

## Terapia Sexual em Grupo pelo Ginecologista

# 1

João Fernando Mannocci<sup>1</sup>  
Elson Gonçalves<sup>2</sup>  
Agenilda Gomes de Medeiros<sup>3</sup>

### RESUMO

MAIORE J. F.; GONÇALVES E.; MEDEIROS A. G. Terapia sexual em grupo pelo ginecologista. *R.B.S.H. (2)2: 1991.*

O presente trabalho foi realizado com terapia sexual em três grupos sucessivos composto de nove a treze pacientes respectivamente com orientação e seguimento feitos por um ginecologista visando o tratamento das disfunções sexuais de etiologia psicossomática.

Provenientes do ambulatório de sexologia as pacientes foram selecionadas adotando-se o critério de além da disfunção sexual apresentarem deficiência de relacionamento íntimo e baixo fator cognitivo.

Foram realizadas sete sessões semanais em cada grupo notando-se melhor aproveitamento no grupo com menor número de componentes e o oposto no grupo com maior número no qual foi necessário terapia de suporte.

Constatou-se ser esta uma abordagem em terapia sexual das que as medidas sem compromisso de abordagem nos conflitos profundos.

Dos casos sem alteração da queixa sexual observamos significativa melhora quanto ao relacionamento íntimo cognição assertividade.

Palavras-chave: diminuição do desejo sexual diminuição da excitação sexual anorgasmia inibição sexual generalizada.

1. Médico ginecologista.

2. Médico ginecologista.

3. Psicóloga.

Recebido em 10.02.91

Aprovado em 25.02.91

**ABSTRACT**

MANNOCCI, J. F.; GONÇALVEZ, N.; MEDEIROS, A. G. Group sexual therapy by the gynecologist. *R.B.S.N. (2)2: 1991.*

This present paper was done with the results of sexual therapy with three different groups with 9, 13 and 5 patients being guided by a gynecologist, trying the treatment of sexual disturbs with psychological ethiology.

The patients came from the sexology ambulatory, and were chosen by having a sexual disturb and deficient conjugal relationship and low cognition.

We made 7 weekly meetings for each group, and noticed a better development in the group with less component numbers and was confirmed the opposed in the other group with more components in wich was needed a suport therapy.

This method proved to have good results in sexual relationship with imediate disturbs with no reference to deeply pscological disfunctions.

In the cases that we didn't have changes in the primor complaint, it was nolided a recover in the conjugal relationship, cognition and assertivity.

Key-words: decrease of sexual disere, decrease of sexual excitement, anorgasmy, generalized sexual inhibition.

**INTRODUÇÃO**

Podemos descrever as queixas sexuais femininas segundo o modelo da resposta sexual humana de Kaplan (1983), divididas em: diminuição do desejo sexual, diminuição da excitação, anorgasmia, inibição sexual generalizada, dispareunia e vaginismo. Observa-se na prática uma prevalência de anorgasmia e inibição sexual generalizada.

Um fator predominante nas pacientes do ambulatório de sexologia é a diminuição acentuada do fator cognitivo, ocasionada pela deficiente e repressiva educação sexual, reforçada pelo meio social e por fatores culturais.

Nota-se comum o deficiente relacionamento diádico com baixa assertividade, o que contribui para piorar o fator emocional das pacientes.

Procurou-se, com a formação de grupos, uma melhora na assertividade e na cognição, ajudadas pela identificação e pelo conhecimento e relacionamento com as outras integrantes e suas respectivas queixas sexuais.

Nesta terapia, teve-se como meta os objetivos específicos, que consistem em tratar as diferentes disfunções sexuais e os inespecífi-

os, que são melhores do ponto de vista, reconhecendo a inter-  
pessoalidade.

### MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado no Instituto de Sexologia da  
Santa Casa de São Paulo, no período de setembro de 1989 a junho  
de 1990.

Formou-se três grupos de pacientes, tendo-se como  
pré-requisitos, pós-graduação em psicologia, função sexua-  
l, dimensões nosfetivos e reconhecimento da doença.

O grupo I foi formado por nove pacientes, sendo cinco om-  
norgsm e quatro omnissexuals.

O grupo II foi composto por 13 pacientes, sendo quatro om-  
norgsm e nove omnissexuals.

O grupo III foi formado por nove pacientes, todos omni-  
gêneros de omnissexuals.

Os três grupos foram abordados de maneira sucessiva, em  
sessões semanais com duração média de 1:30 a 2:00 de sessão.

Cada grupo teve um total de sete sessões, exceto o grupo II,  
onde foi realizado terapeuta de suporte de acordo com o número de  
de resolução do quadro sexual. Este terapeuta de suporte foi realizado  
em todas as sessões bimestrais.

Na primeira sessão, foram realizados questionários e inquérito,  
explicação do funcionamento e das regras, enfatizando a importância  
e obrigatoriedade de não faltar.

Na segunda sessão, foi realizado um processo de reeducação  
sexual, abordando-se temas como: sexo como processo fisiológico e  
sexualidade como dimensão da personalidade. Foram também intro-  
duzidos exercícios de relaxamento, enfatizando a importância  
do retorno ao momento de auto-estima. Terminou-se  
a sessão com noções de orientação masculina e feminina.

Começou-se a terceira sessão com abordagem inicial. A  
seguir, foram realizados exercícios de treinamento assertivo  
(diretividade) e o enfoque de sua importância. Quanto ao aspecto  
da abordagem do respeito à individualidade do paciente, prin-  
cipalmente no que diz respeito à esfera sexual.

Na quarta sessão, foram trabalhadas algumas noções de res-  
posta sexual humana (efeitos que teriam) e pacientes est mu-  
dando o comportamento próprio através do reconhecimento  
da doença, é de importância reconhecer os aspectos sexua-  
is do grupo.

Terminou-se a sessão orientando-se as pacientes a efetuarem, em nível domiciliar, exercícios de autotocagem ao banho e autotocagem corporal a genital.

Na quarta sessão tivemos uma abordagem inicial livre a noções de fisiologia menstrual, doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais.

As pacientes foram orientadas nesta sessão a efetuarem, em nível domiciliar, os exercícios de Kegel, que consistem em contrações voluntárias da musculatura perivaginal, visando um aumento da sensibilidade local.

A quinta sessão foi iniciada com avaliação pessoal de cada integrante. A seguir, foi dado um novo enfoque no relacionamento diádico e a importância e naturalidade do uso de fantasias sexuais.

As pacientes foram orientadas a efetuar, em nível domiciliar, mais alguns exercícios vaginais, tais como: tremulação (idêntico ao exercício de Kegel, porém com velocidade maior), apreensão (tentativa de apreender um objeto imaginário no intróito vaginal) e expulsão (tentativa de expulsar objeto imaginário intravaginal).

A sexta sessão foi dedicada à participação do casal para temas livres, além de novo enfoque na assertividade e respeito à individualidade.

A terapia foi encerrada na sétima sessão com avaliação final.

No segundo grupo, como foi observado um resultado final com maior número de inalteração da queixa sexual inicial, foi realizada terapia de suporte em cinco sessões bissemanais.

Na primeira sessão foi feita avaliação pessoal e autocrítica, onde as pacientes comentavam alguma falha percebida e davam sugestões; estimulando-se discussões sobre a mudança.

Na segunda sessão iniciou-se a aplicação do exercício do foco sensorial, o qual deveria ser feito pelo casal em nível domiciliar. Proíbe-se o coito e a estimulação genital do parceiro. Feito pela paciente e pelo parceiro, este exercício tem como objetivo promover carícias e o conhecimento das zonas erógenas de cada um dos parceiros, através de palavras ou códigos, estimulando-se também a assertividade.

Na terceira sessão foi dado prosseguimento à orientação do exercício de foco sensorial, onde foi liberado o contato oral ou manual dos genitais dos parceiros, mantendo-se a técnica anterior. Foi mantida a proibição do coito.

Na quarta sessão foi orientado o acréscimo do coito ao exercício, sugerindo-se ser adotada a posição "mulher por cima", visando-se com isto torná-las mais ativas sexualmente.

Na quinta sessão foi feita avaliação final e encerramento.

Como o terceiro grupo foi composto por um menor número de pacientes, visou-se um maior entrosamento e assertividade entre as mesmas, abolindo-se o estilo dissertativo das informações e o uso de gráficos ou ilustrações.

### RESULTADOS

Quanto à evolução do quadro sexual, no grupo 1 (composto por nove pacientes), obtivemos três pacientes com resolução total (33%), quatro pacientes com inalteração do diagnóstico inicial (44%). Neste grupo duas pacientes desistiram do seguimento da terapia.

No que se refere à cognição e ao relacionamento diádico, obtivemos cinco pacientes com melhora neste aspecto e duas com inalteração.

**Tabela 1** – Evolução das pacientes do grupo I.

| Diagnóstico sexual           | Nº       | %          | Desistências |           | Resolução sexual |           | Melhora cognitiva/diádica |           |
|------------------------------|----------|------------|--------------|-----------|------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                              |          |            | Nº           | %         | Nº               | %         | Nº                        | %         |
| Anorgasmia                   | 5        | 55         | 1            | 11        | 2                | 22        | 4                         | 44        |
| Inibição sexual generalizada | 4        | 45         | 1            | 11        | 1                | 11        | 2                         | 22        |
| <b>Total</b>                 | <b>9</b> | <b>100</b> | <b>2</b>     | <b>22</b> | <b>3</b>         | <b>33</b> | <b>6</b>                  | <b>66</b> |

No grupo II, com total de 13 pacientes, obtivemos, quanto ao diagnóstico sexual, duas pacientes com resolução total (15%), duas pacientes com resolução parcial (15%), isto é, evoluíram de inibição sexual generalizada para anorgasmia. Observamos ainda quatro pacientes com inalteração sexual (30%) e cinco pacientes com desistência.

Notamos neste grupo que todas as pacientes que prosseguiram até o fim da terapia apresentaram melhora no relacionamento diádico e na cognição.

Quanto à terapia de suporte - realizada neste grupo - obtivemos comparecimento de tres pacientes das seis que não apresentaram melhora sexual total. Notamos, ao término desta terapia, uma

paciente com resolução total do diagnóstico sexual inicial e duas com inalteração do quadro.

**Tabela 2** – Evolução das pacientes do grupo II – Incluso a terapia de suporte.

| Diagnóstico sexual           | Nº        | %          | Desistências |           | Resolução sexual |           | Melhora cognitiva/diádica |           |
|------------------------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|                              |           |            | Nº           | %         | Nº               | %         | Nº                        | %         |
| Anorgasmia                   | 4         | 30         | 1            | 7         | 2                | 15        | 3                         | 22        |
| Inibição sexual generalizada | 9         | 70         | 4            | 30        | 3                | 22        | 4                         | 30        |
| <b>Total</b>                 | <b>13</b> | <b>100</b> | <b>5</b>     | <b>37</b> | <b>5</b>         | <b>37</b> | <b>7</b>                  | <b>52</b> |

No grupo III (composto por cinco pacientes), quanto ao diagnóstico sexual, notamos três pacientes com resolução total e duas com resolução parcial, evoluindo de inibição sexual generalizada para anorgasmia.

Quanto à cognição e ao relacionamento diádico, observamos melhora em todas as integrantes do grupo.

**Tabela 3** – Evolução das pacientes do grupo III.

| Diagnóstico sexual           | Nº       | %          | Desistências |          | Resolução sexual* |           | Melhora cognitiva/diádica |            |
|------------------------------|----------|------------|--------------|----------|-------------------|-----------|---------------------------|------------|
|                              |          |            | Nº           | %        | Nº                | %         | Nº                        | %          |
| Inibição sexual generalizada | 5        | 100        | 0            | 0        | 3                 | 60        | 5                         | 100        |
| <b>Total</b>                 | <b>5</b> | <b>100</b> | <b>0</b>     | <b>0</b> | <b>3</b>          | <b>60</b> | <b>5</b>                  | <b>100</b> |

\* Na resolução sexual não foram consideradas as que obtiveram melhora parcial.

### COMENTÁRIOS

Na formação de grupos de terapia sexual, com as pacientes apresentando diminuição do fator cognitivo e alteração no relaciona-

mento diádico, nota-se na grande maioria boa melhora destes fatores, que auxiliam na resolução da queixa sexual.

A evolução da cognição e do relacionamento se deve, além do intercâmbio terapeuta-cliente no que se refere às informações fisiológicas a psicossociais, a uma identificação e um intercâmbio com as outras clientes.

Nota-se melhores resultados em grupos com menor número de integrantes (vide grupo II), onde observamos um maior entrosamento, levando a maior espontaneidade, iniciativa e interesse das integrantes, além de apresentar menor inibição. Nestes grupos, o terapeuta pode diminuir o estilo dissertativo, passando as informações através de comentários das vivências das clientes, o que leva a um maior intercâmbio (reforça-se, com isto, o relacionamento terapeuta-cliente), além de observar-se diminuição e até mesmo ausência de faltas ou desistências.

Conclui-se ser esta uma abordagem adequada à prática na terapia sexual das queixas imediatas, sem compromisso de aprofundamento em conflitos psicológicos profundos.

#### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. 6ª edição, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1974.
2. KAPLAN, H. S. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.
3. MUNJACK, D. J.; OZIEL, L. J. *Sexologia: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1984.
4. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Resposta Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1984.
5. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo, Manole, 1982.
6. MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1985.
7. LIEF, H. I. *Sexualidade Humana, Orientação Médica e Psicológica Atual*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1984.
8. CAVALCANTI, R. C.; VITIELLO, N. *Sexologia I*. São Paulo, Roca, 1987.
9. VITIELLO, N. *Sexologia II*. São Paulo, Roca, 1986.