasmo são experienciadas subjetivamente na base dos padrões de reação individual. Nesse sentido, existe uma grande variedade tanto na intensidade quanto na duração da experiência orgásmica

² Pélvica *in focus* significa que a região de maiores sensações físicas, durante a fase orgásmica, é a região pélvica. A pelve refere-se a uma estrutura orgânica onde se inserem os membros inferiores e se apoiam uma série de músculos ligados ao seu movimento. Nos humanos, a pelve é a região de transição entre o tronco e os membros inferiores.

feminina, enquanto que o homem tende a seguir os padrões estandardizados da reação ejaculatória com menos variação individual.

4. Fase de Resolução: A partir do ponto culminante de suas expressões orgásmicas, a mulher e o homem caminham para a fase definitiva ou fase de resolução, do ciclo sexual. Este período involuntário da tensão desenvolve-se como uma reação contrária, que traz a pessoa, através da fase de *plateau* e dos altos níveis de excitação, para um estado não estimulado. As mulheres têm um potencial de resposta capaz de retornar a uma nova experiência orgásmica, a partir de qualquer ponto da fase de resolução, se submetidas a reaplicação de estímulos efetivos. Para o homem, a fase final, inclui a imposição de um período refratário, o qual se pode estender, durante a fase de resolução, tanto tempo quanto pode durar um nível baixo de resposta, na fase de excitação. A reestimulação efetiva a níveis mais altos de tensão sexual só é possível depois de terminado o período refratário.

Nedeff (2003) completa a descrição do ciclo da resposta sexual humana afirmando que as respostas fisiológicas básicas do corpo humano à estimulação sexual são de caráter duplo. A primeira reação aos estímulos sexuais é a vasocongestão generalizada e a segunda resposta é um aumento generalizado da tensão muscular. A vasocongestão pode ser superficial ou profunda, enquanto a distribuição e a miotonia podem se manifestar através de contrações musculares, voluntárias ou involuntárias.

Existem reações, na tensão sexual, limitadas, por variação anatômica normal, a um único sexo. Também diferenças básicas que desenvolvem-se entre os dois sexos, na intensidade e na duração das formas de reação estabelecidas (Masters & Johnson, 1979; Nedeff, 2003).

A divisão em quatro estágios do ciclo da resposta sexual, sugerida por Masters e Johnson (1979), tem provado, desde sua descrição, ser extremamente útil aos seus propósitos explicativos, uma vez que assegura a inclusão e a colocação adequada dos aspectos característicos da resposta fisiológica dentro de uma escala sequencial da resposta humana aos estímulos sexuais (Rodrigues et al., 2001).

Kaplan (1977) entende que tal esquema traz consigo a noção implícita, e largamente aceita, de que a resposta sexual consiste em uma sequência ordenada de uma ocorrência unitária e inseparável. Entretanto, Kaplan expõe que evidências clínicas e fisiológicas sugerem uma fórmula alternativa – a de que a resposta de ambos os sexos é, na realidade, bifásica.

De acordo com a formulação da autora supracitada, a resposta sexual não constitui uma entidade única, e sim, em dois componentes distintos e relativamente independentes: uma reação vasocongestiva genital – que produz a ereção do pênis no homem e a lubrificação vaginal e intumescência na mulher – e as contrações musculares reflexas que constituem o orgasmo em ambos os sexos. Como os dois componentes da resposta sexual são controlados por partes distintas do aparato biológico, um deles pode ser inibido ou prejudicado, enquanto o funcionamento do outro permanece normal. Segue-se daí que a dissecção dos diferentes componentes da resposta sexual, nos casos de disfunções, terá que produzir síndromes clínicas completamente diferentes.

Após a consideração da resposta sexual humana dividida em apenas duas etapas, verificou-se que o modelo bifásico proposto era ainda incompleto. Foi proposto, então, uma terceira etapa: a fase do desejo, uma contribuição significativa (Rodrigues et al., 2001; Nedeff, 2003; Abdo & Fleury, 2006).

Cavalcanti e Cavalcanti (2006), Abdo e Fleury (2006) e Prata e Dias (2008) acreditam ser possível propor uma nova classificação tetrafásica da resposta sexual humana, na qual os fenômenos fisiológicos descritos por Masters e Johnson (1979), acrescentados às observações clínicas feitas por Kaplan (1977), poderiam ser mais bem distribuídos, a saber:

A fase da apetência – denominada desejo, segundo Kaplan (1977) – refere-se a uma etapa subjetiva, de comportamentos privados. As demais fases são evidentes e apresentam manifestações orgânicas que podem ser vistas publicamente (Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

A fase da excitação – nomeada vasocongestiva genital por Kaplan (1977), ou excitação e platô conforme Masters e Johnson (1979) – tem como característica subjetiva o fenômeno da excitação sexual crescente e objetivamente manifesta-se pelo binômio vasocongestão/reação miotônica. Nesta fase o sistema simpático é dominante (Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

A fase do orgasmo – designada reação orgásmica por Kaplan (1977), ou orgasmo para Masters e Johnson (1979) – é objetivamente caracterizada pelo quadro miotônico das contrações musculares reflexas. Subjetivamente é marcada pela intensa sensação de prazer sexual, perda de acuidade dos sentidos e sensação de desligamento do meio externo. No campo neurológico, domina o sistema simpático (Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

A fase de relaxamento – chamada resolução por Masters e Johnson

(1979) – caracteriza-se pelo progressivo retorno do organismo às condições basais. Há uma constatação objetiva do relaxamento muscular e da descongestão sanguínea; subjetivamente é marcada pela sensação de alívio e cansaço, com retorno a plenitude sensorial (Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

Existem muitas contribuições recentes acerca dos esquemas fásicos da resposta sexual humana, porém, todas elas partem do princípio de que os modelos chamados “tradicionais”, citados acima, não conseguem responder às necessidades, sobretudo no que se refere a sexualidade feminina (Basson, 2000; Abdo & Fleury, 2006; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

Basson (2000) e Abdo e Fleury (2006) acreditam que para entender melhor a questão da sexualidade, principalmente a feminina, é necessário ampliar os conceitos sobre os esquemas fásicos da resposta sexual humana ou associar vários modelos. Basson (2000) apresenta um modelo atual elucidando as nuances da resposta sexual feminina capaz de descrever melhor a motivação sexual, o desejo, a excitação e o orgasmo das mulheres, que seriam, desta forma, mais acessíveis a atuações terapêuticas, independente do tipo de abordagem.

Basson (2000), Abdo e Fleury (2006) e Lara et al. (2008) acreditam que os modelos apresentados por Masters e Johnson (1979) e Kaplan (1977), os denominados “tradicionais” (apetência ou desejo, excitação, orgasmo e resolução), são aplicáveis às mulheres no início de um relacionamento sexual mas que, com o tempo, a situação se modifica porque as respostas femininas resultam mais da necessidade de intimidade, ou seja, de estabelecer uma relação íntima e familiar, do que propriamente de uma estimulação sexual física.

As autoras supracitadas partem da convicção de que os homens, mais que

as mulheres, buscam a relação sexual para o prazer que se obtém ao se libertar da tensão crescente a que são sexualmente submetidos.

A variável motivacional para as mulheres sobrevêm a ser, com o passar do tempo, as recompensas não necessariamente sexuais, como a intimidade, o contato e o desejo de agradar o parceiro. Tais variáveis são, para elas, mais importantes que a apetência erótica nitidamente biológica que, para os homens, seria a principal variável motivacional. Não que eles também não possuam como variáveis motivacionais secundárias eventos não sexuais, mas que estes não constituem o fator principal (Basson, 2000; Abdo & Fleury, 2006).

Basson (2000), Abdo e Fleury (2006) e Lara et al. (2008) acrescentam que a mulher é capaz de sair de um estado de neutralidade sexual e, em função da recompensa de maior intimidade emocional com o parceiro e do bem-estar do mesmo, ativar voluntariamente o seu ciclo de resposta sexual, ficando receptiva aos estímulos que possam despertar o desejo erótico. Quando a apetência sexual aparece, a receptividade aos estímulos sexuais aumenta e a excitação se torna ainda mais intensa.

O comportamento sexual depende de um amplo conjunto de variáveis, dentre elas estão: os aspectos biológicos de cada pessoa, o tipo, a intensidade, a duração do estímulo, a história de vida de cada um, dentre outras. Toda mulher tem seus próprios padrões de receptividade e se comporta de acordo com esses padrões, os quais são condicionados por estas variáveis mantenedoras (Basson, 2000).

b) A Resposta Sexual Masculina:

Kaplan (1977) expõe que o componente erétil da resposta sexual masculina

transforma o pequeno, flácido e urinário pênis no falo reprodutor, grande e rígido. Esta transformação se inicia através da excitação erótica e culmina na ereção completa tornando possível a introdução do pênis e a ejaculação.

A excitação erótica para os homens pode resultar de uma ampla variedade de estímulos: o estímulo tátil direto dos órgãos genitais e a visão de uma parceira nua sexualmente responsiva é, talvez, a excitação mais premente. Entretanto, os estímulos visuais (por exemplo, observar outros em situações sexuais ou olhar a parceira nua), o estímulo tátil de partes não genitais do corpo (pernas, orelhas ou mãos) e sensações olfativas (perfumes ou odores sexuais) também podem causar a ereção em um homem responsivo. Podem ser também excitante a um homem a voz sedutora ou os modos de uma mulher atraente, fantasias eróticas ou até mesmo um ambiente sedutor; esses estímulos são capazes de disparar respostas fisiológicas reflexas nos vasos sanguíneos do pênis, resultando em uma ereção (Kaplan, 1977).

A relação entre determinados tipos de estímulos ambientais e respostas de excitação pode ser entendida como uma forma de condicionamento que ocorre em diversas circunstâncias da vida da pessoa, por meio de um processo de aprendizagem resultante da exposição a relações entre os eventos no ambiente. Tal aprendizagem é o principal meio pelo qual um organismo responde ao seu mundo, isto é, condiciona-se muito mais do que apenas aquela resposta escolhida para ser condicionada (Rescorla, 1988).

Rescorla (1988) acrescenta ainda que o condicionamento também é sensível às relações que envolvem as propriedades dos eventos entre si. Sendo assim, existe uma estrutura que é parcialmente construída pelo próprio organismo, concluindo que nem todos os estímulos podem ser igualmente

associáveis. Em vez disso, determinado estímulo pode ser mais fácil de se associar com alguns sinais em detrimento de outros.

Estudos empíricos como os que foram realizados por Masters e Johnson (1979) e posteriormente por Domingos (2014), demonstram que as variáveis mantenedoras e controladoras de disfunções sexuais masculinas são encontradas, na maioria das vezes, no ambiente conjugal e pessoal no qual a pessoa está inserida e que intervenções psicológicas eficazes são capazes de modificar o quadro existente, possibilitando a aprendizagem de novos comportamentos sexuais mais adaptativos.

Fisiologicamente, existem duas características masculinas que são diferentes da resposta sexual feminina e merecem ser destacadas:

1. Ereção: Para compreender o mecanismo da ereção é necessário breve conhecimento da anatomia do pênis: este, que compreende a glândula, o corpo e a raiz, consiste, em resumo, de três cilindros envoltos em uma bainha fascial forte e inextensível. Na sua extremidade está a glândula que é, das partes genitais masculinas, a de maior sensibilidade e a mais eroticamente responsiva. A ejaculação se faz essencialmente pela contração rítmica dos músculos bulbares. Em contraste, os dois cilindros dorsais, consistem de aprimorada montagem de diminutas cavernas ou compartimentos e de uma rede de vasos sanguíneos especializados. Durante a ereção, estas cavernas são distendidas pelo sangue e o pênis flácido, de tamanho pequeno, fica por este processo, aumentado e distendido até o limite da sua resistente bainha fascial e se torna, simultaneamente, duro e rígido e, portanto, preparado para uma penetração vaginal. A glândula também aumenta, não ficando, porém, dura, preservando-se assim a possibilidade de a ponta do falo não machucar a mulher. Atingida a

ereção, esta pode ser mantida por um longo período de tempo e esta capacidade masculina se torna fundamental para a sustentação de sua excitação, possibilitando o “jogo erótico” necessário para seduzir e preparar a sua parceira cuja excitação sexual é mais lenta (Kaplan, 1977).

2. Ejaculação: Faz-se importante ressaltar que os períodos de excitação e de ereção que são seguidos pela ejaculação são componentes separados da resposta sexual masculina e independentes entre si. Nesse sentido, a ejaculação pode ocorrer na ausência da ereção e vice-versa (Kaplan, 1977).

A autora supracitada explica que o orgasmo masculino possui duas fases perfeitamente coordenadas: emissão (consiste nas contrações dos órgãos reprodutores internos – canal deferente, próstata, vesículas seminais e a parte interna da uretra – sob domínio do sistema nervoso autônomo) e ejaculação (mecanismo externo que força a expulsão do jato de sêmen devendo-se as contrações dos músculos estriados dos músculos bulbares que, embora sendo um reflexo involuntário, nele intervém o sistema nervoso voluntário). Acredita-se que os nervos motores do sistema motor involuntário controlam os músculos estriados envolvidos no motor de descarga orgásmica, o que constitui a fase ejaculatória e explosiva do orgasmo masculino.

Em circunstâncias normais, o estímulo tátil contínuo da glândula e do corpo do pênis é uma condição anterior essencial para a ejaculação. Entretanto, a quantidade de estímulo sensorial requerida para disparar a ejaculação varia muito. Ao contrário da ereção, que é governada por um mecanismo reflexo o qual não pode ser trazido sob controle voluntário, muitos homens são capazes de conseguir continência voluntária do reflexo ejaculatório (Kaplan, 1977).

Este mecanismo reflexo não deve ser considerado um reflexo involuntário

em essência, já que ele é composto por um estímulo incondicionado (EI) e uma resposta incondicionada (RI), sendo que este reflexo incondicionado é a base para que estímulos do meio ambiente que são diversos (e.g., cheiro específico ou determinado timbre de voz) passem a controlar, através de pareamentos entre estímulos, a resposta condicionada (RC). Assim, a resposta condicionada pode passar a ser controlada por um estímulo que, anteriormente era neutro em relação à resposta - neste caso a resposta eretiva no homem e a lubrificação vaginal na mulher (Pierce & Epling, 1999).

c) A Resposta Sexual Feminina:

Kaplan (1977) menciona a transformação do espaço potencial da vagina, anteriormente apertada e seca, em um receptáculo bem lubrificado e aberto para o falo. Tal resposta sexual tem início com a excitação e se constitui de dois elementos distintos: uma resposta local vasocongestiva (fase de lubrificação ou intumescência) e o orgasmo.

1. Lubrificação ou intumescência: Num estado de repouso a vagina é frouxa, quiescente, descorada e levemente umedecida. Quando excitada, ela se distende, se intumescer tornando-se, assim, capaz de acomodar um pênis ereto e, neste processo, perfeitamente adaptada para proporcionar estímulo a esse pênis. Simultaneamente, segundos após a excitação, como resultado da dilatação do complexo venoso circunvaginal, começa a aparecer uma transudação nas paredes da vagina que lubrifica o introito e facilita a penetração do pênis (Kaplan, 1977).

Além dessas transformações anatômicas e fisiológicas não percebidas, na sua maior parte internas, que capacitam a vagina e o útero a preencherem suas

funções reprodutoras, um profundo ingurgitamento e inflação da região genital externa inferior aumentam o prazer erótico da mulher e preparam o terreno para o seu orgasmo (Kaplan, 1977).

2. Orgasmo: Para o ser humano feminino, o orgasmo é uma experiência que ocorre sob um contexto de influência biopsicossocial. Fisiologicamente, consiste em um rápido episódio de descarga física do incremento vasocongestivo e miotônico desenvolvido em resposta aos estímulos sexuais. A intensidade do prazer é subjetivamente variável e depende do contexto, qualidade e quantidade da estimulação sexual, além de ser socialmente influenciada pela cultura na qual a mulher se encontra (Masters & Johnson, 1979; Rodrigues & Zeglio, 2011).

A resposta sexual feminina alcança o clímax com o orgasmo, que consiste em uma série de reflexos, contrações rítmicas involuntárias das estruturas que constituem a plataforma orgásmica, isto é, os músculos e os tecidos engrossados que circundam a entrada da vagina e também alguns dos músculos pélvicos. Receptores proprioceptivos de profunda pressão dentro da musculatura perineal e vaginal, bem como receptores sensoriais viscerais, provavelmente transmitem as sensações orgásmicas ao cérebro, para consciência e prazer (Kaplan, 1977).

O orgasmo possui um componente sensório e outro motor: o orgasmo feminino é habitualmente conseguido pela excitação de terminais de nervos sensórios especiais do clitóris, a qual é experimentada como um intenso prazer erótico que faz com que a mulher continue a procurar excitação. De outro lado, é expresso pelo espasmo motor dos músculos vaginais e circunvaginais, inervados por diferentes nervos, o que também representa à mulher uma experiência erótica de grande prazer sentida difusamente perto da vagina e da pelve profunda (Kaplan, 1977).

d) Comparação entre a Resposta Sexual Masculina e a Feminina:

De acordo com Masters e Johnson (1984), o mais importante no estudo da resposta sexual humana é entender as evidências similares entre ambas e não somente as diferenças existentes entre elas pois, desta maneira, se torna possível o melhor entendimento desta complexa cadeia que envolve os componentes sexuais.

Para esses pesquisadores os órgãos genitais de ambos os sexos, bem como o aparelho neural diretor subjacente, derivam de estruturas embriologicamente idênticas e há muitas similaridades mais profundas nas respostas sexuais dos homens e das mulheres do que as aparentes obtidas através de uma observação superficial (Masters & Johnson, 1984).

A natureza bifásica da sexualidade fica evidente em ambos os sexos e as duas fases lhe são análogas: no homem, a vasocongestão local dos corpos cavernoso e esponjoso do pênis produz a ereção; enquanto que, na mulher, a vasocongestão das estruturas anatomicamente análogas, isto é, do bulbo do vestíbulo que circunda o introito, ocasiona a lubrificação vaginal e a intumescência que produzem a plataforma orgásmica. Porém, mesmo com essa analogia, elas diferem na sua vulnerabilidade; a resposta vasocongestiva mais especializada e mais complexa do homem é muito mais vulnerável do que a reação menos diferenciada da mulher (Kaplan, 1977).

O orgasmo também se faz análogo nos dois sexos: no homem, é disparado pela excitação da glândula e do corpo do pênis. A ejaculação se manifesta por espasmos involuntários de 0,8 de segundo dos músculos da raiz do pênis. O orgasmo feminino é igualmente disparado pela excitação do clitóris, que por sua vez, é anatomicamente semelhante à glândula peniana e ao corpo

esponjoso do falo e se expressa pela contração dos músculos, idênticos aos envolvidos na ejaculação (Meston, Seal & Hamilton, 2008). Em contraste com o do homem, no orgasmo feminino não ocorre ejaculação, nem a mulher experimenta o período refratário, além disso, o orgasmo feminino parece mais vulnerável a inibição do que o masculino. Por fim, a excitação sexual masculina e a feminina e o funcionamento sexual em ambos os sexos são multideterminados (Kaplan, 1977).

A Multideterminação da Resposta Sexual Humana

O comportamento sexual, bem como qualquer outro comportamento humano estudado, é multideterminado por variáveis que operam a todo momento no ambiente da pessoa. Em se tratando de sexualidade é comum separar em duas as principais fontes de determinações: orgânicas e psicológicas (Rodrigues et al., 2001; Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis & Pinotti, 2004; Abdo & Fleury, 2006; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006; Prata & Dias, 2008; Meston, Seal & Hamilton, 2008, Ballone, 2010).

Nesse sentido, embora tudo indique que a participação do componente orgânico no determinismo de certa dificuldade sexual seja menor que a ação dos componentes psicológicos, o primeiro passo ao se avaliar o quadro é excluir as causas orgânicas. Isso porque não pode haver relação sexual sem um pênis e uma vagina funcionais (Kaplan, 1977; Souza & Bueno, 2007; Prata & Dias, 2008; Meston, Seal & Hamilton, 2008).

a) Causas Orgânicas:

As causas orgânicas incluem (a) as anomalias genéticas ou congênitas,

como a Síndrome de Klinefelter, a miotonia atrófica, a ausência testicular congênita, a Síndrome de Kallmann, a Síndrome de Prader-Willi e as malformações genitais; (b) as doenças agudas e crônicas, tais como os distúrbios endócrinos (gonadais, hipofisários, supra-renais, tireoidianos e pancreáticos (diabetes)), as doenças cardiovasculares (coronarianas, hipertensivas e obstrutivas), as doenças do aparelho genital (infecciosas, traumáticas, tumorais e tróficas), as doenças do sistema nervoso (epilepsia, acidente vascular cerebral, parkinsonismo e doenças da medula) e as drogas que atuam no sistema nervoso (estimulantes, alucinógenas, antidepressivas, tranquilizantes, entre outras) ou que atuam em outras partes do organismo, como nos hormônios (Abdo & Fleury, 2006; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006; Meston, Seal & Hamilton, 2008).

Cumprido salientar que o ato de relação sexual, para ser bem sucedido, repousa, em última análise, na integridade física dos órgãos sexuais e dos sistemas vascular, neurológico e endócrino que os apoiam (Kaplan, 1977; Prata & Dias, 2008). Porém, em qualquer quadro analisado dentro deste campo, pode haver uma confluência de fatores e, mesmo nos casos em que é nítida a participação do fator orgânico, há sempre, em maior ou menor grau, um comprometimento psicológico que é preciso considerar e atender (Abdo & Fleury, 2006; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006; Meston, Seal & Hamilton, 2008).

b) Causas psicológicas:

As causas psicológicas estão circunscritas aos fatores psicossociais; sociais porque a relação sexual ocorre entre, no mínimo, duas pessoas; quanto as psicológicas, estão circunscritas ao vasto espectro respondente e operante e em especial a aprendizagem reflexa e operante incluindo as possíveis interações

entre estes dois campos (Davis & Hurwitzs, 1977).

De acordo com Skinner (1953/2003) e Moreira e Medeiros (2007), estas variáveis que operam sobre determinado comportamento, incluindo o sexual, controlando-o, podem ser divididas em três grandes grupos:

- 1) Padrões Fixos de Ação (PFA): São comportamentos estereotipados e inatos comuns a todos os indivíduos de uma mesma espécie. Eles são determinados geneticamente e possuem uma interação complexa com estímulos ambientais. São exemplos de padrões fixos de ação na espécie humana: sucção, contato olho a olho, sorrir, chorar, movimento das sobrancelhas, rubor, período refratário, calafrios e bocejo.
- 2) Ação Reflexa: São comportamentos que fazem parte do repertório comportamental do organismo desde o momento de seu nascimento. Representa uma relação entre estímulo (S: uma parte ou mudança em uma parte do ambiente) e resposta (R: mudança no organismo) onde tal estímulo elicia determinada resposta, ou seja, a resposta é apresentada automaticamente na presença do estímulo: S – R. É um tipo de interação do organismo com seu ambiente. Exemplo: determinado estímulo erótico gera salivação e/ou lubrificação vaginal.
- 3) Comportamento Operante: Refere-se ao comportamento (R: resposta emitida pelo organismo) que produz consequências (C: alteração no ambiente) e é afetado por elas. As consequências dos comportamentos influenciam suas ocorrências futuras e são controlados por elas: R – C. Exemplo: novo envolvimento sexual devido a sensação prazerosa experimentada anteriormente. Pode-se introduzir os estímulos discriminativos (S^d) para estender o controle por antecedentes;

aumentando esta parte do controle por antecedentes verifica-se que a contingência fica tríplice ($S^D - R - S^C$).

A partir dessas três classificações, Pierce e Epling (1999) mostram que o condicionamento reflexo envolve a transferência do controle comportamental de determinado estímulo incondicionado (US) para outro condicionado (CS); a partir de sucessivos pareamentos entre um estímulo anteriormente neutro (CS) e outro capaz de eliciar a resposta (US) em questão, resultando em novos estímulos também capazes de provocar a mesma resposta. Esta transferência de controle pode se estender para eventos que não foram diretamente associados ao estímulo incondicionado. Esses eventos ganham controle sobre a resposta porque foram pareados com um estímulo condicionado, ou seja, pareamento de um estímulo neutro a um condicionado ao invés de parear um estímulo neutro a outro incondicionado.

Condicionamento operante envolve duas questões: o comportamento operante que é seguido por consequências que aumentam sua frequência e o operante que não é reforçado e tem sua frequência decrescida. A maior parte dos comportamentos produz consequências no ambiente e estas, por sua vez, irão influenciar suas ocorrências futuras (Pierce & Epling, 1999).

Moreira e Medeiros (2007) acrescentam que as pessoas só continuam a ter uma infinidade de ações diárias porque determinadas consequências ocorrem e as consequências por elas produzidas não influenciam somente os comportamentos que são considerados adequados ou socialmente aceitos; elas também mantêm ou reduzem a frequência de comportamentos inadequados ou indesejados.

O condicionamento respondente é eliciado por um evento que precede uma

resposta, enquanto o condicionamento operante é reforçado por estímulos que o seguem e evocado pelos estímulos que antecedem uma determinada resposta; neste sentido estar-se-á falando do operante discriminativo. Por motivos didáticos, ambos os condicionamentos são apresentados separadamente porém, na grande maioria das vezes, respondente e operante ocorrem juntos e, em algumas circunstâncias, a distinção entre eles se mostra muito difícil de ser realizada. Condicionamentos respondente e operante fazem parte da constituição biológica e também do repertório comportamental de um organismo e ambos constituem as bases da história das espécies (Pierce & Epling, 1999).

c) Fatores Sociais

Historicamente, tem-se atribuído ao macho a função de responsável sexual, enquanto à fêmea resta a função de aceitação sexual. Tais funções foram condicionadas pela educação e continuam enraizadas nos hábitos sexuais da sociedade formando, até os dias atuais, pessoas frustradas por ignorância sexual e em constante busca por suas próprias necessidades sexuais e também sua verdadeira função sexual (Masters & Johnson, 1976; Abdo & Fleury, 2006; Prata & Dias, 2008; Meston, Seal & Hamilton, 2008).

De acordo com Kusnetzoff (1988), logo no nascimento de uma criança, a sociedade designa o gênero do recém-nascido, colocando-o automaticamente, em um mundo social onde existem padrões de comportamentos já fixos e determinados.

As funções sociais são aprendidas no processo evolutivo de todo ser humano, é assim que as pessoas vão assimilando a cultura do ambiente em que vivem, como um idioma, com o passar dos anos. A imagem e o exemplo dos pais,

as narrativas dos professores, as revistas e a televisão vão contribuindo para a forma definitiva dessas funções (Kusnetzoff, 1988).

Do ponto de vista anatômico ou biológico o homem e a mulher são diferentes, por isso, supõe-se, de maneira errônea, por um abuso de extensão, que as características psicológicas e as funções sociais também sejam diferentes. E, como se observa, vez ou outra, uma diferença nítida entre as atitudes sociais entre eles, chega-se a conclusão de que realmente são diferentes; sabe-se, no entanto, que o comportamento de cada um, as funções sexuais que assumem, é antes resultado da cultura e também de sua história de condicionamentos de reforço e punição (Kusnetzoff, 1988; Prata & Dias, 2008).

Skinner (1953/2003) acrescenta a grande importância da educação para o estabelecimento de comportamentos que serão vantajosos para a pessoa e para outros em algum tempo futuro. Todas as pessoas estão sujeitas a processos educacionais de diversas formas, sendo alguns deles mais ou menos coercitivos e/ou punitivos. Nesse sentido, a educação é parte primordial de fonte de informações a respeito de todos os aspectos da vida de uma pessoa, incluindo a sexualidade.

Orgasmo

O orgasmo é o maior reforçador da apetência erótica, ou seja, do desejo sexual; tanto que, nas pessoas anorgásmicas, a tendência, é exatamente a diminuição do desejo. O não-reforço determina a extinção da apetência. Não há dúvidas de que a chamada anorgasmia quase sempre está intimamente ligada a inapetência sexual; afinal, o prazer não pode ser visto separadamente do desejo (Cavalcanti & Cavalcanti, 2006; Prata & Dias, 2008; Meston, Seal & Hamilton,

2008).

Para Kusnetzoff (1988), orgasmo refere-se a uma descarga de tensão muscular em uma série de contrações. Não tem uma única expressão; difere em cada pessoa, principalmente pela experiência de cada um. O orgasmo é um fato complexo em que intervêm fatores fisiológicos, neuromorais, endócrinos e psicológicos. As sensações provocadas na pele e nos músculos, nas zonas erógenas em particular – órgãos genitais, seios e lábios – fornecem informações ao sistema nervoso central, onde se dão reações neuroquímicas muito complexas, ainda não de todo conhecidas, e atuam sobre centros do cérebro médio e inferior, onde se encontram neurônios responsáveis pelos impulsos nervosos mais primitivos, entre outros, os da sexualidade; ali se emitem logo sinais para o córtex cerebral e a pessoa toma consciência³ das sensações de prazer e, principalmente, do seu significado (Simonassi, 1999). Tudo isso leva pouquíssimos segundos e vem acompanhado de movimentos provavelmente incondicionados de todas as partes do corpo e em especial da pelve e dos órgãos genitais.

Uma descrição subjetiva e psicológica da resposta orgásmica feminina foi organizada pelos estudiosos Masters e Johnson (1979), em uma pesquisa feita em laboratório com 478 mulheres. O consenso retirado das múltiplas descrições levou ao estabelecimento de três classes distintas na progressão subjetiva da mulher através do orgasmo:

Primeira Fase: o orgasmo tem seu início com uma sensação de suspensão ou interrupção. A intensidade vai aumentando até chegar a um nível de comoção

³ No sentido deste trabalho, o termo consciência é usado como as descrições verbais das respostas e dos estímulos que as produzem. Tais descrições verbais variam conforme a experiência de cada pessoa (Simonassi, 1999).

intensa da percepção clitoríca-pélvica. Ocorre uma perda simultânea e total da acuidade sensorial descrita como semelhante, em grau, à intensidade e duração do principal episódio orgástico culminando em um sentimento de abertura receptiva.

Segunda Fase: na segunda fase da progressão subjetiva do orgasmo, é experienciada uma sensação de “derramamento de calor”, invadindo especificamente a área pelviana e depois espalhando-se progressivamente por todo o corpo.

Terceira Fase: nesta fase, ocorre uma sensação de contração involuntária, com foco específico na vagina ou na pelve inferior descrita como um “latejamento pélvico”, quase idêntica ao latejar do pulso, ou às batidas do coração. Por fim, esta sensação de latejamento torna-se uma percepção subjetiva de taquicardia.

Vale ressaltar que esta classificação foi feita baseada no comportamento verbal. Sabe-se que o comportamento verbal no episódio verbal, é multideterminado. Uma das variáveis mais relevantes na determinação do comportamento verbal é o tipo de audiência presente durante a emissão das respostas verbais (Machado & Simonassi, 2014).

Hite (1976) realizou uma pesquisa exploratória com 3.000 mulheres, dos 14 aos 78 anos de idade, as quais descreveram os mais íntimos sentimentos com relação a sexo. Em uma das sessões desenvolvidas pelas pesquisadoras as participantes falavam sobre o orgasmo: “É fantástico ter um orgasmo. É uma mistura de sensações intensas de prazer, com um frenesi, um êxtase de amor, energia, emoção, tudo isso junto”, “O orgasmo é uma renovação dos sentidos, um despertar de vida, uma centelha reconfortante, excitante, um alívio completo do

tédio diário”.

Quando questionadas se os orgasmos são realmente importantes para as mulheres, embora a resposta mais evidente pareça ser o *sim*, a resposta mais comum vista no estudo de Hite foi a de que as mulheres *não* precisam de orgasmos. Parece claro que as mulheres se sentem no direito de se sentirem prazerosas e orgásmicas em suas relações sexuais; no entanto, esse novo “direito” tem se convertido, às vezes, em uma opressão. Algumas são levadas a sentir que têm de ter orgasmos mais para agradar o parceiro do que para agradar a si mesmas (Hite, 1976): “As mulheres estão agora sofrendo uma grande pressão para ter uma boa ‘performance’ durante o ato sexual, tendo orgasmos”, o que pode ser ilustrado pela seguinte resposta: “É bom só para ele, faz com que ele se sinta ‘mais homem’, mais bem sucedido”.

O direito ao orgasmo, além de um direito biopsicossocial, tornou-se uma questão política para as mulheres. Embora não haja nada de errado com o fato de não ter orgasmos, parece haver alguma coisa de errado em quando isso se torna um padrão, ou seja, quando o homem sempre tem orgasmos (ejaculação) e a mulher não. Neste caso a maioria das mulheres se sentem impotentes (Hite, 1976).

O orgasmo feminino, durante muitos anos, foi dicotomizado em dois diferentes “tipos”: vaginal e clitoriano. Tal distinção sobrepunha o orgasmo vaginal como sendo superior, mais importante e também o mais intenso dos orgasmos. Já o clitoriano como sendo o orgasmo mais atrasado e não completo (Masters & Johnson, 1979). Pesquisas realizadas por esses autores comprovaram que, diferentemente do que se pensava, o orgasmo feminino é invariavelmente clitoriano, ou seja, a estimulação do clitóris é um ingrediente crucial na produção

de orgasmos femininos: o do coito e o clitoriano. Portanto, a diferenciação entre orgasmo vaginal e clitoriano é, na verdade, um mito.

Kaplan (1977) e Prata e Dias (2008), a partir de suas observações clínicas, acrescentam e concluem que existe apenas uma espécie de orgasmo feminino: este, com toda probabilidade, é disparado sobretudo pela estimulação clitoriana (pela estimulação direta do clitóris ou pela indireta, por meio do mecanismo de tensão da glândula clitoriana, durante o coito). Entretanto, o orgasmo feminino é sempre localizado e grandemente experimentado na vagina e ao redor da mesma. Em suma, há uma única espécie de orgasmo feminino, e ela não é nem clitoriana e nem vaginal, mas tem ambos os componentes: clitoriano e vaginal.

Disfunções Sexuais

Na descrição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2013/2014), as disfunções sexuais caracterizam-se por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual culminando em sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal. As disfunções sexuais incluem: (a) ejaculação retardada, (b) transtorno erétil, (c) transtorno do orgasmo feminino, (d) transtorno do interesse/excitação sexual feminino, (e) transtorno da dor ginecológica/penetração, (f) transtorno do desejo sexual masculino hipotivo, (g) ejaculação prematura (precoce) e (h) disfunção sexual induzida por substância/medicamento.

Uma disfunção sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual, descrito na primeira parte desta revisão bibliográfica (desejo – excitação – orgasmo – resolução), ou por dor

associada com a relação sexual e podem ocorrer em uma ou mais dessas fases. Sempre que mais uma disfunção sexual estiver presente, todas as fases se encontram comprometidas (Abdo & Fleury, 2006).

Deve ser levado em consideração fatores tais como a idade, a experiência da pessoa, frequência e cronicidade do comportamento problema, sofrimento subjetivo e efeitos sobre outras áreas do funcionamento (Abdo & Fleury, 2006).

O DSM-5 (APA, 2013/2014) aponta os subtipos de disfunção sexual, tais como *ao longo da vida* (se a disfunção sexual estiver presente desde o início do funcionamento sexual) e *adquirido* (se a disfunção sexual se desenvolve apenas após um período de funcionamento normal) para indicar o contexto e os fatores etiológicos associados com as disfunções sexuais. Também salienta os subtipos *generalizado* (se a disfunção sexual não está limitada a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros) e *situacional* (se a disfunção sexual está limitada a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros) para indicar o contexto no qual a disfunção sexual ocorre.

De acordo com Abdo (2004), quando o desempenho sexual torna-se comprometido, a satisfação para com a vida (para a imensa maioria de 95% dos brasileiros que tem atividade sexual) torna-se abalada, ou seja, a qualidade de vida tanto do homem, como da mulher, é prejudicada.

No Brasil, algumas disfunções sexuais foram relatadas como “constantes” por 48,1% dos homens e 50,9% das mulheres. Desta maneira, tais disfunções permanecem na vida da pessoa que já passou da fase de iniciação sexual e não atravessa uma crise no relacionamento. As mais frequentes são: (a) falta de ou pouco desejo, (b) dificuldade de excitação, (c) ausência de orgasmo, (d) dor relacionada com o ato sexual, (e) ejaculação rápida e (f) disfunção erétil (Abdo,

2004).

Em cada 100 mulheres, 26 a 27 têm dificuldade para se excitar durante o ato sexual. Esta dificuldade é vivenciada como falta de lubrificação vaginal ou lubrificação insuficiente e relaxamento dos músculos da vagina e da pelve. Esse índice atinge mais as mulheres entre 18 e 25 (28%) anos do que as que estão na faixa dos 26 aos 40 (24,8%) anos de idade. A partir dessa idade, esse percentual passa para 24,4% de mulheres entre 41 a 50 anos, 28,2% entre as que possuem 51 a 60 anos e, por fim, 38,1% de mulheres que têm 61 anos ou mais (Abdo, 2004).

A dificuldade para chegar ao orgasmo é uma questão predominantemente feminina: de modo geral, atinge cinco vezes mais mulheres (26,2%) do que homens (4,9%). As mais novas (18 a 25 anos) e as que possuem acima de 60 anos de idade apresentam mais dificuldade: 33,8% e 30,3%, respectivamente. Aquelas que possuem idades entre 26 a 40, 41 a 50 e 51 a 60 apresentam percentuais semelhantes: 23,8%, 21,7% e 20,7%, respectivamente (Abdo, 2004).

Transtorno do Orgasmo Feminino

A característica essencial do Transtorno do Orgasmo Feminino é um atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual. Uma vez que as mulheres apresentam uma ampla variabilidade no tipo ou intensidade da estimulação que leva ao orgasmo, esse diagnóstico deve fundamentar-se no julgamento clínico de que a capacidade orgástica da mulher é menor do que se poderia esperar para sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe. Tal perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal (Rodrigues et al., 2001; Meston,

Seal & Hamilton, 2008; APA, 2013/2014).

De acordo com Barlow e Durand (2005/2008), a fase do orgasmo do ciclo da resposta sexual pode ser prejudicada de diversas maneiras. O orgasmo tanto pode ocorrer em uma ocasião inapropriada como simplesmente não acontecer. A incapacidade de atingir o orgasmo apesar do desejo sexual e da excitação adequados é bastante comum em mulheres de diversas faixas etárias.

Para os pesquisadores Masters e Johnson (1977), a exigência sócio-cultural de que a mulher disfarçasse grande parte de suas sensações sexuais durante seus anos de formação acabou culminando no desenvolvimento social de uma fachada de “boa moça”. Em vez de ensinarem as meninas ou mesmo permitirem a elas dar valor às suas sensações sexuais, antecipando a oportunidade apropriada e significativa de expressão e, assim, criando um sistema de valor sexual realista, a sociedade impunha a repressão ou o afastamento de seu contexto natural.

Atualmente, a realidade da função sexual feminina, à parte a sua função vital na reprodução, ainda traz consigo implicações carregadas de preconceitos, vergonhas e tabus. Em suma, a herança de uma negação sexual feminina acabou desencorajando a criação de um sistema de valor sexual efetivamente útil à mulher. Os padrões sexuais residuais da repressão sexual feminina afetaram e continuam afetando muitas mulheres na atualidade; elas amadurecem inteiramente cômicas das repercussões da discordância sexual, de modo que andam às apalpadelas a procura de novas funções sexuais (Masters & Johnson, 1977; Lara et al., 2008).

Na também chamada Anorgasmia, a mulher sente que o orgasmo se aproxima, mas, quando está quase ocorrendo, se desvanece e se afasta. Para

muitas mulheres, a incapacidade de ficar completamente excitada ou chegar ao orgasmo pode ser uma das principais razões de frustração pessoal e de sérios transtornos no relacionamento (Heiman, LoPiccolo & LoPiccolo, 1976; Heiman & LoPiccolo, 1992; Rodrigues et al., 2001).

Como em outros aspectos da sexualidade feminina, a desinformação, as regras errôneas, os preconceitos religiosos, escolares e familiares podem prejudicar a capacidade orgástica da mulher. O primeiro “fantasma” a ser afugentado é o medo de ser rotulada como frígida; isto a leva a canalizar toda a sua vontade na obtenção do orgasmo, o que impede o abandono indispensável às sensações de gozo, ou a assimilar o clímax para satisfazer o parceiro e evitar o suposto ridículo. Em outras palavras, ela pode ficar sob controle de estímulos, por vezes, produzidos por ela própria, que não levam ao conjunto de comportamentos reflexos e operantes que são pré-correntes para a ocorrência de orgasmos (Kusnetzoff, 1988).

Toda mulher deve aprender, e transmitir ao companheiro, principalmente com o auxílio do comportamento verbal, a fisiologia de seus órgãos genitais e as técnicas de estimulação que prefere; deve superar pudores e preconceitos que a impedem de solicitar determinadas carícias e posições e também a propor novas condições ambientais que ela considere favoráveis para manter a relação sexual satisfatória (Skinner, 1957/1978; Kusnetzoff, 1988).

Objetivos do presente estudo

Este estudo objetivou a modificação de ações inábeis relacionadas ao comportamento sexual, relatos de insatisfação com o parceiro e uso de lubrificantes de uma participante do sexo feminino. Para demonstrar que as

intervenções comportamentais empregadas (instruir por meio de informações, fornecer *feedbacks*, hierarquizar tarefas, fornecer modelos e instruções, instruir o uso do reforçamento positivo e ensinar o treino discriminativo das respostas corporais antes e durante o coito) – variável independente – é que produziram efeito sobre a variável dependente (ações inábeis relacionadas ao comportamento sexual, relatos de insatisfação com o parceiro e o uso de lubrificantes) empregou-se o delineamento de tratamentos alternados do tipo A-B-C seguido por *follow-up*. Também objetivou avaliar os antecedentes e consequentes dos comportamentos-alvo por meio de um processo de avaliação funcional que incluiu a observação indireta e a auto-observação do comportamento.

Método

Participante

Participou deste estudo uma mulher de 26 anos, divorciada, mãe de um filho de quatro anos e meio, de ensino superior completo que trabalhava como secretária executiva em um estúdio de música. Filha mais velha de uma prole de dois, obteve em seu ambiente familiar pobre fonte de informações a respeito do tema sexualidade. Obteve seu primeiro conhecimento sobre sexo por volta de 14 anos, com amigas mais velhas da escola. Sua primeira relação sexual aconteceu quando tinha 16 anos, com um namorado 10 anos mais velho que ela; tal experiência constituiu-se em um evento aversivo a ela uma vez que foi dolorosa em função de não ter sido estimulada previamente pelo parceiro para o ato sexual. Aos 18 anos, conheceu aquele com quem namorou e teve sua primeira experiência sexual considerada satisfatória; porém, a relação afetiva chegou ao

fim após um ano. Posteriormente, conheceu uma pessoa com que se casou, teve um filho e separou-se após três anos casada; no início do casamento mantinha uma vida sexual satisfatória, a qual tornou-se insatisfatória com o passar do tempo devido a relações extra conjugais que o marido mantinha. Aos 25 anos conheceu seu atual parceiro, com o qual manteve relações sexuais satisfatórias no início do relacionamento, momento que se encontravam com menor frequência. Após um ano de relacionamento as relações sexuais tornaram-se insatisfatórias haja vista a ausência de orgasmos quando das interações sexuais. A participante apresentava relatos verbais indicativos de disfunção sexual. A Tabela 1 apresenta exemplos desses relatos ⁴.

Tabela 1 – Relatos da participante indicativos de disfunção sexual

“Frustrada e desanimada. Hoje evito ter relações sexuais.”

“Eu não tenho orgasmos há algum tempo.”

“Minha vida sexual é insatisfatória.”

“Raramente tenho vontade de fazer sexo com ele.”

Materiais e Ambiente

Os materiais utilizados foram: folhas de papel A4, prancheta, caneta, lapiseira e aparelho *notebook*. Também utilizou-se de um roteiro para Entrevista Inicial (Anexo 1), um roteiro para Questionário Específico do Orgasmo (Anexo 2) e folhas de registros comportamentais (Anexo 3), além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 4). O estudo com a participante deu-se em sua residência e o contexto semi-experimental era assim composto: duas cadeiras, uma mesa, duas poltronas, temperatura e iluminação artificiais.

⁴ Neste estudo, as citações com aspas (“ ”) no início e ao final de cada relato representa a fala literal da participante e as citações sem aspas representam uma citação indireta dos relatos.

Procedimento

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – COEP e obteve sua aprovação sob o número 37413614.40000.0037. A participante foi selecionada através de uma indicação informal, por meio de uma amiga em comum da pesquisadora e atendeu aos critérios de inclusão (ter mais de 18 anos de idade, ter parceiro fixo, apresentar relatos verbais indicativos de disfunção sexual e comprometer-se a encontrar-se com a pesquisadora uma vez por semana). Os critérios de exclusão adotados foram: apresentar queixas de problemas de saúde que poderiam interferir de maneira significativa no desempenho sexual da pessoa em questão ou que esta estivesse fazendo uso de quaisquer medicações que pudesse comprometê-lo.

No primeiro encontro com a participante, foi apresentado o tema do estudo – Disfunções Sexuais Femininas. Posteriormente, leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo elucidadas dúvidas e explicado como aconteceria o estudo. Com o consentimento da mesma, foram combinados dias e horários dos encontros subsequentes. As sessões ocorreram uma vez por semana com duração de 60 minutos.

Foi empregado neste estudo o Delineamento de Tratamentos Alternados (A-B-C) seguido por *follow-up*. Iniciou-se com a fase A, de linha de base, compreendida pela mensuração de seis classes comportamentais: ações inábeis e ações hábeis relacionadas ao comportamental sexual, relatos de insatisfação e satisfação com o parceiro e uso de lubrificantes artificiais (gel) ou naturais (saliva) e respostas de lubrificação vaginal – variável dependente. Posteriormente, iniciou-se com as fases B e C, fases de intervenção. A fase B foi compreendida por Intervenções Gerais e a fase C por Intervenções Específicas, ambas com o

propósito de modificar as classes comportamentais-alvo. As fases de intervenção foram seguidas pelas fases de *follow-up* que consistiu de duas sessões realizadas em intervalos de tempo distintos, a fim de se observar a estabilidade do comportamento sexual adequado ou retornar às intervenções se observada instabilidade comportamental.

Fase 1 - Linha de Base

Essa fase foi compreendida por 3 sessões totais, na qual a pesquisadora empregou procedimentos de avaliação funcional indiretos para a coleta de dados por meio de entrevista inicial e de um questionário específico do orgasmo. Também utilizou-se de uma atividade de registro (auto-observação): a pesquisadora treinou a participante a identificar os eventos a serem registrados (eventos antecedentes e consequentes relacionados ao comportamento sexual). Esses procedimentos estão apresentados na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Procedimentos de avaliação funcional e descrição.

Procedimento	Descrição
Entrevista Inicial	A entrevista objetivou coletar dados sócio-demográficos, além de dados de sua história de vida, história sexual e eventos antecedentes e consequentes da disfunção sexual.
Questionário Específico do Orgasmo Adaptado (Hite, 1976)	O questionário consistiu-se de questões específicas sobre orgasmo feminino.
Automonitoramento	A atividade de registro abarcava anotações de eventos antecedentes e consequentes do comportamento sexual incluindo uma nota subjetiva para avaliação de cada atividade sexual registrada: sendo zero muito insatisfeita e 5 muito satisfeita.

Fase 2- Intervenção

Essa fase foi compreendida por 7 sessões totais. A seguir o detalhamento das intervenções comportamentais, gerais e específicas, que foram empregadas.

(a) Intervenções Gerais :

(1) Instruir por meio de informações registradas em *slides* acerca das quatro fases da resposta sexual humana com figuras ilustrativas e textos explicativos.

(2) Fornecer *feedbacks* como consequência aos comportamentos apropriados registrados pela participante na atividade de registro (auto-observação) que estavam relacionados ao problema sexual.

(3) Hierarquizar ações por ordem de dificuldade, ou seja, a começar pela mais fácil de ser realizada em direção a mais difícil de ser realizada, as quais compreendiam mudanças comportamentais que poderiam ser iniciadas pela participante antes, durante e após a atividade sexual. Cumpre ressaltar que a participante poderia acrescentar novos itens à lista à medida que discriminasse mudanças comportamentais que deveriam ser iniciadas. A Tabela 3 apresenta a hierarquia de ações, incluindo comportamentos a serem emitidos antes, durante e após a atividade sexual.

Tabela 3 - Hierarquia de ações.

Comportamentos a serem emitidos	
Antecedentes à atividade sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar música no ambiente 2. Pensar na relação sexual antes mesmo dela acontecer (e.g., durante o dia, no trabalho ou no banho) 3. Apresentar-se ao parceiro com uma roupa íntima nova 4. Emitir comportamentos afetuosos durante o dia (e.g., dar um telefonema sem relacioná-lo a recados ou pedidos, falar de saudade)
Durante a atividade sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar carícias no parceiro se houvesse interrupção das carícias por ele durante preliminares 2. Induzir comportamentos manipulatórios no parceiro (e.g., colocar a mão do parceiro em partes do seu corpo como seios, nádegas, pernas e genitália) 3. Demonstrar por meio de sons e gestos o que estaria promovendo a elevação de sua excitação
Subsequentes à atividade sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convidar o parceiro para tomar banho juntos após relação sexual 2. Fazer carinho no parceiro enquanto permaneciam na cama após relação sexual

(4) Fornecer modelos e instruções objetivando treinar ações hábeis na participante que envolviam o comportamento verbal e também o comportamento não verbal nas diferentes situações conjugais e sexuais: olhar nos olhos do

parceiro, postura corporal (além de olhar de frente para a pessoa, manter a postura ereta), linguagem gestual (comunicar-se via gestos expressivos, mas não exagerados), expressão facial (compatibilizar a expressão facial com o conteúdo da mensagem passada), tonalidade e volume de voz (adequados ao que quer expressar; não haveria porque gritar, nem ser agressiva ou submissa) e escolher a hora apropriada (expressar-se na hora e no local corretos).

(5) Instruir o uso do reforçamento positivo pela participante aos novos comportamentos do parceiro emitidos no contexto conjugal e sexual, comportamentos estes que ela gostaria que se mantivessem. Foi explicado a participante que quando o comportamento é seguido por uma consequência reforçadora, o mesmo aumenta sua probabilidade de ocorrência. Pesquisadora e participante treinaram a disponibilização de estímulos potencialmente reforçadores. Foi acordado que a participante elogiasse os comportamentos do parceiro como, por exemplo, elogiar a aparência do parceiro, seu modo de agir, agradecer pequenos gestos apresentados pelo parceiro a ela, para, posteriormente, estender os elogios aos comportamentos emitidos pelo parceiro no contexto sexual.

(b) Intervenções Específicas:

(1) Ensinar o treino discriminativo das respostas corporais antes do coito, o que compreendeu em a participante funcionar como “receptora” das carícias feitas pelo parceiro, ou seja, focar-se nas respostas corporais provenientes das explorações sexuais por ele realizadas, as quais ocorriam imediatamente antes do coito. Ela deveria dar importância para todas as respostas físicas resultantes dos sentidos corporais: audição, olfato, visão, paladar e, principalmente, na

sensação do toque. O objetivo era o de elevar a excitação (lubrificação vaginal) da participante.

(2) Ensinar o treino discriminativo das respostas corporais durante o coito, ou seja, foi explorado com a participante a maneira mais provável de se chegar ao orgasmo, partindo daquilo que fazia parte do repertório do casal. Dentre o que era praticado por eles, a participante apontou a penetração como a melhor maneira de chegar ao orgasmo, fosse a posição com o parceiro por cima e ela por baixo, ou a posição contrária, ela por cima do parceiro controlando o ritmo e a intensidade da penetração. Em seguida, a participante foi orientada a focar-se nas respostas sensoriais que ocorreriam durante a penetração. O objetivo dessa intervenção era o alcance do orgasmo. Entretanto, a obtenção do mesmo seria consequência dessa interação, não sendo exigido à participante obtê-lo.

Análise dos Dados

Os dados do presente estudo foram obtidos por meio das respostas verbais emitidas pela participante com a aplicação da entrevista e do questionário, na fase de linha de base e por meio dos relatos textuais apresentados nas atividades de auto-observação do comportamento, portanto, iniciados na linha de base e estendidos até as fases de intervenção. Os dados foram transcritos à íntegra pela pesquisadora que digitou todas as respostas e relatos textuais apresentados (Anexos 5 e 6).

Foram categorizadas seis classes comportamentais: (1) ações hábeis e (2) ações inábeis relacionadas ao comportamento sexual, (3) relatos de insatisfação e (4) relatos de satisfação com o parceiro, (5) uso de lubrificantes artificiais (gel) ou naturais (saliva) e (6) resposta de lubrificação vaginal.

A classe comportamental referente às ações hábeis e ações inábeis foi definida pelo comportamento público da participante nos diferentes contextos que envolviam o comportamento sexual (antecedente, durante e subsequente à atividade sexual), sendo a medida obtida por meio dos registros feitos pela participante dessas ações. A Tabela 4 apresenta exemplos de ações inábeis antecedentes, durante e subsequentes à atividade sexual apresentadas pela participante.

Tabela 4 – Ações inábeis antecedentes, durante e subsequentes à atividade sexual.

Inabilidades Relacionadas ao Comportamento Sexual	
Antecedentes	Evitar iniciar a relação sexual Não comunicar ao parceiro ao sentir vontade de ter relação sexual
Durante	Não verbalizar com o parceiro durante a relação sexual Fazer sexo com o parceiro quando não quer ter relação sexual
Subsequentes	Dizer que a relação sexual foi boa quando não gostou Não falar com o parceiro sobre a ausência de orgasmo

A Tabela 5 apresenta exemplos de ações hábeis antecedentes, durante e subsequentes à atividade sexual apresentadas pela participante.

Tabela 5 – Ações hábeis antecedentes, durante e subsequentes à atividade sexual.

Habilidades Relacionadas ao Comportamento Sexual	
Antecedentes	Convidar o parceiro para o mesmo dormir em sua casa quando encontrava-se sozinha Comprar roupas íntimas novas para usar com o parceiro
Durante	Demonstrar agrado durante o beijo, verbalizando ao parceiro Emitir sons e gemidos ao achar boa a relação sexual
Subsequentes	Demonstrar agrado após a relação sexual, verbalizando ao parceiro Convidar o parceiro para irem tomar banho juntos ao final da relação sexual

A classe comportamental referente a insatisfação e satisfação para com o parceiro foi definida e medida pelo relato do sentir negativo e positivo (comportamento verbal privado) da participante dentro do contexto sexual e conjugal, respectivamente. A partir do momento que a participante relata, os comportamentos deixam de ser privados e passam a ser públicos. Como não é

possível, em uma situação como esta, comprovar correspondência entre o que é relatado e o que é sentido, os verbais relatados são inferências de eventos privados sentidos pela participante. A Tabela 6 exibe exemplos de relatos de insatisfação sexual e conjugal e suas palavras-chave.

Tabela 6 - Relatos de insatisfação sexual e conjugal com o parceiro e palavras-chave.

	Insatisfação com o Parceiro	Palavras-chave
Sexual	“Minha vida sexual não é satisfatória”	Não é satisfatória
	“Me sinto frustrada e desanimada quando faço sexo”	Frustrada e Desanimada
	“Apesar de me sentir péssima com tudo isso, fico calada”	Péssima
	“Me sinto muito frustrada quando me esforço para atingir um orgasmo”	Frustrada
Conjugal	“Fico muito chateada com a forma que ele fala”	Chateada
	“Fiquei extremamente chateada com o fato dele não ter conversado anteriormente comigo sobre esse assunto”	Chateada
	“Eu ainda estou muito chateada com a discussão que tivemos mais cedo”	Chateada

A Tabela 7 exibe exemplos dos relatos de satisfação sexual e conjugal e suas palavras-chave.

Tabela 7 - Relatos de satisfação sexual e conjugal com o parceiro e palavras-chave.

	Satisfação com o Parceiro	Palavras-chave
Sexual	“Fiquei muito feliz com a reação dele [após apresentar-se ao parceiro com uma peça íntima nova]”	Feliz
	“Ele estava atencioso comigo e isso me deixou feliz”	Feliz
	“Ele tirou o secador das minhas mãos e me jogou na cama. Gostei”	Gostei
Conjugal	“Fiquei muito feliz com as mudanças de atitudes dele”	Feliz
	“Fiquei muito satisfeita com a atitude dele”	Satisfeita
	“Fiquei muito feliz com o convite dele”	Feliz

A resposta de lubrificação artificial foi medida pelos relatos indicativos de utilização de lubrificantes artificiais (em gel) e/ou naturais (saliva do parceiro), na

ausência de lubrificação vaginal da participante durante as relações sexuais (e.g., “Entreguei o lubrificante artificial e ele [parceiro] utilizou em mim”, “Ele [parceiro] foi para penetração usando saliva”). Define-se como resposta de lubrificação vaginal somente aquela que é produzida pela glândula de Bartolini (responsável pela lubrificação vaginal).

Cálculo do índice de concordância

Para fidedignidade dos dados contou-se com a colaboração de uma observadora independente com doutorado em Psicologia. Ela foi convidada a ler as transcrições das respostas emitidas e dos relatos textuais e apontar a que classe comportamental categorizada neste estudo a resposta ou relato textual pertencia. Não houve treinamento prévio para a realização dessa tarefa, apenas uma descrição do trabalho a ser feito. Realizou-se o cálculo do índice de concordância por meio da fórmula: $[\text{Concordâncias} / (\text{concordâncias} + \text{discordâncias})] \times 100$. O percentual de fidedignidade foi calculado e resultou em 95% de concordâncias e 5% de discordâncias.

Resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de tabelas e figuras.

Avaliação funcional indireta por meio de entrevista

Os dados acerca dos eventos antecedentes e consequentes da disfunção sexual ocorridos na história passada da participante foram coletados por meio de

entrevista. A Tabela 8 apresenta os eventos antecedentes e consequentes da disfunção sexual.

Tabela 8 – Eventos antecedentes e consequentes da disfunção sexual.

<u>Eventos antecedentes da disfunção sexual</u>
Ambiente familiar: pobre fonte de informações sobre o tema sexo.
Primeiro conhecimento sobre sexo: aconteceu com aproximadamente 14 anos, com amigas da escola mais experientes.
Primeira relação sexual: ocorreu aos 16 anos e foi descrita como ruim e dolorosa, em função de não ter sido adequadamente preparada pelo parceiro e ocorrido por pressão do mesmo.
Assunto sexualidade: nunca conversou com o parceiro sobre suas dificuldades. Falou com uma amiga, a qual lhe relatou ser normal.
<u>Eventos consequentes da disfunção sexual</u>
Considerava sua vida sexual insatisfatória.
As relações sexuais não fluem.
Muita dificuldade de atingir orgasmos.

Avaliação funcional indireta por meio de questionário

Informações sobre orgasmo da participante foram coletadas por meio do Questionário Específico do Orgasmo. A Tabela 9 apresenta as respostas fornecidas.

Tabela 9 – Questões sobre orgasmo e respostas fornecidas.

Questões	Respostas
<i>Você tem orgasmos? Se não, o que você acha que contribuiria para que os tivesse?</i>	“Não. O ambiente, o parceiro explorar mais as preliminares e mais romantismo na relação.”
<i>Ter orgasmo é importante para você?</i>	“Muito.”
<i>Você tem o mesmo prazer no sexo com ou sem orgasmos?</i>	“Não.”
<i>Fazer sexo satisfatoriamente tem alguma coisa a ver com o orgasmo?</i>	“Tudo a ver.”
<i>Você tem orgasmos de quais formas? (Indique: geralmente, às vezes, raramente ou nunca).</i>	“Raramente por meio de penetração vaginal, manipulação do clitóris e estimulação oral.”
<i>Descreva com suas palavras como você sente um orgasmo.</i>	“Intenso.”
<i>Para você, há mais de um tipo de orgasmo?</i>	“Com penetração é melhor, mais intenso, mas não tem tanta diferença.”
<i>Descreva com suas palavras como se sente antes do orgasmo e depois de atingi-lo.</i>	“Antes excitada e depois a excitação diminui aos poucos.”
<i>Um orgasmo a deixa satisfeita fisicamente e /ou psicologicamente?</i>	“Fisicamente sim, mas psicologicamente às vezes não, depende.”
<i>Descreva a melhor maneira pela qual seu corpo pode ser estimulado para que você atinja um orgasmo.</i>	“Estando na companhia de um parceiro e sendo estimulada de maneira adequada.”

Avaliação funcional por meio da auto-observação

Os dados acerca dos eventos antecedentes e consequentes do comportamento sexual ocorridos em sua história presente foram coletados por meio da atividade de registro. As informações apresentadas na Tabela 10 ilustram dois dos quatro registros fornecidos pela participante, durante a Linha de Base.

Tabela 10 – Relatos textuais dos eventos antecedentes e consequentes do comportamento sexual na fase de linha de base.

Antecedentes	Comportamento	Consequentes
Na casa dele, sozinhos. Ao sair do banho a participante adentra ao quarto e se depara com o parceiro vendo um filme pornô, com as mãos em seu próprio pênis, ereto.	Desanimada e chateada com o parceiro; tenta demonstrar através de expressão facial e gestual, não permitindo o parceiro tirar a toalha que cobria seu corpo. Cede aos beijos e abraços do parceiro. Diante da posição do parceiro, na cama, entende que o parceiro quer sexo oral e o faz. Permite que o parceiro a lubrifique artificialmente (com uso de gel). Questiona se o parceiro já está gozando (após cerca de 25 min. de penetração).	O parceiro ausenta-se para tomar banho, logo após a atividade sexual; retorna, joga jogo no celular e assiste televisão. Ela dorme.
Almoço com o parceiro e a sogra. O mesmo tinha recusado seu convite aceitando quando a mesma disse que estava com sua mãe (sogra). O parceiro diz a ela não ter gostado do cabelo novo dela. Passam o dia todo no local do almoço, resultando em o parceiro beber muito. Ao saírem de lá vão a um aniversário em outra cidade. Retornaram e foram para a casa dele.	Chateada e cansada; aceita tomar banho com o parceiro, o qual a aborda com beijos e abraços. Estimula o pênis do parceiro rapidamente após o mesmo estimular seu clitóris por pouco tempo. Ela emite sons de agrado ao toque, mas não sabe se ele os percebe. Faz sexo oral no parceiro ao ser induzida fisicamente, pela cabeça, por ele. Permite o parceiro lubrificá-la por meio de saliva.	A penetração é mantida por 10 min. Ao fim, responde “Que bom” ao parceiro frente à verbalização do mesmo “Foi uma delícia”, embora tenha achado desconfortável ter relação sexual em pé, no boxe do banheiro.

A Tabela 11 ilustra as avaliações realizadas pela participante por meio de escala subjetiva para as 15 relações sexuais totais que ela manteve com o parceiro durante todo o estudo. A Tabela 11 aponta que na linha de base a avaliação da participante variou entre 0 e 1, indicando insatisfação com as relações sexuais que mantinha. Durante a fase de intervenção a avaliação feita pela participante variou entre 0 e 5, indicando, primeiramente, relações sexuais insatisfatórias, e posteriormente, relações sexuais satisfatórias.

Tabela 11 – Avaliações da participante para cada relação sexual.

Relações Sexuais	Avaliação
Linha de Base	
1	1
2	0
3	1
Intervenções Gerais	
4	0
5	1
6	3
7	3
8	4
9	4
10	5
Intervenções Específicas	
11	5
12	4
13	5
14	5
15	4

A Tabela 12, a seguir, apresenta três das quatro fases da resposta sexual humana (desejo ou apetência, excitação e orgasmo) e aponta a ocorrência e não ocorrência dessas fases quando das 15 relações sexuais sucedidas ao longo da pesquisa. Assinalou-se com um 'x' a casela indicativa de ocorrência e com um '----' a casela indicativa de não ocorrência. Em função da excitação poder ser medida por meio de relatos de presença de lubrificação artificial (uso de gel) e/ou natural (uso de saliva pelo parceiro) e de lubrificação vaginal, a ocorrência de lubrificação artificial e/ou natural foi assinalada com '/' e a ocorrência de lubrificação vaginal foi assinalada com um 'x'.

Conforme a Tabela 12 apresenta, em um total de 15 relações sexuais a participante relatou desejo (apetência) em 13. Já a fase de excitação, embora cumprida em todas as relações sexuais, nas cinco primeiras relações sexuais relatadas, a excitação deu-se por meio de lubrificação artificial e/ou natural (três

vezes com uso de gel e duas vezes por meio da saliva do parceiro) e nas 10 relações sexuais subsequentes a participante a obteve por meio de lubrificação vaginal. Na terceira fase da resposta sexual a participante relatou ausência de orgasmo em 11 dos 15 relatos de relações sexuais, sendo que 9 deles foram sequenciais, já os quatro demais relatos apontam ocorrência e não ocorrência de orgasmos alternados.

Tabela 12 – Ocorrência e não ocorrência das fases desejo, excitação e orgasmo.

Relações Sexuais	Desejo (apetência)	Excitação	Orgasmo
1	X	/	----
2	----	/	----
3	X	/	----
4	----	/	----
5	X	/	----
6	X	X	----
7	X	X	----
8	X	X	----
9	X	X	----
10	X	X	X
11	X	X	X
12	X	X	----
13	X	X	X
14	X	X	X
15	X	X	----

Dados da análise funcional

As ações inábeis e hábeis da participante foram medidas durante a linha de base a as fases de intervenção.

A Figura 1 demonstra, durante a fase de linha de base, um total de 35 comportamentos, sendo que 30 são de ações inábeis (86%) e 5 de ações hábeis (14%). Após aplicação das intervenções, redução significativa de ações inábeis é observada totalizando 13 ações inábeis (20%) e um aumento considerável de ações hábeis: 53 (80%).

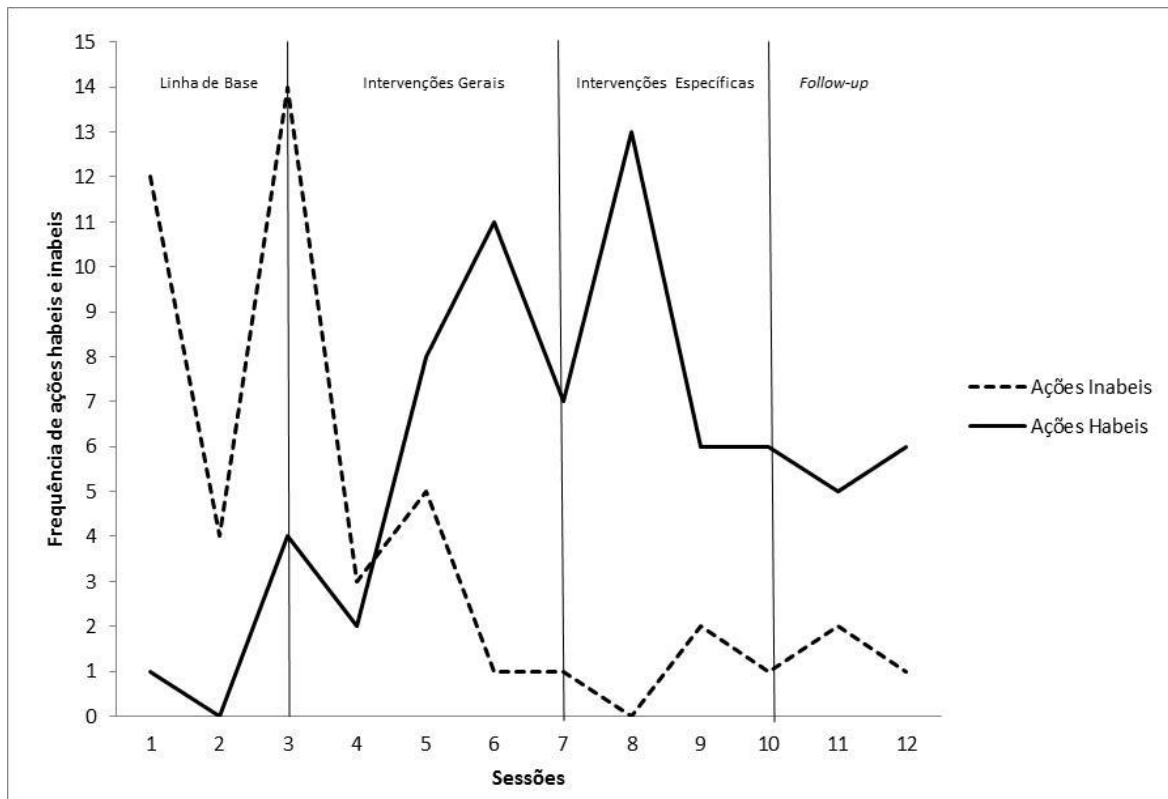


Figura 1 – Frequência das ações inábeis e hábeis da participante no contexto sexual.

Os relatos de insatisfação e satisfação da participante, ocorridos no contexto sexual e conjugal, foram medidos durante a linha de base a as fases de intervenção.

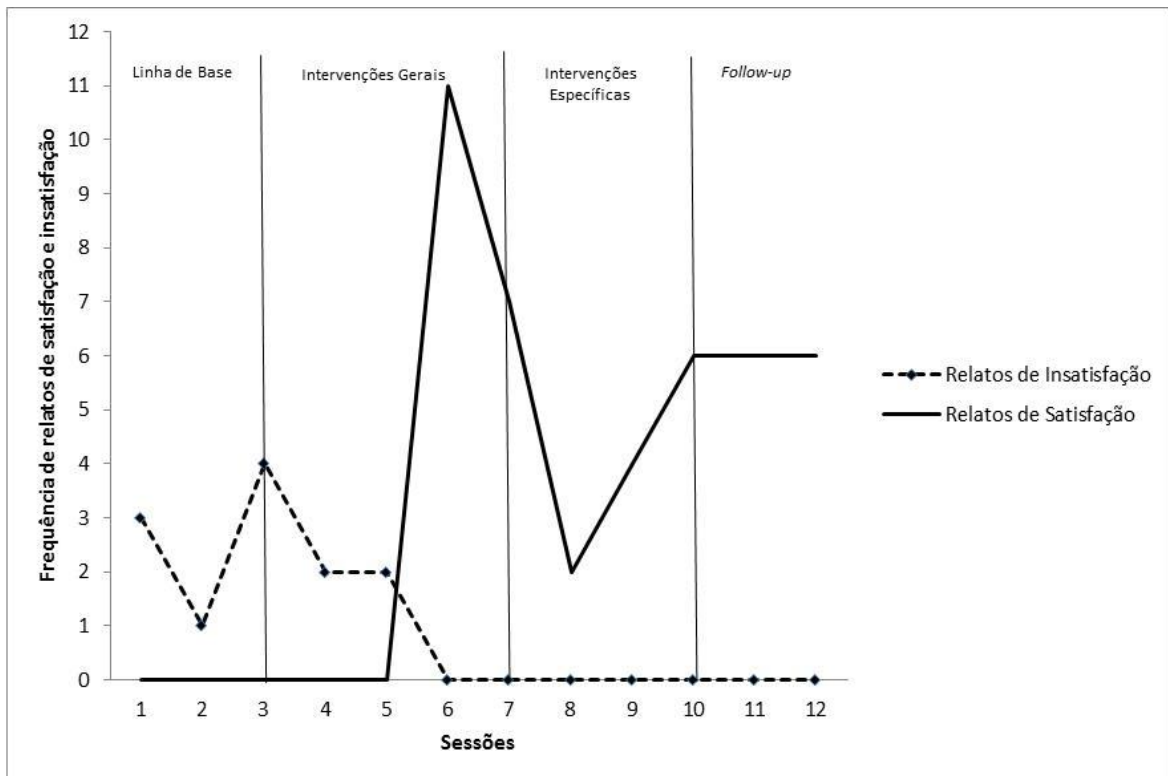


Figura 2 - Frequência dos relatos de insatisfação e satisfação da participante no contexto sexual e conjugal.

A Figura 2 mostra que, na fase de linha de base, a participante não apresentou nenhum relato de satisfação sexual e/ou conjugal com o parceiro e que, os 8 relatos totais, (100%) foram de insatisfação para com o mesmo. Após intervenções, os relatos de satisfação com o parceiro aumentaram para 30 (88%) e os de insatisfação diminuíram para 4 (12%).

As respostas de lubrificação artificial e/ou natural e a reposta de lubrificação vaginal foram medidas durante a linha de base a as fases de intervenção.

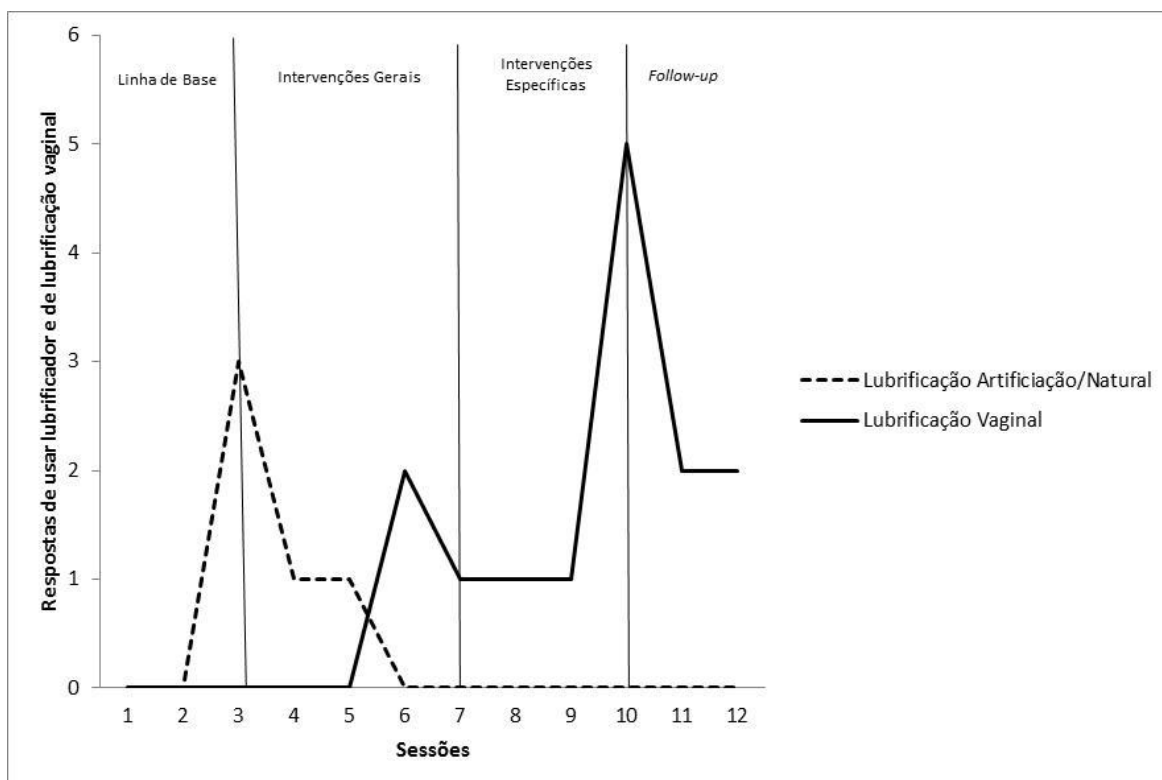


Figura 3 - Frequência de relatos da resposta de lubrificação artificial/natural e da resposta de lubrificação vaginal da participante durante as relações sexuais.

A Figura 3 apresenta que a participante não obteve nenhuma lubrificação vaginal (0%) durante a fase de linha de base e que todas as três (100%) respostas de lubrificação, nesse período, foram de lubrificação artificial/natural (por meio de gel e/ou saliva do parceiro). Com as intervenções, a participante apresentou 10 (83%) respostas de lubrificação vaginal e apenas duas (17%) respostas de lubrificação artificial/natural.

Discussão

Um dos objetivos deste estudo foi o de avaliar os antecedentes e consequentes da disfunção sexual de uma participante do sexo feminino, por meio de um processo de avaliação funcional que incluiu a observação indireta (entrevista e questionário) e auto-observação.

Os dados obtidos pela avaliação funcional por meio de entrevista apontaram que a participante apresentava pouco conhecimento sobre o tema sexualidade, relatando um ambiente familiar de poucas informações; seus primeiros conhecimentos sexuais ocorreram por meio de colegas e do parceiro sexual.

Abdo (2004) descreve que as fontes de aquisição de conhecimento sexual mais frequentes entre as mulheres brasileiras são: (1) por meio de amigos de infância, (2) pais ou responsáveis, (3) professores, (4) tios e (5) outros (médicos, religiosos, revistas, etc.) e que, dentre essas mais frequentes, a maioria das mulheres com idades entre 26 e 60 anos (32,1% para as que têm de 26 a 40 anos e 33,2% para as que possuem idades entre 41 e 60 anos) adquirem informações sexuais primárias por meio de amigos de infância.

De acordo com Skinner (1953/2003) e Kusnetzoff (1988), a educação e o exemplo dos pais, bem como as narrativas aprendidas a respeito da sexualidade, são fundamentais para compor a função social que cada pessoa constrói sobre sua personalidade. Nesse sentido, a falta de comunicação no ambiente familiar da participante indica colaboração significativa na instalação de receios, dúvidas e tabus presentes em seu repertório comportamental.

Uma vez que o comportamento sexual de cada pessoa é também resultado da história de condicionamentos (reforço e punição) (Moreira & Medeiros, 2007), poder-se-ia afirmar que as primeiras vivências sexuais relatadas pela participante, nas quais não era adequadamente estimulada pelo parceiro para o ato sexual, consequenciaram no afastamento da mesma de experiências sexuais subsequentes.

A avaliação funcional por meio do questionário específico do orgasmo possibilitou observar a importância que a participante atribuía a atingir o orgasmo

quando da relação sexual. Para a participante ter orgasmo era “muito” importante. Ademais, relatou que não tinha o mesmo prazer no sexo com ou sem orgasmo. E, ainda, declarou que fazer sexo satisfatoriamente tinha “tudo a ver” com o orgasmo. (e.g., *Ter orgasmos é importante para você?* R: “Muito.”, *Você tem o mesmo prazer no sexo com ou sem orgasmos?* R: “Não.”, *Fazer sexo satisfatoriamente tem alguma coisa a ver com o orgasmo?* R: “Tudo a ver.”). Por sua vez, a ausência do orgasmo estava correlacionada aos relatos de disfunção sexual dessa participante (ver Tabela 1).

Entretanto, a ocorrência de orgasmo nas últimas relações sexuais que a participante manteve com o parceiro mostrou que existe acordo entre o que ela descreve ser uma relação sexual satisfatória com a avaliação subjetiva feita por ela dessas relações sexuais, as quais obtiveram as notas mais elevadas (ver Tabela 11).

Dados significativos da avaliação funcional por meio da auto-observação do comportamento foram apresentados. Nos dois registros apresentados pela participante durante a linha de base (ver Tabela 10), destacam as ações inábeis da mesma no que se refere ao comportamento sexual como um todo, envolvendo seus antecedentes e consequentes. Também apontaram a ocorrência da ação de usar lubrificantes artificiais (gel) e/ou naturais (saliva do parceiro), o que é incompatível com a resposta de excitação (lubrificação vaginal) da participante e, conseqüentemente, com uma maior satisfação nas relações sexuais.

Um outro objetivo deste estudo foi o de avaliar empiricamente a eficácia de intervenções comportamentais, gerais e específicas, na modificação dos comportamentos-alvo da participante, empregando o delineamento de tratamentos alternados do tipo A-B-C seguido por *follow-up*.

Uma vantagem em escolher esse delineamento, de acordo com Martin e Pear (2007/2009), é a de ser possível comparar os efeitos de diversos tratamentos sobre uma classe de comportamentos de um mesmo indivíduo, não havendo necessidade de reverter uma melhora comportamental comprometendo, assim, as aprendizagens alcançadas. Dessa maneira, as fases B e C, seguidas da fase A, de linha de base, apresentaram mudanças comportamentais significativas.

Na fase B, de intervenções gerais, a pesquisadora ofereceu instruções à participante, por meio de informações contidas em *slides*, com a finalidade de esclarecer as relações existentes entre os comportamentos-alvo e seus antecedentes e consequentes, bem como sobre as classes comportamentais-problema apresentadas por ela (Stallard, 2010). A partir dessa intervenção, a participante passou a apresentar relatos de esclarecimento relacionados à contingência tríplice que foram seguidos por ações hábeis no contexto sexual favorecedoras de contingências de reforçamento (e.g., Ela estava sozinha em casa e pediu para que ele [parceiro] fosse dormir aquele dia na casa dela, resultando em ter o comportamento sexual em ambiente mais apropriado para intimidade do casal; Ao sair do banho, foi direto para o quarto dele [parceiro] e rapidamente escondeu o controle da televisão para que ele não assistisse a canais pornô, o que comumente o deixava excitado sem que ela estivesse estimulada para o comportamento sexual que ocorria com uso de lubrificantes artificiais/naturais).

A observação direta do próprio comportamento realizada pela participante (auto-observação) também fez-se importante ao longo do estudo. Cumpre salientar que O Analista do Comportamento investiga e usa unidades funcionais

do comportamento, ou seja, ele não considera que o comportamento possa mudar apenas como resultado de uma exposição direta às contingências, reconhecendo que mudanças podem resultar de instruções e de descrições das contingências. Como funcionalista, o Analista do Comportamento é um 'machiano' (referência ao físico alemão Ernst Mach). Substitui a noção de "causa" pela função e a explicação pela descrição. Para um estudioso da natureza não há nada mais do que o estudo da dependência dos fenômenos, uns em relação aos outros (Matos, 1999).

A observação direta do próprio comportamento realizada pela participante, ao longo do estudo, foi utilizada como técnica terapêutica, dado o efeito da reatividade ao automonitoramento, ou seja, a frequência do comportamento se modifica, comumente na direção almejada, em função do registro que a pessoa faz do seu próprio comportamento. Assim sendo, quanto maior o tempo de automonitoração, maior a probabilidade de modificação comportamental porque o registro sinaliza as prováveis consequências do comportamento registradas (Bohm & Gimenes, 2008).

Ao final de cada registro das relações sexuais que a participante mantinha com o parceiro, ela as avaliava subjetivamente, estabelecendo uma nota que variava de 0 (muito insatisfeita) a 5 (muito satisfeita). Nesse sentido, a própria avaliação final passou a estabelecer controle sobre os comportamentos de mudança que ela precisava alcançar. Os dados mostram que até a 5ª relação sexual, a participante manteve escores baixos de notas (0 a 1), demonstrando insatisfação com as relações sexuais e que, a partir da 6ª relação os escores aumentam gradativamente (3 a 5) até chegar ao máximo na 10ª, 11ª, 13ª e 14ª relações sexuais.

O procedimento que envolveu a hierarquização de tarefas foi elaborado com o objetivo de auxiliar a participante a apresentar ações hábeis antes, durante e após a relação sexual e, com isso, reforçar positivamente as mudanças comportamentais já por ela implementadas, aumentando a probabilidade de ocorrências futuras para novas mudanças (Skinner, 1953/2003).

Também o fornecimento de modelos e instruções durante as sessões de tratamento foram eficazes para a aquisição de novas ações hábeis apresentadas pela participante. A mesma obteve acesso a novas maneiras de se comportar, verbalmente e não verbalmente, com o parceiro nos contextos conjugal e sexual, respectivamente. O treinamento de ações hábeis envolveu também o uso de *feedbacks* fornecidos pela pesquisadora à participante no momento em que acontecia o treino, colaborando para que ela discriminasse o que deveria ser modificado no ambiente natural onde estava inserida.

E, ainda, a instrução do uso do reforçamento positivo aos comportamentos adequados do parceiro, utilizada como intervenção terapêutica, devido à importância da participante reforçar continuamente os comportamentos, os quais ela gostaria que se mantivessem no repertório do mesmo. Também pela pesquisadora para com as mudanças comportamentais adequadas da própria participante, mantendo assim a estabilidade comportamental por ela alcançada (Moreira & Medeiros, 2007).

Desse modo, os dados da Figura 1 mostraram que as intervenções gerais foram eficazes na modificação do comportamento favorecendo à participante emitir ações hábeis dentro do contexto conjugal. Visto que o contexto sexual não ocorre isoladamente, fez-se necessário as intervenções específicas com o

objetivo de instalar também comportamentos habilidosos que envolviam o contexto sexual do casal.

Relatos de satisfação com o parceiro merecem destaque dentro dos resultados, pois também aumentaram de frequência, o que pode ser observado na Figura 2. Conseqüentemente, os relatos de insatisfação com o parceiro diminuíram de frequência, já que as duas classes comportamentais referem-se a comportamentos incompatíveis de ocorrerem simultaneamente.

A fase C do delineamento foi compreendida por intervenções específicas. Os dados esclarecem que havia um comprometimento na segunda fase da resposta sexual da participante (excitação), exibindo a não ocorrência de lubrificação vaginal durante as relações sexuais que ela mantinha com o parceiro. Desse modo, o treino discriminativo das respostas corporais antes do coito teve a função de aumentar a probabilidade de ocorrência de respostas de lubrificação vaginal pela participante.

De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2006), existe uma íntima relação entre a sensualidade e a sexualidade, já que o ato sexual em si é, basicamente, uma atividade sensorial em que predominam as sensações auditivas, olfativas, visuais, táteis e orais. A falta de excitação adequada proporciona a ausência de lubrificação vaginal.

Os resultados esclarecem que a partir desta intervenção, a participante passou a investir mais em respostas de excitação imediatamente anteriores ao coito (“preliminares”); a lubrificação vaginal passou a ocorrer com maior frequência em suas relações sexuais, contribuindo para a melhoria dessas relações e avaliações subjetivas de satisfação para com as mesmas.

O treino discriminativo das respostas corporais durante o coito favoreceu à participante atingir o orgasmo nas relações sexuais subsequentes a essa intervenção. Partindo daquilo que fazia parte do repertório do casal (penetração vaginal e estimulação oral e/ou manual pelo parceiro), a participante passou a focar nas respostas físicas provenientes da própria estimulação vaginal e deixar com que o corpo respondesse “naturalmente” às estimulações provenientes da atividade sexual. Foi possível constatar, por meio dos relatos verbais e avaliações subjetivas da participante, que ela passou a atingir orgasmos com maior frequência o que ocorreu nas últimas relações sexuais que ela manteve com o parceiro.

Faz-se importante acrescentar a esta discussão que o registro realizado pela participante compreendeu-se uma fonte de informação relevante para a análise dos dados do presente estudo. Isso deu-se em função de ter sido relatado desconforto pela participante no caso de utilização de qualquer instrumento de áudio e/ou vídeo no ambiente semi-experimental durante a coleta de dados. Na maioria das pesquisas realizadas fora de um ambiente controlado, como no laboratório experimental, o uso de recursos audiovisuais não é facilmente autorizado. Destaca-se que a atividade de registro realizada ao longo da coleta de dados cumpriu a função de garantir a fidedignidade dos dados apresentados.

Um aspecto relevante em se tratando de pesquisas com essa temática refere-se à fase de triagem. A pesquisadora recorreu a diversas formas de recrutamento: clínica escola de psicologia, hospitais públicos com atendimento psicológico, indicações informais por meio de colegas psicólogos(as) e através de médicos ginecologistas. Entretanto, deparou-se com enormes dificuldades para recrutar uma participante haja vista que ao relatar o tema do presente estudo –

Disfunções Sexuais Femininas – potenciais participantes alegaram que a sexualidade era uma área pouco relevante em suas vidas ou relataram vergonha de falar sobre o assunto e até mesmo que se sentiam “diminuídas” por apresentarem queixas relacionadas ao tema.

Sobre tais dificuldades, Masters e Johnson (1976) colocam que, historicamente, o tema sexualidade tem sido vivenciado como um tabu pelas pessoas dentro da sociedade, onde ao homem e à mulher são atribuídas determinadas funções sexuais desde o nascimento. Tais funções vão sendo condicionadas pela cultura de classes sociais e também pela educação, ou ausência dela, e acabam permanecendo enraizadas nos hábitos pessoais, formando, até os dias atuais, pessoas frustradas por uma ignorância sexual e em constante busca por suas próprias necessidades sexuais.

Vale ressaltar que durante o primeiro encontro com a participante do estudo, situação na qual foi explicado a ela como seria conduzida a pesquisa, foi feito um convite à participação de seu parceiro para enriquecimento de informações prestadas e ampliação da aplicação das técnicas comportamentais propostas. Assim sendo, a não participação do parceiro ocorreu por vontade da própria participante, uma vez que não queria expor essa problemática ao parceiro. Como não era critério de exclusão para a pesquisa a não participação do parceiro, deu-se prosseguimento no estudo.

Do exposto, é possível afirmar que os objetivos deste estudo foram alcançados. Foi possível avaliar os antecedentes e consequentes do comportamento sexual desta participante. Para além disso, foi possível demonstrar o efeito da variável independente sobre a variável dependente através do delineamento de tratamentos alternados do tipo (ABC) seguido por

follow-up. Os dados apontaram que houve diminuição dos comportamentos-problema e aumento de ações hábeis relacionadas ao comportamento sexual, de relatos de satisfação com o parceiro e respostas de lubrificação vaginal.

Os dados apresentados na fase de *follow-up* mostraram que os relatos de satisfação com o parceiro e as ações hábeis da participante, relacionadas aos contextos conjugal e sexual, se mantiveram, colaborando assim para relações sexuais consideradas, por ela, satisfatórias. Observou-se ainda relatos indicativos de lubrificação vaginal e a obtenção de orgasmos demonstrando, desta forma, a estabilidade comportamental esperada para a pesquisa.

Referências

- Abdo, C. H. N. (2004). *Descobrimto sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos*. São Paulo: Summus.
- Abdo, C. H. N. & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 162-167.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (5ª edição). Tradução organizada por M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. H. Garcez, R. Pizzato & S. M. M. Rosa. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2013).
- Baptistussi, M. C. (2003). (Dis)funções sexuais e classes de respostas relacionadas. Em M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação* (pp. 162-166). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Ballone, G. J. (2010). Frigidez ou desejo sexual hipoativo. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br>.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2005). *Psicopatologia: uma abordagem integrada* (4ª edição). Tradução de R. Galman. São Paulo: Cengage Learning. (Trabalho original publicado em 2008).
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex et Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Bohm, C.H. & Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicolog*, (1), 88-100.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (4ª edição). Tradução de D. G. de Souza. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).
- Cavalcanti, R. & Cavalcanti, M. (2006). *Tratamento clínico das inadequações sexuais* (3ª edição). São Paulo: Roca.
- Davis, H. & Hurwitzs, H.M.B. (1977). *Operant-pavlovian interactions*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Domingos, V. G. M. (2014). *Avaliação funcional dos relatos de disfunção erétil* [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Heiman, J., LoPiccolo, L. & LoPiccolo, J. (1976). *Becoming orgasmic: a sexual growth program for women*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Heiman, J. & LoPiccolo, J. (1992). *Descobrimo o prazer: uma proposta de crescimento sexual para a mulher* (2ª edição rev. e ampl.). Tradução de M. S. M. Netto. São Paulo: Summus.
- Hite, S. (1976). *O relatório hite: um profundo estudo sobre a sexualidade feminina*. Tradução de A. C. Cesar. São Paulo: Círculo do Livro.
- Kaplan, H. S. (1977). *A nova terapia do sexo* (4ª edição). Tradução de O. B. e Silva. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1974).
- Kusnetzoff, J. C. (1988). *A mulher sexualmente feliz*. Tradução de T. M. Rodrigues. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1988).
- Lara, L. A. S., Silva, A. C. J. S. R., Romão, A. P. M. S. & Junqueira, F. R. R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(6), 312-321.
- Machado, D. J. C. & Simonassi, L. E. (2014). *Comportamento verbal: análise das interações falantes e ouvintes*. Stutzart: Novas Edições Acadêmicas.
- Malavazzi, D. M., Malerbi, F. E. K., Del Prette, G., Banaco, R. A. & Kovac, R. Análise do comportamento aplicada. Interface entre ciência e prática? *Revista Perspectivas*, 2(2), 218-230.
- Martin, G. & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (8ª edição). Tradução de N. C. Aguirre. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1976). *A incompetência sexual* (2ª edição). Tradução de E. Jorge. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1970).
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1977). *O vínculo do prazer* (6ª edição). Tradução de A. Carlos. Rio de Janeiro: Record. (Trabalho original publicado em 1970).
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1979). *A conduta sexual humana* (3ª edição). Tradução de C. Dante. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1966).
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1984). *A resposta sexual humana*. Tradução de A. A. T. Serra. São Paulo: Roca.

- Meston, C. M., Seal, B. & Hamilton, L. D. (2008). Problems with arousal and orgasmo in women: epidemiology and risk factors. In D. L. Rowland & L. Incrocci (Orgs.), *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (pp.188-219). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Matos, M. M. (1999). Análise funcional do comportamento. *Revista de Estudo de Psicologia*, 16(3), 8-18.
- Moreira, M. B. & de Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Nedeff, C. C. (2003). Contribuições da sexologia sobre a sexualidade do adolescente: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica de Psicologia*. Disponível em <http://www.utp.br/psico.utp.online>
- Neto, M. B. de C. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interações em Psicologia*, 6(1), 13-18.
- Penteado, S. R. L., da Fonseca, A. M., Bagnoli, V. R., Assis, J. S. & Pinotti, J. A. (2004). Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. *Revista Associação Médica Brasileira*, 50(4), 444-450.
- Pierce, W. D. & Epling, W. F. (1999). *Behavior analysis and learning* (2ª edição). Prentice Hall: Upper Saddle River.
- Prata, K. E. M. S. & Dias, C. A. (2008). O orgasmo na vida sexual da mulher contemporânea. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 19(1),18-32.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: it's not what you think it is. *American Psychologist*, 43(3),151-160.
- Rodrigues, O., Monesi A. A. & Ellis, I. H. (2001). Problemas sexuais femininos: anorgasmia, dispareunia, vaginismo e inibição do desejo. Em M. Delitti. et al. (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: A Prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 248-259). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Rodrigues, O. M. & Zeglio, C. (2011). Tratamento de anorgasmia feminina: uso de técnicas psicológicas comportamentais. Em C. V. B. B. Pessôa, C. E. Costa & M. F. Benvenuti. (Orgs.), *Comportamento em Foco* (pp. 549-560). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC.
- Simonassi, L. E. (1999). Cognição: contato com contingências e regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental*, 1(1), 83-93.
- Skinner, B. F. (1978). *Verbal behaviour*. New York: Applenton-Century-Crofts. (Trabalho original publicado em 1957).

- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (11^a edição). Tradução de J. C. Todorov & R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Souza, R. C. & Bueno, G. N. (2007). Do comportamento sexual à disfunção sexual: um estudo de caso. Em: W. C. M. P. Silva (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: análise comportamental aplicada* (pp.135-150). Santo André: ESETec.
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens*. Tradução de S. M. M. da Rosa. Porto Alegre: Artmed.
- Stephenson, K. R. & Meston, C. M. (2010) When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *The Journal of Sexual Medicine*, 7 3683-3694.
- Tourinho, E. Z. (1999). Estudos conceituais na análise do comportamento. *Temas em Psicologia da SBP*, 7(3), 213-222.
- Vitiello, N. (1998). Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. *Revista Brasileira de Medicina*, 55(páginas).

ANEXOS

Anexo 1 – Roteiro para Entrevista Inicial

1. Sua idade: _____anos
2. Sexo: ()masculino ()feminino
3. Seu peso: _____quilos
4. Sua altura: _____metro
5. Estado Civil: ()casada ()mora com alguém ()solteira
()divorciada ()viúva
6. Tem filhos: ()sim ()não. Se sim, quantos: _____
7. Religião: _____
8. Escolaridade: _____
9. Qual o seu trabalho? _____
10. Nacionalidade: _____
11. Nascida na cidade de: _____
12. Você fuma? _____
13. Você faz uso de outro tipo de substância? _____

14. Quando e como ocorreu o seu primeiro conhecimento sobre sexo?

15. Procure me dizer quaisquer detalhes importantes em relação a sua primeira ou subsequentes experiências sexuais.

16. A sua vida sexual é satisfatória? Em caso negativo, favor explicar.

17. Me fale sobre os principais problemas que você já apresentou/têm apresentado na área da sexualidade.

18. Poderia descrever o que você geralmente faz ou diz quando enfrenta tal problema? _____

19. Com que frequência ocorre esse problema? _____

20. Há quanto tempo vem ocorrendo esse problema? _____

21. Em que situações (onde, com quem), tipicamente, o problema ocorre? _____

22. O que costuma acontecer imediatamente após a ocorrência do problema? _____

23. O que você pensa e sente quando o problema ocorre? _____

24. Como você tem tentado lidar com o problema, até o momento? _____

Anexo 2 – Roteiro para Questionário Específico do Orgasmo Adaptado (Hite, 1976)

1. Você tem orgasmos? Se não, o que você acha que contribuiria para que você os tivesse? _____

 2. Ter orgasmos é importante pra você? _____
 3. Você tem o mesmo prazer no sexo com ou sem orgasmos? _____
 4. Fazer sexo satisfatoriamente tem alguma coisa a ver com o orgasmo? _____
 5. Você tem orgasmos da seguintes formas (por favor, indique sempre, geralmente, algumas vezes, raramente ou nunca):
 Masturbação _____
 Relação sexual (penetração vaginal) _____
 Manipulação do clitóris por um parceiro _____
 Estimulação oral por um parceiro _____
 Relação sexual e manipulação do clitóris _____
 Nunca tem orgasmos _____
- Espaço para comentários (quanto tempo leva para poder atingi-los?) _____

6. Descreva com suas palavras como você sente um orgasmo? _____

 7. Para você, há mais de um tipo de orgasmo? Como? _____

 8. Você se sente excitada? Antes ou depois do orgasmo? Descreva com suas palavras como se sente antes do orgasmo e depois de atingí-lo? _____

 9. Um orgasmo a deixa satisfeita fisicamente e/ou psicologicamente? _____

 10. Descreva a melhor maneira pela qual seu corpo pode ser estimulado para que você atinja um

orgasmo _____

11. Se você está pronta para ter um orgasmo e não consegue, devido a qualquer razão, você se sente frustrada? Quando é que isso tende a ocorrer? _____

12. Um orgasmo é alguma coisa que “acontece” no seu corpo, ou que você cria/busca no seu próprio corpo? _____

Anexo 3 – Folha de Registro Comportamental

Data	Antecedentes	Comportamento	Consequentes	Nota

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre disfunções sexuais femininas. Assim, após a leitura completa desse documento, coloco-me disponível para esclarecer dúvidas que surgirem e, caso esteja de acordo a participar desta pesquisa, está convidada a assinar este documento, em duas vias, para que uma delas fique em seu poder e a outra em poder da pesquisadora responsável.

É importante deixar claro que, a qualquer momento, após o início da pesquisa, você desejar cessar sua participação, basta comunicar essa decisão à pesquisadora responsável, adiante descrita, para que a coleta de dados seja cessada, imediatamente. Em caso de qualquer outro tipo de dúvida sobre essa investigação científica, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) localizado na Avenida Universitária número 1069, Setor Universitário, Goiânia, Goiás ou pelo telefone (62) 3946-1512.

A seguir, algumas informações sobre a pesquisa:

Título/Projeto: Análise do comportamento aplicada em um caso de disfunção sexual feminina.

Profissionais Responsáveis: Dr. Lorismário Ernesto Simonassi, professor de Graduação e Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu* e pesquisador da Pontifícia Universidade Católica de Goiás; e Tayssa Andrade Batista Novato, Psicóloga Clínica (CRP-09/008621), mestranda do curso de Pós-Graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, estarão disponíveis em qualquer momento, para maiores esclarecimentos, seja de forma pessoal ou através dos telefones abaixo.

Telefones para contato com os responsáveis pela pesquisa: (62) 9399-4646 (com Tayssa Andrade Batista Novato) e (62) 9112-2102 (Dr. Lorismário Ernesto Simonassi).

Objetivos da Pesquisa: O objetivo desse estudo será avaliar a função do comportamento de uma pessoa que apresente relatos de disfunções sexuais e empregar técnicas comportamentais para a modificação do comportamento-

problema. Com essa finalidade será aplicado um Delineamento de Tratamentos Alternados (ABC) seguido por uma fase de acompanhamento (follow-up). A condição de linha de base é abreviada como “A” e as condições de tratamento como “B” e “C”. Na linha de base a pesquisadora observará a frequência dos relatos de disfunções sexuais. No tratamento serão empregadas técnicas comportamentais para diminuir as dificuldades que envolvem a sexualidade.

Procedimento da Pesquisa: De início, será aplicada uma entrevista para identificar eventos relacionados ao comportamento de disfunção sexual. Também será aplicado um Questionário Específico do Orgasmo Adaptado. Posteriormente, serão iniciadas sessões com o objetivo de observar os relatos de disfunções. Essas sessões serão seguidas por sessões nas quais será empregado tratamento com base em técnicas comportamentais.

Período de Participação: Os encontros estão previstos para ocorrer de fevereiro de 2015 a junho de 2015. Seus encontros, com a pesquisadora, ocorrerão uma vez por semana, com duração de até 50 minutos cada.

Desconfortos e Riscos que podem ser produzidos por esta pesquisa: Poderá ocorrer desconforto inicial em função de a pesquisadora ser-lhe pessoa alheia ao seu convívio. Poderá acontecer outro desconforto, por exemplo, ao relatar sua história de vida, em especial os eventos ruins. Na eminência desses acontecimentos, a pesquisadora utilizará métodos alternativos para reduzir, ao máximo os desconfortos/riscos. Para que haja uma aliança terapêutica, a pesquisadora se apresentará, transmitindo-lhe dados sobre sua formação profissional e acadêmica, e que a condução desta pesquisa ainda contará com o suporte de seu orientador, o qual é professor-doutor, e psicólogo. Portanto, com competência para auxiliar a ambas no encaminhamento de soluções para qualquer problema que possa surgir dessa interação. Além disso, destaca-se que a pesquisadora é também psicóloga, a qual disporá de recursos técnicos para acolher o seu sofrimento, assim como respostas de ansiedade que possam surgir a partir de seus relatos. A participante não terá nenhuma despesa, bem como não será remunerada pela sua participação. Todavia, é garantido ressarcimento à participante de possíveis despesas tidas pela mesma. Ainda, é garantido indenização diante de eventuais danos decorrentes do estudo conforme preconiza a resolução 466/12.

Benefícios da Pesquisa: Os benefícios oferecidos pela pesquisa serão de aprender a se comportar diante das relações sexuais sem a ocorrência de reações de ansiedade, e é esperado que ela lhe gere a oportunidade de adquirir comportamentos mais eficientes à sua relação conjugal, com a possibilidade de sucesso nas relações de intimidade.

Confidencialidade: Todos os dados da pesquisa serão confidenciais e somente usados, pelos pesquisadores responsáveis, para fins científicos, sendo o registro em vídeo apenas utilizado para a coleta precisa dos dados. Diante da provável publicação dos resultados do estudo em revista e/ou eventos científicos, fica, de antemão, estabelecido que o seu nome não será divulgado. Destaca-se, ainda, que todo material produzido por esta pesquisa (vídeos e folhas de registros), quando de seu término será incinerado.

Participação Voluntária: Ratifica-se, portanto, que a sua participação nesta investigação é voluntária e será iniciada mediante a assinatura nas duas versões deste documento, ou seja, versões idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe garante a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Local e data:

Assinatura do (a) participante, RG e CPF

Assinatura do Orientador - Prof. Dr. Lorismário Ernesto Simonassi

Assinatura da Pesquisadora – Tayssa Andrade Batista Novato

Anexo 5 – Respostas emitidas pela participante para Roteiros de Entrevista Inicial e Questionário Específico do Orgasmo

Roteiro para Entrevista Inicial

- 1- 26
- 2- Feminino
- 3- 64 kg
- 4- 1,66 metros
- 5- Solteira
- 6- Sim, um filho.
- 7- Espiritualista
- 8- Superior completo – Administração de empresas
- 9- Secretária executiva em um estúdio de música
- 10- Brasileira
- 11- Palmeiras de Goiás
- 12- Não
- 13- Não

14- Seu primeiro conhecimento sobre sexo ocorreu com aproximadamente 14 anos, com amigas da escola mais experientes. A mãe não conversava sobre o tema sexualidade com os filhos. A participante relatou como exemplo o incidente da menarca, onde a mãe pouco explicou a ela sobre o porque e como aquilo iria fazer parte de sua vida. Ela não culpou a mãe por isso, e acha que sua mãe também foi criada da mesma maneira, com poucas informações.

15- Manteve a primeira relação sexual aos 16 anos com um namorado de 26. Relatou ter sido péssima, pois não houve uma preparação adequada para o ato o que gerou emoções negativas, além de muita dor. A segunda experiência sexual aconteceu aos 18 anos, com o segundo namorado. Era um rapaz atencioso e sempre a preparava bem para as relações sexuais. Apesar disso, tiveram mais quantidade de relações sexuais do que qualidade. Foi com ele que ela atingiu seu primeiro orgasmo na vida. Após o término desta relação ela conheceu aquele que seria seu futuro marido e com quem se relacionou por 3 anos e teve um filho. Com ele a participante disse ter tido uma vida sexualmente estável e razoavelmente satisfatória. Tinha orgasmos de vez enquanto, mas as coisas ficaram piores quando ela descobriu relações extra conjugais do marido, em função disso se separaram. Algum tempo depois se envolveu com outros parceiros não fixos até que, com 25 anos, ela conheceu em uma festa, seu atual namorado.

16- Considera sua vida sexual insatisfatória. Em seu relacionamento atual não tem conseguindo atingir orgasmos, não consegue se lubrificar para ter relações sexuais prazerosas, não está havendo preliminares antes das penetrações, seu parceiro demora bastante para gozar e tudo isso a tem incomodado muito. Ela gostaria de mais carinho, atenção, beijos e abraços do parceiro. Eles se veem de 3 a 4 vezes por semana e raramente ela tem vontade de fazer sexo com ele.

17- Falta de interesse/desejo para fazer sexo e dificuldade para poder ter prazer nas suas relações conseqüentemente, em atingir um orgasmo. Não tem orgasmos desde julho do ano de 2014 (total 8 meses).

18- Relatou nunca ter conversado com o parceiro a respeito das dificuldades que apresenta. Já conversou uma vez com uma amiga sobre o assunto, a qual disse ser normal se sentir como a participante se sente.

19- Esse problema tem ocorrido em todas as vezes que ela tem mantido relações sexuais com o atual parceiro. A última vez que ela atingiu um orgasmo foi com outro parceiro, com quem manteve um rápido envolvimento amoroso em abril do ano passado.

20- A aproximadamente oito meses, desde quando ela voltou com o seu atual namorado.

21- Tem acontecido em todas as relações sexuais desde então.

22- Se sente frustrada e desanimada sempre que se depara com o problema e assim tem evitado ao máximo se envolver em novas relações sexuais.

23- Apesar de se sentir péssima com o problema, não tem falando com ninguém sobre isso.

24- Está “levando com a barriga” da maneira que pode.

Roteiro para Questionário Específico do Orgasmo

1- Não, o parceiro poderia explorar mais as preliminares, ser mais romântico e atencioso com ela. Ele nunca entrou na casa dela e isso a incomoda. Ela gostaria que ele se disponibilizasse a ir até a casa dela. Nunca foram ao motel juntos. Ela gosta de ambientes diferentes e bem preparados. O que sente mais falta no relacionamento é do romantismo.

2- Ela acha importante ter orgasmo. Para ela tê-los é algo fundamental.

3- Sexo não é a mesma coisa sem ter orgasmos.

4- Ter orgasmo significa estar satisfeita sexualmente.

5- Formas de se atingir orgasmo mais frequentes: penetração vaginal e por meio de manipulação manual do clitóris.

6- Leva um tempo para atingir orgasmo. Suas relações atuais com o namorado tem duração de aproximadamente 40 minutos e ela relata demorar de 15 a 20 minutos para poder atingir um orgasmo.

7- Ela não acredita existir mais de um tipo de orgasmo, porém ela sente o orgasmo atingido através de penetração vaginal mais forte/intenso e mais “gostoso” do que o que é atingido através de manipulação manual do clitóris.

8- Se sente excitada antes de atingir o orgasmo e após atingi-lo essa excitação diminui gradativamente até atingir um estado de relaxamento.

9- Fisicamente sim mas, psicologicamente, as vezes não; esse segundo quesito depende muito de como ela se sente em relação ao parceiro.

10- A melhor maneira seria na companhia do parceiro, nunca sozinha, sendo estimulada de maneira adequada.

11- Se sente frustrada. Quanto mais se esforça para atingi-lo, mais frustrada se sente.

12- Ele não acontece sozinho, ao acaso, pelo contrario, é preciso se esforçar bastante.

Anexo 6 – Relatos textuais da participante apresentados nas atividades de automonitoramento e auto-observação do comportamento.

Sessão 3 (Linha de Base)

06/02

Deitados numa rede na chácara em Abadia sem crianças por perto.

Ele: começou a beijá-la de um jeito gostoso e abraçá-la forte.

Ela: “me deu vontade...”(fala a terapeuta).

Foram para o banho juntos.

No banho ele a beija e toca em partes do corpo dela.

Houve manipulação com as mãos ela - ele e vice-versa.

A afilhada dele entra no banheiro cuja porta havia sido deixada aberta pelo parceiro.

Ele tenta nova iniciativa para o sexo.

Ela nega; para ela este fato cortou o “clima” da relação sexual.

Tomaram banho e não conversaram nada sobre o assunto.

Não chegaram a ter relação sexual.

15/02

Domingo de carnaval.

Ele havia bebido muito no dia anterior (viagem com uma turma de 15 pessoas).

Ele não havia dispensado nenhuma atenção e/ou carinho a ela durante todo o tempo em que permaneceram juntos com os amigos.

Passou o dia todo de “ressaca”.

Saíram com a turma e retornaram para a casa às 23:00 pm.

Ela foi para o banho.

Ele ficou no quarto.

Quando ela saiu do banho ele começou a beijá-la.

Ela gostou e retribuiu o beijo, estava disposta ao cpt. sexual.

Ele interrompeu o beijo e foi para o banho.

Ela: “Nossa, na hora que esta ficando bom você vai tomar banho?!” (rindo).

Ele sorriu de volta, levou na brincadeira e foi pro banho.

Ele sai do banho retorna ao quarto e dá beijos e abraços nela.

Ele pega nos seios dela e ela retribui tocando no pênis dele (por pouco tempo).

Não dá tempo dela ficar excitada (lubrificação vaginal).

Usam lubrificante artificial.

Ele vai para a penetração (aprox. 30 min).

Não há comunicação verbal durante a relação sexual.

Ele não dispensa nenhuma atenção a ela enquanto penetra.

Ao final da relação ele volta pro banho (isso a entristece).

Ela queria carinho ao final.

Ele vai jogar no celular.

Ela vai dormir.

19/02

Estavam na casa dele sozinhos.

Ele foi para o banho.

Ela foi arrumar a cozinha.

Ela foi tomar banho em seguida.

Ao sair, ela se depara com ele no quarto, vendo filme pornô na TV e com a mão no próprio pênis, excitado (ereção).

Ela: “Ele fica vendo isso antes da relação para poder se excitar”; “eu detesto”; “as vezes ele me coloca em uma posição qualquer e fica vendo o filme até ele gozar” (fala a terapeuta).

Ele já estava com ereção quando ela adentra ao ambiente.

Nunca conversaram nada sobre este assunto.

Ela desanimou, ficou muito chateada com ele, até tentou demonstrar através de seu semblante.

Ela a puxou e tentou tirar a toalha que ela vestia.

Ela não segurou a toalha, porém não queria fazer sexo com ele.

Ele insistiu, dando beijos e abraços.

Ela cedeu.

Ele se deita na cama e “dá a entender” (não verbaliza) que quer sexo oral.

Ela faz até que não aguente mais e chegue ao seu limite.

Ela entregou o lubrificante artificial a ele que utiliza nela.

Foram para a penetração (aprox. 20 min).

Ela: “Você já está gozando?”.

Ele não responde nada e goza após uns 5 min.

Ele retorna ao banho e depois vai ver TV e jogar no celular.

Ela vai dormir.

21/02

Ela vai para o salão pintar o cabelo e arrumar logo cedo.

Ao término ela o convida para ir almoçar.

Ele recusa o convite.

Ela liga pra sogra e a convida a qual aceita.

Ao chegar no local combinado ela se depara com o namorado cujo convite foi aceito quando feito pela mãe dele.

Ele diz não ter gostado do cabelo novo dela.

Ela fica muito chateada com a forma que ele fala.

Passaram o dia todo no bar.

Ele bebeu muito o dia inteiro.

Ao final foram a um aniversário da afilhada dele em Abadia de Goiás.

Ela estava cansada mas não se opôs.

Voltaram no mesmo dia para a casa dele.

Ele: “Vamos tomar banho?”.

Ela: “Vamos”.

No banho ele começou a alisá-la, abraçá-la e beijá-la.

Ele toca no clitóris dela rapidamente mas não mantém o toque.

Ela toca no pênis dele rapidamente.

Ela: “Ele não tem muita paciência com as preliminares” (fala a terapeuta).

Ela emite sons de agrado, mas não tem certeza se ele os percebe.

Ele “pede” gestualmente que ela faça sexo oral nele.

Ela faz.

Ele vai para a penetração utilizando saliva (aprox. 10 min).

Ela acha desconfortável ter relação sexual no chuveiro, mas não diz nada ao parceiro.

Ele: “Foi uma delícia”.

Ela: “Que bom” (mesmo não tendo achado boa a relação sexual).

Sessão 4 (Intervenções Gerais):

27/02

Antes de ir para o trabalho ela passa no Empório Piquiras e compra chocolates para o namorado com o objetivo de surpreendê-lo quando ele fosse buscá-la no trabalho ao final do dia.

Escreve um bilhete romântico a ele.

Ele vai buscar a participante as 18h.

Ela se atrasa e sai do trabalho as 19h.

Ele fica nervoso e desconta nela na saída.

Ela explica o que aconteceu e tenta justificar o atraso mas ele permanece irritado com ela.

Ela fica chateada com a reação dele.

Eles tem uma discussão dentro do carro.

Ela espera pra entregar o presente a ele depois.

Ao chegar na porta da casa dela ela resolve entregar os bombons.

Ele fica sem graça e agradece.

Ele combina de retornar para buscá-la as 21.30 pm para irem a uma festa juntos.

Ela não se atrasa e fica pronta no horário marcado.

Ele bebe socialmente na festa.

Não disponibiliza muita atenção a ela.

Um amigo dela se aproxima e ele fica enciumado.

Fica por pouco tempo perto dela.

Ela inda está chateada com a discussão que tiveram mais cedo no carro.

Vão embora as 3:00 am e vão dormir na casa dele.

Ela vai para o banho primeiro.

Ele vai atrás dela.

Ele toma iniciativa para o sexo beijando-a.

Ela: “ Não quero no chuveiro” (quando na verdade não queria fazer sexo).

Tomaram banho.

Foram para o quarto.

Ele se aproxima dela novamente e pede pra que ela fique na posição de quatro.

Ela cede e faz o que ele pediu.

Ele não explora as preliminares de nenhuma maneira.

Ele verifica a lubrificação dela com as mãos e verifica que ela está ressecada.

Utiliza saliva para penetrar nela (aprox. 20min) na mesma posição e goza.

Ele retorna imediatamente para o banho.

Ela espera na cama.

Ele retorna.

Ela entra no banho.

Ao retornar ele já está dormindo.

Ela dormiu e acordou muito mau humorada no dia seguinte em função da noite anterior.

Sessão 5:

13/03

Dentro do carro juntamente a um casal de amigos indo para um final de semana em Caldas Novas.

Começam a conversar sobre um assunto que a desagradou: ele disse querer vender o carro (de quatro passageiros) para um outro menor (dois passageiros) com a finalidade de salvar dinheiro para investir numa nova empresa de delivery para produtos automotivos.

Ela ficou extremamente chateada com o fato dele não ter conversado anteriormente com ela sobre o assunto e também pelo fato dela ter um filho e ele não caber no carro novo com eles.

Chegaram ao tema casamento e a discussão aumentou pelo fato dele verbalizar não querer casar-se tão cedo.

O clima no ambiente ficou péssimo.

Ao chegarem em Caldas ela subiu antes para o quarto.

Ele foi atrás dela.

Ao adentrar no quarto ele se aproxima tentando uma interação sexual com ela com um beijo.

Ela imediatamente nega verbalizando a ele: “Estou chateada com você e não estou a fim de namorar hoje!”.

Ele: “Tudo bem”.

Ele retornou para as piscinas do hotel para ficar com os amigos.

Ela foi dormir.

18/03

Ela estava sozinha em casa e pediu para que ele fosse dormir aquele dia na casa dela.

Ela nunca havia pedido antes.

Ele nunca dormiu na casa dela antes.

Ele negou.

Ela insistiu dizendo estar sozinha aquele dia e que o filho dela estava com o pai.

Ele recusou alegando querer que ela fosse ao encontro dele e que a mãe dele estava em casa fazendo-lhe uma visita.

Ela cede e vai ao encontro dele.

Ao chegar lá se depara com uma discussão familiar sobre o tema casamento.

Ela fica chateada.

O clima ficou tenso.

O parceiro comunica ao ouvido dela que gostaria que ela fosse para o quarto dele.

Ela diz: “Não, você não quis dormir lá em casa hoje, se estivesse ido nada disso teria acontecido”.

Ela estava chateada com o assunto abordado: casamento; mas resolveu não conversar com o namorado sobre isso.

Permaneceram na sala até tarde e depois foram se deitar.

Ele : “Está acontecendo alguma coisa com você?”; “Está tudo bem com você?”.

Ela: “Não”; “Está” (quando na verdade estava chateada com ele).

Dormiram mais cedo.

21/03

Foram para a chácara da sogra em Abadia de Goiás logo cedo.

O parceiro bebeu o dia todo lá juntamente do padrasto e de um primo dele.

Não disponibilizou atenção alguma a ela.

A noite, por volta das 21:00 pm ela o chamou 3 vezes para que fossem se deitar mais cedo.

Ela estava com vontade de estar a sós com ele, mas não soube verbalizar isto a ele.

Ele não quis, negando o pedido dela.

Ela foi se deitar sozinha.

Ele foi se deitar as 4:30 am.

22/03

Foram embora mais cedo da chácara em Abadia direto para a casa dele.

Estavam sozinhos na casa.

Ele foi direto para o banho.

Ela tomou banho em outro banheiro e terminou primeiro que ele.

Foi direto para o quarto dele e rapidamente escondeu o controle da TV para que ele não ligasse em canais pornô.

Posteriormente ele chega no quarto e se aproxima dela.

Deu um beijo nela considerado agradável.

Poucos segundos depois ele para com o beijo e se deita na cama dando a entender que gostaria que ela fizesse sexo oral nele.

Ela: "Por que você parou com o beijo? Estava tão bom!".

Ele riu, mas não deu continuidade e não acatou o pedido dela.

Ela resolveu ceder e fez o que ele queria.

Após algum tempo ele veio para terem penetração (aprox. 15 min).

Ele utiliza lubrificante artificial nela.

Em seguida ele retorna para o banho e ao retornar:

Ela: "Você nem me chamou para ir tomar banho com você?!".

Ele: "Está meio frio e o banheiro é pequeno...".

Sessão: 6

28/03

Durante a semana ela havia comprado três pares de lingerie novas para surpreender o parceiro.

Ela nunca havia usado uma lingerie sensual para ele anteriormente.

Estavam em Abadia na chácara quando foi tomar banho e se preparar para o jantar por volta das 19:30 pm.

Após o banho ela colocou uma lingerie nova e foi para o quarto se maquiar e secar o cabelo.

Ela tinha a intenção de provocar o parceiro.

A luz estava acesa e ela agia com naturalidade.

Ele sai do banho e entra no quarto se deparando com ela naquela situação.

Ele: "Como assim??!"; "Você quer me deixar doido?".

Ele se aproximou dela e deu-lhe um beijo considerado bom e um abraço forte.

Ela: "Vai se arrumar logo que vou dar banho no meu filho para jantarmos".

Ela: "Eu estava no controle da situação" (fala a terapeuta) e sorriu.

Não houve relação sexual neste dia, pois o filho dela estava junto do casal no mesmo quarto.

Durante todo o resto da noite, enquanto ela vestia a lingerie, ele mudou o comportamento dele para com ela: ficou mais atencioso, mais carinhoso, estava sempre perto dela e longe dos amigos.

Amigos: “Desgruda dessa mulher rapaz”.

A noite estavam no quarto para dormir e o filho no mesmo ambiente dormindo num colchão no chão.

Ele aos pés do ouvido dela sussurra: “Eu gostei muito desta lingerie que você está usando”; “Você está muito linda”; “muito gostosa”.

Isso agradou muito ela; mas não verbaliza nada a ele apenas sorri.

Ela se diz muito feliz com a reação dele.

Vão dormir.

29/03

Saíram de Abadia mais cedo e foram deixar o filho dela na casa do pai.

Ela estava atenta as mudanças que deveria continuar fazendo para que continuasse no controle da situação.

Chegaram na casa dele e ela disse: “Vou tomar banho, quer vir?”.

Ele: “Fico no banheiro e faço companhia a você”.

Ela amou a ideia dele.

Ele estava atencioso com ela, isso a deixou feliz.

Ela tomou banho primeiro e ele permaneceu do lado de fora conversando e brincando com ela.

Posteriormente ele entra no banho e ela aguarda por ele do lado de fora enquanto terminam a conversa.

Ao terminar, ele puxa ela para o quarto dele e começa a beijá-la.

Ela: “Foi muito bom o beijo, demorou bastante” (fala a terapeuta).

Ela ficou excitada com o beijo (lubrificação vaginal).

Depois ele fez sexo oral nela (sem que ela o pedisse).

Ele voltou a beijá-la bastante.

Excitação dela fica mais elevada.

Ele deitou-se na cama e deu a entender que gostaria que ela fizesse sexo oral nele também.

Ela fez, queria agradá-lo.

Depois ele partiu para a penetração, antes verificou com as mãos se ela ainda estava excitada (lubrificada).

Ela estava.

Não usaram nenhum tipo de lubrificante artificial.

Penetração (aprox. 10 min).

Ao final ele se deitou ao lado dela, a abraçou e disse: “Nossa, que delícia”.

Ela: “Que bom” (realmente havia achado bom o sexo) e sorriu para ele.

Ele permaneceu deitado ao lado dela por um bom tempo.

Ela foi para o banho e ele a esperou.

Em seguida ele foi para o banho.

Ao retornar ficaram juntos vendo TV o resto do dia.

Ela: “Foi maravilhoso” (fala a terapeuta).

05/04

Foram para Abadia de Goiás pela manhã e ao chegarem ele foi a padaria comprar coisas para fazer um café da manhã para ela.

Ele: “Estou indo sem você ter que me pedir hein?!”.
Ela permaneceu na casa arrumando as coisas para tomarem café da manhã juntos.

Ao final ele a ajudou a lavar a louça.

Ela fica muito feliz com a atitude dele; já que ele nunca havia feito nada parecido anteriormente.

Em seguida ela vai para o banho se arrumar para irem a uma almoço de aniversário.

Em seguida ele entra no banho.

Enquanto isso ela coloca uma segunda lingerie nova e uma camiseta dele por cima.

Tentou ser natural, mas tinha a intenção de provocá-lo.

Ele saiu do banho e entrou no quarto se deparando com a parceira naquela situação.

Ele foi em direção a ela e imediatamente a abraçou por um longo tempo.

Tirou o secador das mãos dela e a jogou na cama.

Ela gostou.

Ele fez sexo oral nela sem que ela o pedisse.

Ela: “Foi muito bom, ele ficou lá muito tempo” (fala a terapeuta).

Ele voltou a abraçá-la e a beijá-la depois fazendo muito carinho a ela.

Ela estava demonstrando que estava gostado do comportamento dele por meio de sons e gemidos mais altos.

Após algum tempo ele verificou com as mãos se ela estava lubrificada.

Ela estava.

Ele foi para a penetração e não precisou usar lubrificante artificial (aprox. 5min).

Em seguida ela retornou para o banho.

Ele foi depois dela.

Saíram para ir no almoço de aniversário.

Ele estava muito mais carinhoso com ela.

Ela ficou muito feliz com as mudanças de atitude dele.

Ela: “ Foi algo totalmente novo e surpreendente”; “Muito agradável” (fala a terapeuta).

Sessão 7 (Intervenções Específicas):

10/04

Foram jantar fora com mais dois casais de amigos.

Ela havia de desentendido com umas das namoradas que estaria lá mas não se opôs a ir ao jantar para não desagradar o parceiro.

O clima na mesa estava um pouco pesado entre as duas, mas ela queria um momento de lazer com o namorado e estava focada nisto.

A postura do parceiro chamou muito a atenção de todos e ela disse ter ficado muito satisfeita com a atitude dele.

Ele estava extremamente carinhoso com ela.

Não bebeu muito.

Ficou o tempo todo abraçado com ela beijando-a e fazendo carinho nela demonstrando preocupação com o bem estar dela.

Ela: “Ele mudou bastante comigo”; “ Em todos os sentidos” (fala a terapeuta).

11/04

Foram convidados pelos mesmos casais da situação anterior a irem fazer um churrasco na casa de um deles em Abadia de Goiás.

Parceiro aceitou de pronto e ela não se opôs para não desagradá-lo.

Antes de irem ao churrasco passaram na chácara da sogra dela, que também fica em Abadia, para ficarem lá por um tempo.

Ao perceber que ela estava se divertindo na chácara juntamente da sogra e do filho ele a convidou para que permanecessem por lá e não mais fossem ao churrasco dos amigos.

Ela ficou muito feliz com o convite. Era realmente o que ela queria fazer.

Tiveram bons momentos durante todo o dia, se divertiram juntos.

Ela ficou feliz.

Ao final do dia os amigos dele foram para a chácara aonde eles estavam mas ele não se afastou dela.

Não bebeu muito.

Ela ficou muito feliz com o comportamento do parceiro.

Por volta das 21:00 pm ela foi dar banho no filho e colocá-lo para dormir.

Ela acabou adormecendo ao lado dele.

Parceiro vai até o quarto e procura por ela e percebe que ela dormia.

Ele a acorda devagar e a convida para que se deite na cama junto dele.

Ela fica feliz, pois geralmente ele não a acorda e permanece com os amigos.

Ele: “Você gostou do seu dia de hoje?”.

Ela: “Gostei muito meu amor” e sorri.

Foram dormir.

12/04

Foram tomar café da manhã juntos e depois arrumaram a cozinha.

Ela: “Foi agradável”; “Ele tem me ajudado muito” (fala a terapeuta).

Almoçaram e depois foram relaxar um pouco na rede.

Ele a convidou para irem embora (geralmente é ela quem o chama para ir embora).

Levaram o filho dela na casa do pai e foram direto para a casa do namorado.

Ela: “Vou tomar banho”.

Ele: “Eu vou junto”.

Ela gostou.

Eles tomaram banho juntos e ficaram conversando e brincando no chuveiro.

Ele: “Você está linda”.

Ela: “Obrigada” e sorri.

Foram para o quarto (TV desligada e as luzes acesas).

Ele a abraçou e a beijou muito.

Deu muita atenção e carinho a ela.

Posteriormente ele fez sexo oral nela sem que ela o pedisse.

Ela: “Demorou uns 15 min assim” (fala a terapeuta).

Ela ficou bastante excitada e tentou demonstrar isso a ele através de sons e gemidos mais altos.

Depois ele foi para a penetração numa posição frente a frente e gozou (aprox. 5min).

Ela quase teve um orgasmo, mas não deu tempo.

Ela gostou daquela posição.

Ele: “Nossa, eu gozei rápido hoje ne?!”.

Ela fica envergonhada (rubor) e não dá continuidade ao assunto.

Ao final ficaram juntos o restante do dia trocando carícias e assistindo TV.

Sessão 8:

22/04

Foram passar o feriado em um hotel junto com a família do namorado, eram ao todo 12 pessoas. Os familiares do parceiro já estavam lá no hotel quando os três chegaram (ela, namorado e o filho dela).

Ela havia comprado escondido para fazer uma surpresa para o parceiro cinco biquínis novos para a viagem. Ela nunca havia usado biquínis na frente de tantas pessoas após ter tido um filho.

Ao chegarem foram para o quarto se trocaram para descer para as piscinas.

Ela entra no banheiro e veste um dos biquínis comprados.

Ele a vê e se mostra bastante surpreso, abre um sorriso e a abraça.

Ele: “Você está linda meu bem”; “Você é uma mulher linda”.

Ela: “Obrigada” sorri.

Desceram para as piscinas e ela recebe elogio de todos pela iniciativa de colocar um biquíni.

Ela fica muito feliz por isso e satisfeita com o parceiro.

Ela: “Eu estava focada na meu filho e no meu namorado na viagem” (fala a terapeuta).

Ficaram na piscina até mais tarde.

Namorado não bebeu muito. Isso a deixa tranquila e feliz.

A sogra pede para que o filho dela possa dormir no quarto junto da enteada que também era criança.

Ela permite e sobe para arrumar as coisas dele.

Se preparam para o jantar.

Ao retornarem para o quarto ela foi para o banho primeiro.

Ele foi para o banho em seguida.

Enquanto ele estava no banho ela pensou na relação sexual e apagou as luzes do quarto deixando apenas o abajur ligado e colocou uma lingerie.

Ela se prepara para o comportamento sexual pensando no mesmo.

Ele sai do banho e se surpreende.

Ele dá beijos e abraços nela.

Ela sorri e demonstra estar feliz retribuindo também com beijos e carinhos.

Ela demonstra que está desejosa de ter uma relação sexual através de gestos de carinho.

Ele beija os seios dela e ela gosta, demonstra com sons.

Ele faz sexo oral nela por bastante tempo (ela fica muito excitada), emite mais sons e gemidos.

Depois ele vem para a penetração e fazem duas posições distintas: primeiro ele por cima e posteriormente ela por cima na beirada da cama.

Na segunda posição ela tem a excitação ainda mais elevada, chegando quase ao ápice.

Ela emite mais sons para que ele perceba que ela está muito excitada.

Ele goza.

Ela não teve tempo suficiente para chegar ao orgasmo.

Ela sorri pra ele.

Ela: “Fiquei muito feliz de quase ter conseguido...” (fala a terapeuta).

Não usaram lubrificante artificial.

Depois ficaram juntos deitados na cama por algum tempo.

Ele: “Foi muito bom meu amor”.

Ela: “Nossa, foi mesmo, muito bom”.

Foram tomar banho e depois foram dormir.

Sessão 9:

25/04

Ainda na viagem, era por volta das 16:30 da tarde quando a sogra convida o filho dela para irem junto de sua enteada fazerem uma atividade que o hotel estava propondo somente as crianças e posteriormente tomarem banho de banheira no quarto dela.

Ela permite que o filho vá.

Parceiro sobre junto da mãe para pegar roupas limpas para o filho dela e permanece no quarto para fazer uma surpresa para a namorada.

Ele prepara um banho de banheira com espuma e pede pétalas de rosas para o pessoal do hotel e enfeita todo o ambiente.

Enquanto isso ela permanece na piscina, mas sentido a demora do parceiro foi atrás dele no quarto.

Ao chegar ela se depara com a surpresa que ele havia preparado para ela.

Ela se surpreende e se emociona.

Ele a convida para um banho de banheira e lá ele faz massagem em todo o corpo dela, dá muitos beijos e abraços.

Enquanto isso conversaram bastante sobre diversos assuntos.

Ele não toma iniciativa para o sexo enquanto estão no banho.

Ela: “Eu nunca ganhei tantos beijos antes em toda a minha vida, foi maravilhoso” (fala a terapeuta)

Eles saem do banho e vão para a cama.

Ele havia deixado as luzes apagadas somente o abajur aceso.

Ela ficou mais a vontade com a meia luz.

Estava completamente envolvida com o cpt. sexual.

Estava satisfeita e feliz com a atitude do parceiro.

Posteriormente ele faz sexo oral nela por bastante tempo.

Ela fica bastante excitada.

Ela: “Foi diferente, ele demorou e caprichou, sorriu”; “Eu estava muito excitada” (fala a terapeuta).

Demonstrou a ele através de sons e gemidos.

Quando ele terminou ela ficou com vontade de fazer sexo oral nele e o fez, porém enquanto ela o fazia sua excitação aumentou ainda mais.

O parceiro ficou muito excitado.

Foram para a penetração.

Ele verificou com as mãos se ela estava lubrificada e constatou que sim.

Ela ficou na posição por cima na beirada da cama e emitia sons demonstrando que estava bom a ela.

Ele avisou antes de gozar que estava quase lá.

Ela: “Eu também”.

Ele gozou e ela chegou ao orgasmo praticamente juntos.

Ao final ele ficou surpreso, sorriu e deu-lhe um forte abraço.

Ele: “Não acredito”.

Ela: “O que você não acredita?”.

Ele: “ Que você teve um orgasmo”.

Ela: Sorriu e ficou muito envergonhada (rubor) e o abraçou escondendo o rosto.

Ele: “Não precisa ter vergonha disso, você tem umas bobagens”.

Ela: Sorri e o abraça novamente.

Ele: “Estou muito feliz”; “Foi maravilhoso” ;“Você é linda”.

Ela: “Foi maravilhoso mesmo, estou muito feliz”.

Foram tomar banho juntos e depois jantar junto com a família.

Sessão 10:

14/05

Nesta sessão a participante não trás registros escritos de auto-observação do comportamento. Ela verbaliza os acontecimentos dos últimos 15 dias a pesquisadora, que os registra manualmente durante a sessão e os transcreve `a integra posteriormente.

A participante trás em seu discurso muitas falas de satisfação conjugal com o parceiro:

“Nós estamos encontrando quase todos os dias, coisa que nunca aconteceu, nos víamos sempre aos finais de semana e quase nunca durante os dias da semana”

“Ele está um mel comigo”

“Sabe quando está até demais?!” (sorri)

“Ele agora fala em casamento para os amigos, não menciona data, mas fala que vai se casar”

“Todos os nossos amigos percebem as mudanças entre nós, está nítido que ele mudou comigo, a forma de me tratar”

“Ele está muito carinhoso e isso me faz sentir segurança na relação”

“Ele nunca mais se interessou em ver filmes pornô....nunca mais”

“Está tudo muito bom, muito gostoso”

“No último domingo dormimos juntos e abraçados, nunca havíamos dormido assim”

“Eu achava que não ia ter mais solução a nossa relação, agente iria acabar terminando”

Quando questionada pela pesquisadora sobre o que estava mantendo tantas mudanças comportamentais do parceiro ela responde:

“Ha.....eu mudei muito né?! Hoje sou outra pessoa, faço as coisas diferentes. Eu percebi que sou capaz de transformar minha relação em tudo. Com certeza a minha mudança é que tem gerado as mudanças dele. Mas eu não imaginava que elas fossem permanecer desta maneira. Isso eu não imaginava.”

“Toda semana eu dou um jeito de comprar uma peça íntima nova, semana passada comprei uma calcinha laranja de renda que ele amou, até hoje ele fala dessa calcinha para mim”

“Eu aprendi que ele gosta disso e tenho feito e pronto, tem funcionado pra gente.”

Ao ser indagada sobre as interações sexuais que ocorreram durante os últimos 15 dias ela sorri e trás os seguintes relatos:

“Está ótimo”

“Agente tem feito sexo até durante a semana...” (sorri)

“Temos feito muito mais sexo, assim, de quantidade mesmo”

“Ele veio dormir aqui em casa e foi muito bom, tivemos relação até na sala de televisão”

“Está muito gostoso” (sorri)

“Ele tem feito tudo de forma diferente, está “falador” que só durante o sexo e tem feito muitas coisas novas sabe?! Diferentes.”

Na última relação sexual que tivemos no domingo ele me falou: “Nossa, estou morto, não aguento mais nada.”

A participante relata ter mantido 5 relações sexuais totais nesse período, sendo que, em três ela obteve orgasmos. As datas prováveis das relações sexuais foram: 10/05 (orgasmo), 13/05, 15/05 (orgasmo), 17/05 (orgasmo) e 20/05.

Ao adentrar no assunto das relações sexuais a pesquisadora pergunta a participante se ela obteve orgasmos em alguma das relações que manteve e ela responde:

“Sim” (sorri e ruboriza)

“Três vezes nesses últimos dias”

A pesquisadora indaga a forma como foram os três orgasmo e ela responde:

“Foram diferentes as três”

“Teve uma que foi ele fazendo sexo oral”

“As outras duas foi com penetração vaginal mesmo, como aquela vez, mas em posições um pouco diferentes....ele está criativo agora...” (sorri)

“Acho que estou tendo que aprender a me soltar mais agora sabe?!”

“Ainda sou tímida para algumas posições, mas tenho tentado trabalhar isso”

“Nossa para quem não tinha orgasmos fazia um ano já....estou muito feliz”

Sessão 11 (*Follow-up*):

26/06

Quando indagada sobre a relação conjugal com o parceiro, a participante relatou:

“Esse último mês achei que a relação está melhor a cada dia, ele anda viajando muito à trabalho, mas quando nos encontramos é mais gostoso.”

“A relação só melhorou desde o tempo da pesquisa pra cá, está mais saudável.”

“Da última vez que ele chegou de viagem me trouxe presentes e de lá ficava me mandando mensagens, se declarando mais, está bem mais comunicativo comigo.”

“Ele é outro homem.”

A participante apresentou registros textuais das duas últimas relações sexuais que manteve com o parceiro, a seguir detalhes das mesmas:

“Estou conseguindo ter bem mais prazer nas relações sexuais.”

“Não posso dizer que todas são satisfatórias, mas em 90% delas eu sinto prazer de alguma forma.”

“Tenho atingido orgasmos com frequência.”

15/06

Ele estava viajando a trabalho por aproximadamente 10 dias.

Ela estava com muita saudades dele.

Ele havia mandado muitas mensagens enquanto estava ausente.

Quando chegou de viagem a participante foi encontrá-lo na casa dele.

Ela vestiu uma roupa íntima nova.

Ao se encontrarem ele se aproximou dela para fazer sexo.

Não houve investimento nas preliminares.

Ela se excitou rapidamente.

Ele constatou a lubrificação vaginal da mesma por meio do toque.

Eles tiveram relação sexual com penetração em duas posições diferentes: ele por cima e posteriormente ela por cima controlando o ritmo da atividade sexual.

Ela demonstrou por meio de sons e gemidos que estava agradável a ela.

Ele demonstra que está agradável a ele por meio de relatos verbais.

Ela atinge o orgasmo após aproximadamente 15 minutos de relação sexual.

Ele goza em seguida.

Ao final ela sorri pra ele demonstrando que havia sentido prazer e que ficou satisfeita com o sexo.

Ele retribui com beijos e carinho.

Ficaram abraçados por um tempo e depois foram tomar banho separadamente.

16/06

Durante todo o dia trocaram mensagens de carinho um com o outro.

Ao final do dia ele foi buscá-la no trabalho.

Ela o esperava ansiosamente.

Foram lanchar juntos e posteriormente foram direto para a casa dele.

Ao chegarem ele a convidou para irem tomar banho juntos.

Ela aceitou.

Durante o banho conversaram e fizeram brincadeiras, mas ele não tomou iniciativa para a relação sexual.

Ao final do banho ele a abraça e a convida para se deitarem juntos.

Ela sorri e consente ao pedido feito.

Ele faz sexo oral nela até que ela fique lubrificada e para após aproximadamente 10 minutos.

Ela não demonstra que gostaria que ele fizesse por mais tempo.

Posteriormente ele pede para que ela faça sexo oral nele.

Ela faz.

Após uns dez minutos ela para e eles vão para penetração.

Ele goza após aproximadamente 5 minutos.

Ela gostaria que a relação perdurasse por mais tempo mas não verbaliza.

Ela não atinge orgasmo, mas se diz satisfeita com a relação sexual.

Permaneceram juntos deitados e assistindo televisão.

Sessão 12 (*Follow-up*):

15/07

Foram para a chácara da mãe do parceiro em Abadia logo cedo.

Levaram o filho dela com eles.

Se divertiram e tiveram bons momentos durante todo o dia.

Ele não bebeu muito com os familiares.

“Ele não bebe mais como antes, isso me deixa feliz”: ela diz.

Ele tenta ser gentil com ela a todo momento perguntando se ela está bem e se preocupando com o bem estar do garoto.

“Ele é muito carinhoso com o meu filho, eu o admiro ainda mais por isso”: ela diz.

No final da noite ela vai dar banho no filho e posteriormente toma banho.

Ele a elogia pelo fato dela estar arrumada.

Ela se sente feliz com o elogio e retribui verbalizando que ele estava carinhoso com ela.

Eles jantam juntos em família e ela vai se deitar mais cedo junto com o filho no quarto.

Ele vai se deitar depois de aproximadamente uma hora e meia.

Ele se deita e faz muitos carinhos nela por meio de beijos e abraços.

Ela se sente excitada (lubrificação vaginal) com a aproximação dele, e tenta demonstrar por meio de sons.

Ele toca os órgãos sexuais dela e a convida para irem tomar banho juntos.

Ela aceita, apesar de não gostar muito de fazer sexo no chuveiro.

Eles tem relação sexual no chuveiro e apesar de estar excitada não consegue atingir um orgasmo.

Ele goza em aproximadamente 15 minutos.

Eles terminam de tomar banho juntos e vão se deitar para dormir novamente.

16/07

Acordaram juntos na chácara da sogra em Abadia e foram tomar café da manhã.

Posteriormente ele saiu para brincar com o filho dela enquanto ela ajudava a sogra com a limpeza da cozinha.

Após o almoço em família resolveram retornar para Goiânia.

Deixaram o filho dela com o pai e foram direto para a casa dele.

Ele foi direto para o banho.

Ela o esperou no quarto dele.

Ela deixou a luz meio acesa e ligou a televisão em um canal de músicas.

Ao sair do banho ele se aproximou dela e a abraçou forte.

Ela pediu que ele esperasse ela tomar um banho.

Ele esperou por ela.

Ao ela se depara com ele nu deitado na cama.

Ela se aproxima dele e começam a se abraçar e beijar.

Ele faz sexo oral nela por bastante tempo.

Ela demonstra que está agradável com gemidos.

Ela atinge um orgasmo depois de aproximadamente 15 minutos.

Ele se sente excitado e vai para a penetração depois disso.

Ele goza rapidamente.

Ela sorri ao final e demonstra que foi muito agradável a ela.

“Ele é outro homem pra mim” (diz a terapeuta)

“Hoje em dia ele me passa confiança, me sinto segura sabe?!” (diz a terapeuta).