

## **DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: um estudo exploratório com um psicólogo que atua em âmbito clínico**

Female sexual dysfunctions: an exploratory study with a psychologist who serves at the clinical

Mujeres disfunciones sexuales: un estudio exploratorio con un psicólogo que atiende en la clínica

---

Kamilla Kleine Buckstegge<sup>1</sup>; Márcia Douetts Gouveia; Marilourdes Mafra<sup>2</sup>; Sueli Terezinha Bobato<sup>3</sup>

Universidade do Vale do Itajaí

---

### **Resumo**

Considerando as manifestações da sexualidade como uma dimensão de grande importância na dinâmica do relacionamento humano, estudar a eficiência dos métodos da Psicologia na resolução dos problemas relacionados a ela assume igual relevância. O presente trabalho se propõe a investigar a atuação do profissional psicólogo como interventor na problemática do cotidiano da sexualidade feminina. O estudo constitui-se como um estudo de caso de cunho exploratório descritivo. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada com um psicólogo que atua no âmbito clínico com disfunções sexuais femininas. A análise de dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo que se constitui como uma das técnicas mais adequadas na análise de dados qualitativos. Os resultados apontaram que a mulher tem grande dificuldade em falar sobre o assunto, tanto com o parceiro como o profissional da área da saúde. Porém, ampla discussão do assunto pode mudar esta realidade. A partir do relato da psicóloga constatou-se que as disfunções sexuais mais relatadas pelas mulheres são transtornos de excitação; que os recursos metodológicos utilizados no diagnóstico e intervenção é a orientação, técnicas da terapia cognitivo-comportamental, pensamento Socrático e descatastrofização; e que os resultados alcançados se demonstram relativos. Salientou-se ainda a importância da interdisciplinaridade na intervenção e as competências necessárias de um psicólogo que lida com este assunto que consistem em ser um bom ouvinte, ter sensibilidade, experiência, entre outros. Foram ainda relatadas as dificuldades encontradas durante os atendimentos as quais referem-se principalmente ao tabu que envolve a sexualidade, a falta de comunicação do casal e a baixa auto-estima da mulher. Os aspectos abordados foram esclarecedores e têm grande importância para o diagnóstico e intervenção.

---

<sup>1</sup> kamillakleine@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmicas do 3º período do Curso de Psicologia da UNIVALI/Itajaí.

<sup>3</sup> Professora do Curso de Psicologia da UNIVALI/Itajaí. Mestre em Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico – UFSC.

Palavras-chave: Sexualidade feminina, disfunções sexuais, Psicologia.

---

## **Abstract**

Considering the expressions of sexuality as a dimension of great importance in the dynamics of human relationships, study the efficiency of the methods of psychology in solving problems related to it is equally important. This study aims to investigate the role of professional psychologist as intervenor in the problems of daily life of female sexuality. The study is as a case study of exploratory nature descriptive. For data collection we used the technique of semi-structured interview with a psychologist who serves on the clinical course with female sexual dysfunction. The analysis of data was performed by the technique of content analysis that is as one of the most appropriate techniques in the analysis of qualitative data. The results showed that the woman has great difficulty talking about it with both the partner and the health professional. But, extensive discussion of the subject can change this reality. From the psychologist's report found that the sexual dysfunction reported by more women are disorders of arousal, that the methodological resources used in the diagnosis and intervention is the guidance, techniques of cognitive-behavioral, thinking and Socratic descatastrofização and that results show is on. It also stressed the importance of interdisciplinarity in the intervention and skills of a psychologist who deals with this issue that are being a good listener, be sensitive, experience, among others. We also reported the difficulties encountered during the consultations which relate mainly to the taboo surrounding sexuality, lack of communication and the couple's low self-esteem of women. The issues addressed were informative and have great importance for diagnosis and intervention.

Keywords: Female Sexuality, sexual dysfunction, Psychology.

---

## **Resumen**

Teniendo en cuenta las expresiones de la sexualidad como una dimensión de gran importancia en la dinámica de las relaciones humanas, el estudio de la eficacia de los métodos de la psicología en la solución de problemas relacionados con ella es igual de importante. Este estudio tiene como objetivo investigar el papel de psicólogo como profesional interviniendo en los problemas de la vida cotidiana de la sexualidad femenina. El estudio es como un caso de estudio de carácter exploratorio descriptivo. Para la recogida de datos se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada con un psicólogo que trabaja en el curso clínico de la disfunción sexual femenina. El análisis de los datos se realizó por la técnica de análisis de contenido es decir, como una de las técnicas más adecuadas en el análisis de datos cualitativos. Los resultados demostraron que la mujer tiene grandes dificultades para hablar de ello con la pareja y el profesional de la salud. Sin embargo, un amplio debate del tema puede cambiar esta realidad. Desde el informe del psicólogo encontró que la disfunción sexual más denunciados por las mujeres son los trastornos de la excitación, que los recursos metodológicos utilizados en el diagnóstico y

la intervención es la orientación, técnicas de terapia cognitivo-conductual, Sócrates y descatastrofización mente, y que resultados se muestran en. También destacó la importancia de la interdisciplinariedad en la intervención y las habilidades de un psicólogo que se ocupa de esta cuestión que está siendo un buen oyente, ser sensible, la experiencia, entre otros. También informó de las dificultades encontradas durante las consultas que se refieren principalmente a los tabúes que rodean la sexualidad, la falta de comunicación y la pareja de la baja autoestima de la mujer. Los temas abordados fueron informativas y tienen una gran importancia para el diagnóstico e intervención.

Palabras clave: La sexualidad de la mujer, disfunción sexual, Psicología.

---

### **Objetivos específicos:**

Investigar as disfunções sexuais mais relatadas pelas mulheres em consultas psicológicas com o profissional entrevistado.

Levantar quais os recursos metodológicos utilizados no diagnóstico e intervenção e resultados alcançados.

Elencar as competências necessárias ao profissional que se propõe a lidar com esse fenômeno.

Investigar o papel da interdisciplinaridade no sucesso de sua atuação.

Relatar as dificuldades encontradas durante as intervenções relacionadas ao fenômeno citado.

### **Fundamentação teórica:**

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. A questão da sexualidade, ao contrário da conceituação do senso comum, tem em seu aspecto fisiológico ou na genitália propriamente dita, apenas um de seus muitos aspectos. Ainda que o determinismo biológico determine o sexo do ser humano anatomicamente, a abordagem da sexualidade a partir do papel sexual remete ao modo pelo qual uma pessoa expressa a sua identidade sexual e que esta expressão está presente em todas as manifestações humanas do nascimento até a morte.

Seu enfoque deve ser amplo e abrangente, pois ela se manifesta em todas as fases da vida do ser humano e inclui todas as dimensões de uma pessoa como a biológica, a psicológica, a emocional, a social, a cultural e a espiritual (VITIELLO; CONCEIÇÃO, 1993).

Biologicamente a sexualidade se define segundo as fases do desenvolvimento humano já na diferenciação dos genes quando da divisão celular do zigoto. Toda uma especialização se opera no organismo para que ele se torne apto à função reprodutiva do ser. A genitália se configura. E esta diferenciação o acompanhará sobre a forma de mudanças fisiológicas orientadas pela produção hormonal. No entanto, o gênero não nasce definido. Não é o sexo no sentido fisiológico o responsável pelo modo como as pessoas agem, sentem e pensam, como se acreditou por muito tempo. O conceito de gênero, elaborado pelas ciências sociais se refere à construção social do sexo,

de modo que a maneira de ser homem e ser mulher é realizada pela cultura. Assim gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não apenas da natural (HEILBORN, 200-?).

O mesmo autor salienta que a Psicologia e a Psicanálise nos remetem ao fato de existir uma organização psíquica de nossos desejos, preferências sexuais e a maneira de expressar tais preferências dependem de um conjunto de situações sociais.

Em se tratando em especial da sexualidade feminina até o séc. XIX, ela estava aderida a tabus, reminiscências da forte influência da sociedade ocidental européia. Baseada na ética e na moral do cristianismo, dizia que o corpo e o sexo eram lugares vedados e a mulher sempre submissa, primeiro ao pai e depois ao marido, deveria ver na sexualidade apenas o cumprimento de sua função reprodutora. O prazer era reprimido, pecaminoso e moralmente condenável. Com a Segunda Guerra Mundial no séc. XX, muitos dos maridos não retornaram a casa, pois eram mortos em campos de batalha. Sendo assim, as mulheres assumiram novas responsabilidades antes assumidas pelos maridos, como cuidar dos filhos e da sobrevivência de todos sozinha (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

A chamada revolução sexual, que se costuma localizar nos anos 60 do século passado, representou uma simbologia de liberdade. Sexo e reprodução deixaram de estar vinculados com o auxílio dos contraceptivos hormonais (ainda que não acessíveis a todas as mulheres) e o feminismo adotou como um de seus lemas o: “nossa corpo nos pertence” reivindicando o direito de aproveitar a sexualidade sem constrangimentos (HEILBORN, 200-?).

Começa uma mudança de paradigmas, a mulher pouco a pouco vem se libertando do domínio e da dependência em relação ao homem e conquistando espaços na área social. Começa a ter direito à informação e antigos tabus como o da virgindade até o casamento e da prática sexual após os 45-50 anos entre outros, começam a ser questionados. As mulheres passaram a exigir mais de seus parceiros com respeito à satisfação sexual, sensualidade, afeto, companheirismo e orgasmo (DIEHL; FALCKE; WAGNER, 200-?).

FERREIRA, SOUZA E AMORIM (2007) alegam que existem quatro fases da sexualidade tanto masculina quanto feminina: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A excitação, ou platô, conforme MASTRS E JOHNSON (1984), é definida como um conjunto dos estímulos sexuais internos (pensamentos e fantasias) e estímulos externos (tato, olfato, audição, gustação e visão), que é identificada pela ereção no homem e pela vasocongestão da vagina e da vulva na mulher. A continuação deste estímulo causaria o desejo ou platô, o que aumentaria a tensão sexual que se contínua, resultaria no orgasmo. Na sua sequência aconteceria a resolução que é quando o organismo retornaria às condições físicas e emocionais usuais (ABDO, 2005). Porém na década de 70, Kaplan formulou que anteriormente à fase de excitação há o desejo e não se justifica o platô, já que a excitação crescente é que conduz ao orgasmo. O novo esquema das fases sexuais masculina e feminina é formado de três fases: desejo, excitação e orgasmo (KAPLAN, 1977). “O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais” (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007, p.144).

Quanto às questões que podem gerar disfunções sexuais, estados depressivos e distúrbios psíquicos são muito freqüentes. As tensões no

trabalho têm impacto negativo na função sexual, especialmente em mulheres. Experiência sexual prévia negativa e traumas por violência sexual têm alto impacto negativo na função sexual. E considerando-se que no Brasil as cifras de abuso sexual contra criança são altas, esta possibilidade deve ser sempre considerada diante de uma paciente com queixa de disfunção sexual. Doenças como diabetes, hiperprolactinemia e hipotireoidismo podem cursar com disfunção sexual. O avançar da idade, as mudanças nos níveis hormonais na menopausa, a própria percepção do envelhecimento, o nível cultural, o grau de satisfação emocional com o parceiro e a lubrificação vaginal inadequada influenciam significativamente o desejo sexual e o orgasmo. Sabe-se que alguns antidepressivos também podem levar a uma disfunção sexual (LARA; et al, 2008).

Mas é preciso pensar em características específicas que diferenciam a resposta sexual feminina da masculina. Enquanto a expressão da sexualidade masculina é centrada na conquista e posse e o ato sexual visa o orgasmo, a sexualidade feminina se caracteriza pela sedução e entrega e o desejo sexual e não o orgasmo é o objetivo final. Mulheres que têm orgasmo durante a relação se queixam de disfunção sexual quando não sentem desejo e existem mulheres que mesmo não atingindo o orgasmo alcançam total satisfação na relação sexual. A mulher deseja a continuidade da relação afetiva após um relacionamento sexual satisfatório, enquanto que o homem finaliza a resposta sexual com o orgasmo. A função reprodutora do ato sexual é obvia, mas na relação sexual humana existem desde um comportamento mais instintivo ao mais afetivo na busca do prazer (LARA; et al, 2008).

A CID-10 (1993), classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a disfunção sexual como aquela não causada por transtorno ou doença orgânica e se subdivide em dez tipos: ausência ou perda do desejo sexual, que pode levar à frigidez e/ou transtorno hipoativo do desejo sexual; aversão sexual e ausência de prazer sexual, que se caracteriza pela anedonia sexual; falha de resposta genital representada através da disfunção de ereção no homem; disfunção orgâsmica, que pode gerar anorgasmia psicogênica e/ou inibição do orgasmo na mulher e no homem; ejaculação precoce; vaginismo não orgânico, caracterizado pelo vaginismo psicogênico; dispareunia não orgânica, que gera a dispareunia psicogênica; apetite sexual excessivo, que se divide em ninfomania e satíriase; outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica que consiste em dismenorréia psicogênica; disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada.

FERREIRA (2007) apresenta dados de uma extensa revisão de literatura realizada em 2004 sobre disfunções sexuais femininas, onde se constatou uma prevalência de 64% de mulheres com disfunção do desejo, 35% com disfunção de orgasmo, 31% de excitação e 26% de dispareunia. No Brasil, segundo Abdo et al (2004), foram avaliadas 1.219 mulheres, onde se observou que 49% tinham pelo menos uma disfunção sexual, sendo 26,7% disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% disfunção do orgasmo.

Desconhecimento de seu próprio corpo e sexualidade, problemas pessoais e problemas conjugais podem desencadear problemas emocionais sérios, o que consequentemente podem alterar sua resposta sexual. Alterações corporais como medicamentos também podem interferir na resposta sexual. Mulheres que usam agentes anti-hipertensivos, inibidores seletivos da

recaptação de serotonina e drogas quimioterápicas, freqüentemente relatam diminuição do desejo sexual, da excitação e dificuldade em atingir o orgasmo. Condições como incontinência urinária, cistites, vulvovaginites, infecções urinárias e cirurgias ginecológicas também podem comprometer física e psicologicamente a mulher.

Os aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas demonstram a importância da observação clínica atenciosa, salientando que o diagnóstico deve ponderar o tempo de evolução do quadro, as condições do(a) parceiro(a) e as características do estímulo sexual, quanto ao foco, à duração e à intensidade. A diferenciação entre disfunção primária ou secundária, generalizada ou situacional, idade e experiência sexual da mulher, são parâmetros diagnósticos. É importante uma equipe multidisciplinar para oferecer à mulher acompanhamento psicoterápico e medicamentoso (com antidepressivos, ansiolíticos, hormônios, entre outros), além de suporte psicoeducacional. É importante avaliar caso a caso para uma terapia individualizada (ABDO; FLEURY, 2006).

## Metodologia

O estudo se constituiu como exploratório descritivo de caráter qualitativo a partir de uma prática da disciplina de Ambiente Profissional no 3º semestre do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí. A turma foi dividida em grupos de três a quatro participantes, onde cada grupo escolheu um fenômeno de interesse para investigar. Inicialmente foi realizado o embasamento teórico através da literatura disponível sobre o fenômeno, bem como foram realizados seminários em sala de aula que se referiam às diversas áreas de atuação do psicólogo relacionada ao tema dos grupos, com complementação da disciplina Técnicas de Questionário e Entrevista em Psicologia. A partir da fundamentação teórica foram definidos os objetivos da pesquisa e as questões a serem investigadas junto a um psicólogo que atua com o fenômeno. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista, do tipo semi-estruturada. A análise dos dados foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Martins (2005), “é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. A entrevista foi transcrita na íntegra, garantindo a fidedignidade dos dados.

O critério para escolha do sujeito consistiu em possuir formação em Psicologia e atuar há pelo menos um ano com o fenômeno em questão: Disfunções Sexuais Femininas.

Como procedimento ético, além de haver gravação sob consentimento foi seguida a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que diz que:

Um dos vários modelos utilizados em Bioética é o modelo principalista. Este serve de fundamentação a vários documentos internacionais e, no Brasil, à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país (MANSO, 2004).

Também foi oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido emitido pela coordenação do Curso e professora da disciplina, elucidando de forma clara e acessível sobre os procedimentos a serem utilizados para a obtenção e análise de dados na pesquisa. Informou-se ainda sobre os cuidados com o participante da pesquisa quanto à garantia de esclarecimento quando for solicitado, liberdade de retirada do consentimento em qualquer período da pesquisa sem ser prejudicado e confidencialidade dos dados.

## **Discussão e Análise dos Resultados**

Os dados a seguir são resultados de uma investigação com uma psicóloga através de uma entrevista realizada em uma Clínica interdisciplinar. A psicóloga atua há 8 anos, possui especialização em terapia cognitivo-comportamental e neuropsicologia com ênfase em avaliação e reabilitação.

Após a transcrição da entrevista, os dados foram organizados em cinco categorias temáticas, definidas a partir dos objetivos da presente pesquisa: disfunções sexuais mais relatadas pelas mulheres; recursos metodológicos utilizados no diagnóstico e intervenção e resultados alcançados; competências profissionais demandadas na atuação profissional; papel da interdisciplinaridade no sucesso da atuação; dificuldades encontradas durante as intervenções.

### **Disfunções sexuais mais relatadas pelas mulheres e queixas correlatas**

A psicóloga relata que em seu consultório, a maioria das mulheres chega por vontade própria e as disfunções mais evidenciadas são os transtornos de excitação. Alega que muitas mulheres nem chegam a se sentir excitadas por seu parceiro ou por qualquer outro homem. Evidenciam-se também transtornos de desejo/libido e transtornos de orgasmo que se constituem como dificuldade de chegar ao orgasmo por motivos pessoais, ou porque o parceiro tem ejaculação precoce, ou porque ele não se preocupa em prover desejo à mulher. Também salienta que a maioria das mulheres que tem essas queixas possui idade acima de 30 anos, muitas vezes com parceiros fixos e casamentos longos.

Porém, também há outros fatores que podem levar à disfunção. A psicóloga relata que sua primeira demanda, são queixas de depressão, tristeza, ansiedade, angústia, que podem decorrer do término de um relacionamento ou de dificuldades no mesmo. Também há queixas do parceiro, quando sentem que o sexo vira obrigação ou se sentem objetos. Como percebem o sexo de forma institucionalizada no casamento, elas têm medo de perder o parceiro se não responderem a este. Segundo GLINA, KATZ E RIBEIRO (200-?, p.7), causas orgânicas também podem causar este quadro, como colesterol alto, hipertensão, cardiopatias, diabetes; doenças que podem se desencadear através do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas. “Por outro lado, o desejo muitas vezes é afetado pelo desequilíbrio da testosterona e determinadas doenças do aparelho genital. Outros fatores que afetam o desejo são o hiper ou o hipotireoidismo, aterosclerose e o uso de alguns antidepressivos e ansiolíticos.” Estes podem ser indícios de disfunções sexuais.

Outras causas também podem ser: “não conhecer, não gostar, não aceitar o próprio corpo, sentir-se feia, pouco atraente, ter baixa auto-estima, dificuldade de se entregar para o outro e/ou recebê-lo, sexo sem envolvimento, medos...” (SEIXAS, 2009). A auto-estima é de grande importância quando se fala em questões sexuais femininas, pois de acordo com a psicóloga, ela pode tanto levar às disfunções quanto ser resultado destas. Problemas com o parceiro também podem reduzir a auto-estima quando o parceiro reclama da aparência da mulher ou quando elas se sentem “objetos”.

A profissional alega que as mulheres procuram ajuda já quando o problema está interferindo no relacionamento e ela percebe que já existem outros sintomas envolvidos. Mulheres que são diagnosticadas com depressão, também identificam a diminuição da libido, que é um sintoma da depressão. Neste momento que ela percebe que existem muito mais além da depressão afetando sua vida.

### **Recursos metodológicos utilizados no diagnóstico e intervenção e resultados alcançados**

De acordo com ACHCAR (1994), a abordagem cognitivista (que é seguida pela psicóloga entrevistada) surgiu na década de 70, enfatizando a análise do discurso, alterando o modelo de modificação de comportamento.

De acordo com a entrevistada, é trabalhada a orientação com o paciente através de conversas abertas falando sobre o tema. A intervenção com o parceiro não ocorre diretamente, mas através de orientação com a própria mulher sobre estratégias de comunicação assertivas, onde a mulher aprende a expressar seus sentimentos, desejos ou motivações ao parceiro. Com isto, a mulher vai tratando o tema com mais tranquilidade e vivendo o tema da sexualidade mais livremente para então, conseguir expressar para o parceiro o momento que está ou não motivada para o sexo. Durante o processo interventivo também é validada a importância de ser verificado se o transtorno não é um quadro orgânico.

Em relação às técnicas, são utilizadas algumas técnicas da terapia cognitivo-comportamental; pensamento Socrático, no qual COSTA (200-?) diz que “o homem e seu comportamento tornam-se objeto principal de sua investigação” (p.2), sendo assim, ele começa a questionar-se sobre seu comportamento. A descatastrofização também é utilizada, que de acordo com MESTRE E CORASSA (2000, não paginado) “leva o cliente a reconhecer seu padrão de pensamento e, assim, alterar suas crenças”, fazer a pessoa pensar se as consequências serão tão graves o quanto ela pensa.

Segundo a psicóloga, os resultados dessa metodologia são relativos. Muitas clientes quando já sentem que o problema está resolvido e tem aquele alívio temporário, resolvem parar a terapia. Mas também acontece quando é tocado em um assunto delicado para a mulher e esta sente-se despreparada para abordá-lo. Na questão da sexualidade os resultados são difíceis pela complexidade do assunto, pois algumas não querem terminar o casamento com o parceiro que a trata mal. Mesmo tendo aprendido como lidar com as situações e fazer mudanças, nem sempre significa que o parceiro também irá mudar. De acordo com a profissional, “há o medo de abandonar o outro e tomar decisões sozinha”. E quanto mais ansiosa a cliente chega, mais você tem que “desarmá-la” para não criar falsas idealizações, pois geralmente se

chega ao consultório com uma expectativa de que em questão de sessões o problema estará resolvido, ou que o psicólogo tem uma bola de cristal, o que é irreal.

A simples orientação dirimindo mitos e tabus, bem como legitimando o prazer sexual, pode resolver uma parcela das dificuldades sexuais, em especial de mulheres mais jovens e daquelas que ainda não tiveram repercussão da sintomatologia disfuncional na vida como um todo e/ou sobre o desempenho sexual do parceiro (ABDO; FLEURY, 2006, p.165).

Outra estratégia utilizada é o trabalho interdisciplinar para o sucesso de sua atuação. Este é fundamental, pois há uma troca de leituras e informações, o que gera o aprendizado. Também há a parte de indicação que não ocorre somente de psiquiatras e neurologistas, mas também de clínicos gerais. A profissional nos relata que aproximadamente 50% das mulheres vêm de encaminhamento psiquiátrico. Porém já houve encaminhamentos por parte de um ginecologista com o foco bem direcionado para as disfunções sexuais femininas. Como forma de comunicação é repassada uma carta ao profissional, ou uma ligação, falando do atendimento e das questões trabalhadas.

Este trabalho interdisciplinar é necessário para não segmentar a paciente nem sua queixa e trabalhar de uma forma completa, atuando em todos os aspectos, vendo o indivíduo como um todo, para ser entendido na sua integridade e não haver a análise isolada.

A psicóloga relata que os resultados alcançados com a intervenção são manifestados através da diminuição dos sintomas: leveza, mais tranquilidade em relação à sexualidade, menos irritação.

### **Dificuldades encontradas durante as intervenções**

De acordo com NEUBERN (2001),

as grandes dificuldades presentes no cotidiano da clínica, decorrentes geralmente da natureza complexa da subjetividade e em grande parte subversivas ao pensamento dominante podem vir a ser sua grande virtude para a implantação de uma forma de pensar condizente com o espírito científico.

Conforme a psicóloga entrevistada: “a questão sexual é muito mal resolvida num ser humano. Muito mal entendida, muito mal vivida, muito mal elaborada... É o que todo mundo busca e é o que todo mundo se frustra. Essa é a minha percepção assim...”

A profissional salienta ainda que uma grande dificuldade é fazer a mulher entender que no matrimônio ela não é obrigada a viver a sexualidade de qualquer forma. Ela tem que entender o seu momento. Também há dificuldade de fazer o homem entender que não é o momento da mulher, porém para ela é difícil negar o sexo. É difícil lhe mostrar a liberdade que ela tem.

As mulheres, quando em seu consultório, alegam que não costumam falar abertamente com seu parceiro sobre seus problemas sexuais. Existe um grande tabu que ronda o sexo nos relacionamentos, principalmente os casamentos. É uma questão cultural muito forte. Há o medo de falar, de se

expor. Dizem que não são compreendidas pelos maridos, pois são fechados ao assunto ou não entendem que a mulher pode ter uma dificuldade sexual, que algo está interferindo no relacionamento. O medo da traição ao se expor ao marido, medo da incompreensão, resulta na obrigação do sexo, mesmo não sendo prazeroso, o que pode agravar a situação.

A profissional afirma que a auto-estima está muito envolvida nisso. Muitas vezes as mulheres se submetem às vontades dos maridos, não se reconhecendo como pessoas também. E a disfunção sexual pode piorar esta baixa auto-estima ou esta mesma pode levar a uma disfunção sexual.

Uma das dificuldades, de acordo com a psicóloga, é a frustração de querer ver a evolução do paciente, porém ele desistir da terapia. Outra dificuldade é lidar com temas como a drogadição, que para ela, as drogas escondem o verdadeiro problema.

### **Competências profissionais demandadas na atuação profissional**

Ter competências profissional consiste em ter conhecimento, habilidade e atitude necessários para a atuação. Conforme ACHCAR (1994) a capacidade de observação é um requisito para o fazer clínico e nesta observação, se desvincular das crenças e valores para causar a reflexão e o questionamento dos próprios valores do psicólogo.

ACHCAR (1994) também cita que as transformações do mundo se dão rapidamente e para isso é importante preparar o psicólogo para tais mudanças, para que ele as acompanhe e não se isole em pensamentos fechados. E principalmente, preparar o profissional para o contexto brasileiro, não apenas lendo Piaget, Freud, Lacan, Jung, mas sim produções brasileiras, com o contexto e conteúdo da realidade de tal.

Na entrevista é citada que primeiramente é necessário ser um bom ouvinte; ter a sensibilidade com a pessoa que sofre; ter experiência, pois através desta se nota a semelhança entre estes; consultar a referência bibliográfica para aprender a forma de lidar; tirar o próprio julgamento; se atualizar; ter conhecimento de si mesmo para saber suas capacidades de lidar com certas situações; estar motivado; ter conhecimento em psicopatologia para saber a anatomia fisiológica e anatômica; buscar especializações, ter interesse e só tratar de casos que tenha capacitação. Estas recomendações estão de acordo com os princípios estabelecidos no Código de Ética Profissional do Psicólogo do Conselho Federal de Psicologia (2005, p.8): “Assumir responsabilidades profissionais somente por atividades para as quais esteja capacitado pessoal, teórica e tecnicamente”.

ACHCAR (1994) cita alguns requisitos para a formação do psicólogo, que envolvem a flexibilidade e adaptabilidade para os trabalhos em equipe, empatia que não se reduza a sorrisos, reflexão crítica para se ter a capacidade de avaliar e refletir sobre seu trabalho, curiosidade intelectual que implica em uma abertura para novos conhecimentos.

Quando questionada sobre sua colocação no mercado, a profissional disse que procura ser reconhecida e fazer um bom papel como psicóloga, pois realmente gosta do que faz e que tem que dar o melhor de si mesma. Trabalha 20 horas no serviço público e em duas clínicas particulares. E quando perguntado sobre sugestões para alunos que se tornarão psicólogos e pretendem atuar neste contexto, ela salienta que é necessário começar a

investir na carreira; sempre se mostrar competente; fazer terapia como auto-conhecimento; se desejar, mestrado; já começar a fazer publicações. Ter um foco para saber aonde se quer chegar, descobrir as próprias dificuldades e facilidades.

## Considerações Finais

Após breve reflexão, diante das bibliografias estudadas, pode-se concluir da necessidade de um olhar amplo e tanto quanto possível interdisciplinar dos problemas relacionados ao complexo universo da sexualidade humana, de tal modo que ela possa ser analisada biopsicossocialmente.

O psicólogo como o profissional apto às intervenções relacionadas à dimensão psicológica do fenômeno tem assegurada uma participação importantíssima. Suas contribuições podem ir desde a pesquisa que traz melhor entendimento e, portanto, mais eficiência na intervenção, passando pela questão da promoção da saúde sexual quando aplica seus conhecimentos na elaboração de campanhas de esclarecimento até a solução de problemas sexuais relacionados especificamente a patologias psicológicas.

Mesmo tendo conhecimento, muitas vezes a mulher deixa de buscar ajuda devido a uma inibição. Porém seu diagnóstico é indispensável para obter qualidade de vida, tanto mental quanto fisicamente.

O conhecimento do seu próprio corpo e a exploração do corpo do parceiro são de grande importância para se garantir uma intimidade saudável. A função sexual sem disfunções é algo fundamental para a realização pessoal. As disfunções sexuais, em sua grande maioria, abalam a estrutura global do indivíduo. Dessa forma, podem comprometer de forma significativa, o bem-estar e a qualidade de vida (FARIA, 200-?).

Embora os quadros de disfunções sexuais femininas já sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis para tal tratamento ainda são restritos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade (ABDO; FLEURY, 2006). Algumas sugestões para futuras pesquisas, são abordar os temas sobre a preponderância da maternidade e as decorrências na vida sexual da mulher e a influência da comunicação assertiva entre os casais.

## Referências Bibliográficas

ABDO, C. H. N.; et al. **Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women**: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). [S.I.: s.n.], 2004.

\_\_\_\_\_. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. **Rev Diagn Tratamento**. n.10. p.220-222, 2005.

\_\_\_\_\_; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.** n.33; p.162-165, 2006.

ACHCAR, R. (org.) **Psicólogo Brasileiro**: práticas emergentes e desafios para a formação. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.** v.57 n.5. Brasília, 2004.

BRASÍLIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Conselho Federal De Psicologia, 2005.

COSTA, A. S. **O início do pensamento filosófico na Grécia Antiga.** [S.l.: s.n.], 200-?. Disponível em: <<http://www.laefi.defil.ufu.br/Arquivos/oiniciodopensamentofilosoficonagreciaantiga.pdf>>. Acessado em 02 de junho de 2009.

DIEHL, A.; FALCKE, D.; WAGNER, A. **A qualidade do funcionamento sexual de homens e mulheres.** [S.l.: s.n.], 200-?. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/psico/pos/relacoesfamiliares/artigos/11.pdf>>. Acessado em 23 de março de 2009.

FARIA, C. Sexualidade e auto-estima. **Sexualidade:** viva bem melhor. São Paulo, 200-? Disponível em: <[http://www.claudiafaria.com.br/artigo\\_2.htm](http://www.claudiafaria.com.br/artigo_2.htm)>. Acessado em 18 de junho de 2009.

FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. de. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Materna. Infant.**, Recife, n.7, p.144, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>>. Acessado em 23 de março de 2009.

GLINA, S.; KATZ, R. H.; RIBEIRO, L. B. **Sexualidade:** Aspectos médico-psicológicos das disfunções sexuais. 200-?. Disponível em: <<http://www.janssen-cilag.com.br/subportais/janbr/Sexualidade.pdf>>. Acessado em 20 de março de 2009.

HEILBORN, M. L. **Sexualidade no Plural** - O direito à diferença. [Rio de Janeiro], 200-?. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/publique/media/sexualidade\\_no\\_plural.pdf](http://www.clam.org.br/publique/media/sexualidade_no_plural.pdf)>. Acessado em 23 de março de 2009.

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

LARA, L. A. da S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro, v.30, n.6, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032008000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 20 de março de 2009.

MANZO, M. E. G. A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o principialismo bioético. **Jus Navigandi.** Teresina, ano 8, n. 457, 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5781>>. Acessado em 26 de abril de 2009. Não paginado.

MARTINS, G. De A. Análise de conteúdo. **Ser Professor Universitário.** [S.I.: s.n.], 2005. Disponível em: <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=22&texto=1377>>. Acessado em 20 de maio de 2009. Não paginado.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **A resposta sexual humana.** São Paulo: Roca, 1984.

MESTRE, M; CORASSA, N. Da Ansiedade à Fobia. **Revista Psicologia Argumento.** [S.I.: s.n.], ano 18, n.26, 2000. Disponível em: <<http://www.cwb.matrix.com.br/cppam/pub03.html>>. Acessado em 02 de junho de 2009.

NEUBERN, M. S. Três Obstáculos Epistemológicos Para o Reconhecimento da Subjetividade na Psicologia Clínica. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** [S.I.: s.n.], 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

SAAVEDRA, L.; NOGUEIRA, C. **Memórias sobre o feminismo na psicologia:** para a construção de memórias futuras. Portugal, 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/saavedranogueira01.pdf>>. Acessado em 23 de março de 2009.

SEIXAS, A. M. R. **Disfunções sexuais femininas.** [S.I.: s.n.], 2009. Disponível em: <<http://blogjoaogallo.blogspot.com/2009/04/disfuncoes-sexuais-femininas.html>>. Acessado em 18 de junho de 2009.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente-** um modo de fazer. São Paulo : Edusp, 2001.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. de A. **Sexualidade feminina:** questões do cotidiano das mulheres. Florianópolis, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acessado em 23 de março de 2009.

VITIELLO, N.; CONCEIÇÃO, I. S. C. Manifestações da Sexualidade nas Diferentes Fases da Vida. In: **Revista Brasileira de Sexualidade Humana.** SBRASH, v.4, n.1, 1993. p. 47-59. Disponível em: <[http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/pdf/volumes/volume4\\_1.pdf](http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/pdf/volumes/volume4_1.pdf)>. Acessado em 23 de março de 2009.