

“CARDÁPIO SEXUAL”: UM NOVO TRATAMENTO BASEADO NO “PENSAR EM SEXO” PARA MULHERES COM DESEJO SEXUAL HIPOATIVO (HSDD)

Jaqueline Brendler¹

“SEXUAL MENU”: A NEW TREATMENT BASED ON ‘THINKING OF SEX’ FOR WOMEN WITH HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER (HSDD)

Resumo: A autora propõe para mulheres com Desordem do Desejo Sexual Hipativo (HSDD) de todas as etiologias um novo tratamento baseado no “pensar em sexo” através da criação de um “Cardápio Sexual”, um “Repertório de cenas eróticas”. O “Cardápio Sexual”, aqui descrito, será confeccionado principalmente a partir de filmes e livros com algum conteúdo sensual ou erótico e serão parte integrante dos “temas-de-casa” da psicoterapia da linha Cognitiva Comportamental. Ao pensar nas cenas do “Cardápio Sexual”, várias vezes ao dia, durante o tratamento, será criado o hábito de pensar positivamente em sexualidade, o que facilitará a receptividade ao parceiro e a criação de oportunidades sexuais, motivadas pela situação “erótica da mente”.

Palavras-chave: Disfunção do desejo sexual; Filmes/livros eróticos; Tratamento.

Abstract: The author proposes, for women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) of all etiologies, a new treatment based on “thinking of sex” through the creation of a “Sexual Menu”, a “Repertoire of erotic scenes”. The “Sexual Menu” hereby described will be built mainly from films and books with some sensual or erotic content, and will be an integral part of the “homework” of Behavioral Cognitive psychotherapy. Thinking about scenes of the “Sexual Menu” several times a day during the treatment will create a habit of thinking positively about sexuality, which will allow easier

¹ Médica. Terapeuta Sexual. Presidente da SBRASH (biênio 2003-2005). Membro do Comitê de Ética da FLASSES (2004-2008). Membro do Advisory Committee of the World Association for Sexual Health (2005-2009)
e-mail: jaqbrendler@terapiadosexo.med.br

receptiveness to the partner, as well as the creation of sexual opportunities, driven by the “mind’s erotic situation

Keywords: Sexual desire dysfunction; Erotic films/books; Treatment.

Introdução

A definição atualmente aceita para Desordem do Desejo Sexual Hipoativo (HSDD) é a persistente ou recorrente deficiência (ou ausência) de fantasias/pensamentos sexuais, e/ou desejo para receptividade à atividade sexual e que causa angústia (2).

Em um artigo de revisão, a incidência da Desordem do Desejo Sexual varia de 5% (Ventegodt, 1998) a 46% (Chiechi et al, 1997) (34). No Brasil, em uma pesquisa realizada com 1219 mulheres brasileiras, a falta de desejo sexual foi relatada por 26.7% delas (1).

Sabemos que o desejo sexual obedece a um controle bimodal, ou seja, há excitantes sexuais e supressores sexuais. Podemos dizer que há excitantes sexuais fisiológicos (testosterona, dopamina, estimulação física e genital) e psicológicos (parceiro(a) atraente, estimulação erótica, fantasia sexual, amor/paixão, ritual de sedução) e ainda podemos citar a vivência de sexualidade saudável (19), como os mais freqüentes. Há supressores sexuais fisiológicos (desordem hormonal-diminuição da testosterona livre e aumento da prolactina, efeito colateral de medicações, depressão) e psicológicos [(parceiro não atraente, pensamentos e emoções negativas sobre a sexualidade, stress ou raiva do(a) parceiro(a)] ainda podemos citar os conflitos conjugais, a vivência de uma sexualidade disfuncional (19) e, para mulheres a falta de identificação com “a mulher sexuada”.

É importante que se faça o diagnóstico da etiologia da HSDD, pois o conflito de origem deve ser resolvido. Destaco como novo fator etiológico a falta da identificação com a fêmea, com a “mulher sexuada”. A falta dessa identificação pode ser atribuída à educação repressora que ensinou as meninas a perceberem sexo como algo repulsivo, negativo, feio e pecaminoso e a hipervalorizar o papel de mãe e atualmente o papel profissional (8) em detrimento do papel da mulher sexuada. Para remover essa causa será necessário ressignificar a sexualidade através de psicoterapia (10, 11) na qual proponho o uso da linha Sistêmica associada à Cognitiva Comportamental, assim a paciente irá entender os valores da sua “casa de origem” em relação à sexualidade, o seu histórico afetivo e sexual, desfazer mitos e crenças sexuais, mudar a sua visão, percepção e os sentimentos em relação à sexualidade.

No tratamento da HSDD, usando a linha Cognitiva Comportamental, pode-se lançar mão de técnicas do tipo proibir o coito, usar a focagem das sensações Grau I e II, tratar a outra disfunção sexual existente e que é a causa primária da diminuição do desejo, usar o treino e partilha de fantasias, quebrar a rotina do relacionamento e permitir o coito “não-exigente” (18, 22).

Além das técnicas acima descritas e do *Cardápio Sexual*, no tratamento da disfunção do desejo sexual feminino, proponho no trabalho com o casal:

- 1) O investimento em si mesmo: 1a) estar em constante estado de crescimento, ser admirável; 1b) Não descuidar da aparência física.
- 2) Investir no relacionamento: 2a) Tentar ouvir o outro como também iniciar e manter o diálogo; 2b) Criar tempo disponível para o relacionamento; 2c) Mudar o lugar do encontro erótico.
- 3) Investir no outro: 3a) Estar atento para as necessidades, os desejos e os interesses do outro; 3b) Estimular e validar o comportamento do outro.

Algumas vezes, como um recurso durante a terapia sexual sugiro /recomendo assistir em casa à filmes didáticos (“Como atingir o Orgasmo” – *Becoming Orgasmic* do Sinclair Intimacy Institute; *Treating Vaginismus*, da Focus international; *Sex a lifelong pleasure – Erectin*, da Focus interantional; *You can last longer – Solutions for ejacutary control* do Sinclair Intimacy Institute) visando o entendimento das outras disfunções sexuais ou técnicas de tratamento e filmes instrutivos (*Harmonie; Sensualité et Pairsir* da LCJ éditions).

Materiais e Métodos

No *Cardápio Sexual*, o tratamento é baseado no “pensar em sexo” através da criação de um repertório de cenas eróticas elegidas pela mulher (10, 11). Este método é utilizado em minha clínica privada, desde 1998, no tratamento de mulheres com HSDD. A seguir descreverei as etapas de sua aplicação.

Para ajudar a mulher a descobrir a sua listagem de cenas eróticas, o terapeuta sugere uma lista de filmes, com 2 a 3 cenas de sexo e/ou uma lista de livros com algum conteúdo sensual /sexual (10, 11).

Etapas 1: A mulher é instruída a melhor administrar a sua agenda diária, a fim de escolher ou criar um espaço de tempo, no qual esteja relaxada e sozinha, para que faça uso do material sugerido, sem pressa. Se estiver utilizando um filme, ela deverá, ao final, rebobinar e olhar, isoladamente, as cenas sensuais/sexuais. Se for escolhido um livro, ela deverá pensar, também de forma isolada, nos parágrafos que têm um conteúdo erótico. Ela anotará as cenas dos filmes/os parágrafos dos livros de que gostou. Exemplo: Filme:

“O amante” – cena 1. Desse modo, ela criará uma lista pessoal que contém cenas/parágrafos com conteúdo sensual/sexual que lhe agradam.

No contrato terapêutico usual é estabelecida 1 sessão por semana, com 1 hora de duração, além da realização dos temas-de-casa pela paciente e pelo casal (técnicas da terapia sexual citadas na introdução). Todos os sentimentos, os conflitos, as dificuldades e os progressos serão discutidos durante a psicoterapia (11). As interpretações e percepções dos filmes/livros também são relatadas e trabalhadas nas sessões terapêuticas.

Etapa 2: Ela recorrerá ao *Cardápio Sexual* listado e os verá/lerá, repetidamente, durante as tarefas realizadas em casa, enquanto a psicoterapia prossegue (10, 11). Posteriormente, para facilitar a memorização das cenas, que é imprescindível para que a próxima Etapa seja realizada (Etapa 3), é sugerido à mulher, após ver a cena erótica no filme ou ler a cena no parágrafo do livro, fechar os olhos e tentar imaginá-la, como também “imaginar-se como uma participante da cena”. Quando essa tarefa for difícil, ela tem o recurso de abrir os olhos, fazer uso do material e, posteriormente, novamente tentar memorizar as cenas. Quando a mulher tiver 2 ou 3 horas para se dedicar aos temas-de-casa, ela verá um novo filme/ lerá um novo capítulo do livro (Etapa 1), continuando a pesquisa de novas cenas sensuais/sexuais e, quando houver menos tempo disponível, ela fará uso das cenas já escolhidas (Etapa 2).

Etapa 3: A paciente pensará, várias vezes, durante o seu dia/noite, nas cenas eróticas escolhidas e que compõem o seu “cardápio sexual” (10, 11). Essa etapa é de uma complexidade maior. O terapeuta poderá sugerir horários, para a mulher “pensar no Cardápio Sexual”, o que facilitará o desenvolvimento do hábito de “pensar em sexualidade” (11). Sabemos que a introdução de novos hábitos na vida das pessoas é difícil. Por esse motivo, como técnica instruo a paciente, inicialmente, a fazer uso do seu repertório de cenas escolhidas 3 vezes ao dia nos horários das 11h, 16h e 21h, escolhidos aleatoriamente, servindo como instrumento para a lembrança da paciente do compromisso assumido de pensar em sexualidade.

O *Cardápio Sexual* também pode ser realizado alternando os filmes sensuais/sexuais com os de romance ou usando unicamente esses, em alguns casos. Quanto ao uso do material, na maioria das vezes, início sugerindo os filmes listados nas categorias 1 e 2 abaixo, pois inicialmente a maioria das mulheres com HSDD não sabem mencionar o que pode lhes parecer mais agradável. É imprescindível saber se há alguma preferência da paciente; algumas lembram de, no passado, terem tido desejo sexual ou ficado excitadas com algum material específico, o que indica o seu uso e que irá facilitar o desenvolvimento do *Cardápio Sexual*.

A seguir, descrevo uma listagem parcial de filmes e livros, dividida em categorias, sugerida às pacientes durante a realização do *Cardápio Sexual*, sendo que os filmes que têm homônimos possuem o seu diretor mencionado:

1) Filmes eróticos ou com 2 a 3 cenas de sexo: *O Amante*, do diretor Jean Jacques Annaud; *Romance X*; *Sensual Demais*; *Contos proibidos do Marquês de Sade*; *Delta de Vênus*; *Em nome de Deus*, do diretor Clive Donner; *Perdas e Danos*; *Lua de Fel*; *Um toque de sedução*, do diretor Zalman King; *O paciente inglês*; *O amante de Lady Chatterleyn*; *Instinto selvagem*; *Orquídea selvagem*, do diretor Zalman King; *Terapia do prazer*; *Carrington – dias de paixão*; *Mais forte que o desejo*; *Kama Sutra*, da diretora Mira Nair; *Zandalee – Uma mulher para dois homens*; *Lolita*, de Adrian Lyne; *9 ½ semanas de amor*; *Assédio sexual*; *De olhos bem fechados*; *Um copo de cólera*; *Entre as pernas*; *Tolerância*; *As idades de Lulu*; *Pecado original*; *Infidelidade*, do diretor Adrian Lyne; *O centro do mundo*; *Mata-me de prazer*; *Femme Fatale*; *Iniciação sexual de “Oh”*; *O Tédio*; *Uma linda mulher*; *O Piano*; *O homem que copiava*; *Desejos secretos*; *Sem vestígios*; *Lilá Diz*, do diretor Ziad Doueiri; *8 mm Nº 2*; *O insaciável Marquês de Sade*; *Emmanuele*, do diretor Just Jaeckin e outros da série do mesmo nome.

2) Filmes com algum conteúdo romântico: *Titanic*; *Beleza roubada*; *Toque de pele*; *Razão e Sensibilidade*; *Don Juan de Marco*; *As Pontes de Madison*; *Entre dois amores*; *A pele do desejo*; *A época da inocência*; *Alguém tem que ceder*; *Sabrina*, do diretor Sydney Pollack; *Shakespeare Apaixonado*; *Um lugar chamado Nothing Hil*; *Alta fidelidade*; *Frida*, da diretora Julie Taymor; *Proposta Indecente*; *Tudo por amor*; *Dicionário de Cama*; *Ghost – do outro lado da vida*; *Dom*; *O Guarda-Costas*, do diretor Mick Jackson.

3) Livros com conteúdo erótico forte: *Perdas e Danos*, de Josephine Hart, Ed. Record; *Cem escovadas antes de ir para a cama*, de Melissa Parnello, Ed. Objetiva; *Lúxuria – A casa dos budas ditosos*, de João Ubaldo Ribeiro, Ed. Objetiva; *No cio*, de Syang, Clio Editora; *A vida Sexual de Catherine M.*, de Catherine Millet, Ediouro; *O amor natural de Carlos Drummond de Andrade*, Editora Record; *A mulher sensual*, de Joan Garrity, Editora Record; *No Jardim do desejo*, de Wendy Maltz e Susie Boss, Editora Mandarin; *Confissões eróticas*, de Iris e Steven Finz, Editora Record; *Porno Pop Pocket*, de Paula Taitelbaum, da L&PM Editora; *Cartas de um sedutor*, de Hilda Hilst, Editora Globo.

4) Livros com conteúdo romântico ou erótico leve: *Romeu e Juleita* de William Shakespeare, L&PM Editora, *Cem Sonetos de Amor*, de Pablo Neruda, da L&PM Editora.

Às pacientes, é mencionado que não há uma cena de filme ou de livro que agrade ou desagrade a todas, contudo, à medida que o tratamento se desenvolve, a maioria acaba descobrindo muitas cenas que lhes interessam de modo especial.

Digo às pacientes com HSDD que para todas as mulheres tão importante quanto a celebração sexual é se preparar para ela, ou seja, pensar no *Cardápio Sexual* antes do encontro a dois, sem expectativa que algo semelhante aconteça no encontro sexual real, e sim com o objetivo de mudar o estado da sua mente que passará da neutralidade sexual para um “estado erótico”, facilitando não só o desejo sexual, mas toda a sua resposta sexual. Realizando mais essa tarefa proposta, a mulher tem chance de descobrir o quanto o pensamento afrodisíaco pode desencadear o desejo sexual.

A paciente é instruída para que realize o *Cardápio Sexual* sozinha, para que as cenas sensuais/sexuais tenham mais possibilidade de causar algum efeito agradável, pois não haverá chance de ela ser pressionada para transar durante ou após o fim do temas-de-casa.

O parceiro sexual não participa do *Cardápio Sexual* em si, contudo, durante a terapia sexual, ele é esclarecido da técnica. Percebo que para aqueles parceiros que tem desejo sexual e pensam várias vezes ao dia em sexualidade, é freqüente apoiarem e incentivarem (sugerindo filmes e livros) pois percebem que a parceira raramente pensa em sexualidade durante o dia. Em dado momento do tratamento é comum surgir o questionamento se, após a mulher ver o filme inicialmente só, ela pode ver com o parceiro. Quando esta pergunta é realizada pela mulher, geralmente é feita por dois motivos principais, a saber: 1) para amenizar a culpa de excluir o(a) parceiro(a) da realização do cardápio; 2) desejar ver o filme, ler o livro junto com ele/ela (esta segunda motivação ocorre quando o tratamento começa a dar seus primeiros resultados, iniciando a desencadear o desejo sexual). A técnica do “partilhar fantasias” com os(as) parceiro(a)s é permitida quando for sugerida pela paciente.

Eu adoto a avaliação objetiva da terapia sexual como proposta por Cavalcanti & Cavalcanti através da “quantificação do problema”, usando a Taxa de Resposta Apetitiva que vai de 1 a 10 (13), desde o início do tratamento, durante o uso do *Cardápio Sexual* e também realizo a Avaliação subjetiva do problema, que me dirá, entre outros tópicos, as expectativas que a mulher tem do tratamento que servirá, quando não irreais, como objetivo a ser alcançado para que ela se sinta adequada consigo mesma, como também no contexto diádico.

Um dos motivos que pode diminuir o sucesso do *Cardápio Sexual* é o fato de mulheres não seguirem adequadamente a técnica, isto é, ao final da tarefa não rebobinarem e não rerelem isoladamente as cenas sensuais/sexuais, pois fazem uso delas do modo antigo, anterior à terapia sexual. O terapeuta sexual deve estar atento a isso, numa situação de resposta lenta ou não eficaz ao *Cardápio Sexual*.

Discussão

A desordem do desejo sexual tem uma alta prevalência em mulheres e há três anos, na estatística da minha clínica privada, é o diagnóstico mais comum, superando a disfunção do orgasmo que ocupou por mais de 10 anos a liderança. No Brasil, uma pesquisa realizada com 1219 mulheres de 18 anos ou mais, cuja média de idade foi 35.6 anos, a falta de desejo sexual foi a disfunção sexual mais freqüente, numa incidência de 26.7% (1). Mesmo em grupos não tão freqüentes, como na amostra de 32 casais, do meu consultório, nos quais a mulher tinha Desejo Sexual Hipoativo (DSH) e o parceiro também possuía uma disfunção sexual, a média de idade ficou em 38 anos e 7 meses(9), achado concordante com a literatura, que desmistifica, um pouco, a idéia de que principalmente mulheres na meia idade sofrem dessa desordem sexual.

Para 13.882 mulheres acima dos 40 anos, de 29 países dos 5 continentes, que participaram do *Estudo Global sobre Atitudes e Comportamentos Sexuais*, o diagnóstico de falta de interesse em sexo foi associado à crença de que o envelhecimento reduz o desejo sexual, a pensar sobre sexo de modo infreqüente, à depressão, a baixas expectativas sobre o futuro do relacionamento e a sexo infreqüente (21) e 76% dessa enorme amostra concordam que “sexo satisfatório é essencial para manter o relacionamento” (29). Para essas mulheres a falta de interesse sexual foi o problema sexual mais comum, sendo prevalência média, entre os 29 países, de 32% (30). No Brasil, que participou dessa pesquisa, a falta de desejo sexual para 728 mulheres ficou como a segunda queixa sexual, na prevalência de 22.7% (31). Considerando o total de 1.200 pessoas entrevistadas, no Brasil, no *Estudo Global sobre Atitudes e Comportamentos Sexuais*, em números divulgados pelo Laboratório Pfizer, os homens relataram pensar muito mais sobre sexo do que as mulheres; 46,7% dos homens responderam que pensam em sexo pelo menos uma vez por dia; 49,6% algumas vezes por mês/algumas vezes por semana e 3,7% pensa em sexo menos que uma vez por mês/não pensam. 8,1% das mulheres relataram pensar pelo menos uma vez por dia em sexo; 53,6% delas pensam algumas vezes por mês/algumas vezes por semana e 38,3% pensa em sexo menos que uma vez por mês/não pensam (35).

Sabemos que o desejo sexual pode ser desencadeado por inúmeras vias, no entanto, no tratamento inicial, de uma mulher com HSDD, não podemos principalmente usar o tato, o jogo sexual e o coito, pois ela poderia sentir-se pressionada a responder sexualmente ou até violentada (11), o que diminuiria ainda mais o desejo sexual. O *Cardápio Sexual* usa apenas o pensar e o envolver-se com sexualidade e romance para o resgate do desejo sexual.

Os filmes aqui citados como didáticos, instrutivos e outros similares aos listados como sugestão do *Cardápio Sexual*, bem como os livros possuem a sua utilidade bem documentada na literatura. Em 74% de 610 profissionais, a maioria terapeutas, profissionais da saúde (médicos e enfermeiras) e uma minoria composta de sexólogos, relataram terem usado material de sexualidade no seu trabalho, sendo que a primeira maior utilidade, em 33%, foi em educação sexual para crianças e adolescentes, em 20% no tratamento de disfunções sexuais ou parafilias, e em 19% para dar permissão sobre sexualidade em geral ou mais especificamente para reduzir ansiedade, culpa e vergonha (32). Em uma pesquisa com 1.292 estudantes do primeiro ano da universidade, pessoas mais religiosas, quando comparadas às menos religiosas, tinham se exposto menos a quase todos os tipos de materiais sexuais e os desaprovavam. Esses estudantes relataram ter mais fantasias sobre intercurso sexual heterossexual e tinham praticado menos coito, como também mencionaram curtir menos os intercursos sexuais heterossexuais ou de lésbicas ou sexo oral (28).

Os filmes eróticos são o material mais utilizado, em laboratório, nas pesquisas de fatores etiológicos e das possíveis novas drogas (23, 24, 25, 26, 27, 33) para o tratamento da disfunção da excitação sexual. Eles passaram a ser empregados amplamente como temas-de-casa, pelos terapeutas sexuais, após a popularização do vídeo caseiro. Os autores Julia Heiman, Leslie LoPiccolo e Joseph LoPiccolo escreveram o mais conhecido livro dirigido ao público leigo para o tratamento da anorgasmia e recomendavam uma série de livros, ao mesmo tempo que mencionam ser a literatura erótica um recurso capaz de levar as mulheres a um estado de espírito favorável à intensificação dos sentimentos de prazer erótico(16). Na maioria dos artigos e livros publicados sobre o assunto, à mulher é sugerida, a associação da auto-estimulação do genital, como parte do tratamento da disfunção da excitação sexual e do orgasmo. O *Cardápio Sexual* é o primeiro relato da literatura sexológica a usar filmes/ livros para a disfunção do desejo sexual em mulheres e é baseado unicamente no pensar em sexualidade ou romance, o que também difere dos tratamentos acima expostos. Contudo a paciente é livre para efetuar a masturbação, o que somente poderá acontecer após uma melhora no quadro do Desejo Sexual Hipoativo. De acordo com o sistema circular de resposta sexual feminino descrito por Rosemary Basson, o desejo sexual acontece simultaneamente com a excitação sexual subjetiva ou freqüentemente é posterior a esta, o que facilita o entendimento da eficácia do *Cardápio Sexual* (3, 4, 5, 6, 7, 12).

Há alguns séculos é sabido que a literatura erótica provoca excitação sexual, sendo que este “conhecimento” é apreendido de forma velada ou explícita, no caso de estudos específicos ou artigos publicados em periódicos voltados

à população. Caso de uma pesquisa realizada com 78 mulheres que divulga que leitoras de romances eróticos têm relações sexuais duas vezes mais freqüentes que o grupo de não-leitoras, como também que elas usam fantasia sexual como um complemento para o intercuro sexual, enquanto que não-leitoras raramente ou nunca fazem, relatam esse uso (14). No Brasil, desde 1978, a editora Nova Cultural que publica a *Série Romances*, caracterizada por revistas e romances de bolso, a preços acessíveis, com histórias de “final feliz”, sendo *Sabrina sensual* e *Mirelle* as de conteúdo mais fortemente erótico, vende 4 milhões de exemplares por ano. Ela e a sua principal concorrente, a editora canadense Harlequin, dominam o mercado e fornecem fantasia para muitas brasileiras. Harlequin menciona que, no Brasil, as mulheres não aprovam, na tradução dos romances, algumas palavras e verbos do tipo: *peitos, gemidos, excitada, agarrar*; preferindo *seios, suspiros, com desejo, enlaçar*, isto é, não são tão liberais quanto a imagem vendida no exterior (36). Lígia Dumont, na sua tese *O Imaginário Feminino e os Romances Publicados em Série*, conclui em suas pesquisas que existem benefícios com esse tipo de leitura, como o desenvolvimento da criatividade e a liberação da libido, entre outros (15).

Sobre o uso do romance a fim de desencadear a excitação e o desejo sexual, penso que a mulher, em função do nosso padrão cultural repressor, tem dificuldade com a sexualidade mais explícita, por isso a necessidade de revestir o sexo com o invólucro do amor, o que é proporcionado por romances e filmes. O “sexo romanceado” permite que as mulheres se deixem levar sensual e eroticamente, com mais facilidade, uma vez que o amor é percebido como nobre e respeitável. Outro motivo é que o romance de filmes e de livros, que possuem nas estórias a familiar conexão do afeto com a sexualidade que lhes foi valorizada, desde criança, naturalmente é capaz de reativar e de realimentar o desejo e a excitação sexual. Há também um grupo muito menor de mulheres disfuncionais que, após o desejo sexual despertar, migram para os filmes pornográficos.

Kaplan cita que a habilidade de criar uma realidade virtual, a fantasia sexual, em nossa mente é um estonteante passo evolucionário, pois para todos os outros animais a motivação sexual é incitada somente pela percepção do real parceiro sexual (19).

Importantes autores citam que cenas de filmes ou de livros podem ser uma das muitas fontes para a criação de fantasias sexuais (19, 22). Os autores de *Descobrimo o prazer* dizem que as fantasias sexuais são umas das maneiras de atingir o prazer sexual que é envolver-se com o corpo e com a mente (16).

Fantasia sexual e desejo sexual se fundem freqüentemente. Pessoas com baixos níveis de desejo sexual têm tipicamente poucas fantasias sexuais e amiúde se beneficiarão de tratamento que as ajude a formar fantasias positivas(22).

A disfunção do desejo faz essas mulheres declararem que “eu viveria muito bem sem sexo” com ele que é uma ótima pessoa ou “sexo, para mim, não precisaria existir”. São freqüentes os pensamentos de cobranças do tipo “eu não consigo deixar a transa iniciar”, “não gosto de sexo, mas parece que todas as outras mulheres gostam”, “eu o estou privando de ter vida sexual ativa” ou “tá na hora de bater o ponto, pois já faz 20 dias da última transa”. Esse imaginário nada erótico das mulheres com HSDD, durante o tratamento, será substituído e povoado por cenas do *Cardápio Sexual*, tornando-o mais enriquecido sexualmente.

Sobre a sugestão de pensar no *Cardápio Sexual* antes do encontro a dois, a fim de passar a mente da neutralidade sexual para um “estado erótico”, ela tem respaldo na literatura, pois Kaplan já sugeria o uso da fantasia sexual para levar os pacientes a um “humor erótico” anterior à abordagem do(a) parceiro(a) (19).

Há estudos que relatam um sucesso maior em provocar excitação sexual se os filmes forem selecionados por indivíduos do seu próprio gênero(17) e para mulheres, outros autores mencionam filmes por elas produzidos (19, 20). O “imaginar-se ela mesma como uma participante” citado na Etapas 2, do *Cardápio Sexual*, é relatado na literatura contribuir para excitação sexual (17). Os filmes/livros, quando propostos com temas-de-casa, na linha Cognitiva Comportamental, podem também facilitar a catarse e a identificação; facilitar a reflexão e o entendimento de todos esses fatores são muito úteis no tratamento de mulheres com HSDD, desde que o(a) terapeuta sexual conheça o material previamente, caso contrário o tratamento do *Cardápio Sexual* terá menos chance de ter um resultado satisfatório, pois ele(a) irá trabalhar com menos recursos do que a técnica permite.

Fantasias sexuais vêm a tona durante a realização do *Cardápio Sexual*. A técnica de partilhar as fantasias com o parceiro, que consiste em falar sobre elas ou sobre a sua realização parcial ou completa (19, 22), costuma ser permitida quando for sugerido pela paciente, sendo a situação de terapia sexual de casal a situação ideal para o seu desenvolvimento, pois o(a) terapeuta, anteriormente à permissão do uso da técnica, tem melhores condições de avaliar o(a) parceiro(a) sexual e a assertividade do casal.

A mulher livre da pressão de transar com o parceiro, pois o coito foi proibido e motivada pelo hábito de pensar e de se envolver mais com sexualidade e romance, no seu dia-a-dia, vai tornando-se mais sensual. Posteriormente, relatará que percebe as abordagens sexuais do parceiro com mais interesse e não raramente irá desobedecer à proibição de ter coito. Esse novo comportamento, mais sensual-sexual aumentará a sua auto-estima, deixando-a mais confiante no seu papel de mulher sexuada.

A maioria dos sexólogos considera que houve o resgate do desejo sexual se a mulher entrar na maioria das relações sexuais por desejo sexual e não apenas para agradar ao parceiro, o que gera muito sofrimento. Rosemary Basson cita que muitas mulheres saudáveis serão motivadas por ganhos não sexuais do tipo aumentar a intimidade com o parceiro, o que considera uma forma comum de iniciar atividade sexual, no seu ciclo alternativo de resposta sexual feminina (3, 4, 5, 6, 7, 12). Cavalcanti & Cavalcanti sugerem a quantificação do problema no retorno da função sexual deteriorada, que é um dos itens do PET (Proposta de Estrutura Terapêutica), para facilitar a avaliação objetiva do tratamento instituído, que deve ser feito em intervalos de 4 a 8 semanas, que no caso do HSDD é chamada Taxa de Resposta Apetitiva e varia de 1 a 10 (13). Uma, entre tantas vantagens dessa técnica é que as Taxas de Respostas Apetitivas obtidas com o tratamento podem ser colocadas num gráfico, o que permite melhor visualização. Se a resposta inicial ao *Cardápio Sexual* não for muito satisfatória, o(a) terapeuta pode sugerir a troca do tipo de material, a fim de tornar o tratamento mais efetivo; sendo imprescindível para o sucesso do *Cardápio Sexual* que o profissional conheça o conteúdo dos filmes e livros sugeridos.

Pelo conceito atual de HSDD, não é mandatário para a alta que a mulher crie iniciativas sexuais, contudo relato que na etapa final do tratamento, usando o *Cardápio Sexual*, é comum as mulheres inventarem/sugerirem jogos sexuais que levarão o casal à transa e eventualmente optarem por uma abordagem mais explicitamente sexual.

Conclusões observadas

Ao pensar em seu *Cardápio Sexual*, várias vezes por dia, a mulher criará o hábito de “pensar em sexo”, tornar-se-á mais receptiva ao parceiro, como também poderá criar oportunidades sexuais, motivada pela situação “erótica da mente” (10, 11), restabelecendo o desejo sexual, o que irá enriquecer e adicionar novas dimensões à experiência sexual humana das mulheres que anteriormente sofriam de HSDD e, em consequência, melhora da situação conjugal.

Notas

- 1 – Todos os artigos da autora Brendler, J. podem ser lidos no site www.terapiadosexo.med.br.
- 2 – Os filmes citados na introdução podem ser adquiridos através do site [www. focusint.com](http://www.focusint.com) ou em www.bettersex.com.

Referências bibliográficas

1. ABDO, C. H. N; OLIVEIRA, W. M; MOREIRA, E. D; FITTITPALDI, J. A. S. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). *International Journal of impotence Research*, 16(2): 160-166, 2004.
2. BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163, 888-893, 2000.
3. BASSON, R. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1): 51-66, 2000.
4. _____. Human Sex-responses cycles. R. Basson. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-44, 2001.
5. _____. Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2): 105-112, 2001.
6. _____. Women's sexual desire – Disordered or misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, suppl 1: 17-28, 2002.
7. _____. Are our definitions of women's desire, arousal, and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4): 289-300, 2002.
8. BRENDLER, J. A ausência de identificação feminina com a “mulher sexuada” aparece em relacionamentos de longa duração. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* Vol.13, nº 1: 15-19, 2002.
9. _____. *Women with hypoactive sexual desire (HSDD) and their male dysfunctional partners. (Abstract)*. Abstracts Book of 16th World Congress of Sexology, page 81, March 10-14. Cuba: CENESEX, 2003.
10. _____. “Cardápio Sexual” – novo tratamento baseado no ‘pensar em sexo’ em mulheres com desordem do desejo sexual hipoativo. (Resumo). Programa Oficial do XII Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 25 a 27 de novembro, p. 63. Curitiba: SOGIPA, 2004.

11. _____. “*Cardápio Sexual*”: um novo tratamento baseado no “pensar em sexo” para mulheres com desejo sexual hipoativo (HSDD) (Resumo). Anais do X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, de 15 a 17 Setembro, p.18. Porto Alegre: SBRASH, 2005.
12. _____. *A nova resposta sexual feminina baseada no “modelo circular” e a clínica sexológica* (Resumo). Anais do X Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, SBRASH, 15 a 17 Setembro, RS, p. 55 a 56. Porto Alegre: SBRASH, 2005.
13. CAVALCANTI & CAVALCANTI. *Tratamento clínico das Inadequações sexuais*. São Paulo: Roca, 1992.
14. COLES, C.D. and SHAMP, M.J. Some sexual, personality, and demographic characteristics of women readers of erotic romances. *Archives of Sexual Behavior*, 13 (3): 187-209, 1984.
15. DUMONT, L. *O imaginário feminino e os romances publicados em séries*. Tese de doutorado. Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, RJ, 1998.
16. HEIMAN, J.; LOPICCOLO, L.; LOPICCOLO, J. *Descobrimos o prazer – uma proposta de crescimento sexual para a mulher*. São Paulo: Summus Editorial, 1981.
17. JANSSEN, E. et al. Selecting films for sex research: Gender differences in erotic film preference. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3): 243-251, 2003.
18. KAPLAN, H. S. *Manual ilustrado de terapia sexual*. São Paulo: Editora Manole Ltda., 1984.
19. _____. *The Sexual Desire disorder – Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/ Mazel, INC, 1995.
20. LAAN E; EVERAERD, W.; VAN BELLEN, G.; HANEWALD, G. Women’s sexual and emotional responses to male – and female – produced erotica. *Archives of Sexual Behavior*, 23(2) 153-69, 1994.
21. LAUMANN, E. O., et al. Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57, 2005.
22. MARTERS & JOHNSON. *Fantasia Sexual em: O relacionamento amoroso. Segredos do amor e da intimidade Sexual*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1998.
23. MESTON, C.M. and GORZALKA, B.B. The effects of immediate, delayed, and residual sympathetic activation on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2): 143-8, 1996.

24. _____. Differential effects of sympathetic activation on sexual arousal in dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4): 582-91, 1996.
25. MESTON, C.M; GORZALKA, B.B.; WRIGHT, J.M. Inhibition of subjective and physiological sexual arousal in women by Clonidine. *Psychosomatic Medicine*, 59(4): 399-407, 1997.
26. MESTON, C.M; HIEMAN, H.R. Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Archives of General Psychiatry*, 55 (7): 652-6, 1998.
27. MESTON, C.M. and McCALL, K.M. Dopamine and Norepinephrine responses to film-induced sexual arousal in sexually functional and sexually dysfunctional women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(4) 303-17, 2005.
28. NICHOLAS, L.J. The association between religiosity, sexual fantasy, participation in sexual acts, sexual enjoyment, exposure, and reaction to sexual materials among black South Africans. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(1): 37-42, 2004.
29. NICOLOSI, A. et al. Sexual Behavior and sexual dysfunctions after age 40: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997, 2004.
30. MOREIRA, E.D. Jr. et al. Help seeking behavior for sexual problems: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Clinical Practice*. 59(1) 6-16, 2005.
31. MOREIRA, E.D. Jr.; GLASSER, D.; SANTOS, B.D.; GINGLELL, C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *São Paulo Medical Journal*, 123(5): 23-41, 2005.
32. ROBINSON, B.B.E. at al. Therapeutic uses of sexually explicit material in the Unites States and the Czech and Slovak Republics: A quantitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25: 103-119, 1999.
33. ROSEN, M.C.; PHILLIPS, N.A; GENDRANO, N.C.; FERGUNSON, D. M. Oral Phentolamine and Female Sexual Arousal Disorder: A pilot Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(2), 137-144, 1999.
34. SIMONS, J.S. and CAREY, M.P. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219, 2001.
35. VEJA. *Quando o sexo esfria*. Ano 35- nº 34, de 28 de Agosto de 2002, p. 86 a 93.
36. ZERO HORA. *Romance de bolsa*. Caderno Donna, 31 de Julho de 2005, p. 10 a 13.