



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

Transtorno do Desejo Sexual
na Perspectiva Histórico-Cultural – Caso Clínico

DIONE DE OLIVEIRA VILELA

Brasília-DF

Dezembro/2007

DIONE DE OLIVEIRA VILELA

Transtorno do Desejo Sexual
na Perspectiva Histórico-Cultural – Caso Clínico

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS) do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador: Fernando González Rey

Brasília-DF

Dezembro/2007

Esta monografia foi aprovada pela Comissão Examinadora, composta pelos professores:

A menção final obtida foi:

Brasília-DF

Dezembro/2007

FRAGMENTOS

*Quem é essa mulher
Qual é mesmo a sua vida
Quais serão os seus mistérios
Quais são as suas feridas?*

*Onde estão os seus pedaços
Qual é a sua medida
Onde estarão os seus laços
E onde a sua saída?*

*Onde está essa mulher
Onde estão os seus espaços
Onde estão os seus desejos
E quando os seus abraços?*

*Quais serão os seus papéis
Onde estão os seus cenários
Quais serão os seus disfarces
Qual será a sua face?*

Qual será a sua face?...

(Márcia Amaral, *Menina, mulher*,
2003)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores do curso de Psicologia, que, pela sua capacidade docente diferenciada, fizeram de suas aulas um momento privilegiado de estudo, onde o afeto, o respeito e o conhecimento se uniram para torná-las um exemplo a ser seguido. Em especial, aos queridos professores Suzana Joffily, Cynthia Ciarallo, Antônio Isidro Filho, Morgana Queiroz e Tania Inessa.

Carinhosamente agradeço:

Aos meus pais, Joanna (*in memoriam*) e Almir, e a eles dedico esta monografia pelo exemplo de amor aos estudos e ao conhecimento que dignifica;

Ao meu marido, Luiz Geraldo, que em todos estes anos esteve ao meu lado incentivando-me incondicionalmente e amparando-me carinhosamente em momentos de dúvida e cansaço;

Aos meus queridos filhos Pablo, que com seu profundo conhecimento da língua portuguesa fez um excelente trabalho de revisão e diagramação; e Diogo, que tão pacientemente colaborou com seus conhecimentos de informática ao longo desta monografia.

Um agradecimento afetuoso à Dr^a Sueli Simeão Pimentel, que, com seu conhecimento e paciência, esteve ao meu lado acompanhando cada passo de minha capacitação.

Sinceramente, agradeço pela confiança depositada em mim à psicóloga e amiga Tânia Mara Pereira e ao casal de clientes voluntários desta monografia.

E como não poderia deixar de ser, agradeço especialmente ao Professor Doutor Fernando González Rey, orientador desta monografia, que com sua sábia docência encorajou-me ao exercício do criar, do pensar e do ousar por novos caminhos do conhecimento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1.1. Perspectivas da Sexualidade.....	12
1.2. Transtorno do Desejo Sexual.....	20
1.3. Breve Histórico da Terapia Sexual no Tratamento dos Transtornos do Desejo Sexual ...	25
1.4. A Sexualidade como Configuração de Sentido	31
1.5. Psicoterapia e Teoria da Subjetividade.....	36
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA	
2.1. O Problema de Pesquisa	40
2.2. A Pesquisa Qualitativa	42
2.3. Cenário da Pesquisa.....	43
2.4. Os Instrumentos de Pesquisa Utilizados.....	44
2.5. Sujeitos da Pesquisa	46
CAPÍTULO III – A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO	
3.1. Estudo de um Caso Clínico de Transtorno do Desejo Sexual.....	47
3.2. Indicadores de Possíveis Mudanças de Sentido Subjetivo	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES	79

RESUMO

A presente monografia tem por objetivo principal analisar um caso clínico de transtorno do desejo sexual em uma relação estável sob a orientação da Teoria da Subjetividade de González Rey, em uma abordagem histórico-cultural, considerando os motivos sexuais que integram e definem o sentido subjetivo da sexualidade de um casal em processo de terapia sexual. Diferentemente da maioria dos terapeutas sexuais citados ao longo deste trabalho, que adotam abordagens comportamentais/cognitivas e psicanalíticas, busca-se com esta monografia compreender a sexualidade em sua dimensão complexa, multidimensional e multicausal, buscando identificar o conjunto de elementos de sentido subjetivo presente na sexualidade de um indivíduo com queixa sexual bem como promover ações terapêuticas que favoreçam a produção de novos sentidos subjetivos com vistas a uma vivência saudável e prazerosa da sexualidade. Ao analisar um caso de transtorno de desejo sexual sob os aportes da teoria da subjetividade na perspectiva histórico-cultural pretende-se ir além dos limites biomédicos e comportamentais da resposta sexual humana, buscando contribuir para modificar o caráter reducionista e genitalizado imposto à sexualidade até os dias de hoje e compreendê-la em sua complexa rede de configurações sociais e subjetivas. A primeira parte da pesquisa apresenta a sexualidade e o transtorno do desejo sexual sob a perspectiva dos teóricos da sexualidade, bem como um breve histórico da terapia sexual, para, em seguida, levar a compreensão da subjetividade inserida no contexto da sexualidade, que dará suporte teórico para o estudo do caso clínico. A metodologia adotada é a pesquisa qualitativa de Rey e, para tanto, serão apresentados seus principais fundamentos e métodos utilizados no contexto do processo psicoterápico, que envolve análise de informações, aplicação dos instrumentos, hipóteses levantadas pela pesquisadora, soluções e mudanças criativas evidenciadas ao longo do processo terapêutico. Não se pretende com este trabalho de pesquisa esgotar o tema e trazer conclusões definidoras do transtorno do desejo por não ser esta a proposta da psicoterapia nos termos da Teoria da Subjetividade. Pretende-se, sim, ao se analisar um caso clínico envolvendo queixa sexual, abrir um espaço para o diálogo e a reflexão para novas possibilidades de tratamento psicoterápico das demandas sexuais cada vez mais frequentes no universo dos psicólogos clínicos.

Palavras-Chave: subjetividade, sentidos subjetivos, transtorno do desejo sexual, psicoterapia.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspecto da dimensão humana que tem sido motivo de muito sofrimento em virtude do ocultamento que lhe foi imposto durante séculos pela formação judaico-cristã de nossa sociedade ocidental.

A ignorância e o preconceito em torno deste tema têm favorecido o surgimento e a manutenção de muitos transtornos sexuais que acabam por contaminar os espaços relacionais, dificultando a manutenção saudável e prazerosa da convivência conjugal, ocasionando, não poucas vezes, profundas mágoas e agressões, quando não a ruptura definitiva do casal.

Os primeiros trabalhos voltados para o estudo dos transtornos sexuais datam de meados dos anos 60, quando Masters e Johnson, considerados pioneiros da terapia sexual, se dedicaram ao estudo e investigação dos problemas relacionados à ejaculação, ereção, vaginismo e anorgasmia. Anteriormente a eles, a maioria dos homens e mulheres ficavam condenados a vidas de total inadequação sexual. Contudo, como seu enfoque era exclusivamente em relação às funções e disfunções dos órgãos genitais, os problemas ligados ao transtorno do desejo sexual permaneceram sem solução. Só duas décadas depois é que a Dr^a Helen Kaplan se voltou para o estudo dos transtornos do desejo sexual.

É inegável a contribuição desses grandes precursores para a compreensão e análise da resposta sexual humana e os problemas dela advindos. Entretanto o direcionamento de seus tratamentos e técnicas utilizadas teve sempre um enfoque comportamental e psicanalítico, desconsiderando os aspectos subjetivos e histórico-culturais que configuram a resposta sexual humana.

As últimas décadas trouxeram notável progresso para o nosso conhecimento sobre a sexualidade humana que obviamente foram trasladados para a busca de novos métodos no tratamento dos transtornos sexuais, dando esperança a muitas pessoas que acreditavam não haver solução para seus angustiantes problemas sexuais, pois anteriormente os transtornos sexuais eram considerados manifestações de séria psicopatologia e vistos com grande pessimismo terapêutico, sendo que a crença dominante é que esses transtornos, quando muito, poderiam ser solucionados com tratamentos longos e caros baseados em uma abordagem psicanalítica (Kaplan, 1974).

Com os avanços no conhecimento da sexualidade humana, ficou evidente que, embora os transtornos sexuais possam se originar de profundos distúrbios emocionais ou doenças mentais, eles ocorrem também em pessoas psicológica e emocionalmente estáveis que não manifestam nenhum sintoma patológico e nem mesmo de ordem fisiológica.

Para Kaplan (1974), em muitos casos, como se pode confirmar na literatura atual sobre esta temática, os transtornos sexuais têm suas origens em problemas multicausais até então ignorados, tais como o profundo desconhecimento em relação à própria sexualidade e a vivência sexual, exigências reais ou imaginárias para o ato sexual, crenças e preconceitos limitadores da vivência sexual, contexto cultural em que a pessoa se insere, inadequação dos parceiros, medo da recusa ou humilhação do parceiro, iniciação sexual inadequada e até mesmo traumatizante, educação sexual rígida, sexista e limitadora da expressão sexual e tantos outros problemas que não podem ser analisados à luz da psicopatologia. O que se pode ver hoje é que muitos pacientes com queixas sexuais respondem favoravelmente aos métodos de tratamento destinados a intervir em tais questões sem necessitarem dos tratamentos longos e até mesmo psiquiátricos adotados tradicionalmente.

Contudo, no entender dessa eminente psiquiatra e psicóloga, os procedimentos da terapia sexual, mais comuns adotados atualmente limitam-se essencialmente ao alívio da disfunção sexual e mudança de comportamento sexual, utilizando tarefas sexuais e de comunicação, como partes integrantes do tratamento comuns na abordagem comportamental; ou procurando reconstruir a personalidade do paciente por meio da solução de seus conflitos inconscientes, como ocorre na abordagem psicanalítica. Os aspectos multicausais dos problemas sexuais não são, em geral, uma pauta usual nas terapias sexuais.

A proposta deste trabalho é estender o olhar para este ângulo, entendendo que não se pode pensar em transtornos sexuais sem considerar a complexidade que envolve a dimensão sexual, complexidade esta que, considerada, é definidora ou não da saúde sexual do indivíduo. O sofrimento, qualquer que seja sua natureza, não pode ser analisado de maneira fragmentada e reducionista, como sempre pretenderam os adeptos do Positivismo.

A escolha de desenvolver este trabalho analisando um caso clínico de transtorno do desejo sexual sob o aporte da Teoria da Subjetividade numa perspectiva histórico-cultural desenvolvida pelo Dr. Fernando González Rey, orientador desta pesquisa, visa a romper com as limitações dos estudos anteriores tendentes a dar um caráter universal à sexualidade e apresentá-la como uma configuração complexa de sentidos comprometidos com diferentes sistemas de organização social que se manifesta de diferentes formas de sujeito para sujeito, de sociedade para sociedade e de cultura para cultura.

Identificar ao longo do processo terapêutico o conjunto de elementos de sentido subjetivo presente na expressão sexual de um indivíduo com queixa de transtorno do desejo sexual é de fundamental importância para a compreensão do sofrimento que o incapacita para uma vivência sexual saudável e prazerosa, bem como para a produção de novos sentidos

subjetivos que o permitam sentir-se sujeito de sua própria história e condutor de seus processos de vida.

À medida que se busca tirar o véu do ocultamento imposto à sexualidade, é necessário estender o olhar para os elementos subjetivos que contribuem para sua configuração, bem como para os possíveis transtornos provenientes desses mesmos elementos na constituição da subjetividade individual.

Aprofundar o estudo e a reflexão para este aspecto dos transtornos do desejo sexual, compreendendo-os em sua dimensão histórico-cultural, implica uma tentativa de ir mais além dos limites biológicos e comportamentais da resposta sexual, contribuindo ainda mais para tirar a sexualidade do reducionismo em que se encontra até os dias de hoje, bem como ressignificá-la frente a tantos mitos e preconceitos que contribuem para o desajuste e a infelicidade sexual de muitos relacionamentos.

Busca-se com este trabalho de pesquisa analisar um caso de transtorno do desejo sexual em uma relação estável sob a ótica da psicoterapia histórico-cultural, considerando os motivos sexuais que integram e definem o sentido subjetivo da sexualidade do casal em processo de terapia sexual.

Ao apresentar a sexualidade humana em sua dimensão multidimensional e multidisciplinar, torna-se necessário para os fins deste trabalho de pesquisa identificar os elementos de sentido subjetivo associados à configuração atual do transtorno do desejo sexual; elaborar ações terapêuticas que possam favorecer a produção de novos sentidos subjetivos com vistas ao processo de mudança; e identificar, ao longo do estudo do caso clínico, indicadores de novas produções de sentidos na busca da saúde sexual de casal.

A presente monografia foi estruturada em quatro partes, com vistas a atender aos seus objetivos. A primeira parte contém o referencial teórico, onde se procurou apresentar as perspectivas da sexualidade, o conceito de transtorno sexual do ponto de

vista dos teóricos da Sexologia, um breve histórico das terapias sexuais existentes, a sexualidade no contexto da teoria da subjetividade e a psicoterapia histórico-cultural aplicada aos transtornos sexuais.

Na segunda parte enfatizou-se o problema de pesquisa e a metodologia de pesquisa, utilizados para a construção da informação fundamentada na Epistemologia de Pesquisa Qualitativa de Rey, apresentando um breve estudo sobre a pesquisa qualitativa, o cenário de pesquisa, os instrumentos de pesquisa utilizados e a definição dos sujeitos pesquisados.

A terceira parte referiu-se à produção das informações em relação ao caso clínico estudado, o que envolveu o levantamento de hipóteses, análises dos instrumentos utilizados na pesquisa, ações terapêuticas adotadas e a evolução do processo com o surgimento de novas produções subjetivas.

A última parte dedicou-se às considerações finais, envolvendo aspectos significativos surgidos ao longo do processo de pesquisa e as reflexões quanto aos seus alcances.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Perspectivas da Sexualidade

Quando se pergunta o que é *sexualidade*, surge em geral um estado de silêncio e perplexidade no ambiente, porque, em verdade, a sexualidade, como todas as realidades complexas, não pode ser definida a partir de uma única palavra, de um único ponto de vista ou de uma única ciência. Compreende-se hoje que ela resulta de múltiplas abordagens construídas de diferentes ciências: Ciências Humanas, Ciências Biológicas e Ciências Sociais, ou seja, toda aquela ciência que tem por objetivo conhecer e se aprofundar no grande mistério da natureza humana.

De acordo com López e Fuertes (1989), podemos dizer que somos seres sexuados porque nosso corpo é sexuado: cada célula, órgão ou função são sexuados, o que configura a dimensão biológica da sexualidade. Nossa resposta sexual depende, entre outros fatores, de nossos hormônios sexuais, de nossas condições físicas gerais, de nossa idade, assim como nossa atividade sexual provoca alterações fisiológicas tais como: aceleração do pulso, aumento do ritmo cardíaco, alterações na respiração e tantas outras mudanças de ordem física.

Para estes mesmos autores, somos também seres psicossocialmente sexuados já que, a sexualidade tem uma dimensão psicossocial, visto que nosso psiquismo, nossa organização social e nossa cultura são sexuados. A criança, ao nascer, recebe nome, roupas brinquedos sexuados. Esperam-se dela expressões e condutas sexuadas. Antes mesmo de tomar consciência de sua identidade sexual lhe é atribuído um papel sexual que determina quase todas as atividades de sua vida. O indivíduo age e interage em função dessas atribuições. Todas as sociedades e culturas, cada uma a seu modo, atribuem atividades específicas aos

homens e às mulheres, atribuições estas que não se baseiam em diferenciações biológicas (embora elas, em sua origem, tenham tido papel decisivo), mas em formas de funcionamento social cristalizado ao longo da história.

A identidade sexual (autoclassificação como menino e menina) se estabelece nos primeiros três anos de vida, iniciando-se ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e interiorização das funções que a sociedade determina como próprias de homem ou de mulher. É o que se denomina de papel sexual. Ao homem cabe o papel de prover, de lutar, de chefiar e proteger a família. À mulher o papel de educar, proteger, dar afeto e cuidar da prole (López e Fuertes, 1986). Estas atribuições específicas dos papéis sexuais fazem com que, à medida que a criança cresça, sejam impostas a ela atitudes adequadas ao seu gênero, independentemente dos interesses e motivações que ela tenha. Do menino espera-se que seja: valente, forte, audacioso e lutador. Da menina espera-se que seja: meiga, sensível, conciliadora, generosa e até mesmo bonita.

A identidade passa a ser uma categoria permanente nos juízos que o indivíduo faz de si mesmo, ao passo que o papel sexual é definidor da vida das pessoas ao longo de seu ciclo vital.

Ainda seguindo o pensamento de López e Fuertes (1986), através de jogos, brincadeiras, explorações do próprio corpo, curiosidades em relação ao corpo do outro, à reprodução, à origem do homem e da mulher, a criança muito cedo manifesta interesses sexuais observáveis ao mesmo tempo em que se pode dizer que os desejos, os sentimentos e as fantasias são elementos fundamentais da psicologia sexual que se tornam específicos e se consolidam na puberdade, permanecendo ao longo da vida.

Mas também neste aspecto a diferenciação de gênero é um referencial para a maneira como homens e mulheres são moldados sexualmente, sendo este um fator determinante na configuração da sexualidade de cada um.

Um bom exemplo dessa diferenciação que, embora minimizada, ainda prevalece nos dias de hoje é apresentado a seguir por Moacir Costa (1994, p. 111):

Na adolescência, quando a sexualidade começa a se manifestar de forma mais explícita, essas diferenças se acentuam. A mulher tem menos liberdade do que o homem para demonstrar suas necessidades e seu prazer. Namorar, chegar tarde da noite em casa são atitudes controladas rigorosamente pela família. O homem, ao contrário, pode gozar sua liberdade sem grande vigilância. Há, inclusive, certa pressão para que ele inicie sua vida sexual o mais cedo possível, como se isso possibilitasse, por si só, um amadurecimento psicológico e social.

Caridade (1997, p. 61) apresenta uma brilhante análise de Françoise Dolto de como se dá, por exemplo, a estruturação do erotismo feminino numa perspectiva desenvolvimentista, histórica e construtivista:

Desde os primeiros momentos, a acolhida ou desapontamento dos pais face à chegada do bebê menina, a felicidade ou tristeza manifestada por ela ser mulher, a presteza ou hesitação com que lhe conferem um nome, se este nome é feminino ou neutro, os comentários acerca de sua aparência, saúde ou beleza, tudo referencia já se ela está sendo bem-vinda à vida, se ela será aceita e amada como mulher. As atitudes dos pais, as coisas ditas consciente ou inconscientemente, são elementos com os quais o bebê menina vai construindo uma imagem de si, vai se aceitando ou rejeitando seu sexo e sua pessoa.

Obviamente esta mesma análise poderá ser utilizada para se referir à formação do erotismo masculino, uma vez que os elementos presentes na maneira como uma criança do sexo masculino é recebida ao nascer configuram seu modo de ser e de se expressar como homem.

Completando a visão multidimensional da sexualidade, podemos dizer que somos seres culturalmente sexuados, pois a dimensão cultural é outro fator preponderante na configuração da sexualidade humana. A sexualidade, como bem orienta Ana Bock (2003, p. 336), “deve sempre ser pensada e debatida a partir do campo das relações sociais, da cultura, dos valores e formas sociais de vida”.

Não se pretende com essa orientação negar o caráter biológico da sexualidade, pois, como já foi dito anteriormente, somos seres biologicamente sexuados. Pretende-se, sim, chamar a atenção para a importância das construções simbólicas da cultura, que intervêm na dimensão biológica, provocando mudanças significativas na maneira como o ser biológico se manifesta. A partir desta compreensão, Ana Bock (2003, p. 337) argumenta:

Um corpo que se transforma não tem suas significações presas às funções biológicas, mas, ao contrário, tem suas mudanças significadas na cultura como embelezamento, como potencial de sedução, como autorização para o prazer e outros sentidos que se têm construído nos diferentes grupos sociais.

Nos dias atuais o argumento citado é perfeitamente comprovado na maneira como o corpo humano é modificado para atender às demandas sociais e culturais. Vivemos em um momento de excessivo culto ao corpo em que ele é transformado continuamente para se tornar sedutor aos olhos dos demais e atender às exigências de modelos impostos. Para tanto se recorre às plásticas, regimes absurdos, introdução de substâncias químicas modeladoras, lipoaspirações numa busca frenética do corpo ideal. Portanto, é impossível ignorar a dimensão histórico-cultural na formação da sexualidade, sendo necessário resgatar a gênese da sexualidade nos moldes em que hoje vivemos.

A leitura histórica possibilitará também a compreensão de mitos e tabus que envolvem a sexualidade, favorecendo a possibilidade de desenvolvimento de “versões menos preconceituosas e moralistas do assunto, sem perder, no entanto, a perspectiva de

que os homens, por necessidades sociais, ‘inventaram’ regras e formas para a sexualidade” (Bock, 2003, p. 337).

Embora o contexto familiar seja o núcleo primeiro onde se plasma a sexualidade humana, cada cultura e cada sociedade, em cada momento histórico, determinam os comportamentos sexuais distintos por intermédio de códigos de conduta moral, leis civis e penais e costumes, sendo que as diferenças são tantas entre sociedades e culturas que fica impossível falar em um código universal de valores morais sobre a sexualidade.

Contudo é importante ressaltar que esta dimensão cultural, bem como a social, não tem um caráter estático. Vivem em um constante processo de movimento e redefinição de padrões de pensar e agir que influenciam o modo de ser e viver sexualmente, oferecendo novas configurações à sexualidade e com isso favorecendo a produção de novos sentidos subjetivos para o sujeito sexual.

Neste sentido, Cavalcanti e Cavalcanti (2006, p. 180) expressam:

É importante ter presente que todo esse processo de aprendizagem não se realiza sob um modelo estático. No palco da vida, o cenário sociocultural é continuamente substituído. As sociedades, assim como as culturas, não são entidades cristalizadas; há um constante processo de movimento e redefinição nos padrões de comportamento e, por conseqüência, nas expectativas de “papéis” a serem desempenhados no contexto social.

Sabe-se que nas grandes sociedades as mudanças não se estendem a todos os seus membros por igual, portanto não é o caso de generalizar. Há indivíduos que são resistentes à mudança e se mantêm presos aos seus padrões conservadores, quer por princípios religiosos, quer por crenças pessoais. Por esta razão não se pode falar em consenso quando se trata de padrões socioculturais. O que se poderia dizer é que estas contradições possam ser geradoras de conflitos pessoais e interpessoais em face da carga emocional contida nestes antagonismos.

Tais questões acabam por se estender muitas vezes às relações de gênero, em particular no âmbito familiar, relações estas marcadas pela guerra silenciosa e, não raras vezes, gritante dos sexos.

Embora um tanto pessimistas, mas dignos de ser mencionados neste trabalho, sobre a guerra de gênero gestada na cultura e na história, Muraro e Boff (2002, p. 56) escrevem:

Ela marcou os dispositivos psicológicos do relacionamento, minando a singeleza das relações e carregando-as de tensão, disputa e vontade de poder. Estes conflitos de gênero são de tal monta que dificilmente podem ser resolvidos por um casal, pois subjacente a eles trabalha uma pré-história de sofrimento, dominação e de tensões com milhares de anos de persistência.

Reportando agora a Masters e Johnson (1986, p. 13), não se pode deixar também de buscar compreender a sexualidade dentro de um contexto individual. A maneira como cada indivíduo vivencia sua sexualidade é única, singular, pois resulta de sensações e percepções próprias no contexto sociocultural em que está inserido. Quando se levam em consideração as fontes pessoais, coletivas e históricas de nossa herança sexual, torna-se possível ampliar nossos conhecimentos sobre a sexualidade e compreendê-la a partir de suas dimensões biopsicossocial e cultural, o que em verdade significa adquirir conhecimentos sobre o indivíduo como um todo e a complexidade da natureza humana.

Assim escrevem:

Todo indivíduo possui sentimentos, atitudes e crenças sexuais, mas a maneira como cada um vivencia sua sexualidade é única, pois decorre de uma perspectiva intensamente própria, advém tanto das sensações e percepções pessoais, particulares, como fontes sociais ou coletivas: é impossível compreender a sexualidade humana sem admitir sua natureza multidimensional.

Consoante este carácter multidimensional da sexualidade, Rey (1993) destaca o sentido subjetivo e a dimensão relacional da sexualidade, constituídos nas complexas relações entre as constituições subjetivas e sociais e os cenários atuais nos quais os sujeitos atuam, cenários estes geradores de sentidos dentro da diversidade das ações que os caracterizam.

Com base nessas premissas, Rey (1993, p. 217) conceitua a sexualidade:

A sexualidade é um sentido subjetivo, produzido na relação complexa entre as diversas formas de constituição subjetiva, individuais e sociais e os cenários atuais dentro dos quais esses sujeitos atuam, que são geradores de sentidos dentro da diversidade de práticas que os caracterizam.

Portanto, para entender a sexualidade e vivenciá-la em toda a sua plenitude é necessário rever a concepção reducionista que imperou durante tantos séculos, limitando-a aos princípios da dimensão biofisiológica, e reconhecê-la nos caracteres multidimensional e multidisciplinar que a integram.

Assim sendo, também as dores e os sofrimentos causados por uma vivência insatisfatória da expressão sexual precisam estar consoantes e ser estudados e tratados a partir deste conceito mais amplo de sexualidade, ou seja, em sua configuração biológica, psíquica, social e cultural.

Não se pode deixar de considerar também que, apesar dos avanços no estudo da sexualidade, ela ainda, em muitos aspectos, está envolta em mistério. Os estudos neste campo são limitados e carecem de maior aprofundamento. Hoje se faz e se fala muito em sexo, mas falta aprofundar ainda mais em conhecimentos que abarquem esta dimensão humana. A formulação de conceitos claros sobre pontos fundamentais ainda está por vir, as determinantes das desordens sexuais ainda não foram inteiramente esclarecidas e as questões relacionadas à orientação psicoterapêutica se reduzem às dimensões psicofísicas

da sexualidade, negligenciando os aspectos socioculturais formadores e transformadores da expressão sexual do sujeito.

Rodrigues Jr. (1995) é enfático ao afirmar que, por exemplo, no Brasil, não há um curso universitário que capacite um especialista em sexualidade humana. Ele relata que desde os primeiros anos de faculdade ouvia os professores das mais diferentes linhas teóricas enfatizando que a sexualidade é uma área importante na vida das pessoas e que é responsável por muitos problemas, inclusive neuroses, que levam um indivíduo a necessitar da ajuda de um terapeuta. Contudo confessa que foi pouco o que estudou formalmente sobre sexualidade na vida acadêmica, sendo que somente em um semestre letivo houve uma disciplina que a incluiu. Professores diziam, ainda, sobre como as desordens sexuais surgiam como foco da terapia ao mesmo tempo em que afirmavam que os psicólogos não davam a devida atenção à sexualidade, como também não se sentiam preparados para o atendimento de problemas sexuais.

Ainda nesse corajoso depoimento, Rodrigues Jr. (1995) relata que o que aprendeu foi fruto de muita leitura, de ouvir outros profissionais com trabalhos desenvolvidos, estágios feitos no exterior, muito debate, discussões e questionamentos, tudo isto visando a suprir a carência de sua formação acadêmica.

Esta realidade pouco ou nada mudou nos cursos de graduação em Psicologia. O tema sexualidade é abordado dentro de um tema maior geralmente nas disciplinas ligadas à fisiologia humana ou então como matéria optativa e ainda em seminários apresentados pelos alunos que têm maior curiosidade em relação ao tema.

Com conhecimentos tão limitados, como pode um profissional de Psicologia contribuir para atender às demandas, cada vez maiores, dos transtornos sexuais, sejam eles de que origem for?

1.2. Transtorno do Desejo Sexual

Masters e Johnson (1986), ao escreverem sobre o transtorno do desejo sexual, relatam que por volta de 1970 os terapeutas sexuais começaram a identificar uma nova categoria de problemas sexuais que não necessariamente poderiam ser classificados como disfunção sexual de acordo com os parâmetros da época.

Para esses autores, os problemas que foram denominados de distúrbio do desejo sexual estariam relacionados à ausência de vontade em participar da relação sexual por medo ou falta de interesse, embora se mantenha intacta a capacidade de reação sexual física. Consideram que, se o principal problema for ausência de interesse em sexo, será entendida como inibição do desejo sexual. Quando a recusa de atividade sexual for causada por um medo profundo, será entendida como aversão sexual. Entretanto, para ser definida como um distúrbio, é fundamental que a ausência de interesse sexual seja fonte de angústia pessoal ou do relacionamento, pois existem pessoas e casais que convivem com baixo interesse sexual sem que essa alteração venha a ser motivo de sofrimento.

Para Kaplan (1995), as causas da inibição do desejo sexual nem sempre são claras e até mesmo podem surgir concomitantemente, podendo ser tanto de ordem orgânica quanto psicossocial. Para ela, as deficiências hormonais, o uso e abuso de drogas, as alterações glandulares, as doenças crônicas graves desempenham grande papel na manifestação do distúrbio do desejo.

Contudo a autora chama atenção para um aspecto interessante: a maioria dos casos de inibição do desejo sexual parece ter origem em fatores psicossociais, como resultado de depressão, traumas sexuais, baixa auto-estima, sentimentos hostis em relação ao parceiro, aspectos físicos insatisfatórios e lutas de poder no relacionamento.

Masters, Johnson e Kolodny (1997) identificaram em suas pesquisas e tratamento terapêuticos que a característica principal das pessoas com inibição do desejo sexual é o pouco interesse em iniciar um comportamento sexual e a recusa em aceitar as investidas sexuais do parceiro, embora vez por outra se esforcem para atender aos desejos sexuais do parceiro em nome da harmonia do relacionamento.

Segundo estes autores, é interessante observar que muitas pessoas com inibição do desejo sexual não têm nenhuma dificuldade com o funcionamento sexual em si. Existem, no entanto, casos em que o pouco desejo sexual surge em decorrência de alguma disfunção sexual preexistente. A pessoa com disfunção sexual (como, por exemplo, homens com disfunção erétil, ejaculação precoce e mulheres com dispareunia e anorgasmia) pode acreditar que, ao manifestar um gradual desinteresse pelo sexo, estará evitando uma situação psicologicamente dolorosa ou constrangedora que põe à prova seu fracasso sexual.

A aversão sexual, outro distúrbio ligado ao desejo sexual, seguindo o pensamento de Masters, Johnson e Kolodny (1997), é uma fobia grave vinculada ao ato sexual ou à possibilidade de tê-lo. Em geral a pessoa reconhece que seu medo é irracional, mas apesar disso não consegue enfrentá-lo ou se livrar dele. A questão não é apenas a ausência do desejo, mas um medo tão exacerbado do contato sexual que pode inclusive precipitar uma crise de pânico até mesmo quando não existe a possibilidade de concretizá-lo. É interessante notar, assim afirmam esses autores, que a antecipação da situação fóbica pode gerar mais ansiedade do que a própria exposição à situação, a ponto de muitas pessoas com este distúrbio afirmarem que têm mais dificuldade com as preliminares do que com o ato sexual em si.

Outro dado interessante sobre a aversão sexual, apresentado pelos autores citados, é que muitas pessoas, homens e mulheres que sofrem desse transtorno, não se

sentem prejudicadas em sua resposta sexual no que tange ao orgasmo, às ereções, à ejaculação, lubrificação vaginal, sendo que muitas mulheres relatam que têm orgasmo com a masturbação.

Em geral a aversão sexual resulta de situações sexualmente abusivas, tais como incesto ou abuso sexual na infância. Uma pessoa pode também desenvolver fobia sexual depois de repetidas experiências sexuais desagradáveis, apresentando um padrão de repúdio ao sexo como forma de proteção contra a dor, o constrangimento e a ansiedade. Problemas relativos à auto-imagem diretamente ligados à sexualidade podem ser desencadeadores de aversão sexual, tais como obesidade, hiper-hidrose, hirsutismo nas mulheres, mamas proeminentes nos homens. Tais fatores levam a pessoa ao retraimento social, medo de intimidade física e baixa auto-estima, contribuindo para a crença do sexo como algo desnecessário, indesejável e, em alguns casos, assustador (Masters, Johnson e Kolodny, 1997).

As fobias sexuais mais comuns, segundo Kaplan (1995), observadas em pacientes são: toque e carícias, visão da genitália, beijos (boca, seios e genitais), penetração vaginal, secreções e odores sexuais, excitação sexual (a própria e a do parceiro), orgasmo, sexo oral, falha no desempenho sexual, gravidez, nudez, contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Para a autora, as pessoas com aversão sexual grave irão evitar sexo tanto quanto possível. Já as pessoas que apresentam uma aversão sexual mais leve tendem a apreciar o sexo, chegando, às vezes, até ao orgasmo. Contudo isso não contribui para diminuir a evitação fóbica de sexo, deixando a pessoa intrigada com sua capacidade de evitação apesar do prazer e da gratificação experimentada. Em geral, elas desenvolvem estratégias de evitação engenhosas e variadas. Relutam em ter sexo de maneira direta,

tentam dissimular sua evitação mostrando-se indisponíveis física e emocionalmente para o encontro sexual.

As causas mais frequentes de inibição do desejo sexual têm origem em fatores orgânicos e sobretudo psicossociológicos. As causas orgânicas podem ser resumidas em três categorias fundamentais: a) anomalias genéticas e congênitas: síndrome de Klinefelter, distrofia miotônica, síndrome de Turner, etc.; b) doenças agudas e crônicas: debilidade, náusea, febre, hipotireoidismo, hipertireoidismo, doença de Addison, Parkinson; e c) drogas: depressores do SNC, tranqüilizantes, alucinógenos, substâncias antiandrogênicas, álcool em excesso, etc. (Cavalcanti e Cavalcanti, 2006).

Contudo, segundo esses mesmos autores, na maior parte das vezes as disfunções do desejo sexual têm origem em fatores psicossociais, tais como: educação sexual castradora e rígida, principalmente quando é reforçada por crenças religiosas e normas inibidoras da sexualidade, vivências sexuais destrutivas, violência sexual, experiências obstétricas traumáticas e relações diádicas inadequadas.

As reações à inapetência sexual, como é também chamado o transtorno do desejo sexual, diferem de pessoa a pessoa e principalmente de sexo para sexo. Assinala Cavalcanti e Cavalcanti (2006, p. 194):

Não é idêntica a maneira como as pessoas vêem a apetência sexual inibida. Se o parceiro inapetente é do sexo feminino, as reações que a mulher pode ter em relação à sua dificuldade variam de angústia de ter de se submeter ao ato sexual até a aceitação passiva de sua situação. A regra geral é o comportamento com evitação, criando continuadas desculpas. Quando o ato se torna inevitável, algumas se revoltam contra si mesmas, não raro se auto-agredindo com enfermidades psicossomáticas; outras apresentam intensa hostilidade pelos companheiros.

Existem situações ainda em que a mulher “empresta” o corpo para a satisfação sexual do parceiro, fingindo excitação e até mesmo orgasmo. Este é um relato muito comum entre as mulheres na intimidade entre amigas.

Quando, no entanto, a inapetência ocorre com o homem, é comum a mulher imaginar que está sendo traída, desencadeando assim terríveis cenas de ciúme; ou então sublimar a sexualidade sem maiores danos psíquicos.

Outras reações típicas, conforme relata Cavalcanti e Cavalcanti é a interpretação de rejeição ou desamor por parte do parceiro rejeitado, dando origem a um estado de insegurança e baixa auto-estima que acaba por afastar progressivamente o casal, sendo muito comum o surgimento de casos extraconjugais como forma de vingança e auto-realização.

É importante ressaltar que todos os autores citados neste capítulo têm formação médica e seguem uma abordagem comportamental nos moldes da terapia sexual de Helen Kaplan e Masters e Johnson, o que os leva a dar um caráter de patologia aos transtornos do desejo, desconsiderando o sujeito único, que possui características singulares muito mais relevantes do que a patologia em si. Para eles, o que importa não é o sujeito em si mesmo em sua diversidade, mas a patologia e o comportamento. Não seria possível, no entanto, deixar de apresentá-los neste trabalho, em virtude de serem os pioneiros da terapia sexual e autores de uma vasta bibliografia em torno deste tema.

Um breve histórico da terapia sexual que será apresentado a seguir mostrará, com pouquíssimas exceções, como os atendimentos à demanda de transtornos sexuais ainda são, em sua maioria, analisados sob esta ótica. É evidente que, para aquele que se propõe estudar os transtornos do desejo sexual sob a ótica da Teoria da Subjetividade, é importante ter em mente a necessidade de rever esse velho paradigma, superando o reducionismo evidenciado pela visão biomédica que trata a doença e não a pessoa como um sistema complexo capaz de gerar novos sentidos para o sofrimento que o aflige.

1.3. Breve Histórico da Terapia Sexual no Tratamento dos Transtornos do Desejo Sexual

A busca de tratamento para os transtornos do desejo sexual vem de longa data e sempre povoou o imaginário do ser humano. No famoso livro *Kama Sutra*, escrito há 1.500 anos, existe uma lista enorme de orientações para melhorar o desejo sexual. Através dos tempos a humanidade tem procurado empregar uma variedade imensa de afrodisíacos com o intuito de revitalizar a queda da libido, tais como perfumes, ervas, pós e óleos encontrados desde as feiras mais simples até *sex shops* mais requintados. Grandes laboratórios, hoje, investem fortunas na busca de medicamentos que possam combater a inibição do desejo sexual em homens e mulheres.

Entre os métodos psicológicos de terapia sexual, o primeiro que se desenvolveu está obviamente relacionado a Freud. Para Patricia e Richard Gillan (1976, p. 30), métodos de tratamento de Freud, embora capazes de atender a muitas desordens psicológicas, não se dirigiam especificamente aos transtornos sexuais. No entanto destacam um aspecto significativo:

Apesar de tudo, Freud promoveu a idéia de que as dificuldades sexuais eram distorções profundamente implantadas e provenientes do desenvolvimento infantil. A sua solução radical era a reestruturação da personalidade por meio de análise. Uma perspectiva mais substancial sobre a natureza do paciente pode obter-se por meio de discussão na qual o terapeuta dirige pouco, mas sempre encorajando o paciente a extrair conclusões. O paciente é encorajado a reviver com o terapeuta a relação insatisfatória com os pais e, por este meio, experimentar e analisar o seu desenvolvimento emocional distorcido.

A Sexologia, como ciência, surge no final dos anos 60 com duas vertentes: uma de caráter preventivo – educação sexual – e outra de caráter curativo – terapia sexual. Pelo caráter histórico, não se pode esquecer dos trabalhos pioneiros de Masters e Johnson, contudo

foi no final da década de 70 que se deu o grande impulso nesta área, graças aos estudos e pesquisas de Helen Kaplan e seus colaboradores da Universidade de Cornell (EUA).

Kaplan oferece uma visão bem clara e objetiva de uma terapia do sexo para o tratamento dos transtornos do desejo sexual, ao mesmo tempo em que lança dois livros que fundamentam sua teoria e que se tornaram essenciais para a compreensão da proposta de sua nova terapia. São eles: *Nova Terapia do Sexo* e *O Desejo Sexual*, lançados respectivamente em 1974 e 1979.

Sobre os transtornos do desejo sexual, Kaplan (1974, p. 22) explica:

Tomei conhecimento pela primeira vez da existência dos transtornos do desejo sexual no início dos anos 70 analisando os nossos fracassos terapêuticos. À medida que fui revisando os prontuários, foi-se tornando claro que havíamos fracassado em reconhecer um subgrupo considerável de pacientes que tinham pouco ou nenhum desejo de sexo com os parceiros. Estes pacientes haviam desenvolvido impotência ou transtorno do orgasmo principalmente por terem tentado tratar estas disfunções genitais secundárias sem estar cientes dos transtornos do desejo subjacente. Isto significa que alguns dos nossos pacientes rotulados como “resistentes” não eram resistentes à terapia sexual. Estávamos, simplesmente, tratando-os para o problema errado.

A partir destas descobertas, Kaplan começa a desenvolver uma abordagem terapêutica específica para o tratamento dos transtornos do desejo. O que tornou inovador este novo modelo de terapia foi a combinação integrada de intervenções cognitivo-comportamentais na forma de exercícios sexuais terapêuticos, utilizados com o objetivo de modificar as causas mais imediatas dos sintomas do paciente, através de uma condução psicoterapêutica breve, dinâmica e ativa, visando às resistências do paciente ao tratamento e às suas questões mais profundas, ou seja, uma abordagem psicodinamicamente orientada para

os transtornos do desejo diferentemente de outras abordagens que depositavam sua confiança no aumento de *insight*, na melhora da comunicação e redução de ansiedade, acreditando que o desejo do paciente aumentará automaticamente quando estes fatores forem resolvidos.

Em *Transtornos do Desejo Sexual*, Kaplan (1995, p. 27) relata com entusiasmo:

Foi gratificante observar que, tão logo estes artigos sobre transtornos do desejo apareceram na literatura, houve aceitação imediata e uma explosão de interesse nestas síndromes. Muito rapidamente, milhares de pacientes e casais com baixa frequência sexual e desejo sexual deficiente estavam sendo estudados, avaliados e tratados em clínicas de problemas sexuais espalhadas por todo o país. Os próprios Masters e Johnson não perderam tempo em adicionar desejo sexual inibido (DSI) e transtorno de aversão sexual à sua lista de inadequações sexuais humanas e, sem mais delongas, os transtornos do desejo sexual se tornaram um campo legítimo da terapia sexual.

A literatura atual sobre terapia sexual tem sua fonte nas descobertas e trabalhos de Helen Kaplan. Terapeutas e sexólogos que atendem a pacientes com queixas sexuais adotam as técnicas desenvolvidas por ela dentro de uma abordagem comportamental-cognitiva. No Brasil, os grandes estudiosos e sexólogos de renome, como Oswaldo Rodrigues, Nelson Vitiello, Angelo Monezzi, Ricardo Cavalcanti, Moacir Costa, pioneiros da terapia sexual em nosso país, são unânimes em adotar a abordagem psicodinâmica de Kaplan nos tratamentos dos transtornos do desejo sexual.

Também Pacini (1975), citado por Bernart e Giomi em Andolfi (1995, p. 170), consoante este modelo, assim define a terapia sexual:

A terapia sexual é uma intervenção de psicoterapia breve em resposta a uma demanda sexológica. A metodologia de trabalho tem uma ótica psicossomática e multicausal do sintoma sexual, e considera o distúrbio compreensível em diversos níveis descritivos.

Em contraposição a este modelo de terapia sexual adotado pela maioria dos terapeutas com vistas a modificar os sintomas imediatos do paciente, a psicóloga e antropóloga Amparo Caridade (1996, p. 113) evidencia que as técnicas são recursos que devem ser utilizados para favorecer o desembaraço do corpo e o desvencilhamento da pessoa de si mesma, mas com o propósito único de conduzir o indivíduo para perto de si mesmo, um instrumento facilitador da intimidade e do encontro com a própria interioridade. Demonstra assim seu desconforto quando escreve:

Receio que, em nosso exercício profissional, haja um encantamento pelo uso da técnica resultando em uma ritualização mecânica, ou na idéia simplista de mágicas soluções para as disfunções sexuais.

Nesse sentido os exercícios, quando utilizados, devem ter a função de levar o paciente a entrar em contato com as sensações que lhe fluem no aqui e agora, pois, à medida que este contato ocorre, intensifica-se o sentir e dele se torna consciente, favorecendo o contato consigo mesmo e não apenas uma ritualização mecânica destituída desse sentido de tornar a vida mais viva e consciente.

Em relação ao uso das técnicas dos focos sensoriais amplamente adotados pelos terapeutas sexuais, Caridade (1996, p. 114) adverte:

Se utilizadas quando há conflitos, desafetos, rejeição, intolerância, mágoas e outros sofrimentos relacionais, podem apenas cristalizar e intensificar recusas ou promover falsas resoluções das dificuldades. Não adianta, por exemplo, mandar soltar a pelve através de uma técnica, se algo interiormente algema esta parte. De nada adianta insistir na afirmativa de que esse balanço pélvico causa prazer se ronda para a pessoa o fantasma arcaico de que o prazer é feio, é pecado, ou se lhe pesa na memória alguma experiência traumática dolorosa, ainda não resolvida.

Em seu trabalho como psicoterapeuta, atendendo demandas de transtornos sexuais, ela opta por técnicas que resgatam a sensorialidade global do corpo por considerá-las altamente benéficas para a sexualidade como um todo, adotando, conforme ela mesma afirma, uma abordagem sistêmica de terapia sexual. Exercícios de relaxamento auxiliam em muito a entrega quando um desejo interno está bloqueado no indivíduo, pois o põe em contato com sentimentos mais profundos. A derreflexão busca deslocar a atenção do cliente para outros aspectos também importantes da vida. A apelação é outro recurso sugerido, que consiste em valorizar o sentimento do cliente quando chora, ri, alegra-se ou fica triste, dando destaque ao lado forte da pessoa que se sente enfraquecida. O diálogo socrático é outra técnica proposta que possibilita o contato com o inconsciente, com o sentido de sua vida, seu potencial humano e a direção que pretende dar à própria vida (Caridade, 1996).

A terapia sexual ainda é uma área a ser conquistada pelos psicólogos no Brasil. Na visão de Rodrigues Jr. (1995), a formação humanística facilitaria bastante a atuação do psicólogo nesta área, pois a desinformação e a falta de acesso ao que diz respeito à sexualidade não favorecem uma atuação segura dos psicólogos sobre os transtornos sexuais, ficando restritos na maioria das vezes a intervenções de médicos numa visão puramente biológica da sexualidade.

Os cursos de formação de terapeutas sexuais no Brasil surgiram na década de 70 por iniciativa de um grupo de médicos, seguindo uma orientação comportamental e estendendo-se mais à frente para uma abordagem comportamental-cognitiva. Contudo, ainda são poucos os centros em nosso país que se dedicam a capacitar terapeutas para a prática da terapia sexual (Rodrigues Jr., 1995).

Já Leiblum e Pervin (1980, pp. 23-24) apresentam uma proposta de terapia sexual onde os aspectos socioculturais são essenciais para se compreender e tratar os transtornos sexuais. Este é um dado altamente significativo, pois, segundo eles: “As atividades e clínicas

terapêuticas não ocorrem num vácuo social”. Um aspecto interessante que destacam é que também as pesquisas e tratamentos estão subordinados aos ditames morais e culturais de uma determinada época. Nesse sentido afirmam:

Não só os nossos métodos de tratamento, mas também a informação subjacente a respeito de “o que é errado” é afetada por mudanças nos valores e normas da sociedade. Comportamentos que outrora eram considerados perversos ou desviantes são hoje vistos como variações da sexualidade normal, e até como aditamentos positivos ao repertório sexual da pessoa. Assim é que nosso trabalho como clínicos e profissionais da saúde está inextricavelmente interligado com o que se passa na sociedade circundante; é influenciado pelo que as pessoas acreditam e praticam na área do funcionamento sexual e simultaneamente as influencia.

Pode-se deduzir dessa explanação que, da mesma forma que as pesquisas e tratamentos correspondem à expressão do pensamento de uma determinada sociedade em uma determinada época, também a forma como cada pessoa vivencia sua sexualidade está impregnada dos valores e normas desta cultura, fatores estes que passam de geração em geração, formando o que os autores mencionados chamam de herança sexual.

Vitiello (1996, p. 23) sintetiza assim os rumos da terapia sexual nos dias atuais:

Graças aos estudos, quase sempre encarados de início com incompreensão e falta de créditos, embora reconheçamos que existe muito a ser estudado, já temos ao menos esboçadas nos dias atuais as linhas mestras do conhecimento sobre as tão ricas e multifacetadas expressões da sexualidade humana.

Ainda reportando a Leiblum e Pervin (1982), “a terapia sexual é imensamente complexa, é um campo que ainda está em sua infância”.

1.4. A Sexualidade como Configuração de Sentido

Considerando que este trabalho tem como objeto de estudo e pesquisa o transtorno do desejo sexual no contexto da clínica psicoterápica sob a orientação da teoria da subjetividade de Rey, torna-se necessário abrir um espaço para ressaltar alguns conceitos que abrangem esta teoria pela sua importância na expressão da sexualidade humana: o sentido subjetivo, as emoções e o motivo.

O sentido subjetivo é definido por Rey (2003, p. 123) como “a unidade inseparável dos processos simbólicos e das emoções num mesmo sistema, no qual a presença de um desses elementos evoca outro, sem que seja absorvido pelo outro”.

O sentido subjetivo é entendido, aqui, dentro de uma perspectiva da história do sujeito, que também contém aspectos sociais, como assim esclarece Rey (2005, p. 21):

Na definição de sentido subjetivo, pretendo especificar a natureza do sentido, o qual se separa da palavra e se delimita em espaços simbolicamente produzidos pela cultura, que são as referências permanentes do processo de subjetivação da experiência humana.

Assim como a sexualidade se constitui de forma multidimensional, também os transtornos sexuais, sejam de que ordem for, se manifestam e devem ser estudados a partir desta complexidade, ou seja, de uma perspectiva biopsicossocial e relacional.

Ao longo da constituição do sujeito, essas dimensões se interpenetram, atuam conjuntamente, modelando e configurando o ser sexual que se apresenta nas relações e inter-relações consigo mesmo e com os demais seres nos cenários onde vive, podendo ser motivo de alegrias e de grande sofrimento, visto que os sentidos subjetivos que se constroem a partir dessas fontes irão orientar a maneira como cada um expressa essa condição de ser sexual no decorrer de sua história de vida.

Por outro lado, as emoções perpassam todas as ações e momentos do sujeito em sua condição cultural e têm um grande peso na expressão sexual deste sujeito. Como bem assinala Rey (2003, p. 242): “O emocionar-se é uma condição da atividade humana dentro do domínio da cultura, o que por sua vez se vê na gênese cultural das emoções humanas”. Elas se originam de registros complexos que ao longo da evolução cultural do homem passaram a representar uma forma de expressão em sistemas de relações e práticas sociais, sem, contudo, descartar a capacidade de registros somáticos e fisiológicos. Estão estreitamente associadas às ações do sujeito nos espaços de suas relações sociais e, portanto, inseridas no cenário cultural.

O motivo, outro elemento integrante da expressão sexual do sujeito é, segundo Rey (2003), “uma formação psíquica geradora de sentido presente em toda atividade humana”. Nesta perspectiva, o motivo sexual representa um estado dinâmico associado a um conjunto de elementos de sentidos subjetivos que estão vinculados à biologia da sexualidade, à história de cada indivíduo concreto, bem como ao contexto cultural em que ele vive.

Orientado por esta compreensão, Rey (2003, p. 247) escreve:

Desta forma, serão parte do motivo sexual os sentidos associados à moral, ao corpo, ao gênero, aos padrões emocionais da relação, etc., onde todos integram e definem o sentido subjetivo da sexualidade para um sujeito concreto.

Os motivos sexuais que integram e definem o sentido subjetivo da sexualidade de um sujeito concreto, assim como as emoções, precisam ser profundamente considerados em terapia sexual para que se possa levá-lo a identificar ao longo do processo terapêutico as produções de sentidos geradoras do transtorno causador de seu sofrimento psíquico, seja ele de que ordem for, ao mesmo tempo em que possa favorecer novas produções de sentido para que conduza sua vida sexual de maneira mais prazerosa, saudável e consciente. A cultura e a sociedade exercem um papel extremamente modelador da expressão sexual do sujeito,

podendo interferir de maneira positiva ou negativa na resposta sexual das pessoas. Neste contexto, escrevem Cavalcanti e Cavalcanti (2006, p. 180):

O grupo social, por meio de padrões de comportamento, define os “papéis” que as pessoas devem representar e submete essas condutas a um rigoroso controle. Esse aprendizado de “papéis” é o processo de culturalização ou socialização, ou seja, a maneira como a sociedade faz com que o indivíduo adquira o modo de sentir, pensar e agir de seu grupo, passando a viver em conformidade com ele.

Para os autores, a forma como cada indivíduo representa seu “papel” pode ser motivo de alegria ou sofrimento, de aceitação ou repúdio, isto é, “de recompensas ou de punições, na medida em que se põe de acordo ou contra as normas estabelecidas pelo grupo”.

Também as instituições sociais, como a família, a religião, a escola, contribuem para a configuração da sexualidade do indivíduo, pois ele, em sua interação com elas, vive um processo de construção e reconstrução que irão orientar sua maneira sexual de ser ao longo de sua vida. O mesmo se pode dizer dos tabus, mitos e crenças ligadas ao sexo, bem como dos movimentos de contestação da moral em determinada época, como é o caso da Revolução Sexual ocorrida em 1960, que tanto influenciou o modo de ser sexual dos jovens e que repercute até os dias de hoje (Cavalcanti e Cavalcanti, 2006).

Tais afirmações não contrariam, embora representadas de maneira diferente, o pensamento de Rey (1993, p. 217), visto que ele reconhece que “na própria constituição da sexualidade se expressa uma série de elementos e configurações de sentido comprometidos com diferentes sistemas da organização social”. Vale, contudo, mencionar um aspecto significativo citado por Rey (1993, p. 217):

A sexualidade, no entanto, apresenta uma configuração complexa de sentidos que se produz de formas diferenciadas de sujeito para sujeito

e de sociedade em sociedade, o que tem aparecido muito mais claro na literatura do que na psicologia.

Não são poucas as comprovações desta visão de Rey. Em um país de grande diversidade cultural como o Brasil, não é raro encontrar formas diferenciadas de expressão da sexualidade de sujeito para sujeito, de família para família e de região para região. No interior do país, principalmente onde a mídia não tem tanta força, ainda impera uma moral bem mais conservadora do que nos grandes centros urbanos: a virgindade da mulher é uma exigência antes do casamento, os papéis sexuais são bem determinados, sendo o homem o chefe e o provedor da família e a mulher aquela que cuida da casa e dos filhos. Sexo é feio, pecado e privilégio de casados para fins de procriação. Mulheres que têm vida sexual mais livre são mal-vistas e repudiadas pela família e pela sociedade.

A sexualidade, assim manifestada, resulta das relações complexas entre as diversas formas de constituições subjetivas, individuais e sociais e os cenários dentro dos quais o sujeito atua, sendo produtores de sentido das manifestações sexuais que os caracterizam.

A força da influência dos sentidos socialmente produzidos na configuração da sexualidade é demonstrada por Rey (1993, p. 217):

A sexualidade como configuração de sentido integra sentidos socialmente produzidos que, de forma direta ou indireta, se relacionam com ela, e que, portanto, atuam como sentidos de configuração subjetiva, assim como por um conjunto de sentidos derivados de registros emocionais de experiências anteriores que não aparecem significados nem pelo sujeito nem pelo espaço social em que vive, resultado de experiências singulares com registros emocionais específicos.

A visão da sexualidade como configuração de sentidos socialmente produzidos aparece no pensamento de Michel Bozon (2004) quando afirma que a sexualidade humana não é um dado da natureza, mas uma expressão humana socialmente construída pelo contexto

cultural na medida em que o homem, diferentemente dos animais, precisa de um aprendizado social para saber se comportar sexualmente. Assim escreve Bozon (2004, p. 13):

A sexualidade humana implica, de maneira inevitável, a coordenação de uma atividade mental com uma atividade corporal, aprendidas ambas através da cultura. A atividade humana não é um dado da natureza. Construída socialmente pelo contexto cultural em que está inscrita, essa sexualidade extrai sua importância política daquilo que contribui, em retorno, para estruturar as relações culturais das quais depende, na medida em que as incorpora e as representa. Assim, na maioria das sociedades, a sexualidade tem um papel importante não apenas na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações.

Ao apresentar a sexualidade a partir desta perspectiva, Bozon busca romper com a crença advinda da concepção psicanalítica de que muitos dos nossos comportamentos habituais podem ser explicados através de um inconsciente sexual, quando o correto, segundo ele, seria “identificar o inconsciente social e cultural atuando em nossa atividade sexual” (Bozon, 2004, p. 14). Assim, a tendência a supervalorizar o desejo masculino e a ignorar o desejo da mulher resulta da socialização de gênero diferencial e não de uma lógica relativa à esfera sexual.

Os saberes, representações e conhecimentos sobre a sexualidade e, de maneira geral, as próprias disciplinas relativas à sexualidade são produtos culturais e históricos que contribuem para moldar e modificar os cenários culturais da sexualidade e fazer acontecer, ou até mesmo fixar, aquilo que descrevem.

Com base nestes pressupostos não se pode olhar uma demanda sexual apenas pelo seu aspecto biológico ou psíquico. Há de se levar em consideração este conjunto de elementos que estão associados à história de cada indivíduo, assim como o contexto social e cultural em que vivem e interagem, visto que sua emocionalidade está impregnada destes sentidos que ditam sua maneira de ser sexualmente.

1.5. Psicoterapia e Teoria da Subjetividade

A proposta desta pesquisa visa, como já foi dito anteriormente, a estudar um caso clínico de transtorno do desejo sexual a partir da teoria da subjetividade sob a perspectiva histórico-cultural. Para tanto é necessário entender em que consiste a psicoterapia a partir deste enfoque e quais os indicadores teóricos que a configuram.

Em linhas gerais a psicoterapia é um tratamento que visa a identificar os indicadores de sofrimento do paciente, que, uma vez compreendidos e modificados, possam favorecer a melhoria da saúde e da qualidade de vida em suas interações consigo mesmo e com o outro.

Na perspectiva histórico-cultural, a psicoterapia implica favorecer a saúde psíquica do paciente, levando-o a desenvolver a capacidade psíquica de se auto-aceitar, promovendo recursos para que possa lidar com dificuldades e produzir novos significados, encarando de maneira diferente o fato ou os fatos que o afetaram.

Ela compreende uma relação interpessoal de escuta e conversação e, por ter um caráter profissional explícito comprometido com o bem-estar psíquico, difere das demais relações humanas, tais como amizades, relações conjugais e parentais, etc., sendo esta uma relação subjetiva por estar investida de sentimento, de afetividade e por envolver confiança, respeito, sinceridade e ética. Implica comprometimento de ambas as partes e a necessidade de empatia, bem como certo limite de envolvimento para não ser confundida com uma relação de aconselhamento ou de amizade (Rey, 2004).

A psicoterapia deve ter por objetivo a melhora da saúde da pessoa, quer no plano físico ou no mental, ou em ambos, de forma a que possa experimentar de maneira subjetiva o bem-estar que procura. Para que se possa atingir tais objetivos é necessário que ocorram

mudanças terapêuticas significativas produzidas por meio de novos recursos subjetivos pelo paciente dentro do espaço interativo da psicoterapia.

Assim assinala Rey (2004, p. 165):

Ao terapeuta cabe a responsabilidade pelo desenvolvimento de uma relação capaz de gerar novas necessidades e construções na pessoa que precisa de ajuda, permitindo-lhe uma transformação no sentido subjetivo que o afeta.

Para o terapeuta que se orienta pela teoria da subjetividade, a produção de novos sentidos subjetivos pela pessoa em atendimento é fundamental para a superação do sofrimento em que se encontra, transformando-se em sujeito diante da situação atual.

Neste sentido, explica Rey (2007, p. 160):

A psicoterapia está orientada para o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos, os que vão aparecer quando o paciente, afetado pelos sintomas, transforma-se em sujeito diante de sua situação atual e é capaz de produzir novas emoções e processos simbólicos que lhe facilitem o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos.

O que se pretende é que as mudanças nas configurações subjetivas aconteçam à medida que o paciente, ao longo da relação terapêutica, se estimula e se organiza naturalmente. Da mesma forma novos sentidos subjetivos serão produzidos, o que exigirá um novo posicionamento do paciente em suas relações e atividades atuais.

Assim, de acordo com a teoria da subjetividade, os novos sentidos subjetivos serão os definidores da recuperação da saúde do paciente, levando-o a agir como sujeito diante das situações que o incomodam e ao mesmo tempo ser capaz, por si só, de produzir novas emoções e processos simbólicos que facilitem a produção de novos sentidos (Rey, 2007).

Um aspecto que é fundamental destacar é que a psicoterapia, sob a ótica da teoria da subjetividade, é essencialmente dialógica. Pela conversação o terapeuta levanta hipóteses sobre as configurações subjetivas da demanda trazida pelo paciente. Essas hipóteses surgem de ações terapêuticas que utilizam instrumentos, tais como complemento de frases, questionários, retratos, pranchas, filmes, etc., com o objetivo de provocar formas diferenciadas de expressão do paciente e estimular sua posição como sujeito do processo terapêutico.

Em relação ao levantamento de hipóteses, Rey (2007, p. 161) orienta:

Com as hipóteses, não se pretende obter acesso a uma “verdade” do sujeito, mas facilitar o desenvolvimento de emoções, reflexões e posicionamentos que possibilitem a emergência de novos sentidos subjetivos facilitadores de processos de subjetivação que permitam ao sujeito novas alternativas de desenvolvimento. A psicoterapia não é um processo de descobrimento nem de soluções centradas na figura do terapeuta: é um processo de produção de novos sistemas de subjetivação.

É importante ressaltar que o papel do terapeuta é de facilitar a emergência de novos sentidos subjetivos e não de assumir o compromisso e o controle sobre os desdobramentos decorrentes de novos sentidos subjetivos surgidos ao longo do processo terapêutico.

O que se deverá considerar é a emergência da pessoa como sujeito de seus próprios conflitos: “O transtorno psicológico é resultado da paralisação da pessoa perante o conflito experimentado” (Rey, 2007, p. 161).

Um dos princípios orientadores da teoria da subjetividade para o terapeuta é a compreensão da complexidade do processo individual frente aos sistemas de relações sociais e culturais nos quais o sujeito está inserido, considerando a capacidade reflexiva do paciente em condições de avaliar a si mesmo, o outro (terapeuta) e o processo de terapia. O terapeuta

não pode nunca se esquecer de que a forma como ele se posiciona na relação terapêutica influencia seu processo e de seu paciente (Rey, 2007).

No prefácio de seu livro lançado este ano, Rey (2007, p. IX) faz um comentário de profundo significado para aqueles que optam por trabalhar com psicoterapia:

A psicoterapia nunca representa um conjunto de receitas a serem aplicadas acriticamente na prática (...), mas sim uma reflexão que lhe permita compreender novas opções para o desenvolvimento do processo, o qual sempre será uma expressão da criatividade do terapeuta de dialogar e se envolver no curso inesperado e complexo de suas relações com o outro, ou seja, um outro individual ou social, nos diferentes níveis em que uma abordagem social pode ser entendida, partindo do conceito de subjetividade social que defendemos nesta obra.

Fica, portanto, evidenciado que a psicoterapia, na perspectiva histórico-cultural, é regida por um conhecimento dinâmico que é produzido ao longo da relação terapêutica e que, embora tenha seu suporte teórico, ele aparece como fonte de significação e não como um princípio explicativo, visto que cada relação terapêutica e seus desdobramentos têm um caráter único, singular, que a orienta.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1. O Problema de Pesquisa

Ao se optar por trabalhar com pesquisa qualitativa, é importante levar em consideração que a formulação do problema de pesquisa não tem o caráter formal da pesquisa tradicional, que considera o problema como o primeiro momento orientador de todos os outros do processo, ao mesmo tempo em que os define, como ressalta Rey (2005, p. 91): “por funções específicas, precisas, que estabeleçam o que deve ser realizado em cada etapa da pesquisa, em uma rotina que, baseada no mito da neutralidade, exclui qualquer aporte do pesquisador”.

Na pesquisa qualitativa, como bem orienta Rey:

O problema tem como função metodológica principal organizar, de forma sistêmica, o conjunto de aspectos que definirá o processo de pesquisa. Por meio do problema, o pesquisador não consegue apenas a representação teórica orientadora da pesquisa, mas também a capacidade de localizá-la em um contexto, pensando o problema tanto em termos de cenário de pesquisa, como em termos das alternativas instrumentais que guiaram a produção de uma informação relevante no tema pesquisado.

Neste sentido, o problema e processo de pesquisa evoluem simultaneamente e, à medida que se organizam, oferecem ao pesquisador a oportunidade de vivenciar representações muito mais complexas que poderão resultar na transformação de um outro conjunto de representações orientadoras do processo de pesquisa (Rey, 2005).

É o que tem ocorrido ao longo desta pesquisa. Inicialmente se pensou em trabalhar a Subjetividade na Saúde Sexual buscando fazer um estudo minucioso dos elementos que compõem a saúde sexual. À medida que se tomou contato com a bibliografia existente sobre terapia sexual, o interesse se voltou para os Transtornos do Desejo Sexual por ser este um campo conflitante na prática psicoterapêutica, com pouco sucesso nas terapias sexuais tradicionais e causador de grande sofrimento entre casais com relacionamentos estáveis e de longa data.

O convite de uma psicóloga especialista em terapia conjugal para acompanhar um casal com queixa de evitação sexual por parte do cônjuge do sexo feminino aumentou, ainda mais, o interesse em pesquisar os sentidos subjetivos envolvidos na demanda sexual do casal sob a orientação da Teoria da Subjetividade. Obviamente, tal escolha conduziu a pesquisa para o estudo do processo terapêutico numa perspectiva da teoria citada, bem como para a condução das sessões sob seus aportes.

Com base nos elementos colhidos nas primeiras sessões, o problema de pesquisa ficou assim definido:

Os sentidos subjetivos presentes nos transtornos do desejo sexual e ações terapêuticas visando a novas produções de sentidos em um caso clínico de evitação sexual.

Objetivos:

Identificar elementos de sentidos subjetivos associados à expressão sexual de cada um dos membros do casal.

Elaborar ações terapêuticas que possam favorecer a produção de novos sentidos subjetivos com vistas ao processo de mudança.

Identificar indicadores de mudança no relacionamento sexual do casal.

2.2. A Pesquisa Qualitativa

Pesquisar um caso de transtorno do desejo sob os aportes da Teoria da Subjetividade implica, necessariamente, a adoção da metodologia da pesquisa qualitativa proposta por Rey, orientador deste trabalho. A pesquisa qualitativa nesta perspectiva epistemológica tem um caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, o que implica afirmar que o conhecimento não é uma realidade estática; ele é uma construção e uma produção humana capaz de “gerar novas zonas de inteligibilidade acerca do que é estudado e de articular essas zonas em modelos cada vez mais úteis para a produção de novos conhecimentos” (Rey, 2005, p. 6).

Outro princípio a ser considerado na pesquisa qualitativa é a legitimação do singular na produção do conhecimento em virtude do valor que se atribui ao aspecto teórico na pesquisa, entendendo este teórico como uma produção permanente de modelos de inteligibilidade que acompanham a pesquisa e não como fontes de saber anteriores à pesquisa.

Esta é, inclusive, uma das maiores virtudes da pesquisa qualitativa na visão de Rey (2005), por proporcionar ao pesquisador a oportunidade de desenvolver modelos teóricos que favoreçam maior visibilidade sobre o nível ontológico advindo da construção teórica de sentidos subjetivos e configurações subjetivas nos diferentes comportamentos e produções simbólicas do indivíduo pesquisado. O caráter teórico desta proposta metodológica, voltado para a produção de modelos teóricos compreensivos sobre o que se estuda, não exclui o caráter empírico da pesquisa nem o considera secundário neste processo. Ele se constitui como um momento inseparável e de grande significado do processo de produção teórica.

Em razão dos princípios citados, o vínculo interativo entre pesquisador e pesquisado é de grande relevância para o processo de produção do conhecimento na medida em que “a comunicação influenciará, de forma importante, a própria definição dos instrumentos de pesquisa (...) e ao mesmo tempo se converterá em um espaço legítimo e permanente de produção de informação na pesquisa” (Rey, 2005, p. 15). A comunicação se constituirá em um caminho para que o pesquisado se converta em sujeito crítico e criativo de seu próprio processo.

2.3. Cenário da Pesquisa

O cenário em que esta pesquisa se desenvolveu ocorreu no contexto de um consultório particular de propriedade da psicóloga Tânia Mara Pereira, CRP nº 03286-0, com especialização em Terapia Conjugal Sistêmica.

A pesquisadora, graduanda pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), matriculada na disciplina de Monografia sob orientação do Professor Fernando González Rey, e Especialista em Sexologia e Educação Sexual pelo Instituto de Ciências Sexológicas e Orientação Familiar (Isof-DF), foi convidada pela psicóloga a acompanhar o tratamento de um casal com queixa de desajuste sexual.

Quando do início desta pesquisa, a pesquisadora participava das sessões há dois meses e já havia construído um excelente vínculo com o casal. O vínculo construído, o recolhimento de informações nas primeiras sessões, algumas hipóteses levantadas e o interesse no estudo e aplicação da abordagem histórico-cultural nas questões ligadas à sexualidade humana motivaram a estudante a direcionar sua monografia de final de curso para a demanda do casal.

O convite feito ao casal para participar desta pesquisa foi muito bem aceito. Os termos da pesquisa foram esclarecidos e, a partir de então, assinado o consentimento de participação, o casal se tornou sujeito da pesquisa.

É importante ressaltar que, nas primeiras sessões, a psicóloga Tânia Mara esteve presente acompanhando o atendimento. A partir da quarta sessão, a pesquisadora passou a atender sozinha ao casal, sob a supervisão da psicóloga ao final das sessões, construindo um ambiente favorável ao desenvolvimento do processo psicoterapêutico.

2.4. Os Instrumentos de Pesquisa Utilizados

Os instrumentos, com vistas ao processo de construção da informação na pesquisa qualitativa orientada pela Epistemologia Qualitativa de Rey, devem ser compreendidos como um caminho legítimo cujo propósito é estimular a “reflexão e a construção do sujeito a partir de perspectivas diversas que podem facilitar uma informação mais complexa e comprometida com o que estudamos” (Rey, 2005, p. 42).

O instrumento, na visão desse autor, constitui-se numa ferramenta interativa, numa fonte de informações mais complexas e promotoras da expressão do sujeito tanto em seu aspecto cognitivo como emocional, o que, em última instância, representa um meio facilitador da expressão e identificação de sentidos subjetivos.

Contudo é importante ressaltar, como bem orienta Rey (2005, p. 43), que “todo significado produzido de forma parcial por um instrumento concreto constituirá apenas em uma hipótese, que se reafirmará no sistema completo da informação produzida”.

Neste trabalho de pesquisa em que se atendeu a um casal em situação de clínica, optou-se pelo uso dos seguintes instrumentos: conversação e complemento de frases. A conversação, como principal fonte de relação que se estabelece no encontro psicoterapêutico, favorece a reflexão, a expressão da emocionalidade do pesquisado, bem como o seu envolvimento com o que expressa, ou seja, verdadeira fonte de informação, por se constituir em expressão viva de quem fala. É, pois, um processo interativo em que cada participante elabora hipóteses advindas do ato conversacional (Rey, 2005).

Assim, este instrumento de pesquisa, no modelo proposto, exige paciência, criatividade, poder de iniciativa para buscar novos recursos e participação no processo por meio de trechos conversacionais por parte do pesquisador, constituindo-se em um instrumento

ativo e interativo na medida em que o pesquisador reflete, questiona e posiciona-se como um sujeito ativo no decorrer das conversações.

O complemento de frases, outro instrumento utilizado neste trabalho, é definido por Rey (2005, p. 57-59) “como um instrumento que nos apresenta indutores curtos a ser preenchidos pela pessoa que o responde”. Esses indutores, na visão desse autor, têm caráter geral, mas também podem ser utilizados pelo pesquisador com o intuito de levar o pesquisado a se manifestar em relação a atividades, experiências ou pessoas. Ele representa uma fonte rica de indicadores de sentidos subjetivos e seu valor reside na possibilidade de “elaborar um sistema de hipóteses que se integram e marcam o curso da produção de informação”.

A utilização destes dois instrumentos na atual pesquisa teve o objetivo primordial de favorecer a expressão de indicadores sentidos subjetivos que proporcionasse a elaboração de hipóteses com base nestes indicadores.

Rey (2005, p. 43) ressalta que:

Os instrumentos formam um sistema no qual uns se relacionam com os outros, dando lugar a um sistema único de informação; isso não quer dizer que o pesquisador não possa tirar conclusões parciais sobre um instrumento concreto considerado separadamente, mas que se enfatiza o fato de os instrumentos não serem via de produção de resultados, mas sim de informação.

É importante salientar que, na proposta da Teoria da Subjetividade, para que se possa produzir sentido nas pessoas pesquisadas, os instrumentos não são construídos seguindo regras padronizadas e nem podem ser mensurados quanto a sua qualidade, visto que as informações também resultam dos momentos informais da pesquisa.

2.5. Sujeitos da Pesquisa

O primeiro contato com os sujeitos desta pesquisa ocorreu na última semana de abril de 2007 a convite de uma psicóloga clínica, especialista em terapia de casal, para que se atendesse a um casal com demanda de problemas sexuais que estavam afetando o relacionamento. O convite se deu em virtude da formação da pesquisadora em Sexologia e Educação Sexual.

A partir dessa data o casal começou a ser atendido por esta pesquisadora sob supervisão da psicóloga, inicialmente presente aos atendimentos e mais tarde com supervisões após as sessões.

C.A. e P.C. (como serão identificados daqui em diante) estão casados há 14 anos, ambos são funcionários públicos de nível universitário, de religião protestante, ela, C.A., nascida em Brasília e hoje com 41 anos; e ele, P.C., nascido no interior do Amazonas e hoje com 39 anos. Têm dois filhos do sexo masculino com nove e oito anos respectivamente.

C.A. é a segunda filha de um casal com quatro filhos sendo duas mulheres e dois homens. P.C. é o filho caçula e gêmeo de uma família de oito filhos, sendo sete do sexo masculino e uma do sexo feminino. Ambos advêm de famílias com baixo poder aquisitivo, de hábitos e costumes conservadores e de uma educação rígida.

Conheceram-se em Brasília na igreja que freqüentavam quando jovens adolescentes, igreja esta que continuam freqüentando até hoje.

A iniciativa de procurar ajuda psicoterapêutica partiu de C.A. e foi bem acolhida por P.C., conforme relato dos dois, já que não têm conseguido sozinhos lidar com o problema sexual que os aflige e que acaba por afetar outras áreas de suas vidas.

CAPÍTULO III

A CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

3.1. Estudo de um Caso Clínico de Transtorno do Desejo Sexual

O primeiro contato com o casal transcorreu em um contexto de muita afabilidade e obviamente com certa curiosidade e expectativa por estar em contato com um profissional da área de sexualidade.

Sendo esta a sexta sessão do casal na clínica, constatou-se que estavam bem integrados ao ambiente e com excelente vínculo com a psicóloga que os atendia. C.A. e P.C. mostraram-se bastante motivados em voltar os atendimentos para a terapia sexual, já que a demanda maior que os levava a buscar ajuda de um psicólogo é o sofrimento do casal pela inadequação sexual em que vivem.

Inicialmente o casal foi orientado sobre os atendimentos em terapia sexual, o papel do terapeuta, a participação deles como autores do processo e a proposta de atendimento. Foram feitas algumas perguntas sobre a situação atual de sua vida sexual e de que forma esta situação interfere em outras áreas de suas vidas.

P.C. disse que sofre muito com a rejeição sexual da mulher e que já pensou até em ir morar sozinho, já que dormir ao lado dela e não poder nem encostar nela é motivo de muito sofrimento. Quando fica muito chateado, acaba por ir dormir no quarto dos filhos. Atualmente têm relação sexual uma vez por mês, assim mesmo porque ele insiste muito e ela, para não o ver sofrer, acaba cedendo, mas no dia seguinte está mal por ter cedido. No início do casamento a frequência era maior, mas depois que o primeiro filho nasceu as relações se tornaram mais raras. Já pensou até em arrumar uma amante, mas não tem coragem, pois ama

muito C.A., além de não concordar com infidelidade. Disse ter medo de descobrir no futuro que perdeu tempo e que não foi feliz apesar de amar muito a família e querer vê-los sempre juntos. Isso se expressa claramente no complemento de frases, também, quando afirma: *me preocupa passar o tempo e no futuro olhar para trás achando que não fui feliz.*

É interessante como o casal analisa a sexualidade como algo, em si, desvinculado de outros aspectos do relacionamento, o que expressa a conotação do sexo em muitos setores da sociedade. Nas conversações, P.C. expressa: *Não tive uma relação efetiva de casamento e é difícil, para mim, acreditar que sou amado por C.A., embora ela diga que ame, mas sempre está arrumando desculpas para não transar e quando transa fica muito mal no outro dia. Sinto falta da mulher, da amante, mas ela só permite segurar a mão, passar as mãos no cabelo. Estou beirando os 40 anos e dizem que depois perde o interesse. O que acontecerá? No que ela retruca: Sinto o sexo como obrigação. Fazer sexo dá trabalho, fico cansada e isso me deixa tensa.*

C.A. disse que sexo tem sido um problema para ela desde a lua-de-mel. Teve muita dificuldade de se entregar ao ato sexual e o marido acabou por penetrar-lhe à força, o que a magoou profundamente, pois não esperava uma atitude tão agressiva de sua parte. Relatou: *Eu me senti estuprada por ele. Ele decidiu sozinho tomar esta atitude sem conversar comigo, sem minha autorização, e eu não o perdoei por isso. A gente combinava tudo, isso não foi combinado.*

Esse episódio pode ter sido muito importante na produção do sentido subjetivo do sexo no seu relacionamento, que se organizou em indignação e revolta em C.A., gerando um sentido subjetivo que sem dúvida esteve presente desde o começo do relacionamento com seu marido e que aparece em sua fala carregada de emocionalidade: *Eu me senti estuprada;* e em um complemento de frases: *A lua-de-mel: Foi horrível! Quero outra!*

Muitas pessoas entregam seu corpo antes de sua subjetividade, começam o vínculo pelo sexo e não chegam ao sexo por uma comunicação profunda, por uma entrega psicológica real, o que está na gênese de muitos dos problemas da sexualidade.

P.C. explicou que agiu assim por ignorância: *Eu era muito inexperiente. Só havia tido uma mulher antes dela. Aí eu pensei que o único jeito era fazer como os animais que via na roça: ir de uma “vezada” só. Tenho muito arrependimento, pois isso fez a C.A. sofrer muito e se pudesse voltaria atrás. Apagaria esse fato de nossa vida. Eu era muito ignorante dessas coisas de mulher, nunca ninguém me ensinou nada.*

C.A. disse também que sentia muita dor durante o ato sexual e que vivia com corrimento vaginal, que ocasionava mau cheiro, o que a deixava envergonhada. Só recentemente descobriu a causa de seus corrimentos por meio de uma ginecologista que, investigando sua história, descobriu que ela lavava em excesso a genitália e isso causava irritação na mucosa. Essa higiene exagerada foi ensinada por uma tia pouco antes de se casar e ela achava que era assim que deveria ser. Após a orientação da ginecologista, o problema foi superado e hoje não sente mais dor com a penetração e sente-se lubrificada para o ato sexual. Contudo a indisponibilidade para o encontro sexual permanece. Disse, ainda, que gostaria muito de gostar de sexo, pois não gosta de ver o marido sofrer desse jeito, e que tem esperança de que a terapia possa ajudá-la neste sentido: *Queria vencer o medo de me sentir mulher e quero me sentir viva sexualmente, não negar o prazer.* Esse querer aparece novamente nas frases: *Lamento: não ter lutado para vencer o medo de viver quando era mais nova. Meu problema principal: é a falta de sexo com tesão. Meu maior desejo: é ter uma vida sexual plena. Me preocupa: o fato de ver o tempo passar e eu perder mais ainda o que a vida me oferece.*

Percebe-se desses relatos que C.A. está imbuída de uma vontade firme de superar, embora ainda não saiba como, as limitações de sua vida sexual, que não só são causadoras de

sofrimento para o marido como também de sua relação conjugal como um todo. Este querer se manifesta em uma expressão utilizada por ela em vários momentos da terapia: *Quero muito deixar fluir a mulher que existe dentro de mim.*

Quando lhe foi sugerido que falasse sobre sua resposta sexual, ela relatou que se excita, tem orgasmos, mas que depois fica arrependida, pois “sexo é sujo, é obrigação”. Foi-lhe perguntado o porquê de “sexo obrigação” e ela disse que ficou muito indignada com os pais quando lhe falaram que a mulher deve ceder ao marido mesmo não querendo, que isso é uma obrigação da mulher: *Nunca poderia imaginar que minha mãe fizesse sexo com meu pai por obrigação. Isso me deixou com muita raiva e meu pai confirmou que às vezes é assim mesmo, pois o homem precisa mais de sexo que a mulher. Eles eram tão carinhosos um com o outro, sempre de mãos dadas, mas ela fazia sexo por obrigação!*

Aqui aparece um outro elemento importante da experiência de C.A. com relação a sua sexualidade que pode ser parte do sentido subjetivo da sexualidade que se expressa nas emoções de rejeição, sujeira, nojo e culpa. A forma que toma o sentido subjetivo sobre o sexo é muito mais complexa e afeta muito mais o relacionamento do que os próprios envolvidos são capazes de perceber de maneira consciente. Para eles o problema está apenas na área sexual, mas na forma como C.A. se expressa no complemento de frases percebe-se um distanciamento da figura do marido. Esta afirmação encontra fundamentação da relação que aparece nas seguintes frases: *Se eu soubesse: que o casamento era tão trabalhoso, voltaria atrás. A intimidade: é algo que sinto falta, mas não compreendo por que da rejeição. Ser mulher: é ser mãe, ser bonita, inteligente, orientadora. Quando ele me toca: me incomoda. No casamento: meu companheiro tem que tomar conta de mim sem me sufocar.*

Foi pedido que falassem sobre sua história de relacionamento desde a época de namoro e noivado, a iniciação sexual de cada um, bem como as mensagens sobre sexo que receberam na infância e na adolescência.

Ambos trouxeram que tiveram um namoro longo, de seis anos, mas com pouca intimidade física, pois eram muito controlados pelos pais de C.A., não podendo sair sozinhos, namorar até tarde e ter espaço para intimidades. Certa vez, quando o pai a pegou abraçada com P.C., chamou-a de “piranha” e a mãe ficou muito brava com ela. Diz ter chorado a noite inteira. Casou-se virgem e sem nenhum conhecimento sobre sexo, apesar dos 27 anos de idade. O pouco que sabia era de leituras que P.C. trazia para lerem juntos. Em casa esse assunto era proibido e a única coisa de que se lembra é da mãe explicando sobre como nascem os bebês.

Nesse depoimento, percebe-se como ainda hoje os preconceitos contra a sexualidade vindos de conceitos de gênero e moralidade falsos e obsoletos prejudicam a educação sexual e com isso danificam de forma geral o desenvolvimento psíquico da pessoa, separando o sexo do amor, do vínculo, da qualidade do relacionamento.

Na família de P.C. também não conversavam sobre sexo. O assunto era proibido e os irmãos mais velhos não falavam sobre seus namoros. O que aprendeu foi conversando com amigos, mas mesmo assim tinha vergonha de perguntar, pois era muito tímido. Não sabia nem o que era masturbação. A primeira relação sexual foi aos 18 anos com uma namorada que “era mais avançadinha, mas o namoro durou pouco e o sexo com ela também.” Logo depois começou o namoro com C.A., que foi amor à primeira vista, e só tiveram alguma intimidade já perto do casamento, porque ela tinha muito medo dos pais. C.A. só teve um namorado antes dele, aos 16 anos, mas durou pouco tempo. Os pais proibiram, só porque ele tinha uma moto e isso era coisa de vagabundo. Ela ficou apaixonada por ter que terminar o namoro.

Nas primeiras sessões, pôde-se observar que o casal interage muito bem: conversam trocando olhares, sorrisos e brincadeiras entre si, tocam-se de forma afetuosa e ao final da sessão saíram abraçados. Este é um elemento muito favorável, que pode ajudar na abertura de

um em relação ao outro, em relação a tudo o que se tem de falar sobre o sexo, de forma a que um vire parceiro do outro no caminho de solução do problema atual.

Em face da motivação de ambos para dar continuidade ao processo terapêutico, as sessões seguintes foram programadas visando a aprofundar nas histórias individuais do casal bem como sobre o momento atual, utilizando como instrumento de pesquisa a conversação.

Um dado significativo que surgiu logo no início foi a mágoa de C.A. em relação a um primo que, segundo ela, abusou sexualmente dela na adolescência. Demonstrou sentir muita mágoa em relação ao acontecido e, quando foi pedido para que relatasse com mais detalhes o fato, ela disse que não gostava de lembrar, pois era motivo de raiva e vergonha. Esta vivência de abuso pode estar na gênese da indignação e revolta que sentiu na lua-de-mel ao ser penetrada de maneira inadequada pelo marido, configurando-se como um sentido subjetivo de seu relacionamento sexual. Foi informado a ela a importância de entrar em contato com o episódio do abuso sofrido na adolescência, porque ele possivelmente deixou marcas que repercutem até hoje na forma como ela vivencia sua sexualidade.

Passadas algumas sessões, ela relatou que na época tinha 13 anos e o primo uns 15 anos e que ele a levou para o quarto dos fundos da casa da tia e *ficou bulindo com minha vulva e meus peitinhos*. Questionada sobre como se sentiu na hora, ela, um tanto constrangida, acabou dizendo que gostou do que o primo lhe fez, mas que carregou a vergonha e a culpa desse fato pela vida inteira.

A vergonha, a culpa e o medo foram elementos que sem dúvida se integraram na base do sentido subjetivo de sua sexualidade. Isso, unido ao fato de não ter socializado essa experiência, impediu de gerar novos sentidos subjetivos no curso de sua vida, o que tem influenciado em que esse sentido subjetivo da sexualidade continue hegemонizando a produção subjetiva de sua sexualidade até hoje.

A comprovação desta afirmação aparece no complemento de frases: *Tenho preconceito: do sexo. O passado: é horroroso. Sexo: é prazeroso, mas não gosto deste prazer. Durante o ato sexual: fico confusa com o sentimento de prazer e culpa. A intimidade sexual: é algo que sinto falta, mas não compreendo o porquê da rejeição.*

Sobre a infância e a adolescência C.A. diz ter péssimas recordações. A mãe era muito brava, não dava atenção nem carinho e enchia-a de obrigações. Tinha de cuidar dos irmãos e, quando fazia algo que contrariava, mesmo sem saber o porquê, apanhava muito. A mãe a chamava de incompetente e feia. O pai batia menos, mas não era carinhoso. Era muito tímida e não tinha coragem de fazer as coisas de que gostava com medo de apanhar. Na escola ficava sempre sozinha, pois se achava feia e burra perante os demais. Ela e os irmãos eram considerados os feios da escola.

Nessa parte do depoimento aparece outro elemento que pode ser relevante na configuração subjetiva de sua sexualidade, sua necessidade de ser atendida, de que lhe dê afeto, o que entra em contradição com a forma com que o marido iniciou a sua sexualidade. O afeto apareceu fora da sexualidade, o que manteve a separação entre ambos os aspectos da vida, não permitindo associar afeto, relação e vida com sexo, o que mantém o sexo como algo externo e sujo em relação ao vínculo.

Na adolescência resolveu se rebelar usando roupas bem “punks” para agredir o pai e a mãe e fez questão de ser péssima aluna para agredi-los também. Quando foi para a universidade *decidi ser brilhante, a melhor aluna, só para provar pro meu pai, a minha competência.*

Casar-se e ser mãe também foi uma maneira de mostrar para a mãe *que era competente como mulher.* Aqui aparece um novo elemento para a análise psicológica: em parte o matrimônio se deve a um elemento externo, mais situado em seu vínculo com sua mãe que em seu vínculo com o marido, elemento este que aparece novamente no

complemento de frases: *Os filhos: são a prova de minha competência! São minha alegria! São tudo!*; e no seguinte trecho de uma conversação, quando interpelada sobre a opção pela maternidade só após cinco anos de casada: *Na verdade a decisão foi minha. O P.C. não queria, não achava que era hora. Mas eu já estava com 32 anos e me culpava como mulher, já estava na hora de ter filhos e de certa forma precisava dar uma satisfação à sociedade e para fazer minha mãe feliz.*

Pode-se identificar, também, nesta fala um outro elemento externo destituído do vínculo com o marido, que é o compromisso perante a sociedade de se casar e ser mãe como uma condição essencial para ser aceita e respeitada como mulher, o que reporta à compreensão da “sexualidade como um sentido subjetivo, produzido na relação complexa entre as diversas formas de constituição subjetiva, individuais e sociais, e os cenários atuais dentro dos quais o indivíduo atua” (Rey, 2003, p. 217).

Em muitos momentos da conversação, C.A. refere-se ao incômodo que lhe causam as obrigações familiares: *Gostaria de ser livre para fazer o que tenho vontade na hora que quero e quando quero. Detesto me sentir obrigada a cumprir com as responsabilidades da vida familiar. Acho que não deveria ter casado. No trabalho faço tudo que precisa e não me sinto obrigada. Adoro meu trabalho!*

Diz que qualquer exigência do marido a incomoda, pois lembra o controle que os pais exerciam sobre ela, dizendo o que ela tinha de fazer, chamando-a de incompetente. Quando P.C. lhe pede para usar alguma roupa específica, ela fica com muita raiva, pois parece que ele está dizendo que ela não sabe escolher as próprias roupas. *Aí é que eu não uso mesmo, ainda mais quando é uma “lingerie”, pois sei que ele está insinuando que quer sexo. Às vezes eu até ponho, mas deixo claro para ele que não vai ter sexo. Em um aniversário meu ele me deu de presente uma camisola toda sexy. Por sinal, ele só me dá presentes assim. Eu vesti a camisola e disse que era só para olhar, mas que não esperasse mais nada. Ele ficou com*

raiva e foi dormir no quarto dos meninos. Gostaria muito que ele me valorizasse em outras coisas, que desse valor à profissional que eu sou, mas ele só vê nosso problema sexual, só quer conversar sobre isso. Eu fico cansada, me sinto cobrada, me sinto objeto.

P.C. se defendeu dizendo que os presentes são uma tentativa de mostrar o quanto a deseja, mas que concorda que é muito persistente e que, embora a valorize em outros aspectos, como mãe e profissional, o problema sexual acaba por ter uma dimensão maior para ele.

C.A. disse que gostaria que as coisas acontecessem naturalmente, sem cobranças e ansiedades. P.C. cobra muito. É só encostar nele e já quer sexo. Às vezes eu quero só namorar, pegar na mão, fazer um carinho. Mas ele logo quer sexo. Mal eu chego do trabalho ele vem com aquela cara de menino carente. P.C. retruca dizendo que se deixar por conta dela, a gente só namora e não faz nada. Ela vira para o canto e dorme.

Um dado interessante surgido ao longo dos atendimentos é que, quando C.A. está disposta para o sexo, ela é participativa, mas depois se arrepende e inicia um processo de evitação, como quando viajaram para Porto de Galinhas – PE: *No primeiro dia foi ótimo. Tivemos momentos muito legais. Transamos várias vezes. Comprei até uma calcinha bem sexy para provocar o P.C., mas no dia seguinte bateu o maior arrependimento, me senti suja e então não quis mais sexo o resto da viagem. P.C. ficou muito frustrado porque havíamos combinado que seria uma nova lua-de-mel. Agora, com a terapia, eu quero de novo uma nova lua-de-mel. Acho que vai ser diferente.*

Ao analisarmos as primeiras conversações, pudemos ter uma idéia da configuração subjetiva atual do conflito do casal relacionado à sua vida sexual, que se expressa em uma insistência excessiva para o ato sexual por parte do marido em contraposição a uma evitação constante por parte da esposa, criando um círculo vicioso que se manifesta em quanto mais

ele insiste, mais ela se esquivava; e quanto mais ela esquivava, mais ele insiste, gerando assim constantes crises entre o casal em virtude deste padrão.

Outros momentos da conversação envolvendo a história de vida de C.A. levaram a construir algumas hipóteses sobre indicadores dos núcleos de sentidos subjetivos que poderiam estar integrados à configuração atual do conflito: família de origem, princípios morais rígidos, ignorância acerca da sexualidade humana, educação sexual repressora, abuso sexual na adolescência, questões de gênero e experiências sexuais desastrosas no início do casamento.

Essas hipóteses dizem respeito à necessidade de ser valorizada em outros aspectos da vida que não seja o sexual, à necessidade de ter suas próprias escolhas, de não se sentir obrigada a fazer o que não quer, de provar sua competência como mãe e profissional e principalmente de não se submeter, necessidades estas que remetem aos seus relatos registrados anteriormente, carregados de emocionalidade sobre sua família de origem, que implica um espaço relacional onde predominava a ausência de afeto e excesso de punição e, conseqüentemente, gerador de sentimentos negativos, envolvendo mágoas, revoltas, inseguranças, culpas e baixa auto-estima. Esses aspectos expressam-se, hoje, em uma personalidade configurada com fortes elementos de independência, de auto-afirmação, de domínio de todas as situações e espaços que ocupa, tanto que, em momento algum dos atendimentos, mostrou-se uma mulher fragilizada pelos problemas que a afligem. Sua própria figura física é imponente e rígida: sempre bem-vestida, bem-maquilhada e com andar seguro e firme.

Em sua casa, segundo relato dela e do marido, é dominadora, decidida quanto à condução da educação dos filhos, impositiva em suas vontades, fazendo que o marido e os filhos se adéquem a sua maneira de conduzir a experiência familiar. O mesmo se estende aos

familiares que os visitam, demonstrando claramente sua insatisfação quando se comportam de maneira que considera abusiva.

Sua postura rígida tanto física quanto em relação aos familiares leva a pensar na possibilidade de C.A. ter desenvolvido um cerco em volta de si para se defender dos “abusos” sofridos, o que se reflete na evitação de qualquer intimidade, intimidade física que só permite aos filhos, com os quais tem uma relação, segundo seu relato, de muita amorosidade.

O sentimento de inadequação é outro aspecto forte na expressão de C.A. na medida em que se sente inadequada como mãe, como esposa e amante, levando-a a questionar se deveria realmente ter-se casado e tido filhos, embora ame profundamente os filhos.

Analisando seus relatos de uma infância infeliz retratada na forma como era maltratada pelos pais e na escola, onde todos a evitavam por ser “feia e burra”, acredita-se que estes possam se constituir em sentidos subjetivos vinculados às suas inadequações atuais que surgem nos complementos de frase: *Eu: adoro gente, mas sou tímida. Não consigo: acreditar em mim mesma. Se eu pudesse escolher: seria outra pessoa. Quando estou sozinha: me sinto segura.*

Uma frase que chama a atenção e que se supõe estar carregada de sentidos subjetivos relacionados à infância infeliz e à configuração de sua personalidade independente é: *No casamento: meu companheiro tem que tomar conta de mim sem me sufocar.*

Aqui parece estar o sentido subjetivo de casamento ligado a cuidados, a uma relação de pai para filha despida de qualquer conotação sexual, aparentando muito mais uma necessidade de proteção própria do papel de pai no contexto de nossa cultura. Um pai que protege, mas permite sua independência, bem diferente de seu pai real, que aparece nas conversações como um pai ausente afetivamente, castrador, punitivo e cerceador de sua liberdade, que lhe incute medo até hoje, como ela manifesta no complemento de frase: *Meu pai: tenho medo dele.* Bem diferente do modelo ideal de pai que apresenta em outro

complemento: *Ser pai: ser presente, companheiro, amigo.* Que é o próprio P.C. em relação aos filhos do casal, como foi trazido por ela em momentos de conversação e por ele mesmo quando se refere aos cuidados e dedicação que tem para com os filhos.

Esta análise une-se ao complemento relacionado ao sentido de ser mulher registrado como: *Ser mulher: é ser mãe, ser bonita, inteligente, orientadora;* onde se percebe novamente a ausência do componente erótico. Isso leva à hipótese de um forte indicador de sentido subjetivo ligado à negação de vivência de uma sexualidade adulta, que reporta ao modelo de educação sexual tradicional em que o sexo tem sentido apenas para procriação.

Embora afirme que *o passado é horroroso* e que *o tempo mais feliz é agora*, outro complemento de frase nos leva a pensar que essa felicidade não se refere ao casamento quando registra que *Se eu soubesse: que casamento era tão trabalhoso, voltaria atrás.*

Quando se chama a atenção para esta possível contradição, C.A. afirma que em muitos aspectos de sua vida se sente feliz, principalmente pela realização profissional, pelos filhos maravilhosos e pelas oportunidades que tem em virtude das condições financeiras do casal: *Se não fosse o problema sexual e o sofrimento que isso causa ao P.C. e a culpa que sinto, minha vida seria maravilhosa.* O *agora*, segundo explicação de C.A., está também relacionado à terapia, pois percebe que aos poucos está vencendo muitos medos e sendo mais ousada.

Os sentimentos de vergonha e culpa relacionados ao abuso sexual e tratados em muitos momentos das conversações aparecem expressos no complemento de frases: Na adolescência, *não me senti gente, por complexos, rejeições. Não gosto de lembrar.* Quando se levou esta frase para conversação, ela voltou ao primo e à vergonha misturada com culpa que sentiu na época e que sente até hoje, daí não gostar de lembrar. A vergonha porque tinham praticado algo muito indecoroso aos olhos de todos e a culpa porque gostou das carícias do primo quando não poderia gostar e por não ter impedido o primo de fazer o que fez:

Esse foi um dos momentos mais ricos nos atendimentos. Surgiu aí a oportunidade de esclarecer sobre muitos preconceitos e mitos que envolvem a sexualidade da criança e do adolescente e sobre a carga de responsabilidade que a moral social impõe à mulher e quanto isto é negativo na configuração da sexualidade feminina.

Em outra sessão, C.A. relatou que tinha refletido muito sobre o diálogo e que estava com a sensação, que havia tirado um peso de cima de si. Sua fala, carregada de emoção, é comovente: *Passsei uma noite sem dormir pensando em tudo que conversamos, levantei da cama com a sensação que tinha tirado um peso enorme de mim. Acho até sou capaz de perdoar meu primo.*

É importante registrar que, desde esse dia, o abuso sofrido deixou de ser uma referência em suas falas, passando a concentrar-se mais nas questões relacionadas às suas dificuldades sexuais com P.C. Contudo não se pode deixar de pensar que os sentimentos negativos carregados de emocionalidade relacionados à lua-de-mel estão intrinsecamente ligados aos sentidos subjetivos de sua vivência com o primo. Eles se manifestam nas expressões: *senti-me estuprada; foi à força e sem minha permissão; não foi combinado*; e no complemento de frases: *Minha lua-de-mel: Foi horrorosa! Quero outra!*

O momento de conversação sobre este complemento de frases girou em torno das fantasias femininas e crenças equivocadas que permeiam o imaginário feminino e que acabam por se constituir em sentidos subjetivos em relação à sexualidade masculina, principalmente à crença de que o homem sabe tudo de sexo, que é dotado de muita experiência sexual, que é responsável pela satisfação sexual da mulher, que homem “só pensa nisso” e que não tem controle sobre “seus instintos”. Obviamente tais concepções também povoam o imaginário masculino, constituindo-se em fatores de muitos conflitos individuais e relacionais.

Procurou-se, assim, apresentar o homem comum, com seus medos, suas inseguranças, sua obrigação perante si mesmo e a sociedade de não “falhar”, de não

decepcionar, o que pode, muitas vezes, acarretar atitudes desastrosas como a que ocorreu na lua-de-mel e até mesmo, dependendo de como o homem lida com estas questões, desenvolver disfunções sexuais desencadeadas por ansiedade de desempenho.

Este foi um outro momento muito rico deste processo, pois criou-se um espaço conversacional para muitas perguntas e dúvidas sobre a sexualidade feminina e masculina, sobre o que “pode” e o que “não pode” em uma relação sexual, sobre mitos relacionados à masturbação, orgasmo feminino, orgasmo simultâneo, sexo com ou sem penetração, compulsão sexual, erotismo *versus* pornografia e tantos outros aspectos que levam a afirmar que a ignorância sexual, fruto de uma educação sexual repressora e preconceituosa construída ao longo dos séculos pela cultura judaico-cristã, é um dos grandes vilões da saúde sexual.

No caso de C.A. e P.C. é sem sombra de dúvida um forte indicador de sentido subjetivo da configuração atual, pois ambos receberam uma educação moralista de fundo religioso, num espaço social extremamente conservador, onde sexo não era assunto para ser conversado e vinha carregado do estigma de sujo, feio, indigno, como aparece nos relatos de P.C.: *Nunca recebi nenhuma educação sobre sexo. Foi uma ignorância total. Até os 12 anos não sabia o que era masturbação. Não houve nada traumático. Tinha muito preconceito com homossexuais. Na cidade onde eu morava havia dois homossexuais e era proibido conversar com eles. Lá em casa não era permitido falar de sexo, tudo era muito proibido, inclusive palavrões.* Percebe-se isso, por exemplo, em algumas falas de P.C., quando se sugeriu que o casal fosse a um motel: *Prefiro ir a um hotel. Não acho que motel é lugar de ir com a mulher da gente. Pode ser sujo, não sei quem esteve lá antes de nós.* Ou quando disse que não gosta de carícias em público *porque não fica bem, as pessoas podem fazer mau juízo*; tanto que até há bem pouco tempo tinha dificuldade de fazer qualquer carinho em C.A. na frente das pessoas e só passou a fazê-lo por insistência dela, pois *morre de vergonha de demonstrações públicas de carinho.*

Também nos relatos de C.A. fica visível a força de uma educação moral rígida e preconceituosa: *O assunto era proibido, não era falado nem era permitido que a gente falasse. Questionava as coisas na minha cabeça. Minhas tias por parte de mãe eram mais abertas. Uma delas me ensinou a lavar as partes íntimas e minha mãe me obrigava a usar um paninho na calcinha desde os oito anos pois dizia que escorria um líquido sujo de dentro da gente. Até hoje tenho cisma com isso e não me sinto à vontade se não estiver com um absorvente. Fico achando que vai escorrer algo. A nudez também era proibida na minha casa. Meu pai nunca trocou roupa na frente dos filhos como eu e P.C. fazemos.*

Os indicadores de elementos de sentidos subjetivos que expressam uma sexualidade constituída num espaço de moral conservadora, preconceituosa e repressora do ponto de vista social e familiar aparecem, novamente, no conjunto de complemento de frases de C.A. *Tenho preconceito: de sexo. Durante o ato sexual: sinto-me suja ou culpada. Sexo: é prazeroso, mas não gosto deste prazer. Ser mulher: é ser mãe. Antes do ato sexual: fico irritada. Depois do ato sexual: fico aliviada do fardo.*

Obviamente, tais complementos de frase não representam indicadores de sentidos subjetivos relacionados apenas à educação moral. Aqui se podem identificar outros núcleos relacionados ao abuso, à lua-de-mel, à resistência a qualquer ato que lhe pareça ser uma obrigação, mas no momento o importante é destacar o quanto o sexo está significado como sujo, errado e não pode ser apreciado. É gerador de conflito na medida em que proporciona um prazer que não deve ser sentido.

A hipótese, quando se analisam os instrumentos aplicados e os diálogos surgidos nas sessões, é que sexo e amor são expressões que não cabem no mesmo espaço, não compõem uma unidade no vínculo amoroso, concepção esta que encontra respaldo na configuração social da sexualidade ainda nos dias de hoje e que se manifesta como sentido subjetivo em muitos relacionamentos.

O caso clínico estudado tem favorecido uma série de reflexões em relação à configuração subjetiva do transtorno do desejo sexual. A partir da análise e estudo das conversações e dos complementos de frases apoiados pelo referencial teórico da teoria da subjetividade, pode-se apresentar o transtorno do desejo sexual como uma configuração de sentidos subjetivos diferenciados associados ao contexto de vida atual, à história de vida da pessoa e à cultura na qual está inserida.

Assim, o conflito aqui acompanhado apresenta características singulares que envolvem uma educação sexual repressora e preconceituosa de ambas as partes, como se vê de seus relatos e complementos de frases já apresentados anteriormente, uma concepção de gênero estereotipada onde *ser feminina é ser meiga, doce, frágil, bonita e ser masculino é ser forte para enfrentar, para ajudar, onde ser mulher é ser mãe, bonita, inteligente, heroína, sacrifício e ser homem é ser egoísta, interesseiro e amedrontador*, ou seja, um sentido subjetivo de homem bem danificado e o de mulher elevada à condição de santa.

Nesta configuração ainda aparece o prazer sexual associado a vergonha, a culpa, a coisa errada, bem como uma iniciação sexual desastrosa na lua-de-mel que até hoje não foi superada. Todos esses elementos, e outros que porventura ainda não tenham aparecido, são elementos que acabaram por tomar forma na configuração subjetiva do transtorno do desejo de C.A. e do conflito relacional do casal.

O que se pretende mostrar é que o sentido subjetivo da sexualidade e, portanto, do transtorno do desejo sexual é distinto de pessoa para pessoa e não pode ser visto como uma organização universal e padronizada, como normalmente ocorre na maioria das abordagens de terapia sexual, onde o que costuma importar é o sintoma e não a pessoa com sua história, tanto individual, quanto social e relacional.

3.2. Indicadores de Possíveis Mudanças de Sentido Subjetivo

Ao longo do processo terapêutico pudemos observar, em face dos diálogos e dos relatos ocorridos, que a configuração subjetiva do conflito do casal ia gradualmente sendo ressignificada, embora o medo e a desconfiança de ambas as partes estivesse, ainda, presente em sua forma de se relacionar. Não se chegou, contudo, a uma certeza se a ressignificação tem levado a uma mudança nos profundos sentidos subjetivos que definem a configuração subjetiva do conflito, pois considera-se que há muito o que investigar e aprofundar no sistema de relacionamento do casal.

No decorrer das conversações mantidas no espaço terapêutico, novos momentos de subjetivação foram ocorrendo, momentos estes seguidos de novos significados, novas emoções e uma série de reflexões das quais surgiram novos recursos que iam sendo confirmados pelo casal nos relatos de novas formas de contornar as situações geradoras de conflito. Mudanças significativas ocorreram na rotina do casal por iniciativa, principalmente, de C.A., que serão relatadas mais adiante.

De sua parte, P.C. trouxe, em várias sessões, manifestações de empenho em vencer sua ansiedade e de se deixar envolver em outros espaços relacionais que desviassem seu foco do conflito. P.C., até por seu temperamento mais expansivo, mostrou-se particularmente entusiasmado com os resultados, utilizando muito as expressões: *depois que começamos a terapia* ou *se não fosse a terapia*. Relatou que tem estado bem menos ansioso, dormido melhor, mais envolvido com os filhos e menos inseguro em relação aos sentimentos de C.A.

Disse que tem observado que C.A. está mais receptiva aos seus carinhos e que, principalmente, tem tomado iniciativas, criando oportunidades para o encontro amoroso. Têm saído juntos para tomar sorvete, fazer lanches após o trabalho, encontrar socialmente com

amigos, atividades estas que não faziam há muito tempo, pois sempre estavam magoados um com o outro e não havia clima. Passeiam, namoram, conversam muito sem as cobranças de sexo por parte de P.C. Contudo, ainda pairou a dúvida se eles têm sido capazes de conversar de forma franca em todos os aspectos conflitantes ou se ocultam algo um do outro, o que leva a supor que tudo isso pode ser uma fantasia compartilhada a partir do esforço comum de que as coisas estejam melhores. É muito difícil mudar só sentindo-se bem.

Todavia, a fala de C.A. e relatos de vivência comum refletem perspectivas de mudança: *Estou me sentindo bem menos pressionada por P.C. Tenho podido chegar perto dele para abraçá-lo ou fazer um cafuné sem que isso se torne uma obrigação de transar. Ele tem até dormido antes de mim, coisa que há anos não acontecia, pois, sempre que ia para a cama, ou brigávamos ou ele ficava na esperança de termos sexo e por isso só dormia depois que via que eu tinha dormido. Agora não. Às vezes a gente está conversando e, quando vejo, ele já dormiu.*

Em outra sessão o casal chegou muito animado, rindo bastante; e, quando se perguntou o motivo de tanto entusiasmo, C.A. disse: *Conta para ela a novidade!* Ao que P.C. respondeu: *Conta você, eu fico com vergonha!* Diante do interesse demonstrado em saber da novidade, P.C. contou que C.A. programou, de surpresa, um fim de semana em um hotel chique da cidade e que foi maravilhoso, pois viveram momentos de muita alegria e descontração. Depois disse, com um olhar maroto: *Agora conta o resto.* C.A. então relatou: *Me senti a mulher mais sensual. Comprei umas “lingeries” novas, um biquíni supercavado, uns vestidinhos bem soltos e nós aproveitamos cada momento que passamos lá no hotel. Jantamos à luz de vela, fomos para a piscina, conversamos e rimos muito um do outro e eu tenho certeza de que surpreendi o P.C. com minhas investidas sexuais. Acho que ele não esperava tanto “fogo”.*

Lembrando do sentimento de culpa e arrependimento que sempre acontece quando têm uma noite especial, foi feita a ela a pergunta sobre como estava se sentindo agora frente a esta vivência. C.A. respondeu que em momento algum esses sentimentos negativos apareceram: *Eu planejei tudo direitinho. Cada momento. E me dei o direito de aproveitá-lo. Não queria que nada em mim atrapalhasse o fim de semana.* Contudo completou: *Meu único medo é que o P.C. passe a me cobrar mais daqui para a frente.*

Em virtude desta preocupação, foi-lhes sugerido que conversassem entre si sobre este medo e o que cada um poderia fazer para não cair facilmente no padrão anterior, pois a última linha da expressão de C.A. mostra que o padrão anterior permanece. Sem uma fala profunda, sem expressar as coisas que se ocultam, é impossível a mudança real. P.C. relatou que realmente não é fácil se controlar, pois tem uma necessidade incrível de “recuperar o tempo perdido”.

Foi dito a ele que o tempo não se recupera, mas que o presente pode ser construído sobre novas bases e com a qualidade que o passado não teve e que essa qualidade do presente irá depender do empenho do casal em dar continuidade ao compromisso de reconstruir essa relação, evitando conscientemente a repetição de um modelo que conhecem bem e que tem sido motivo de grande sofrimento e conflitos; e que um diálogo franco, aberto e carinhoso diante de seus medos, bem como o recordar dos momentos felizes que têm criado um para o outro, contribui em muito para ir quebrando a desconfiança e a insegurança ainda presente na relação. Com isso, podem ir construindo uma nova história bem diferente daquela que os trouxe até o consultório.

Procurou-se assim trabalhar sobre o modo e a qualidade de vida do casal como forma de ressignificação do conflito preexistente, buscando dessa forma facilitar a emergência de novos processos de sentido subjetivo capazes de conduzir a um estilo de vida diferente e que favoreça um relacionamento de confiança e entrega.

A capacidade de dialogar no espaço relacional, sem cobranças, acusações e irritabilidade, tem favorecido uma melhora significativa no relacionamento atual do casal, que por sua vez vem permitindo as mudanças mencionadas, embora não se possa falar, ainda, em novas produções de sentidos subjetivos, visto que o conflito ainda persiste, como se pode avaliar deste relato de P.C., frente à afirmação de C.A. de que P.C. disputa espaço com os filhos: *Não é bem assim, é que, se eu deixar, não sobra espaço para mim. Ela vive em função dos meninos, enche-os de carinho e, quando eu me queixo, ela diz que tenho que cuidar de minhas carências. Sabe, eu penso que “até jegue tem seus dias de cavalo” e por que eu não?*

O diálogo que se seguiu a esta fala foi carregado de tensão e queixas recíprocas que até então não haviam aparecido no espaço terapêutico. Bastante irritada, C.A. desabafou: *Estou cansada de ser um estorvo na vida das pessoas! Antes era na minha casa. Eu estava sempre incomodando, dando trabalho, fazendo tudo errado. Agora, por mais que me esforce, o P.C. não enxerga e só sabe reclamar do que não faço. Tenho que estar sempre disponível para fazer o que os outros querem e o que eu quero não importa. Não quero mais isso para mim! Acho que eu tenho o direito, sim, de não querer transar; e isso não significa falta de amor. É só que naquela hora não estou a fim. Tenho o direito de dar carinho para os meninos sem me sentir culpada e com medo do P.C. brigar.* Aparecem aqui novos sentidos subjetivos da configuração do conflito do casal que envolvem o relacionamento com os filhos, a incerteza de P.C. quanto aos sentimentos da esposa, a profunda mágoa de C.A. por não se sentir respeitada em seus direitos. Por outro lado, vê-se emergir uma vontade forte de ser dona da própria vida e de poder conduzi-la sem estar todo o tempo privilegiando a vontade dos outros em detrimento da sua, o que soa como possibilidade de uma nova configuração de sua subjetividade.

Essas mudanças têm sido observadas no espaço terapêutico nas falas de C.A., carregadas de emocionalidade, como, por exemplo: *Descobri que não tenho nenhum problema sexual, pois me excito, tenho orgasmos e gosto de sexo!* Diante da pergunta sobre onde residia o problema, obteve-se a seguinte resposta de C.A.: *Na culpa, por estar sentindo um prazer que não deveria sentir. Mas a terapia está me ajudando nisso, que eu posso gostar de sentir prazer. Quando estou vivendo alguma coisa que me deixa feliz (e não é só sexo) e que percebo algo dentro de mim condenando, eu falo comigo mesma que eu tenho esse direito, que não há nada de errado no que estou fazendo, que ninguém vai brigar comigo. É como uma conversa que faço: eu digo para mim que não preciso sentir culpa de nada, que eu mereço viver aquele momento. Foi assim quando saímos sozinhos para lancha. Eu percebi que estava me sentindo culpada por não ter levado os meninos. Aí me veio essa reflexão: Por que não? Eu estou feliz e posso me divertir.*

Aproveitou-se o momento para uma conversação sobre o sentimento de culpa e vergonha que C.A. carrega por ter gostado das carícias do primo, algo inadmissível para uma adolescente criada em um espaço familiar e social carregado de mensagens negativas e proibitivas em relação ao sexo e principalmente em relação à mulher; e que possivelmente isto tenha marcado tanto sua vida que hoje, frente a uma nova experiência sexual, não há uma permissão interna para o prazer.

Vivenciou-se um momento conversacional muito rico nesta sessão em que se pôde intercambiar sobre a moral religiosa e sobre os efeitos negativos dessa moral na configuração sexual dos indivíduos, transformando em culpa, vergonha e pecado toda manifestação natural do ser humano. A conversação gerou, em torno das muitas crenças, mitos e preconceitos oriundos da ideologia judaico-cristã que impôs ao sexo uma condição de ocultamento e vergonha, reprimindo a sexualidade que só se justificava para efeitos de reprodução legítima, ou seja, dentro do matrimônio. Nesta concepção que atravessou séculos em virtude da força

da Igreja no mundo ocidental, o desejo sexual é considerado sujo e pecaminoso. Assim, o sexo mancha e corrompe tudo o que toca, sendo considerado pecado desde o simples beijo a uma relação sexual completa. Defendia-se a dicotomia corpo e alma. A carne simbolizava o pecado, a baixeza, a doença. Ao passo que o espírito significava a pureza, a vida eterna, a elevação da alma, sendo que o ser humano deveria passar toda sua vida lutando contra o corpo para erradicar o desejo sexual. As relações sexuais não são vividas com prazer, mas como obrigação, um dever do matrimônio para gerar filhos.

Conversou-se também sobre a concepção do feminino a partir dessa moral religiosa que tanto desfigurou a concepção de mulher e que permanece até os dias de hoje, apesar das mudanças ocorridas nas últimas décadas. A mulher era considerada propriedade do homem, sua sexualidade era totalmente reprimida e representava a ocasião de pecado para o homem (mito de Adão e Eva). O ideal de mulher era ser virgem, obediente, devendo se submeter aos desejos dos homens sem sentir nada, pois a ausência de orgasmo é a garantia da virgindade espiritual. O coito se realizava com o casal vestido, de maneira rápida, sem carícias e a sensação pós-coito era de mal-estar por ter caído em tentação.

Por sermos fruto de uma cultura construída sob os alicerces da ideologia judaico-cristã obviamente a sexualidade se configurou dentro desses preceitos e muitos deles permanecem em ditando a atual forma de expressão sexual.

Ao trazer estas questões para discussão, pensou-se em contribuir para a reflexão do casal no sentido de identificarem no próprio relacionamento a manutenção desses antigos preceitos. Em muitos momentos houve interrupção com perguntas sobre masturbação, fantasias sexuais, o que é “certo ou errado” durante uma relação sexual, o que levou a confirmar a hipótese anterior de quanto esses “mandamentos” religiosos, passados de geração para geração, permeiam e orientam a vivência relacional e sexual do casal.

Discutiu-se também, neste momento, o quanto a crença generalizada de que sexo e amor são expressões incompatíveis, o que traz fortes danos para a vivência espontânea da vida conjugal, diferentemente de quando amor e sexo se fundem numa mesma expressão, gerando riqueza e cumplicidade na relação.

Aproveitou-se para pontuar sobre a importância de se refletir sobre a origem de certos conceitos que se carrega ao longo da vida sobre as questões sexuais, mostrando que o casal deve conversar, informar-se e levantar questionamentos sobre os comportamentos e sugestões que lhe foram impostos e que não encontram a menor sustentação à medida que se pára para pensar sobre eles.

Outro indicador de possível mudança de sentido é a forma como C.A. tem-se apresentado atualmente nas sessões: mais descontraída, alegre e brincalhona, relatando momentos de intimidade do casal com naturalidade e entusiasmo. Até mesmo a forma de se vestir reflete esta mudança: roupas mais leves e sensuais, mostrando o contorno do corpo, bem diferente das que usava quando iniciou o trabalho psicoterápico.

Tomou-se a iniciativa de valorizar e pontuar essas mudanças, e a recepção de C.A. foi a seguinte resposta: *Você está me achando mais feminina, né? Eu também estou gostando de me vestir assim, embora ainda me sinta um pouco insegura. Também tenho me esforçado para não usar o absorvente, mas isso ainda é complicado para mim.* Interessante como aqui aparece novamente a insegurança, que é um dos elementos de sentido presentes nessa configuração. Porque o problema não é apenas com a vida sexual, é também com a imagem que ela tem de si como mulher. Como se configurou essa imagem é algo a aprofundar ainda mais. Pode estar presente no tipo de vínculo com seus pais, os seus valores infantis em relação a si mesma e ao ser mulher. Estes são temas a ser aprofundados ao longo do processo terapêutico e presentes nos complementos de frase de C.A.: *Não consigo: acreditar em mim mesma. Se eu pudesse escolher: seria outra pessoa.*

Outro relato interessante que aparece como um indicador de nova produção de sentido subjetivo é o ato de P.C. não estar dizendo a ela o que deve usar ou não a deixando livre para vestir o que quiser: *Esse jeito novo dele eu estou gostando tanto que tenho me sentido animada para comprar umas roupinhas mais “sexies”; e, quando uso, ele não fica com aquele olhar de menino pidão o tempo todo. Ao que ele respondeu com jeito brincalhão: Você é que pensa! Eu fico é me controlando. Ouro dia eu fiquei te observando passando de lá para cá no corredor dentro daquele vestido transparente. Fiquei no maior “tesão”, mas me controlei.*

O momento que se seguiu foi descontraído e pôde-se observar o casal interagindo alegremente, brincando com situações que envolvem sua intimidade conjugal como se não houvesse terapeutas ali. Este parece um forte indicador de uma possibilidade de mudança que se inicia, considerando que já conseguem brincar com situações que até há bem pouco tempo eram fontes de angústia e conflitos entre eles. Percebe-se, a cada encontro com o casal, o esforço consciente de investir em prol do crescimento de seu relacionamento.

Em uma sessão individual com P.C., abordou-se a queixa de C.A. sobre os presentes que ele lhe dava e que para ela tinham sempre uma insinuação sexual. A sugestão foi que ele refletisse sobre isso e quais alternativas poderia criar para romper com essa cisma.

Passados alguns dias, C.A. relatou em uma sessão, na presença dele, que havia ficado muito feliz com o presente que ele havia lhe dado no aniversário de namoro deles. Foram essas suas palavras: *Quando cheguei em casa tinha um buquê de flores com um cartãozinho. Fiquei emocionada, isso nunca tinha acontecido em 14 anos de casada. Não que ele não me desse presentes, mas sempre era um presente que me lembrava que o jeito de comemorar qualquer dia importante era tendo sexo.*

À medida que se percebeu um maior envolvimento do casal no processo terapêutico, criou-se a segurança para sugerir várias ações terapêuticas, algumas bem acolhidas pelo casal e outras rejeitadas em virtude ainda do constrangimento de pô-las em prática.

As que foram bem acolhidas se referem a criar momentos para saírem apenas os dois juntos, sem a companhia dos filhos, convidar amigos para um bate-papo, ir ao cinema, passar um fim de semana em um hotel-fazenda, passear no shopping, ou seja, atividades prazerosas envolvendo o casal e que não podiam realizar na época de namoro em virtude da repressão familiar. Sugestões como sair para dançar, ir a um motel, ainda não foram bem-vindas, pois implicam romper certos preconceitos e inibições de ambas as partes, mais pelo lado de P.C. do que de C.A.

C.A. relatou que tem se sentido muito entusiasmada com esses *deveres de casa*, pois *P.C. se arruma e fica muito charmoso, do jeito que eu gosto, mas às vezes bate um sentimento estranho como se eu não tivesse direito a esse prazer que estou sentindo nesses momentos.*

Aqui, aparece novamente o sentimento de culpa pelo prazer, um sentido subjetivo muito forte na configuração da subjetividade de C.A. e que precisa ser aprofundado, pois remete às experiências carregadas de sentimentos negativos vividas na infância e adolescência junto à família de origem e ao abuso sexual sofrido.

Contudo, entendemos que expressões como estas não diminuem de modo algum as conquistas mencionadas: é evidente que o casal está interagindo bem melhor, criando oportunidades para enriquecer a vida conjugal, dialogando com mais fluidez, ousando mais e lidando com menos tensão quando surgem questões relacionadas à sua vida sexual. Um episódio ocorrido e relatado por C.A. em uma sessão comprova esse avanço:

Esta semana foi muito estressante para mim no trabalho. Mesmo assim, sexta-feira convidei o P.C. para sairmos e tomarmos um chocolate. Cheguei a relaxar, mas

quando chegamos em casa e fomos deitar P.C. começou a mexer comigo e eu disse que parasse, pois estava muito cansada e queria dormir. Ele ficou com muita raiva e foi para o quarto dos meninos dizendo que ia dormir lá. Na hora eu até achei bom, mas quando chegou de madrugada eu acordei sentindo a falta dele. Fui ao quarto dos meninos e comecei a “bulir” com ele, o que acabou por acordá-lo. Levei-o para a cama e tivemos uma noite e tanto.

Indagada se sentiu culpa ou arrependimento, ela respondeu que: *Não! Foi algo que surgiu espontaneamente. Eu quis, e foi muito legal.* Quanto a P.C., ele se referiu a este episódio dizendo que ainda vive do “fantasma” da rejeição e qualquer recusa de C.A. significa para ele que *está tudo voltando ao que era antes.* Essa insegurança de P.C. é um elemento de sentido subjetivo forte na configuração do casal e, embora ele entenda o quanto é nocivo ao relacionamento, ainda não consegue agir com naturalidade diante de “supostas” possibilidades de evitação por parte de C.A.: *Percebo que C.A. já está muito diferente do que era. Está mais solta, me procura mais, se entrega quando transamos, mas eu não entendo por que tem dias que ela não quer ou então quando começamos e ela quer ficar só nas preliminares.*

Procurou-se neste momento de conversação, pontuar as conquistas do casal, os esforços de cada um individualmente e ao mesmo tempo mostrar que altos e baixos existem e existirão sempre. A prontidão para o sexo é muito individual e o que afeta um pode não afetar o outro. Só através do diálogo verdadeiro e sereno poderão ir identificando essas diferenças e utilizá-las em prol do crescimento da relação.

Tem ficado muito clara a forte resistência de C.A. em relação a qualquer situação que tenha conotação de imposição. Em muitos de seus relatos, quando a iniciativa parte dela, ou quando não se sente pressionada, o envolvimento é bem maior e não gera a culpa ou o arrependimento. Esta forma de se relacionar com obrigações impostas por terceiros reporta

aos relatos indignados de suas obrigações familiares na infância, de sua rebeldia em relação às exigências do pai, da mágoa em relação à mãe por não lhe dar o direito de escolhas, de não poder brincar e só trabalhar. Este é um aspecto que há necessidade de explorar mais e que surge com maior frequência à medida que ela vai se soltando mais e se sentindo mais confiante e menos pressionada por P.C.

Pode-se afirmar, todavia, que C.A. aos poucos vai se tornando sujeito de sua vida e que novos sentidos subjetivos vão se configurando na relação do casal, permitindo que C.A. fique menos na defensiva em relação ao marido e ele, por sua vez, menos ansioso e insistente envolvendo-se em outros espaços relacionais geradores de afeto.

C.A., por outro lado, vem-se empenhando em olhar os pais com olhos mais generosos à medida que vem refletindo e compreendendo que suas atitudes não significavam desamor e sim limitações de educação, uma história de vida conflituosa e sofrida, como ela mesma relatou, e forma de vivenciar a paternidade e maternidade dentro de um modelo de educação predominante em sua época e no espaço social em que viviam.

O processo terapêutico continua e possivelmente novos sentidos subjetivos aparecerão no espaço dialógico da psicoterapia que permitirão o desenvolvimento de novos processos de subjetivação, que irão proporcionar nova configuração ao relacionamento do casal como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de analisar um caso de transtorno de desejo sexual em uma relação estável sob os aportes da Teoria da Subjetividade desenvolvida por Rey, fugindo dos modelos tradicionais de terapia sexual adotados até hoje pela maioria dos terapeutas sexuais, tendo por ferramentas técnicas sensoriais e comportamental-cognitivas, foi profundamente enriquecedor.

Ao longo deste trabalho, foi-se delineando e confirmando, junto aos sujeitos de pesquisa, que a sexualidade não pode ser vista como um aspecto da natureza humana dissociado das outras dimensões que caracterizam o ser e dos espaços sociais em que ele vive, por se constituir nas relações complexas da diversidade subjetiva, individual e social, bem como nos cenários atuais em que o sujeito atua.

Já no início deste trabalho, dizia-se sobre a natureza complexa e multidimensional da sexualidade, apresentando-a em seus aspectos biológicos, psíquicos, socioculturais e relacionais, pois foi sempre esse o pensamento, fruto das reflexões, estudos e observações sobre um tema tão controverso. Contudo, limitados pelos estudos anteriores com os quais se teve contato, acabou-se por entendê-la de forma, até certo ponto, fragmentada e sempre com a sensação de que algo faltava para melhor compreendê-la.

À medida que se foi familiarizando com a metodologia qualitativa e encaminhando os atendimentos psicoterápicos sob orientação da Teoria da Subjetividade ampliou-se o campo de compreensão, levando a uma nova configuração subjetiva da sexualidade humana, o que favoreceu que se olhasse o transtorno estudado por um ângulo todo especial. Isso resultou em mudanças significativas na organização do casal e no enriquecimento intelectual e emocional da própria pesquisadora.

Ficou evidente nesta pesquisa que não se pode universalizar o conhecimento e encaixar os seres em padrões de comportamento definidores da saúde ou da doença: a singularidade é uma condição humana, visto que toda experiência é singular, com registros emocionais específicos.

Ao se levantar as hipóteses com base nos instrumentos de conversação e complementos de frases propostas na pesquisa qualitativa e analisar as informações advindas desses instrumentos, entrou-se em contato com um mundo novo, complexo e extremamente rico da subjetividade de cada um dos sujeitos da pesquisa; um mundo singular construído a partir de uma história única carregada de registros emocionais de experiências anteriores que se apresentam como elementos de sentidos subjetivos na configuração atual da sexualidade e do relacionamento do casal.

A oportunidade de se trabalhar empiricamente com a Teoria da Subjetividade na perspectiva histórico-cultural proporcionou que se vivenciasse uma nova forma de utilizar o conhecimento, forma esta que humaniza a prática terapêutica e leva o próprio pesquisador a ser parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciado, contribuindo para novas produções e sentidos e construindo em si mesmo novas configurações subjetivas que estimulam sua capacidade criadora, enriquecendo o fazer profissional.

Nesta perspectiva não há como se posicionar como um detentor do saber, pois a todo momento, em cada nova situação do espaço dialógico, se é surpreendido com as próprias dúvidas e questionamentos, tendo muitas vezes que se rever as ações terapêuticas em virtude de novos sentidos subjetivos que emergem ao longo do processo, o que implica um treino de humildade, de aprender a valorizar o saber do outro e aprender com esses saberes.

Percebe-se que, quando o pesquisador se constituiu como parte do processo dinâmico e complexo do cenário terapêutico, nesta postura de troca de saberes, o trabalho evoluiu naturalmente e há maior comprometimento do pesquisado com o caminhar do processo, por saber que é parte

fundamental na construção do resultado, o que permite, nesta dinâmica conversacional, o surgimento de novos sentidos subjetivos, frutos das reflexões que emergem do espaço terapêutico.

Em relação á utilização da metodologia aplicada no caso de transtorno do desejo sexual, pode-se afirmar que os resultados até agora alcançados têm sido positivos, estimulando o interesse em aprofundar cada vez mais nessa linha de trabalho em futuros atendimentos clínicos.

A avaliação feita na última sessão com o casal para fins desta monografia sugere mudanças positivas e conscientes na condução do conflito, o que não significa que não haja ainda um bom caminho a percorrer e vários elementos de sentido subjetivo a ser aprofundados na configuração atual do casal pesquisado.

A demanda trazida pelo casal há quatro meses, configurada em um clima de hostilidade, desconfiança e evitação sexual, vai aos poucos tomando outra forma com a produção de sentidos subjetivos que induzem a criação de novas alternativas para a busca do prazer de se descobrirem como sujeitos capazes de reorganizar suas vidas em um ambiente de compreensão, afeto e colaboração.

Para a autora desta monografia, desenvolver uma pesquisa sob a orientação da Teoria da Subjetividade foi altamente estimulante e enriquecedor na medida em que se permitiu ousar por um caminho diferente dos adotados nos tratamentos dos transtornos do desejo e compreender a importância de se estudar a sexualidade como um sentido subjetivo “produzido na relação complexa entre as diversas formas de constituição subjetivas, individuais e sociais, e os cenários atuais dentro dos quais” atuam os sujeitos (Rey, 2003, p. 217).

Espera-se, com esta monografia, abrir um espaço para uma nova leitura sobre a sexualidade e os transtornos sexuais, despindo-os de seu caráter patológico e proporcionando um olhar diferenciado e menos preconceituoso, que envolve as questões ligadas à sexualidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDOLFI, Maurizio (Org.). *O casal em crise*. São Paulo: Summus, 1995.

BOCK, A. M. B. *Psicologia e o compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003.

BOZON, Michel. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CARIDADE, Amparo. *Sexualidade: corpo e metáfora*. São Paulo: Iglu, 1997

CAVALCANTI, Ricardo; CAVALCANTI, Mabel. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006.

COSTA, Moacir (org.). *Amor e sexualidade, a resolução de preconceitos*. Rio de Janeiro: Gente, 1994.

GILLAN, Patricia; GILLAN, Richard. *A terapia sexual*. São Paulo: Martins Fontes, 1976.

INSTITUTO PAULISTA DE SEXUALIDADE (Org.). *Aprimorando a saúde sexual*. São Paulo: Summus, 2001.

KAPLAN, Helen Singer. *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1979.

_____. *A nova terapia do sexo*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.

_____. *Transtornos do desejo sexual*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEIBLUM, R. Sandra; PERVIN, Laurence A. *Princípios e prática de terapia sexual*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

LÓPEZ, Félix; FUERTES, Antonio. *Para entender a sexualidade*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

MASTERS, William; JOHNSON, Virginia. *Relacionamento amoroso*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MASTERS, William; JOHNSON, Virginia; KOLODNY, Robert. *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. *Feminino e masculino*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

REY, Fernando González. *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thompson, 2005.

_____. *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade*. São Paulo: Thompson, 2007.

_____. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thompson, 2003.

RODRIGUES JR., Oswaldo M. *Psicologia e sexualidade*. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.

VITIELLO, Nelson (1). Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. Disponível em: http://www.drcarlos.med.br/sex_historia.html. Acesso em: 9 set. 2007.

APÊNDICES

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaramos nesta data que, desde maio de 2007, concordamos de comum acordo em ser atendidos pela sexóloga, especialista em Educação Sexual e estudante de Psicologia Dione de Oliveira Vilela, sob a supervisão da psicóloga Tânia Mara Pereira.

A convite da estudante, consentimos também que todas as informações por nós fornecidas ao longo dos atendimentos sejam objeto de produção de conhecimento científico e publicadas no trabalho de Monografia em fase de produção e sob orientação do Professor Doutor Fernando González Rey, do UniCEUB.

Declaramos que fomos esclarecidos quanto ao sigilo de nossa identidade, bem como que poderemos interromper nossa participação na pesquisa no momento em que acharmos oportuno, ou por qualquer outra razão que considerarmos justificável de nossa parte.

Considerando as declarações acima mencionadas, aceitamos participar desta pesquisa.

Nome: _____

Idade: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Idade: _____

Assinatura: _____

Brasília, 16 de agosto de 2007.

COMPLETE AS FRASES

1. Eu:

C.A.: adoro gente, mas sou tímida.

P.C.: todo dia tento recomeçar. Cada dia uma nova esperança.

2. Minha principal ambição:

C.A.: crescer profissionalmente.

P.C.: ser feliz (esposa, filhos, trabalho).

3. No casamento:

C.A.: meu companheiro tem que tomar conta de mim sem me sufocar.

P.C.: quero desfrutar do amor, da amizade, cumplicidade, companheirismo, intimidade com C.A.

4. Sempre que posso:

C.A.: vou às compras.

P.C.: quero relaxar, fazer o que gosto por gostar, por prazer, não por necessidade.

5. A maternidade:

C.A.: é algo que me completou, que me fez crescer para poder ajudar meus filhos.

P.C.: é a dedicação total, o carinho, o cuidado, até o sacrifício, o capricho, o zelo... é a C.A.

6. Tenho preconceito:

C.A.: do sexo.

P.C.: com os que têm conceitos muito diferentes dos meus.

7. Lamento:

C.A.: não ter lutado para perder o medo de viver quando era mais nova.

P.C.: o tempo perdido, os erros, impaciência, intolerância (pavio curto).

8. Ser pai:

C.A.: ser presente, companheiro, amigo.

P.C.: é ser exemplo, ensinar o certo, estar presente, brincar e se divertir com os filhos, é cuidar deles.

9. Meu corpo:

C.A.: é muito legal, só não gosto da cor "branquela".

P.C.: é normal, nem bonito nem feio, basta ser o que ela quer.

10. O passado:

C.A.: é horrórico.

P.C.: deixado para trás: queria mudar mas não posso, então tento fazer o certo hoje.

11. No trabalho:

C.A.: me realizo como pessoa.

P.C.: todo esforço e toda energia para produzir, qualidade e quantidade. Realizo-me como pessoa.

12. Durante o ato sexual:

C.A.: sinto-me suja e/ou culpada.

P.C.: sem pressa, muito carinho (muito beijo, toque), sentidos (dando e recebendo prazer), sempre querendo dar prazer como eu sinto prazer.

13. Meus irmãos:

C.A.: não consigo mais acompanhá-los.

P.C.: as melhores pessoas, muita amizade.

14. O tempo mais feliz:

C.A.: agora.

P.C.: a infância, ser adulto feliz é ser feliz como criança feliz.

15. Minha mãe:

C.A.: minha heroína.

P.C.: muito trabalho, sacrifício.

16. Sexo é:

C.A.: prazeroso, mas não gosto deste prazer.

P.C.: o melhor prazer, sendo feliz com os filhos e a esposa.

17. Na adolescência:

C.A.: não me senti “gente”, por causa de complexos, rejeições. Não gosto de lembrar.

P.C.: muita timidez, muito medo, solidão.

18. Ser mulher:

C.A.: é ser mãe, ser bonita, inteligente, orientadora.

P.C.: ter que provar, vencer, todo dia.

19. Sinto-me agredido(a):

C.A.: com menosprezo à minha inteligência.

P.C.: quando tenho medo...

20. Os homens:

C.A.: são interesseiros, egoístas.

P.C.: são muito egoístas, as pessoas querem muito o que é seu, sem pensar nos outros.

21. Fico ansioso(a):

C.A.: com novidades que não consigo antecipar e programar meus sentimentos para a ocasião.

P.C.: por esperar por ela.

22. Os filhos:

C.A.: são tudo! São prova da minha competência! São minha alegria!

P.C.: são muito preciosos, meus tesouros.

23. Meu maior temor:

C.A.: é alguém brigar comigo.

P.C.: não tenho, talvez não agüentar a dor.

24. Na escola:

C.A.: fui infeliz.

P.C.: fui feliz.

25. Não consigo:

C.A.: acreditar em mim mesma.

P.C.: me afirmar sempre, às vezes a timidez atrapalha.

26. Meu pai:

C.A.: tenho medo dele.

P.C.: o maior exemplo de trabalho, ética, honestidade, competência, mas falhou...

27. Se eu soubesse:

C.A.: que casamento era tão trabalhoso, voltaria atrás.

P.C.: que era tão complicado a relação com mulher, teria que consertar muita coisa, mas a terapia está fazendo isso.

28. Antes do ato sexual:

C.A.: fico irritada.

P.C.: quero muito carinho, dar carinho, atenção, cuidado, aconchego.

29. Me emociono:

C.A.: quando vejo pais com paixão pelos filhos.

P.C.: muito mais hoje do que há 20 anos. O tempo (maturidade) deixa mais emotivo, mas ainda pouco.

30. Durante o ato sexual:

C.A.: fico confusa com o sentimento de prazer e culpa.

P.C.: sinto o amor da C.A., penso que estou dando amor. Quero muito que ela tenha prazer (goste), igual eu tenho.

31. Tenho responsabilidade:

C.A.: demais!!!

P.C.: com o trabalho, com os compromissos, a sociedade. Esposa e filhos é dedicação.

32. Depois que faço sexo:

C.A.: fico aliviada do fardo.

P.C.: quero ficar bem juntinho, encaixado um no outro.

33. Se eu pudesse escolher:

C.A.: seria outra pessoa.

P.C.: queria desfazer meus erros.

34. Meu problema principal:

C.A.: é a falta de sexo com tesão.

P.C.: é a impaciência.

35. Algumas vezes:

C.A.: gostaria que o mundo parasse para dar tempo de eu pensar com calma sobre algumas decisões.

P.C.: queria ser outra pessoa sem meus medos.

36. Meu maior desejo:

C.A.: é ter uma vida sexual plena.

P.C.: é resgatar nosso namoro.

37. A intimidade sexual:

C.A.: é algo que sinto falta, mas não compreendo o porquê de minha rejeição.

P.C.: é complemento de minha vida feliz, eu, C.A., filhos...

38. Me preocupa:

C.A.: o fato do tempo passar e eu perder mais ainda o que a vida me oferece.

P.C.: passar o tempo e no futuro olhar para trás achando que não fui feliz.

39. Quando ele(a) me toca:

C.A.: me incomoda.

P.C.: tudo pára.

40. Gosto quando:

C.A.: conversamos antes do sexo.

P.C.: estamos juntos, íntimos, nós quatro (eu, C.A., A.F. e A.R.), como esta noite.

41. Detesto:

C.A.: vulgaridade.

P.C.: quando tudo está bem, mas nós dois (eu e ela) não.

42. Quando estou sozinho(a):

C.A.: me sinto segura.

P.C.: fico bem.

43. Não fica bem:

C.A.: falar de problemas como uma metralhadora: querer ser o que não se é.

P.C.: eu deixar a família de lado.

44. Sempre que posso:

C.A.: vou ao salão de beleza.

P.C.: quero estar com os meninos, a C.A. (feriados e fim de semana).

45. Minha lua-de-mel:

C.A.: foi horrível! Quero outra!

P.C.: foi muito boa, mas podia ter sido ainda melhor e sem ela sofrer.

46. Sinto prazer:

C.A.: sempre que não me estou culpando por nada.

P.C.: com tudo que a C.A. faz, comigo, com os filhos, cuidando tão bem de nós.

47. Ser feminina:

C.A.: é ser cheirosa, alegre, arrumada, sensível, trabalhadora.

P.C.: é ser a C.A., ela é o exemplo de feminina: meiga, doce, guerreira, lutadora, forte/frágil, carinhosa, bonita.

48. Ser masculino:

C.A.: é ser sensível, observador, paciente.

P.C.: é ser forte: ser forte para enfrentar e ser forte para ajudar.

49. Sofro:

C.A.: por não evoluir emocionalmente.

P.C.: por ela não ser feliz, por fazer ela sofrer.