



RELATO DE CASO

Relato de um caso clínico de disfunção sexual feminina sob a ótica da abordagem cognitivo-comportamental breve

Report of a clinical case of female sexual dysfunction from the point of view of brief cognitive-behavioral approach

Camila Elidia Messias dos Santos^a

Francisco de Assis Medeiros^b

^a Mestranda em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – (Psicóloga) – Castilho – SP – Brasil.

^b Pós-graduando em Psicologia e Saúde: Interfaces Teórica e Prática – (Psicólogo) – Castilho – SP – Brasil.

DOI:10.5935/2318-0404.20170006

Instituição: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” – UNESP

Resumo

As disfunções sexuais são caracterizadas por perturbações em quaisquer um dos processos do ciclo sexual ou a dores associadas ao coito. No Brasil, apesar de não haver consenso, a estimativa de prevalência para mulheres avaliadas chega a 67,7%, com números alarmantes similares em populações do mundo inteiro, mostrando-se um importante problema de saúde pública. A terapia cognitivo-comportamental por apresentar características de brevidade, objetividade e possibilidade de validação científica, tem se mostrado uma alternativa viável. No entanto, a terapia cognitivo-comportamental breve apresenta uma série de vantagens quando comparada à terapia cognitivo-comportamental padrão, tais como: diminuição dos custos do tratamento e tempo. Desse modo, o presente artigo objetiva discutir o caso de uma paciente de 32 anos com disfunção sexual, em 10 sessões de psicoterapia breve, com psicoeducação da disfunção a luz da terapia cognitivo-comportamental,

reestruturação cognitiva e estratégias de prevenção de recaídas. Os resultados obtidos foram considerados positivos, sendo observadas reduções dos escores dos inventários Beck (BDI e BAI) e da frequência e força dos pensamentos automáticos negativos, havendo flexibilização de crenças centrais e aumento do repertório de estratégias de resolução de problemas, evidenciando mudanças significativas em seu relacionamento e em sua vida afetiva.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva; Psicoterapia Breve; Disfunção Sexual Fisiológica.

Abstract

Sexual dysfunctions are characterized by disorders in any of the processes of the sexual cycle or pain associated with intercourse. In Brazil, although there is no consensus, the prevalence estimate for women evaluated reaches 67.7%, with similar alarming numbers in the populations in worldwide, becoming an important public health problem. Cognitive-behavioral therapy, due to its brevity characteristics, objectivity and the possibility of scientific validation, has been shown to be a viable alternative. However, the Brief cognitive-behavioral therapy presents a number of advantages when compared to standard cognitive-behavioral therapy, such as: reduction of treatment costs and time. Thus, the present article aims to discuss the case of a 32-year-old female patient with sexual dysfunction in 10 sessions of brief psychotherapy, with psychoeducation from the point of view of cognitive-behavioral therapy, cognitive restructuring and relapse prevention strategies. The results obtained were considered positive, with reductions in Beck inventory scores (BDI and BAI) and the frequency and strength of negative automatic thoughts, with more flexibility in Central beliefs and an increase in the repertoire of problem solving strategies, evidencing significant changes in their relationship and in their affective life.

Keywords: Cognitive Therapy; Psychotherapy, Brief; Sexual Dysfunction, Physiological.

Introdução

As Disfunções Sexuais (DS) são caracterizadas por perturbações ou dores associadas ao coito em uma ou mais fases do ciclo sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução)¹, comprometendo o desenvolvimento da atividade sexual satisfatória^{2,3}. Estão relacionadas a uma série de condições clínicas que podem incluir ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento e outra disfunção sexual especificada ou não especificada³.

Estudos sobre a prevalência estimam que cerca de 43% das mulheres norte-americanas e 40% a 70% das mulheres portuguesas reportam alguma queixa de disfunção relativo a atividade sexual, sendo para este

público denominada de Disfunção Sexual Feminina (DSF)^{4,5}. No Brasil, não existe um consenso sobre o número de mulheres que sofrem alguma DS⁶. No entanto, a partir de uma revisão da literatura realizada pelos mesmos autores, com intuito de lançar alguma luz sobre a questão, constataram que a prevalência pode chegar a 67,7% das mulheres brasileiras, configurando um número alarmante.

É habitual, nesta população, a hipoatividade do desejo sexual, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos como dispareunia e vaginismo^{7,8}, associados a uma diminuição acentuada na qualidade de vida e relações interpessoais⁹. Corroborando estes dados, um estudo realizado em 2013 no qual dos 214 questionários devolvidos com respostas válidas, verificou-se que entre as DSFs, as mais frequentes são: perturbação do orgasmo (55,8%), dispareunia (40,9%), vaginismo (16,7%) e as experiências sexuais indesejadas prévias (6,5%)⁵.

Os sintomas do transtorno da dor Gênitó-Pélvica/Penetração apresenta quatro dimensões: 1) dificuldade de ter relações sexuais; 2) dor gênitó-pélvica; 3) medo de dor na penetração vaginal e 4) tensão dos músculos do assoalho pélvico, onde quaisquer dificuldades em uma das quatro dimensões dos sintomas tende a provocar sofrimento considerável. A realização do diagnóstico é possível com base em apenas uma incapacidade, no entanto, todas as quatro dimensões devem ser avaliadas³.

Os fatores etiológicos comuns às DSFs incluem a presença de estados emocionais negativos, como a raiva, depressão, ansiedade e medo, fatores individuais relacionados a baixa autoestima, má imagem corporal, ansiedade de desempenho, experiências prévias traumáticas com dores ou abuso sexual, fatores educacionais e culturais relacionados a contributos na formação de crenças errôneas e desinformação acerca da sexualidade, mensagens parentais negativas, ortodoxia religiosa e aspectos subjetivos do relacionamento conjugal¹⁰.

Sendo assim, o comportamento sexual só pode ser entendido a partir de uma ampla gama de aspectos individuais, que incluem: fatores biológicos, o tipo, a intensidade, a duração do estímulo e a história de vida de cada sujeito, visto que todas mulheres se comportam de forma única segundo seus próprios padrões de receptividade e são condicionados por estas variáveis mantenedoras¹¹.

Soma-se a isso questões subjetivas em que o sexo “normal” ganha um significado único por se basear nas experiências de cada sujeito, em função da satisfação pessoal ou da adequação sexual destes, a partir da satisfação do próprio comportamento sexual e do parceiro, caso contrário, estará em via da “anormalidade” ou inadequação¹².

Contudo, não significa necessariamente se enquadrar dentro de uma norma biológica ou sociológica, pois, mesmo estando de acordo com aspectos biológicos e socioculturais, pode haver o julgamento de si como inadequado^{1,12}.

Do ponto de vista psicológico, as crenças disfuncionais sobre sexualidade tendem a predispor às disfunções sexuais a partir da ativação de esquemas cognitivos negativos, gerando emoções e pensamentos capazes de comprometer o processamento frente a questões sexuais de modo a interferir no desejo sexual¹³,

levando a experiências desagradáveis e dolorosas e confirmando os esquemas pré-concebidos¹⁴, culminando em um loop (retroalimentação).

Portanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) por ser considerada uma forma estruturada de psicoterapia voltada para o presente e direcionada para a solução de problemas atuais, modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis)¹⁵ apresentando características de brevidade, objetividade e possibilidade de validação científica, tem se mostrado uma alternativa promissora para o manuseio das DSFs¹⁶.

Conforme Nobre; Pinto-Gouveia¹⁷, o número de pensamentos disfuncionais durante a atividade sexual é muito maior em pacientes com disfunção sexual do que em pacientes sem o transtorno. Esses pacientes tendem a apresentar ideias sobre fracasso, negação, insatisfação e falta de pensamentos eróticos. Esse padrão de comportamento leva a distribuição destes pacientes em dois subgrupos: (a) grupo de persistência de tarefa, este mantém as atividades mesmo que estas infrinjam dor e o (b) grupo de prevenção do medo, os quais evitam qualquer atividade que possa causar dor¹⁸.

No tratamento das disfunções sexuais, a TCC visa uma série de mudanças cognitivas e comportamentais, de modo que “[...] o paciente inserido nesta abordagem terapêutica é constantemente estimulado a segmentar seu sofrimento psíquico para auto exploração” (p. 207)¹⁹, permitindo a este que comunique seus desejos ao parceiro de forma a gerar planos para desenvolver e manter ganhos após o término do tratamento, conduzindo o paciente a uma sensação melhor e mais confortável na assertividade consigo mesmo²⁰, tornando-se capaz de obter melhoras secundárias, correlacionando-se ao sucesso do tratamento da patologia psiquiátrica primária, que é objeto da intervenção²¹.

No entanto, a terapia Cognitiva-Comportamental Breve (TCCB) apresenta uma série de vantagens quando comparada à terapia cognitivo-comportamental padrão, tais como: diminuição dos custos do tratamento, aumento da motivação para mudança devido ao estabelecimento de questões focais e possibilidade de atendimento em situações de urgência/emergência²².

Diante do exposto, o presente artigo tem por objetivo apresentar o caso de uma paciente de 32 anos com DSF atendida em 10 sessões de psicoterapia breve, a partir do referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental, utilizando-se das técnicas de reestruturação cognitiva, prevenção de recaídas e psicoeducação do transtorno, discutindo a validade de tal abordagem, assim como sua modalidade (psicoterapia breve), como uma possibilidade de intervenção em pacientes com DSF.

Descrição do caso

Felícia* mulher de 32 anos, solteira, mora sozinha e trabalha como pesquisadora. Filha mais velha de sua progênie, obteve poucas informações sobre sexualidade em seu ambiente familiar. Seu primeiro relacionamento

* Pseudônimo utilizado para proteger a identidade real da paciente.

amoroso ocorreu quando tinha 17 anos, contudo, por considerar-se muito jovem e ter o desejo de casar-se virgem, obtinha prazeres somente por meio de carícias, masturbação e sexo oral. No entanto, a descoberta de relações extraconjugais por parte de seu namorado resultou no término do relacionamento dois meses depois.

As novas experiências sexuais de Felícia voltaram a ocorrer aos 19 anos com um novo namorado, mas, como este não conseguia ter ereção, continuava a procura de prazer mediante carícias, masturbação e sexo oral, culminando, novamente, no término de seu relacionamento após dez anos de duração.

Aos 29 anos e com um novo e atual namorado, teve sua primeira e única relação sexual com penetração satisfatória. Porém, desde então, a obtenção do prazer sexual voltou a ocorrer através de preliminares devido a inúmeras queixas de dores a qualquer introdução vaginal.

Caracterização da demanda

Os atendimentos fizeram parte do cronograma do curso teórico-prático de aperfeiçoamento em psicoterapia breve de uma faculdade pública do interior de São Paulo, para psicólogos recém-formados. O curso teórico foi realizado junto com supervisões semanais na própria instituição. Os atendimentos eram direcionados a funcionários e alunos da mesma, sendo divulgado a possibilidade de terapia sem custos financeiros através de cartazes e de uma página na internet. Para utilização do serviço, os indivíduos interessados deveriam entrar em contato com a instituição e solicitar a adesão de seu nome em uma lista, sendo classificados por ordem de solicitação e convocados de acordo com a compatibilidade de horários entre paciente e terapeuta e disponibilidade de salas.

Queixa principal

Na entrevista inicial, a paciente relatou a insatisfação e infelicidade que perpetuava em sua vida após o retorno ao Brasil (pois residia em outro país, com intuito de concluir seus estudos) por não conseguir ter nenhuma relação sexual satisfatória, devido a dores sexuais, assim como “mal funcionamento” (sic) de alguns âmbitos de sua vida, que estavam abaixo do esperado (e.g. pouca produtividade nas atividades profissionais), resultando em baixa autoestima e preocupações excessivas nos cuidados referentes ao atual namorado, alegando sentir “como se fosse sua mãe” (sic).

Instrumentos e Hipótese Diagnóstica

Para a avaliação da paciente foram utilizados: (a) entrevista inicial para coleta de dados; (b) mensuração através dos inventários Beck de depressão (BDI-II) e inventário Beck de ansiedade (BAI); e (c) verificação da presença de sintomatologia descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico dos transtornos mentais DSM-5, que preenchessem o critério para transtorno de DSF.

Felícia apresentava sintomas de depressão moderada (20) e ansiedade mínima (07), sendo cogitada a hipótese diagnóstica de transtorno de dor-gênito-pélvica/penetração. A mesma não fazia tratamento combinado com psicofármacos.

Deste modo, o processo terapêutico foi delineado utilizando as seguintes técnicas e estratégias: psicoeducação das disfunções sexuais, psicoeducação do modelo cognitivo, técnicas comportamentais, inventário Beck de depressão (BDI-II), inventário Beck de ansiedade (BAI), conceituação cognitiva, cartão de enfrentamento, registro de pensamentos disfuncionais (RPD), tomada de decisões, exame das evidências, descoberta guiada, questionamento socrático, aumento das atividades prazerosas e prevenção de recaídas.

No presente estudo de caso, foram realizadas 10 sessões de psicoterapia, de 50 minutos de duração cada, a partir do referencial teórico cognitivo-comportamental.

Procedimentos/Sessões

A paciente não compareceu a primeira sessão. Por isso, o primeiro contato com a psicóloga só veio a ocorrer a partir da segunda semana quando foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização do uso de dados clínicos para pesquisas desde que fossem respeitados o sigilo e a identidade dos sujeitos, e assegurada de seus direitos e dos deveres do psicólogo (a) constantes no código de ética da classe.

No primeiro encontro, Felícia apresentou-se retraída e triste, declarava estar insatisfeita e infeliz. A entrevista inicial teve como objetivo a busca de informações sobre os dados pessoais e história pessoal e clínica da paciente, dados que foram complementados durante as duas sessões seguintes. A terapeuta realizou a psicoeducação do *Modus operandi* do transtorno e do modelo cognitivo, esclarecendo a influência exercida pelos pensamentos na forma como as pessoas se sentem e como se comportam e do transtorno em si. Como respalda Holanda, às dificuldades referentes a esse tipo de queixa podem ser minimizadas com orientações adequadas às mulheres e incentivo de seus respectivos parceiros nos momentos de atendimento, para que ambos tenham uma melhor investigação e compreensão da dimensão sexual feminina²³.

Durante a terceira sessão, Felícia mostrou-se menos tensa, os escores obtidos da aplicação do BDI e do BAI apontaram para uma depressão moderada e ansiedade mínima. A partir dos dados trazidos pela paciente, foram investigados aspectos de obtenção de prazer, lubrificação e excitação, além de apontamentos e discussões sobre suas crenças referentes ao medo, dor e ansiedade frente ao ato sexual.

Na sessão seguinte, a paciente se emocionou ao entrar em contato com suas reflexões, foram trabalhados os fatores positivos e negativos de sua vida sexual e afetiva, de modo a instigá-la a medir seus pesos, na identificação de qual deveria ser a prioridade do momento. Ao estabelecer os objetivos, a vida sexual foi colocada como ponto central da terapia. Foi estabelecido como tarefa de casa o preenchimento do cartão

de enfrentamento, visando identificar estratégias que poderiam melhorar o relacionamento do casal (e.g. a conversa aberta e técnicas de interação entre o casal).

Em seguida, foi realizada a psicoeducação sobre os pensamentos automáticos e trabalhado as três primeiras colunas do RPD, para que o contato da paciente ocorresse de forma gradual com o instrumento. A situação inicial trabalhada “tentativa de relação sexual”, visou identificar pensamentos disfuncionais “de novo” (sic); “porque ele não faz o que eu preciso” (sic), sendo proposto a utilização do RPD pela paciente também durante a semana, pois o uso dessa ferramenta em casa destina-se a aumentar e facilitar a recordação pelo paciente de eventos, pensamentos e sentimentos ocorridos entre as sessões²⁴. Ao término da sessão, a paciente foi orientada a procurar por uma ginecologista, com intuito de verificar possíveis alterações fisiológicas que poderiam explicar as dores que sentia durante as tentativas de penetração vaginal.

Na quinta sessão, a paciente relatou ter esquecido a tarefa de casa, trouxe em seu relato a tentativa fracassada de sexo, situação tomada como ponto de partida para a identificação de sentimentos e pensamentos associados a situação. Por sua vez, a paciente declarou que “pensa em deixar de tentar, mas, sabe que não é normal deixar quieto só porque não consegue, pois, sexo é bom, mas é cansativo ter todo um ritual para alcançar o prazer” (sic), por isso, optou-se em conjunto discutir estratégias e condições favoráveis para uma atividade sexual agradável, próximo ao que desejava e não como obrigação social, realizando estímulos variados, preliminares e relaxamento. A tentativa de sexo relatada, foi trabalhada com o preenchimento do RPD e proposto como tarefa de casa a identificação do maior número possível de pensamentos disfuncionais que poderiam vir a ocorrer frente a futuras situações de sexo.

Os escores do BAI e BDI diminuíram significativamente na sexta sessão, tendo ambos apresentados valores mínimos. A paciente relatou sentir boa evolução em relação a primeira penetração ocorrida com o namorado após ele ter chegado ao Brasil. No entanto, novamente sentiu dor, não obtendo prazer por essa prática, assim, com o objetivo de identificar e modificar sentimentos e pensamentos disfuncionais encontrados (tristeza, frustração e revolta) frente às tentativas de sexo utilizou-se a técnica descoberta guiada na sessão. Complementarmente, a paciente treinou em conjunto com a psicóloga a realização da técnica de relaxamento, sendo possível identificar em seus relatos dois pensamentos funcionais “ainda bem que já tive essa experiência antes” (sic), “fiquei calma” (sic), que ocorreram quando seu namorado não esperava que iria ocorrer a penetração e seu pênis veio a ficar flácido (caso ocorrido antes da penetração). Ao ser questionada como se sentiu e fez frente a situação, a paciente relatou que se lembrou do que havia trabalhado durante as sessões sobre pensamentos “errados” (sic) e partir disso controlou-se e conseguiu se sentir conectada com o namorado. Como tarefa de casa, retornou com o RPD e uma atividade de interação para o casal.

Na sétima sessão, Felícia não trouxe dados de interação entre o casal, mas trouxe o RPD preenchido a partir da situação “discussão sobre o futuro e contas” (sic). Em conjunto com a cliente, a psicóloga apresentou e aplicou a situação o modelo cognitivo: Pensamento Automático: Emoção-comportamento-resposta fisiológica, com intenção de buscar informações quanto ao ato sexual ter doído, relatando a paciente ter

doído razoavelmente, mas suportável, além de resoluções de dúvidas. Um cartão de enfrentamento frente às intervenções que podiam ser realizadas para melhora da interação entre o casal, (sendo que tal atividade já havia sido proposto como tarefa e a paciente não havia retornado com a mesma) foi desenvolvido e em seguida discutidos as técnicas de obtenção de prazer a partir do próprio corpo, ao invés de práticas conjuntas com o namorado, além de propor que quando estas ocorrerem junto ao parceiro, deveriam ser realizadas focando na qualidade não na quantidade, a partir de condições favoráveis, levando em conta a comunicação do casal. Sendo orientado a se permitir a fazer atividades prazerosas de uma a duas vezes por semana, visto que quando há interação entre o aspecto emocional e o bem-estar físico o ciclo de resposta sexual é reforçado²⁵. Ao final da sessão, como tarefa de casa, a distorção cognitiva “O problema é comigo, ele está fazendo o melhor que pode” (sic), foi retomada para ser trabalhada e modificada no RPD.

Na oitava sessão, era nítida a participação colaborativa da cliente. Ela havia trazido para a pauta seu problema central da semana e exibiu as dúvidas de seu futuro com o namorado. Se empenhou fluidamente na atividade e utilizou-se da técnica tomando decisões para a situação de seu namorado ficar no Brasil ou voltar para seu país de origem. Felícia apresentou melhora significativas, informou que realizou tarefas que há algum tempo não fazia, como ir ao cinema e ler um livro que queria. Pode-se notar que Felícia passou a se preocupar mais consigo mesma e mostrava-se mais efetiva, começando a focar em sua metacognição e questionando-se. Como feedback da sessão a paciente relatou que a terapia fez com que ela enxergasse outros aspectos de sua vida e não apenas um lado e agora sabia o quão tendia a ter pensamentos errados, mas compreendia também a possibilidade de os modificar. Desta sessão em diante, notou-se uma melhora considerável da paciente e boa aderência em relação ao processo psicoterápico, apresentando-se cada vez mais ativa no processo.

Na penúltima sessão, os escores do BAI e BDI continuaram baixos. A paciente atribuiu essa melhora ao processo psicoterápico, no entanto, foi informada que a baixa nos escores se deu principalmente à sua participação e disposição a mudança, que sem ela seria impossível perceber melhoras. Sobre às questões sexuais, relatou ter tido penetração durante a semana e que a dor em uma escala de 0 a 10 consistia em 7, conseguiu conversar com o namorado e decidir que no ano seguinte seria melhor ele voltar ao seu país para buscar emprego. Informa ter ficado triste por ele ter que ficar longe, mas ao mesmo tempo contente por ter tomado decisão e não ficar angustiada em relação a isso. A partir do questionamento sócrático foram observadas crenças sobre sua vida profissional e afetiva, sendo encontrados os pensamentos automáticos: “impossível chegar a ser professora lá fora” (sic), “não sou boa o suficiente” (sic), “não sou um gênio” (sic), e crenças centrais de desamparo e desamor que foram trabalhadas, tanto em sessões, como em tarefa de casa, por meio do RPD. Ao final da sessão foi realizado a prevenção de recaída e obtenção o feedback da paciente que declarou “cada dia de terapia é como se tivesse várias caixas e essas fossem abrindo uma a uma, de forma a poder enxergar tudo que está ao meu redor, fazendo com que eu percebesse os pensamentos que me impediam de eu ir mais longe” (sic).

No dia do encerramento, pretendeu-se resgatar as vivências da paciente e técnicas apreendidas durante a terapia de modo a instigá-la a ser sua própria terapeuta sempre que precisar. Felícia estava empolgada com

os avanços obtidos, mas ao mesmo tempo triste com o término do processo. Em relação a sua decisão e do namorado trabalhadas na semana anterior sobre o futuro, declarou estar bem e conformada com esta por ser a melhor para os dois, porém triste por ter que passar por mais esse processo e ficar mais tempo longe do parceiro. No entanto, relatou melhoras em função da terapia como: menos cobrança em relação a si mesmo e ao seu namorado, menos preocupação com o namorado e menos impulsividade, além de ter adquirido mais autoconhecimento, emoções e momentos felizes.

Infelizmente a paciente não passou por atendimento ginecológico, devido a coincidência das férias da médica ao período da terapia e grande demanda, dificultando assim o andamento das sessões. No entanto, o atendimento ginecológico ficou marcado para o mês seguinte ao término das sessões. Frente a isso, ficou tratado que a paciente seria encaminhada para psicoterapia de longo prazo, visando a continuidade do seu tratamento, pois ainda existiam questões que necessitavam ser acompanhadas como a dor no ato sexual, perspectivas acerca do seu relacionamento e possíveis flutuações em sua melhora. Em seguida é apresentado as descrições das técnicas utilizadas por sessão (tabela 1).

Tabela 1 – Descrição das técnicas cognitivas-comportamentais utilizadas por sessão.

Técnicas Utilizadas	Sessões	Observações
	1	Falta da Paciente
Inventário BECK de Depressão – BDI	3, 6, 9	Durante os atendimentos, verificou-se diminuição significativa dos escores do inventário.
Inventário BECK de Ansiedade – BAI	3, 6, 9	Mesmo a paciente tendo apresentado sintomas mínimos de ansiedade, os escores continuaram a diminuir durante as sessões.
Entrevista Inicial	2	Investigou o panorama das queixas relatadas, história de vida, dados pessoais e história clínica da paciente.
Psicoeducação do modelo cognitivo e da manifestação do transtorno	2, 4	Motivação para o tratamento por meio de esclarecimentos acerca do transtorno, sintomas, prevalência nas mulheres e do modelo cognitivo.
Cartão de enfrentamento	4, 7	Buscou-se alternativas para melhora do relacionamento amoroso e do prazer.
Registro de Pensamentos Disfuncionais – RPD	4, 5, 6, 7, 9	Aumento da atenção aos momentos em que a Crença Central (CC) é ativada, questionando seu pensamento.
Questionamento socrático	9	Visou reconhecer e modificar os pensamentos desadaptativos.
Técnicas comportamentais	4, 6, 7	Focou-se em desenvolver habilidades de enfrentamento através de conversa aberta e aumento de interação com o namorado, técnica de relaxamento e estimulação do próprio corpo.
Aumento das atividades prazerosos	A partir da 7 sessão	Buscou desenvolver a melhora da autoestima e do relacionamento interpessoal.

Descoberta guiada	6	Identificação de pensamentos automáticos durante a sessão.
Tomando decisões	8	A paciente conseguiu medir as situações contraditórias e chegou a decisões mais realistas.
Examinando as evidências	5	Consistiu em elaborar uma lista das evidências a favor e contra a validade do pensamento automático com intuito de modificar o pensamento por meio das evidências recém descobertas.
Prevenção de recaídas	9,10	Revisão e reavaliação das técnicas mais eficazes e estratégias de enfrentamento de situações futuras precipitantes.

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Discussão do caso

O relato de caso apresentado, foi empreendido seguindo os preceitos da TCCB. Seu objetivo se constituiu em atender os clientes em tempo restrito, a partir da resolução de focos elegidos em comum acordo entre paciente e terapeuta. As técnicas utilizadas foram escolhidas levando em consideração a queixa da paciente e posteriormente frente a suas evoluções, sendo constantemente adaptadas em relação a seus objetivos e sua motivação.

No primeiro encontro com Felícia, ela apresentava-se resistente e insegura em relatar o motivo que a levou a procurar ajuda (queixa principal). Nas sessões seguintes, foi gradativamente se sentindo confortável, sendo mais participativa e inserida no processo. Porém, seus pensamentos permaneciam em muitas ocasiões confusos, relatando querer desistir, não ter mais vontade de fazer sexo por ser trabalhoso e, assim, surgia novas dificuldades com compromissos futuros, o próprio relacionamento e até sua vida pessoal. Todas as informações colhidas foram trabalhadas a partir de metas, com intuito de alcançar uma melhora global da paciente.

Durante todo o processo, a paciente demonstrou sofrimento significativo na capacidade de responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual, principalmente em virtude do medo e dor a tentativa de penetração vaginal. Desta forma, tornou-se perceptível, através de seus relatos, que esse sofrimento estava afetando não somente sua vida sexual, mas que se expandiram para outros segmentos de sua vida, como aspectos afetivo gerais e a profissional. Fato passível de correlação com a depressão moderada que paciente apresentava e a visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro, não valorizando conquistas importantes e reais.

O processo psicoterápico e a melhora subsequente de Felícia, só foi possível devido ao constante processo de trabalho colaborativo entre paciente e terapeuta através do modelo cognitivo da TCC, da própria disposição à mudança – mesmo que de forma intermitente – e das técnicas cognitivo-comportamental empregadas. A paciente desde o início foi instruída ao engajamento da terapia, a utilização do RPD, identificação e modificação de pensamentos disfuncionais, questionamento socrático, exame de evidências e cartões de enfrentamento,

sendo este último utilizado como uma forma de preparar a paciente para o desligamento e prevenir recaídas. Conforme Rangé²⁶, na prevenção de recaídas, o paciente é encorajado a fazer um reconhecimento das técnicas utilizadas no tratamento e que demonstraram maior potencial de ajuda, bem como estratégias de enfrentamento no reconhecimento das circunstâncias que podem se tornar situações de alto risco para o aparecimento de suas crenças negativas.

Assim, em função da terapia, a paciente foi adquirindo novas estratégias de enfrentamento aprendidas para lidar com situações que pudessem ativar crenças disfuncionais de desamor “eu com certeza vou ficar sozinha” e de desamparo “eu não sou bom o suficiente”. Dessa forma, verificou-se que as técnicas utilizadas surtiram efeito na modificação dos pensamentos automáticos disfuncionais, obtendo-se um progresso em seu quadro psicopatológico, observando a diminuição significativa dos escores do BDI e BAI.

Contudo, os resultados encontrados, de modo geral, corroboram os expostos por Cully e Teten²⁷ ao assegurar que nem todos os pacientes aderem-se à modalidade de tratamento breve, devido à baixa motivação a mudança, pouco empenho com número reduzido de sessões, gravidade dos estressores da vida, severidade da psicopatologia que pode vir a comprometer o tratamento em TCCB e a qualidade da adesão ao tratamento oferecido, o que pode ser verificado pelos relatos da paciente.

Estes fatores, requerem um grande esforço e habilidade do terapeuta para serem superados²². Pois, em uma psicoterapia convencional, no sentido de oposição à breve, estas questões podem ser trabalhadas com maior afinco, em parte devido ao maior número de sessão. No entanto, na presente modalidade, torna-se uma dificuldade extra, devido às características intrínsecas desta.

Assim, dois caminhos são possíveis. O primeiro é aceitar a premissa e entender a questão como uma limitação da aplicabilidade da psicoterapia breve a pacientes resistentes ou com pouca motivação²², fazendo-se necessário trilhar um caminho mais longo e abrangente, como a psicoterapia de longo prazo.

O segundo, é compreender as características apresentadas pela cliente ao longo do processo como a força motriz que a impede de relacionar-se plenamente com seu parceiro, gerando pensamentos automáticos e crenças cada vez mais sólidas em um processo de retroalimentação. Quando se opta por este, a TCCB pode ajudá-la a compreender seu quadro, através da psicoeducação, e colocar em marcha a busca por comportamentos adaptativos, conduzindo a paciente a uma atitude ativa frente aos problemas.

Conclusão

Mesmo que a queixa não tenha sido totalmente resolvida, sendo importante ressaltar que, por ser um atendimento realizado em clínica escola e parte prática de um curso de aperfeiçoamento, não houve seleção prévia da paciente, ou seja, sua adequabilidade para a psicoterapia breve não foi verificada a priori, o atendimento da paciente em TCCB mostrou-se satisfatório, sendo perceptível a evolução no quadro a partir da modificação dos pensamentos automáticos disfuncionais e consequente melhora no entrosamento com o

parceiro (e.g. conversa aberta, aumento de contato físico não sexual, melhora da qualidade de vida e maior frequência na prática de atividades prazerosas).

Estes resultados podem ser considerados positivos e estão de acordo com o que a literatura tem descrito²⁸. Entretanto, é necessário esclarecer que a partir do presente relato, apesar dos resultados alcançados serem considerados positivos (e.g. diminuição de sintomas depressivos, ansiedade e aquisição de comportamentos adaptativos), não é possível declarar que a TCCB seja eficaz para casos de DSFs, visto que a queixa não foi completamente solucionada.

Todavia, uma posição de contraindicação também não é possível de ser tomada, sendo necessário a realização de novos estudos, com populações maiores e diversificadas, haja vista a escassez de estudos, inclusive no Brasil, realizados com a TCCB em casos de DSFs sem uma condição associada como a gestação e puerpério^{5,23}

Por fim, outro aspecto que merece atenção, levando-se em consideração os resultados positivos e a crescente demanda de pacientes principalmente em redes públicas de saúde, é que a TCCB pode ser considerada uma alternativa viável, principalmente quando se tem em vista a otimização de tempo e o baixo custo financeiro, sem abrir mão de resultados significativos.

Referências

1. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006; 33(3):162-167.
2. Basson R, Schultz WW. Sexual dysfunction 1: sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet.* 2007; 369(4559):409-424.
3. Associação Americana de Psiquiatria. DSM 5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Leeman LM, Roger RG. Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(3):647-55.
5. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013; 29(1): 16-24.
6. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: a systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 2017; 211: 26-32.
7. Auwad WA, Hagi SK. Female sexual dysfunction: what Arab gynecologists think and know. *Int Urogynecol J.* 2012; 23(7): 919-27.
8. Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The Female Sexual Response: Current Models, Neurobiological Underpinnings and Agents Currently Approved or Under Investigation for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *CNS drugs.* 2015; 29(11):915-933.

9. Burri A, Hysi P, Clop A, Rahman Q, Spector TD. A genome-wide association study of female sexual dysfunction. *PLoS One*. 2012; 7(4): e35041.
10. Meston, C. M.; Bradford, A. Sexual Dysfunctions in Women, *Annual Review of Clinical Psychology*. 2007; 3(1): 233-256.
11. Abdo CH, Oliveira Junior WM, Moreira Junior ED , Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*. 2004; 16(2): 160-166.
12. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações Sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2006.
13. Nobre PJ. Determinants of sexual desire problems in women: testing a cognitive-emotional model. *J Sex Marital Ther*. 2009; 35(5):360-77.
14. Ter Kuile MM, Melles RJ, de Groot E, Tuijnman-Raasveld C, van Lankveld JJDM. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list control trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2013;81:1127-36.
15. Beck, JS. *Terapia Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática*. Trad. Sandra Mallmann da Rosa. 2. ed, Porto Alegre: Artmed; 2013.
16. Beck AT. thinking and depression: II. Teory and therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1964; 10:561-571.
17. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Gog Ther Res*. 2008; 32: 37-39.
18. Hasenbring MI, Verbunt JA. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: New models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain*. 2010; 26:747-53.
19. Santos CEM, Medeiros FA. A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental. *Arch Health Invest*. 2017. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/1940/pdf>, Acessado em 25 de maio de 2017.
20. Walen S, Wolfe JL. Sexualidade da Mulher. In: White JR, Freeman AS. *Terapia Cognitivo Comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca; 2003.
21. Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, Jacobi, F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioral therapy for psychological disorders? *Sexual relationship Ther*. 2009; 24(1):64-73.
22. Bond FW, Dryeden W. *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*. 1 ed. Chichester: John Wiley & Sons, LTD; 2004.
23. Holanda JBL, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrão ACFV. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6):573-8.
24. Powell VB, Abreu N, Oliveira IR, Dudak D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras Psiquiatr*. 2008; 30(2): 73-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a04v30s2.pdf>. Acessado em março de 2017.
25. Mendonça CR, Silva TMS, Arrudai JT, García-Zapata MTA, Amaral WNdo. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *FEMINA*. 2012; 40(4): 195-202.

26. Rangé B. Psicoterapias Cognitivo-comportamentais – Um Diálogo Com a Psiquiatria. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
27. Cully JA, Teten AL. A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. Houston, TX: South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center; 2008.
28. Camargo J, Andretta I. Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico. Contextos Clínicos, 2013; 6 (1):25-32.

Correspondência

Camila Elidia Messias dos Santos

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, Faculdade de Ciências – Bauru

Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01, Vargem Limpa

17033-360 Bauru, SP, Brasil

kmila_messias@hotmail.com

Submetido em: 06/08/2017

Aceito em: 10/01/2018