



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA GERAL E ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

PSICOLOGIA CLÍNICA NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Auriciene Araújo Lidório

Júlia Cunha Tataren

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

Segundo o modelo biopsicossocial, a etiologia dos transtornos sexuais envolve os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa maneira, a intervenção a partir da perspectiva de apenas um dos fatores citados, geralmente, fracassa, pois desconsidera a importância e o peso dos outros agentes causais. No entanto, deve-se ter em mente que,

em algumas ocasiões, um único agente causal pode ser forte o bastante para desencadear o transtorno sexual.

A seguir, serão elencados os transtornos sexuais masculinos, bem como a definição e a prevalência de cada um deles.

Transtorno do desejo sexual hipoativo: ocorre quando o indivíduo possui baixos níveis de fantasias e atividades sexuais. Estudos que procuram determinar a prevalência desse transtorno na população geral, apontam que cerca de 16% dos homens apresentam baixo desejo sexual (Frank, Anderson e Rubinstein, 1978 apud Carey, 2005).

Transtorno de aversão ao sexo: pode ser compreendido como uma forma extremada de baixo desejo sexual, sendo que os indivíduos que sofrem desse transtorno temem e evitam todo – ou quase todo – contato sexual.

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

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

Ejaculação precoce refere-se à ejaculação com uma estimulação sexual mínima, a qual pode ser antes, no momento, logo após a penetração ou “antes do desejado” pelo indivíduo. Este transtorno é frequente, sendo que 36 a 38% dos homens da população geral podem apresentar ejaculação precoce (Spector e Carey, 1990 apud Carey, 2005). Além disso, estudos constataram que esse transtorno aparece em 20% dos homens que procuram atendimento clínico especializado (Hawton, 1992; Renshaw, 1988 apud Carey, 2005).

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

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

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

Outro fator importante diz respeito ao déficit em habilidades do sujeito, ou seja, algumas pessoas podem apresentar repertório sexual limitado, no sentido de não possuírem conhecimentos de como proporcionar prazer a si mesmos e/ou ao parceiro (a).

A capacidade de participar totalmente da atividade sexual diminui quando o sujeito apresenta outros problemas psicológicos que interferem na relação sexual, como por exemplo, depressão e ansiedade. Além disso, os fatores relativos ao relacionamento do casal são importantes para a satisfação e para o funcionamento sexuais.

Tendo o modelo biopsicossocial como orientação, a intervenção dos transtornos sexuais masculinos necessita de uma estratégia multimodal.

DISFUNÇÃO ERÉTIL MASCULINA

A Disfunção erétil ou impotência sexual é a incapacidade de iniciar ou manter uma ereção em, pelo menos, 50% das tentativas durante a relação sexual. Essa disfunção incapacita o homem de obter ou manter ereções suficientemente rígidas para a penetração vaginal, impedindo a satisfação sexual.

Causas

A impotência sexual está relacionada a diversos fatores - físicos, psicológicos e sociais - e tratá-la envolve obrigatoriamente a descoberta de sua causa.

São causas de impotência sexual:

- Distúrbios psicológicos;
- Doenças hormonais (diabetes, diminuição dos níveis de testosterona, disfunções endócrinas);
- Doenças neurológicas (lesões na medula espinhal, mal de Alzheimer e Parkinson);
- Doenças vasculares, que causam o entupimento de artérias e veias, prejudicando a chegada do sangue ao pênis (hipertensão arterial, aterosclerose);

- Consumo excessivo de medicamentos e
- Alcoolismo e tabagismo.

Sintomas

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

- Redução do tamanho e da rigidez peniana;
- Incapacidade de obter e manter a ereção;
- Redução dos pelos corporais;
- Atrofia ou ausência dos testículos;
- Deformação do pênis;
- Doença vascular periférica e
- Neuropatia (distúrbio das funções do sistema nervoso).

É importante ressaltar que apenas o envelhecimento não constitui uma causa de impotência sexual.

Seis cuidados que todo homem deve ter a fim de evitar a disfunção erétil

De acordo com os dados mais recentes da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), através de um estudo realizado em 22 cidades brasileiras, 44% dos homens do país possuem disfunção erétil. Além disso, foi descoberto que 56% dos homens que sofrem deste problema afirmaram ser hipertensos, 19% diabéticos, 13% têm colesterol alto e, ainda, 12% deles são cardíacos.

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

cientificamente comprovadas da disfunção erétil, sendo importante conhecê-las a fim de evitar o problema.

Sono

Um estudo da Unifesp aponta que pacientes que sofrem de impotência sexual despertam mais durante a noite e apresentam o sono fragmentado, sem conseguir atingir o estado de sono profundo. Além disso, a falta de sono aumenta as chances de problemas cardiovasculares, diabetes e favorece o ganho de peso, fatores que contribuem para a impotência sexual.

Drogas

Um estudo da Universidade Real de Londres confirmou que o cigarro aumenta o risco de impotência sexual. Homens que fumam aumentam em 40% o risco de sofrer de disfunção erétil, sendo que quanto maior o número de cigarros, maiores as chances de ter problemas na performance sexual. Mesmo os homens que fumam menos de 20 cigarros por dia aumentam em 24% as chances de sofrer de impotência sexual. Isso acontece pois o cigarro possui substâncias que entopem a microcirculação, atingindo também o pênis e a ereção.

Um estudo da Unifesp descobriu que entre os usuários de álcool, cocaína, crack e ecstasy, 47% têm ejaculação precoce, redução da libido e impotência sexual. Este problema também se encontra relacionado às alterações vasculares, causadas pelo uso prolongado dessas substâncias. Além disso, remédios como antidepressivos e para a calvície podem influenciar a ereção.

Diabetes

As artérias do pênis são muito sensíveis às alterações vasculares causadas pelo diabetes. Aproximadamente metade dos pacientes diabéticos apresentam problemas de ereção, sendo que tais pacientes não podem ser tratados com os medicamentos comumente

utilizados, como o Viagra, pois estes não surtem efeito nestes casos. No entanto, existem outras formas de tratamento, basta encontrar um profissional especializado o quanto antes.

Obesidade

Uma pesquisa realizada pela Escola de Saúde Pública de Harvard mostrou que a obesidade e o sedentarismo aumentam as chances de disfunção erétil. Os obesos sofrem mais com a impotência sexual devido ao sistema circulatório debilitado, o que acaba por refletir na ereção. Ademais, a hipertensão e o colesterol alto têm relação com este problema. Ou seja, a circunferência abdominal não é causa direta da disfunção erétil, mas sim as alterações metabólicas decorrentes da obesidade.

DISFUNÇÃO ERÉTIL PSICOLÓGICA

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

As razões psicológicas são responsáveis por cerca de 10 a 20% dos casos de disfunção erétil. Na maioria das vezes é uma reação secundária a um fator psicológico principal. Os principais fatores psicológicos relacionados à disfunção erétil são:

Stress: Stress relacionado ao trabalho, stress por motivos econômicos, ou até devido a discussões e problemas conjugais.

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

novamente. Esse pensamento dá origem à “ansiedade de desempenho”, tal como o medo de não satisfazer a(o) parceira(o), o que causa disfunção erétil.

Sentimento de culpa: o homem pode sentir-se culpado por não satisfazer a(o) sua(seu) parceira(o).

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

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

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

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

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

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

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

Quando o cliente apresenta uma (um) parceira (o) é recomendado que esta (este) participe tanto da avaliação quanto do tratamento psicológico. A participação da (o) parceira (o) é muito importante pois aumenta a informação sobre o funcionamento sexual e melhora as capacidades comunicacionais, o desejo e a confiança sexuais do casal, além de aumentar a motivação do cliente para continuar o tratamento (Montorsi & Althof, 2004; Dean et al., 2006; Banner et al., 2007 apud Costa, 2010).

As informações coletadas no processo de avaliação são obtidas a partir de três fontes: a entrevista clínica, os questionários de auto-relato e os procedimentos psicofisiológicos.

Entrevista Clínica

A entrevista clínica é fundamental no processo de avaliação psicossocial. A partir dela é possível ao terapeuta o estabelecimento de uma relação empática com o

cliente, a obtenção de uma descrição geral de seu problema erétil, o levantamento de informações a respeito de sua história psicossocial e a obtenção de dados relevantes sobre outros aspectos importantes de sua vida, como por exemplo, eventos estressores atuais.

Na entrevista clínica, deve-se levantar informações a respeito dos relacionamentos do cliente e acontecimentos significativos de sua vida ocorridos após os 20 anos de idade; obter informações sobre a história de seu casamento/relacionamento e experiências sexuais; informar-se quanto à situação sexual atual do cliente, mudanças recentes em seu funcionamento e/ou satisfação sexual, flexibilidade nas atitudes e comportamentos sexuais, casos extraconjugais, pontos fortes e pontos fracos da(o) parceira(o), preferências e desgostos quanto ao comportamento sexual da(o) parceira(o); e obter informações a respeito da história clínica do sujeito.

Para uma avaliação e tratamento psicológico da disfunção erétil, é fundamental que uma avaliação médica abrangente seja realizada, exames médicos específicos sejam efetuados e possíveis causas orgânicas detectadas. É importante que o psicólogo faça os devidos encaminhamentos.

Questionários de Auto-Relato

Os questionários de auto-relato são instrumentos de avaliação psicológica padronizados que permitem avaliar um conjunto de variáveis associadas às dificuldades sexuais. Também são importantes na avaliação da evolução de tais dificuldades ao longo do processo terapêutico – mediante administrações repetidas. Apresentam algumas vantagens, como por exemplo, a obtenção de informações a baixo custo, auxiliando o cliente a refletir sobre o problema e a organizar suas ideias de maneira ponderada, o que muitas vezes não é possível nos limites de tempo de uma entrevista

clínica. Além disso, os questionários de auto-relato permitem que o cliente revele informações que têm dificuldade em verbalizar.

Alguns questionários de auto-relato importantes no processo de avaliação da disfunção erétil, são: o **Índice de Satisfação Sexual** (*Index of Sexual Satisfaction, ISS*), o **Inventário Derogatis de Funcionamento Sexual** (*Derogatis Sexual Functioning Inventory, DSFI*), a **Escala de Ajustamento Diádico** (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*), o **Levantamento de Opiniões Sexuais** (*Sexual Opinion Survey, SOS*) e a **Escala de Auto-Eficácia Sexual – Funcionamento Erétil** (*Sexual Self-Efficacy Scale – Erectile Functioning, SSES-E*).

Avaliação Psicofisiológica

As medidas psicofisiológicas permitem compreender os fatores fisiológicos relacionados à disfunção erétil.

Um dos exames realizados para detectar a impotência sexual é a avaliação física global - teste de intumescência peniana noturna - realizada com o auxílio de equipamentos específicos. Como todo homem tende a ter ereção enquanto dorme, o aparelho mede a sua qualidade e quantidade durante determinada fase do sono. O equipamento possui dois anéis conectados a eletrodos, colocados em volta do pênis, que analisam a qualidade das ereções noturnas e traçam um gráfico completo. Se as ereções espontâneas forem satisfatórias, significa que o sangue chega ao pênis e é corretamente represado. O distúrbio, portanto, tem fundo psicológico.

Outro recurso usado para o diagnóstico é o ecodoppler peniano, utilizado para medir o fluxo arterial e identificar eventuais obstruções arteriais penianas.

Um método menos popular são as injeções intracavernosas (dentro do corpo cavernoso do pênis) que aumentam o fluxo sanguíneo das artérias, diminuem o calibre das veias e relaxam a musculatura local, produzindo a ereção. O exame é feito no

consultório médico e o remédio faz efeito em 10 a 20 minutos. Os indivíduos com problemas psicológicos respondem positivamente a este exame.

O PAPEL DO TERAPEUTA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO NAS SITUAÇÕES DE DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Formação do Repertório Comportamental Sexual

A formação do repertório sexual é também estabelecida por regras e contingências. Na perspectiva da Análise do Comportamento, nosso repertório sexual é estabelecido por influências genéticas, ambientais e culturais.

A região pélvica nos seres humanos evolui com muitas terminações nervosas, em particular a glândula no homem e o clitóris na mulher. Estimulações ambientais nesta região - mesmo em organismos com pouca idade - provoca uma reação respondente, ou seja, a eliciação de uma resposta excitatória de tumescência.

Durante a infância e a adolescência aprendemos - mediante regras e o estabelecimento de contingências - que a estimulação do pênis elicia uma resposta de prazer. Através dos jogos sexuais infantis, das regras que são transmitidas pelos indivíduos mais velhos e das contingências estabelecidas nas primeiras relações sexuais do sujeito, forma-se seu repertório sexual e definem-se os operantes relacionados ao comportamento sexual - classes de respostas definidas em termos de estímulos que produzem consequências. O operante é o comportamento mais provável na presença de um estímulo discriminativo devido a uma história de reforço na sua presença. Construimos um operante ao tornarmos um reforço contingente a uma resposta. A

maneira como as primeiras relações sexuais ocorreram, o reforçamento (orgasmo e ejaculação), dentre outros, definirão classes de operantes.

Sentimentos são Estados Corporais

Quando o cliente relata ser muito ansioso e que suas mãos ficam frias e suando quando vai manter relação sexual sua namorada e ejacula muito rápido, a ansiedade, a mão fria e o suor são estados corporais do cliente (sentimentos) eliciados durante a relação sexual. O terapeuta sexual compreende que estes estados corporais são causados por eventos passados (antecedentes) que podem ter condicionado uma resposta de fuga/esquiva através da ejaculação precoce. Portanto, não é a ansiedade que provoca a ejaculação precoce, mas algo acontecido no passado, referente à história sexual do cliente, que condicionou uma ejaculação precoce. Dessa maneira, é preciso saber sobre estes eventos antecedentes a fim de explicar a ejaculação precoce. Sendo assim, “a terapia comportamental se interessa mais pelo evento antecedente do que pelo sentimento” (Skinner, 2005).

Os comportamentos sexuais disfuncionais de etiologia não orgânica são causados por contingências de reforçamento negativas e não por sentimentos ou estados mentais. É possível tornar a vida sexual do cliente funcional ao corrigir as contingências e eliminar a disfunção sexual. Ou seja, provocando arranjos de contingências apropriados no ambiente sexual do cliente e, em muitos casos, em outros ambientes.

As explicações ficcionais para o comportamento, tais como: recalque; frustração; desmotivação; insegurança; dentre outras, não interessam ao analista do comportamento, pois não explicam o comportamento do cliente. Interessa sim, buscar a funcionalidade do comportamento sexual do cliente.

São, portanto, as contingências ambientais que estão todo tempo controlando nosso comportamento. Elas determinam como iremos nos comportar. Para mudar o

comportamento de uma pessoa temos que arranjar novas contingências para que se obtenha o comportamento desejado. “Uma pessoa é modificada pelas contingências de reforço em que age” (Skinner, 1993). Na Terapia Comportamental fazemos arranjos de contingências no ambiente do cliente para extinguir o comportamento problema e promover o comportamento desejado.

Sinopse de Caso – Disfunção Erétil

Ramon (nome fictício), 33 anos, executivo, separado, heterossexual, sem filhos, queixa-se de Disfunção Erétil. Indicado para tratamento terapêutico por médico urologista depois de submeter-se aos exames laboratoriais de rotina e se constatar que nada orgânico estaria associado à disfunção. O cliente foi casado com Maria (nome fictício) durante nove anos. Ela foi sua única namorada e a mulher com quem fez sexo pela primeira vez. Conheceram-se na adolescência. O cliente relata que, desde as primeiras relações sexuais, Maria se queixava muito de dor na penetração e em sua opinião “ela não relaxava o suficiente”. Durante o namoro e o casamento nunca tiveram uma vida sexual regular.

Ele sempre tomava a iniciativa para terem relações sexuais. Ocorriam poucas preliminares. Na quase totalidade das relações sexuais ele não conseguia fazer toda penetração vaginal devido às dores sentidas por Maria e a pouca lubrificação vaginal. Nas preliminares ele conseguia manter a ereção, mas na hora da penetração perdia a ereção.

Como consequência, Ramon ou ejaculava rápido ou perdia a ereção. Perder a ereção na hora que posicionava o pênis para fazer a penetração vaginal era mais comum. A masturbação solitária, onde ele não perdia a ereção, passou a fazer parte da vida sexual do cliente já que Maria demonstrava pouco interesse em ter relação sexual.

O dado clínico importante neste relato é que ele perdia a ereção na hora da penetração quando posicionava o pênis no introito vaginal. Ele forçava o pênis para encaixar-se na vagina e o pênis quase sempre não entrava na sua totalidade, neste momento ele perdia a ereção. Algumas vezes ele se masturbava e/ou fazia estimulação clitoriana com os dedos em Maria para ela obter o orgasmo. Ele não sabe se ela tinha orgasmo.

Uma pergunta que surge inicialmente é por que mesmo com a vida sexual irregular e insatisfatória para o cliente, o casamento manteve-se por nove anos? Apesar de o cliente declarar que não tinha uma “vida sexual legal” - *punidor*, Maria tinha uma série de “atributos que me faziam muito bem. Era uma mulher linda e eu gosto de mulheres bonitas que se cuidam, uma mulher de sucesso profissional e eu tinha uma ligação muito forte com a família dela.” Estes reforçadores mantinham o casamento de Ramon. Mas, o cliente declara “que depois dos 30 anos de idade comecei a questionar minha vida sexual daí minha decisão de terminar o casamento”.

Separado de Maria, Ramon “fica com uma moça de 25 anos” e sempre perde a ereção. Começa a se preocupar num padrão de ruminação agora apresentando muita ansiedade antes do sexo. Sai com várias garotas de programa e não consegue manter a ereção. Até que resolve procurar ajuda profissional.

Análise de Caso

Perder a ereção na hora da penetração foi um comportamento contingenciado por vários anos de reforçamento. Ramon sensibilizou seu organismo com a perda da ereção neste contexto sexual. Num processo de generalização este comportamento foi levado para outros contextos sexuais, com suas novas parceiras. Ao contrário do que ele imaginava não era a ansiedade que provocava a Disfunção Erétil, mas sim a história de

reforçamento: as contingências passadas. Por que com Maria ele perdia a ereção? Porque, provavelmente, as seguintes causas/variáveis determinaram o condicionamento de perder a ereção: 1) devido às dores que Maria sentia uma possível Dispareunia; 2) a falta de excitação sexual de Maria, com pouca lubrificação; 3) a dificuldade de fazer a penetração; e 4) sentido a ausência de receptividade sexual da mulher “eu desanimava, desistia”, segundo relato de Ramon. Estas variáveis criavam um ambiente aversivo, então, perder a ereção tinha uma consequência reforçadora: deixar de provocar dor em Maria. Perder a ereção era um reforço negativo de fuga, tinha como função eliminar uma estimulação aversiva em Maria. Ramon, incentivado pela nova namorada, fez a terapia sexual comportamental que dessensibilizou a Disfunção Erétil. O tratamento durou 20 sessões e ele recuperou sua ereção.

Exemplo da Importância Reforço

3 exemplos clínicos:

Marcelo nunca perde a ereção ou ejacula rápido com Dores, pois sente atração sexual por ela. Ela, que é o seu ambiente sexual, demonstra muito prazer no sexo: boa lubrificação e sempre tem orgasmo. Marcelo e Dores gostam deste ambiente que o reforça positivamente.

Ricardo muitas vezes perde a ereção na relação sexual com Márcia no momento da penetração vaginal. Ela sente muita dor na penetração (Dispareunia) tem pouca lubrificação e nunca o procura para sexo. Ricardo fica tenso neste ambiente que o reforça negativamente. Sua perda de ereção na penetração vaginal é um reforço negativo de fuga, ele elimina o incomodo de provocar sempre dor em Márcia quando faz a penetração.

João sempre ejacula rápido com Luiza, sua segunda namorada. Com Moema, sua primeira namorada, tinha medo de engravidá-la e sempre ejaculava antes da penetração - reforço negativo de esquiva, que é a prevenção de uma estimulação aversiva, engravidar a parceira. João condicionou a ejaculação rápida numa história de reforço com Moema e a generalizou para todos os ambientes sexuais. Observação: todos os nomes dos exemplos são fictícios.

Sinopse de Caso – Análise Funcional de Ejaculação Rápida

José (nome fictício), 32 anos, heterossexual, noivo, queixa-se de ejaculação rápida primária. Ejacula, em média, nos dois primeiros minutos da relação sexual.

| ANTECEDENTE | COMPORTAMENTO | CONSEQÜÊNCIA |
|---|---|--|
| <p>Pai “tirava sarro” quando ele era criança falando que tinha “o pinto pequeno”; Nunca trocou de roupa na frente de ninguém, com vergonha. Parou de jogar bola por este motivo(vestiário); Adulto seu pênis mede 15 cm, dentro dos padrões. Tinha fimose, foi encaminhado por mim para operação com médico urologista; Primeira relação aos 16 anos com colega de colégio, ejaculou rápido e a colega espalhou pela esc oaque ele tinha o pênis fi no, reforçando sua preocupação. Mudou de</p> | <p>Na masturbação solitária não ejacula rápido. Na masturbação e na relação com a parceira (ambiente sexual) ejacula rápido; Teve poucas namoradas (duas firmes) “tinha vergonha”; Procurou com muita frequência garotas de programa e sempre ejaculou rápido (aqui houve muito reforçamento em esquema de reforço intermitente em intervalo. Em geral, este condicionamento resulta num comportamento estável e muito resistente à extinção operante); Não gosta que a parceira faça sexo oral com vergonha; Relata ansiedade durante a relação sexual; peito se</p> | <p>Reforço negativo de fuga/esquiva (ejacula rápido porque sente muita vergonha do seu pênis e acha que não vai satisfazer nenhuma mulher). A funcionalidade da ejaculação rápida é sair logo da relação sexual, pois “fico tremendamente constrangido, achando que aquela mulher não tá gostando”.</p> <p>RESULTADO OBTIDO Tratamento durou 16 sessões; Através do uso da técnica de dessensibilização extinguiu a fuga/ esquiva através de 32 exposições;</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>escola por vergonha; (estes eventos sensibilizaram o cliente a ejacular rápido como fuga/esquiva por vergonha do pênis, numa história de reforço).</p> | <p>fechando, medo da parceira comentar sobre seu pênis, tremor e muito suor.</p> | <p>A noiva colaborou bastante; Obteve o controle ejaculatório e parou com a masturbação solitária freqüente – era uma esquiva para não enfrentar o ambiente sexual.</p> |
|---|--|---|

REFERÊNCIAS

CAREY, M. P. *Tratamento cognitivo – comportamental das disfunções sexuais*. In: CABALLO, V. E. *Manual para tratamento cognitivo – comportamental dos transtornos psicológicos*. São Paulo: Livraria Santos, 2005.

CATANIA, A. C. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

COSTA, J. F. L. V. *Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção Erétil*. 2010. 27f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2010.

PEDROSA, J. B. *Pedrosa*. Disponível em: <http://www.syntony.com.br/> Acessado em 27 de outubro de 2012.

SKINNER, B. F. *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix, 1993.

_____. *Questões recentes na análise comportamental*. 5ª ed. Campinas: Papyrus, 2005.