

Théo Lerner

**Terapia cognitivo-comportamental em grupo no
tratamento de disfunções sexuais femininas**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia
Orientador: Prof. Dr. Vicente Renato Bagnoli

São Paulo
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lerner, Théo

Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas / Théo Lerner. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Vicente Renato Bagnoli.

Descritores: 1.Disfunção sexual feminina 2.Terapia cognitiva 3.Psicoterapia de grupo 4.Mulheres

USP/FM/DBD-055/12

RESUMO

Lerner T. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

INTRODUÇÃO: as disfunções sexuais femininas (DSF) são altamente prevalentes na população, e as opções terapêuticas disponíveis ainda constituem desafio para a prática do ginecologista. Este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo de mulheres com disfunção sexual. **MÉTODO:** foram incluídas 106 mulheres com diagnóstico de disfunção sexual atendidas no Setor de Sexualidade da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, as quais foram divididas em dois grupos: o primeiro (n=53) submetido a TCC em grupo, com duração de oito encontros; o segundo (n=53) a tratamento expectante. A função sexual foi avaliada pelo quociente sexual feminino (QSF) na entrevista inicial, e após seis meses em ambos os grupos. O poder da amostra foi de 95%. Os resultados foram comparados entre os grupos com o uso de testes de Mann-Whitney. **RESULTADOS:** ambos os grupos apresentaram características semelhantes quanto à resposta sexual, autoimagem e relacionamento com parceiro na entrevista inicial. O grupo submetido à terapia apresentou melhora significativa na função sexual quando comparado com o grupo controle, tanto pelo resultado global do QSF, com variação média de 18,08 pontos (IC95% 12,87 – 23,28) para o primeiro contra -0,83 pontos (IC95% -3,43 – 1,77) do segundo ($p < 0,001$), assim como para os domínios discriminados pelo questionário: Desejo e Interesse ($p = 0,003$), Preliminares ($p = 0,003$), Excitação e Sintonia ($p < 0,001$), Conforto ($p < 0,001$) e Orgasmo e Satisfação ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** a TCC em grupo mostrou ser ferramenta eficaz para o tratamento das disfunções sexuais femininas.

Descritores: disfunção sexual feminina; terapia cognitiva; psicoterapia de grupo; mulheres.

ABSTRACT

Lerner T. *Group cognitive behavioral therapy for female sexual dysfunction* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012

Introduction: Female Sexual Dysfunction (FSD) have high prevalence, and therapeutic options available are a challenge in gynaecological practice. Objective: to evaluate the effects of group cognitive-behavioral therapy (CBT) for women with sexual dysfunction. Methods: A total of 106 women diagnosed with sexual dysfunctions was equally divided into subjects (n=53), who underwent group CBT for 8 weekly sessions, and controls (n=53), who were given expectant treatment. Assessment of sexual function was carried out at an interview at baseline and at the endpoint after six months using Abdo's female sexual quotient questionnaire (FSQ). Results: At baseline both groups had similar characteristics as to sexual response, self-image and relationship with a partner. The women who went into therapy showed significant improvement in sexual function when compared with those in the control group: The FSQ had an average growth of 18.08 points (95%CI: 12.87 to 23.28) in the therapy group against an average decrease of 0.83 points (95%CI: 3.43 to 1.77) among the controls ($p < 0.001$). The five domains discriminated by the questionnaire also showed significant improvement in the therapy group: desire and interest ($p = 0.003$), foreplay ($p = 0.003$), excitation and tuning ($p < 0.001$), comfort ($p < 0.001$), and orgasm and satisfaction ($p < 0.001$). Conclusion: group CBT was shown to be an effective tool for the treatment of female sexual dysfunctions.

Descriptors: female sexual dysfunction; group psychotherapy; cognitive therapy; women.

DEDICATÓRIA

*Para minhas filhas Alcía e Lia e para
minha companheira Sandra, que dão
sentido à vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Edmund Chada Baracat, agradeço pela gentil acolhida e constante apoio.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vicente Renato Bagnoli, agradeço pela paciência, tranquilidade e segurança transmitidas.

À Profa. Dra. Elsa Ainda Gay de Pereyra, agradeço a colaboração e as sugestões em todas as fases deste trabalho.

Às colegas do Ambulatório de Sexualidade da Clínica Ginecológica do HCFMUSP, Dra. Lucivanda Fonteles, e Vivian Santana, agradeço o apoio na coleta dos dados.

Agradeço ao Prof. Dr. José Maria Soares Júnior pelas valiosas considerações.

À Profa. Dra. Edna Sadayo Miazato Iwamura, agradeço as sugestões e os comentários.

À grande amiga Maria Cristina Pires, agradeço o suporte moral ao longo deste processo.

LISTA DE ABREVIATURAS

17-OH-P	17 hidroxí-progesterona
Aids	síndrome da imunodeficiência adquirida
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DHEA	dehidroepiandrosterona
DHEAS-S	sulfato de dehidroepiandrosterona
DIU	dispositivo intrauterino
DSF	disfunção sexual feminina
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSTs	doenças sexualmente transmissíveis
FIEI	Female Intervention Efficacy Index
FSFI	Female Sexual Function Index
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HIV	vírus da imunodeficiência humana
OMS	Organização Mundial de Saúde
QSF	Quociente Sexual Feminino
TCC	Terapia cognitivo-comportamental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2.1 Histórico.....	7
2.2 Resposta sexual feminina.....	7
2.3 Disfunção sexual feminina.....	8
2.4 Avaliação da disfunção sexual feminina.....	16
2.5 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) – Princípios gerais.....	16
2.6 Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de disfunções sexuais.....	24
3 JUSTIFICATIVA.....	26
4 OBJETIVOS.....	28
4.1 Objetivo principal.....	29
4.2 Objetivo específico.....	29
5 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	30
5.1 Casuística.....	31
5.1.1 Critérios de inclusão.....	31
5.1.2 Critérios de exclusão.....	32
5.2 Caracterização da amostra.....	33
5.3 Métodos.....	33
5.4 Método estatístico.....	37
5.4.1 Cálculo da amostra.....	37
5.4.2 Análise dos dados.....	38
6 RESULTADOS.....	39
7 DISCUSSÃO.....	44
8 CONCLUSÕES.....	57
9 ANEXOS.....	59
10 REFERÊNCIAS.....	70

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como a experimentação do processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural relacionados à sexualidade. A saúde sexual se observa nas expressões livres e responsáveis das capacidades sexuais que propiciam bem-estar pessoal e social. Não se trata simplesmente da ausência de disfunções, doenças ou incapacidades. Para que haja saúde sexual é necessário que se reconheçam e garantam os direitos sexuais dos indivíduos¹.

A saúde sexual foi vista até recentemente como um item relacionado à saúde reprodutiva e assim vinha sendo tratada pelos programas de saúde. A pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o aumento da incidência das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a mudança na compreensão dos impactos na saúde pública das questões relacionadas à violência de gênero e das disfunções sexuais mudaram este quadro ao evidenciar a importância de se adotar um enfoque diferenciado para as questões relacionadas à sexualidade durante todo o ciclo vital e suas implicações para a saúde e o bem-estar das pessoas².

A sexualidade foi definida pela OMS como um aspecto central da vida das pessoas durante sua vida, englobando sexo, papéis e identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem sempre todas elas precisam ser sentidas ou expressadas.

A abrangência do conceito de saúde sexual cobre uma grande variedade de temas, entre eles as DSTs, incluindo a Aids; gravidez indesejada e abortamento inseguro; infertilidade; bem-estar sexual, abrangendo satisfação, prazer e disfunções sexuais; violência ligada ao gênero e à sexualidade; certos aspectos de saúde mental; impacto das doenças crônicas e incapacidades físicas sobre a sexualidade; e mutilação genital feminina. A influência de fatores sociais e culturais que moldam a expressão da sexualidade também deve ser levada em conta. A abordagem por meio de um modelo exclusivamente médico dá maior ênfase às soluções individuais que à necessidade de mudanças sociais³.

As disfunções sexuais são altamente prevalentes na população, representando um importante problema de saúde pública correlacionado com a diminuição dos índices de qualidade de vida⁴.

As disfunções sexuais femininas (DSF) constituem um desafio terapêutico na prática ginecológica. A multiplicidade de fatores que interferem na sexualidade feminina, associada à falta de padronização na elaboração do diagnóstico, dificulta a escolha do método terapêutico mais adequado às demandas das pacientes. Até o presente momento não foi estabelecido consenso sobre o uso de diferentes fármacos no tratamento das DSF⁵. As alternativas propostas incluem o uso de hormônios⁶⁻⁸ ou precursores hormonais⁹⁻¹¹, substâncias com ação no sistema nervoso central¹²⁻¹⁴, inibidores da fosfodiesterase¹⁵⁻¹⁷, toxina botulínica¹⁸⁻²⁰ e fitoterápicos²¹⁻²³.

Por outro lado, as práticas psicoterapêuticas normalmente são vistas com desconfiança pelos profissionais da área médica, em grande parte devido à falta de contato durante a formação médica com os conceitos utilizados no decorrer de um processo psicoterapêutico, tais como os objetivos do tratamento, o foco na subjetividade, o estabelecimento de vínculo de confiança entre os participantes (*“rapport”*) e de limites no relacionamento entre terapeuta e cliente, incluindo gerenciamento do tempo da sessão e a própria estruturação do ambiente terapêutico (*“setting”*)²⁴.

Outra dificuldade para a aceitação das psicoterapias pelos profissionais da área médica é a variedade e a falta de uniformidade entre os diversos modelos e estruturas teóricas que podem ser utilizadas na psicoterapia, as quais dificultam a compreensão quanto à metodologia mais apropriada para determinada situação e a possibilidade de comparação objetiva dos resultados obtidos. Os modelos psicanalítico, psicodinâmico, psicodramático, bioenergético, cognitivo-comportamental, *gestalt*, entre outros, apresentam abordagens e interpretações completamente diferentes para um mesmo problema²⁴⁻²⁶. A impossibilidade de estabelecer a duração do tratamento e a dificuldade em se focalizar um problema específico também são apontados como fatores limitantes das principais abordagens teórico-psicoterapêuticas.

Por suas características de brevidade, objetividade e possibilidade de validação científica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado uma alternativa promissora para o manuseio das DSF²⁴.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Histórico

O manejo das dificuldades na esfera da sexualidade ao longo dos séculos envolveu uma ampla série de práticas, desde as mágicas até as farmacológicas e, mais recentemente, abrangendo o campo da psicologia.

A busca por substâncias afrodisíacas remonta a milênios na história da humanidade. Conforme Sandroni²⁷, os afrodisíacos podem ser classificados segundo seu mecanismo de atuação por aumentarem o desejo, a potência sexual (entendida como a capacidade de obter e manter ereções satisfatórias) ou o prazer sexual.

Em 1889, Brown-Sequard, aos 72 anos de idade, relatou dramáticos efeitos rejuvenescedores resultantes da autoadministração de uma série de extratos de testículos de cachorro²⁸. A partir deste relato foram iniciadas investigações que buscavam correlacionar as substâncias produzidas pelas glândulas endócrinas e seus efeitos nos diversos órgãos do corpo, em um processo que acabou dando origem à moderna endocrinologia.

Em 2002, Cussons et al.²⁹ repetiram o experimento de Brown-Sequard, dosando a quantidade de testosterona presente em cada extrato animal, concluindo que os níveis hormonais nas soluções eram pelo menos quatro ordens de grandeza menores que as utilizadas terapeuticamente, portanto, seriam incapazes de produzir os efeitos biológicos descritos. Este experimento demonstrou a importância do efeito placebo em situações onde é íntima a relação entre fatores hormonais e questões comportamentais,

pois mesmo um cientista experiente como Brown-Sequard estaria sujeito à influência deste tipo de sugestão.

2.2 Resposta sexual feminina

A fisiologia da resposta sexual humana começou a ser estudada com maior profundidade e consistência científica a partir da segunda metade do século XX²⁵. Em 1897, Havellock Ellis²⁶ dividiu a resposta sexual em duas fases distintas: *tumescência* e *detumescência*, correlacionadas com os fenômenos vasocongestivos da excitação e sua posterior regressão.

Masters e Johnson³⁰ refinaram na década de 60 o esquema proposto por Ellis, dividindo a fase de tumescência em excitação e platô e a de detumescência em orgasmo e resolução.

Na década seguinte, Kaplan^{31,32} contribuiu para a estruturação do ciclo de resposta sexual feminino ao acrescentar a dimensão do desejo descrita como a fase subjetiva que antecederia as alterações fisiológicas mensuráveis decorrentes da estimulação sexual.

De maneira geral, a resposta sexual pode ser resumida em dois fenômenos fisiológicos distintos: vasodilatação e mioclonia, que em diferentes variações de intensidade promovem as respostas observáveis de lubrificação vaginal, rubor, ereção de mamilos e contraturas da musculatura perineal e de outras partes do corpo³⁰.

Mais recentemente, Basson³³⁻³⁷ redefiniu o ciclo da resposta sexual feminina ao estabelecer que as fases desta resposta não são

necessariamente lineares e sequenciais, mas sim superponíveis em qualquer ordem. A sensação subjetiva de excitação da mulher não se relaciona diretamente com a presença de fenômenos vasocongestivos ou com a ativação das áreas cerebrais a ela correlacionadas. O desejo sexual neste modelo pode ser secundário ao estímulo físico, a condições sociais e ambientais adequadas ou pode surgir “espontaneamente”, sendo esta última situação menos frequentemente percebida pela maioria das mulheres. Para Basson³⁶, para que uma mulher reconheça seu estado de excitação física por vezes é necessário que esta seja validada previamente pela sensação de intimidade e segurança no relacionamento, embora também seja possível a obtenção da excitação a partir de um estado de neutralidade sexual.

2.3 Disfunção sexual feminina

A disfunção sexual feminina (DSF) pode ser definida como um distúrbio de alguma das fases da resposta sexual – desejo, excitação e orgasmo ou dor no coito que resultem em desconforto e promovam impacto na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais. Envolvem diversos problemas, com causas tanto biológicas quanto psicossociais, sendo multifatorial em sua etiologia³⁸.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) define Disfunções Sexuais como perturbações no desejo sexual e alterações fisiopsicológicas que caracterizam o ciclo da resposta sexual, causando sofrimento acentuado e

dificuldade interpessoal. Ainda segundo o DSM, as disfunções sexuais incluem Transtornos do Desejo Sexual (Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo, Transtorno de Aversão Sexual); Transtornos da Excitação Sexual (Transtorno da Excitação Sexual Feminina, Transtorno Erétil Masculino); Transtornos do Orgasmo (Transtorno do Orgasmo Masculino, Transtorno do Orgasmo Feminino, Ejaculação Precoce); Transtornos Sexuais Dolorosos (Dispareunia, Vaginismo); Disfunção Sexual Devido a Condição Médica Geral; Disfunção Sexual Induzida por Substância; e Disfunção Sexual Sem Outra Especificação.

Walton e Thorton³⁹ preconizaram a atenção às questões sexuais na prática clínica rotineira. Para tanto, seria necessário um incremento na pesquisa e ensino sobre o tratamento das questões médicas subjacentes aos quadros sexuais, bem como o aperfeiçoamento do uso das terapias farmacológicas.

Para Clayton⁴⁰, a função sexual feminina pode ser influenciada por múltiplos fatores, necessitando de uma abordagem completa de todas as possíveis etiologias a fim de orientar o tratamento mais adequado. A forma de intervenção também pode ser bastante variada e a autora enfatiza a necessidade de mais pesquisas sobre as disfunções sexuais femininas a fim de aperfeiçoar a qualidade de seu tratamento.

A relação entre o desejo sexual e a excitação sexual é complexa. O desejo sexual algumas vezes precede a excitação física, em outras ocasiões é a excitação que precede o desejo. Algumas mulheres têm dificuldade em diferenciar claramente o desejo e a excitação. Dentre os fatores percebidos

pelas mulheres como facilitadores ou inibidores da excitação sexual, Graham et al.⁴¹ abrangeram os seguintes temas: sentimentos sobre o corpo, preocupação com a reputação, gravidez indesejada/contracepção, sentir-se desejada ou sentir-se usada pelo parceiro, estilo da abordagem/iniciação e humor negativo.

Breznysyak e Whisman⁴² tentaram correlacionar desejo sexual com a satisfação a respeito do relacionamento e com as relações de poder dentro do mesmo. Os autores tentavam confirmar a hipótese na qual a satisfação com o relacionamento teria uma relação positiva com o desejo sexual, e que esta satisfação conjugal estaria mais fortemente correlacionada ao desejo em parceiros que tivessem a percepção de si mesmo como portadores de menos poder dentro da relação. Os resultados mostraram que é significativa a associação entre satisfação conjugal e desejo sexual, mas não encontraram evidências da influência das relações de poder dentro do relacionamento na moderação deste desejo.

Oberg et al.⁴³, estudando 1.056 mulheres suecas, tentaram diferenciar as formas de analisar as disfunções sexuais femininas, comparando a utilização da classificação diagnóstica da disfunção como critério de intervenção com a utilização do grau de desconforto causado pela mesma como critério, não encontrando diferenças significativas entre as duas formas de abordagem.

Ventegodt⁴⁴ descreve a diminuição do desejo sexual como a principal disfunção em mulheres dinamarquesas, com prevalência de 11,2% da

amostra pesquisada, correlacionando as disfunções sexuais com a qualidade de vida.

Analisando mulheres com e sem queixa de diminuição do desejo sexual, Stuart et al.⁴⁵ estudaram a personalidade, os fatores endócrinos, diádicos e sexuais, encontrando diferenças significativas apenas nos aspectos diádicos e sexuais entre os dois grupos, ou seja, a incidência de conflitos no relacionamento e de outras queixas sexuais era mais evidente no grupo com queixa de diminuição do desejo.

Os problemas referentes ao desejo sexual são a principal causa de procura de aconselhamento ou terapia sexual nos Estados Unidos. Terapeutas sexuais americanos consideram o tratamento das disfunções de desejo um dos distúrbios que exigem maior tempo de tratamento⁴⁶.

Mulheres com inibição de desejo apresentam menos fantasias durante as preliminares, o coito, a masturbação e as atividades gerais quando comparadas a um grupo controle. O conteúdo das fantasias não variou entre os dois grupos. A frequência masturbatória e a obtenção de orgasmos masturbatórios foram iguais entre os dois grupos. A frequência de orgasmos coitais foi menor no grupo com inibição de desejo no estudo de Nutter e Condron⁴⁷.

Avaliando as diferenças no desejo sexual entre usuárias de DIU e de anticoncepcionais orais, Martin-Loeches et al.⁴⁸ não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos, embora tenha havido diferenças quanto à idade, paridade e qualidade do relacionamento. O desejo sexual aumentou durante os primeiros 6 a 12 meses de uso do método contraceptivo.

Alguns psicólogos evolucionistas trabalham com a hipótese que pressupõe que homens e mulheres possuiriam estratégias diferenciadas de acasalamento de curto e longo prazos, com a estratégia masculina de curto prazo voltada predominantemente para a diversidade sexual. O Grupo do Projeto Internacional de Descrição da Sexualidade⁴⁹ realizou estudo mundial transcultural com 16.288 sujeitos, demonstrando que as diferenças no desejo por variedade sexual são universais nas populações estudadas, independente da forma de análise dos dados.

Basson et al.^{33,36,37,50} reviram e ampliaram as definições do DSM-IV sobre disfunções sexuais femininas com base nas evidências da literatura científica, onde foram levantados vários aspectos que conflitavam com o modelo vigente a respeito da linearidade e sequência dos fenômenos relacionados à resposta sexual, a saber:

1. A consciência do desejo sexual não é a razão mais frequente para mulheres iniciarem ou aceitarem participar de atividade sexual;
2. Mulheres sexualmente saudáveis, em relacionamentos estabelecidos, raramente têm consciência de pensamentos sexuais espontâneos;
3. Fantasias sexuais são mais frequentemente um modo de focalizar a atenção em um estímulo sexual específico que indicativo de desejo sexual;
4. O contexto geral e sexual integra a função/disfunção sexual feminina;

5. O foco correto na avaliação de qualquer disfunção deve ser o casal, e não a mulher isoladamente;
6. As fases da resposta sexual feminina não são facilmente individualizáveis, e a comorbidade de disfunções é comum;
7. A sensação de excitação sexual em mulheres não se relaciona primariamente com os fenômenos de vasocongestão genital/lubrificação vaginal/percepção de inchaço genital;
8. A excitação sexual subjetiva em mulheres é fortemente modulada por emoções e cognições;
9. Não se demonstrou deficiência de congestão genital na maioria das mulheres (com ou sem disfunção de excitação) que assistiram a vídeos eróticos e negaram qualquer sensação subjetiva de excitação sexual.

A partir dos estudos descritos anteriormente, foi proposta uma nova classificação das DSF para uso clínico que ainda precisa ser validada empiricamente. Nas definições revisadas ou ampliadas encontramos:

➤ **Distúrbio de desejo/interesse:** ausência ou diminuição de sentimentos de interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos ou fantasias sexuais e falta de desejo sexual responsivo. As motivações (aqui definidas como razões/incentivos) para tentar tornar-se sexualmente excitada são raras ou ausentes. A falta de interesse sexual é considerada como algo que ultrapassa a diminuição esperada pelas alterações do ciclo de vida ou pela duração do relacionamento;

➤ **Distúrbio de excitação combinada:** ausência ou acentuada diminuição de sensações de excitação sexual (excitação e prazer sexuais) a partir de qualquer tipo de estimulação sexual, acompanhados por história de ausência ou diminuição da excitação sexual genital (inchaço genital, lubrificação);

➤ **Distúrbio de excitação subjetiva:** ausência ou acentuada diminuição de sensações de excitação sexual (excitação sexual e prazer sexual) a partir de qualquer tipo de estimulação sexual. A lubrificação vaginal e outros sinais de resposta física ainda ocorrem;

➤ **Distúrbio de excitação genital:** ausência ou diminuição da excitação sexual genital, com relatos de ausência ou diminuição do ingurgitamento genital ou lubrificação vaginal a partir de qualquer tipo de estimulação sexual, e diminuição das sensações sexuais ao acariciar a genitália. A sensação subjetiva de excitação por estímulos não genitais pode estar presente;

➤ **Distúrbio de orgasmo feminino:** apesar da presença de relatos de altos níveis de excitação sexual, há ausência de orgasmos, acentuada diminuição da intensidade das sensações obtidas com o orgasmo ou acentuado retardamento do orgasmo a partir de qualquer forma de estimulação sexual;

➤ **Vaginismo:** dificuldade persistente ou recorrente para a mulher permitir a introdução vaginal do pênis, dedo ou qualquer objeto, a despeito de seu desejo expresso em fazê-lo. São frequentes comportamentos de evitação (fóbica), antecipação/medo e dor, acompanhados por contraturas

involuntárias da musculatura pélvica com intensidade variável. Alterações estruturais ou outras alterações físicas devem ser abordadas e descartadas;

➤ **Dispareunia:** é a presença de dor persistente ou recorrente à penetração vaginal completa ou incompleta ou ao intercurso sexual. Patologias orgânicas muitas vezes estão correlacionadas com a dispareunia, sendo necessário um cuidadoso diagnóstico ginecológico para diferenciar a dispareunia de causa orgânica de um quadro de vaginismo;

➤ **Distúrbio de excitação sexual persistente:** excitação sexual espontânea, intrusiva e indesejada (por exemplo, formigamento, latejar ou pulsação) na ausência de desejo ou interesse sexual. A consciência de excitação subjetiva é tipicamente, mas não invariavelmente, desprazerosa. A excitação não é aliviada por um ou mais orgasmos, e a sensação de excitação pode permanecer por horas ou dias.

Os critérios diagnósticos para as DSF ainda são objeto de intensa discussão no meio acadêmico, com constantes propostas de alterações nos mesmos, a fim de permitir o diagnóstico mais preciso e determinar com maior especificidade as formas de intervenção.

Brotto et al.⁵¹⁻⁵³, revisando a literatura sobre disfunções sexuais femininas, consideraram fundamental a inclusão do critério de desconforto pessoal na elaboração do diagnóstico de DSF, e que a melhor forma de diagnóstico ainda é a entrevista clínica, que avalia aspectos biopsicossociais. Para Evangelia et al.⁵⁴, o nível de desconforto provocado pela disfunção sexual é fundamental como preditor da busca de ajuda por estes pacientes.

Neste mesmo sentido, Carvalheira et al.⁵⁵ propõem a inclusão da duração do relacionamento e da qualidade do estímulo proporcionado pelo parceiro como critérios a serem considerados na elaboração do diagnóstico das DSF. Outra proposta seria a junção das disfunções de excitação e de desejo em uma única entidade clínica, baseada na frequente superposição dessas duas fases da resposta sexual e nas novas conceituações sobre desejo propostas por Basson et al.^{37,50}.

A despeito do considerável interesse devotado ao estudo da libido feminina e à busca de tratamentos efetivos para suas disfunções, ainda não se encontrou um agente farmacológico eficaz aprovado para o seu tratamento, nem existem orientações claras sobre indicações e segurança de uso dos fármacos não aprovados^{37,50,56}.

2.4 Avaliação da disfunção sexual feminina

Fishman⁵⁷ valeu-se de estudos etnográficos para investigar as inter-relações entre a pesquisa acadêmica, os fabricantes de medicamentos e o público consumidor (médicos e pacientes) na busca de medicamentos para a disfunção sexual feminina. Considerando que o desenvolvimento de novas drogas envolve aspectos comerciais, científicos, clínicos e políticos, o autor concluiu que o papel da pesquisa acadêmica não se restringe apenas à realização de pesquisas clínicas, mas também à interação com a indústria farmacêutica na identificação e criação de novas demandas e mercados,

atuando por meio da participação em eventos científicos onde atuariam como divulgadores de novos problemas e de suas soluções.

Few⁵⁸ discute as intervenções clínicas sobre a sexualidade feminina e as construções culturais desta sexualidade, que também é influenciada por fatores políticos, econômicos e sociais. A autora ressalta que o efeito dos conceitos tradicionais sobre sexualidade feminina é legitimar ideias de passividade e submissão sexual das mulheres, tornando-as, por consequência, incapazes de determinarem comportamentos destinados a proteger sua saúde sexual, concluindo que a pesquisa clínica tende a ser isolada de pesquisas sociais e culturais relevantes.

Poucos estudos randomizados e controlados foram realizados para avaliar terapias para a disfunção sexual após a menopausa. A revisão de Modelska e Cummings⁵⁹, abrangendo o período 1990-2003, encontrou apenas seis estudos deste tipo: dois com tibolona, um com sildenafil e três com terapias hormonais, concluindo que a maioria das terapias propostas para a disfunção sexual ainda não encontra embasamento nas evidências disponíveis, sendo necessários mais estudos controlados na área.

Para Anastasiadis et al.⁶⁰, os resultados controversos no tratamento das disfunções sexuais femininas com androgênios são devidos principalmente à falta de uma definição precisa de deficiência androgênica dos valores normais de androgênios e da sensibilidade variada dos diversos modos de detecção.

Morrel e Guldner⁶¹ utilizaram um questionário autoaplicado para avaliar a disfunção sexual em mulheres epiléticas, concluindo que a maioria não apresentava disfunção de desejo e sim de excitação.

O Inventário de Desejo Sexual desenvolvido por Spector et al.⁶² divide o desejo sexual em duas dimensões correlatas: desejo sexual diádico e desejo sexual solitário. A análise de consistência interna para estas duas dimensões indica a confiabilidade do questionário.

O instrumental desenvolvido por Taylor et al.⁶³ consiste em um questionário de 22 itens preenchido pela própria paciente para avaliação dos níveis de interesse/desejo, atividade e satisfação sexual, de fácil administração e adequado para uso em pesquisas clínicas e não clínicas.

Van Anders et al.⁶ aplicaram cipionato de testosterona por via intramuscular por três meses em mulheres com desejo sexual hipoativo e aplicaram um inventário de desejo sexual, comparando os resultados com um grupo controle, obtendo melhora do desejo sexual e recomendando o uso de testosterona mesmo em mulheres com níveis hormonais normais.

Cayan et al.⁶⁴, ao analisarem a função sexual de parceiras de homens com disfunção erétil, utilizaram o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) proposto por Rosen⁶⁵ para avaliar desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Apesar das diferenças em relação ao grupo controle em excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, não foram detectadas diferenças significativas no desejo entre os dois grupos.

Berman et al.¹⁵ utilizaram um inventário de função sexual para avaliar parâmetros subjetivos em mulheres com disfunção de excitação tratadas

com sildenafil, concluindo que a medicação apresenta efeitos tanto nos parâmetros fisiológicos quanto nos subjetivos da função sexual. O efeito do sildenafil sobre a circulação clitoridiana foi avaliado por Cavalcanti em 2006¹⁶.

Comparando os efeitos das drogas antidepressivas moclobemide e doxepina, Philipp et al.¹² encontraram como dado relevante o maior aumento do desejo sexual associado à primeira, indicando a possibilidade de efeito direto do moclobemide sobre a libido.

Chandraiah et al.⁶⁶ encontraram prevalência de 40% de diminuição do desejo sexual em um estudo em pacientes atendidas em um centro de tratamento de síndrome pré-menstrual.

Fleury²¹ avaliou o uso de fitoterapia associada à terapia de grupo tematizada e de tempo limitado em mulheres na perimenopausa, associando a melhora dos sintomas climatéricos ao primeiro e a melhora na função sexual ao segundo.

Paixão⁶⁷ avaliou a influência de diferentes esquemas terapêuticos sobre a sexualidade de mulheres com síndrome dos ovários policísticos, não encontrando diferenças significativas entre os grupos ou influência da doença sobre a autoestima das participantes.

O Índice de Função Sexual Feminina (FSFI)^{65,68-70} apresenta boa capacidade de discriminação entre mulheres funcionais ou disfuncionais sexualmente, quanto ao desejo/excitação, lubrificação, orgasmo, dor e satisfação, com alto grau de confiança interna, sensibilidade e especificidade. O FSFI foi validado na língua inglesa para a disfunção do

desejo sexual hipoativo. O FSFI foi validado para a língua portuguesa em 2009⁷¹.

Caruso et al.⁷ utilizaram o Questionário de Experiência Pessoal na avaliação do comportamento de mulheres que faziam uso de contraceptivo oral contendo etinilestradiol 30 mg e drospirenona 3 mg, observando aumento do prazer sexual, da frequência orgásmica, da satisfação com a atividade sexual, da frequência de relações e da excitação, bem como diminuição da dor no coito. Não houve mudança registrada no desejo sexual.

Em estudo anterior Caruso et al.⁸ avaliaram o comportamento sexual de mulheres utilizando contraceptivo contendo 15 mg de etinilestradiol e 60 mg de gestodene. Houve diminuição do desejo, da frequência da excitação e do prazer sexual. Não houve alteração na frequência orgásmica.

O estudo de Abdo et al.^{72,73}, utilizando amostra de 1.219 mulheres brasileiras, que responderam ao questionário autoaplicável de 38 questões, encontraram falta de desejo sexual em 26,7% das pesquisadas. A idade acima de 40 anos apareceu como fator de risco para a falta de desejo e para a disfunção orgásmica, enquanto o nível educacional foi inversamente proporcional à falta de desejo. Diabetes Mellitus aparece como fator de risco para a falta de desejo.

O Perfil da Função Sexual Feminina proposto por Derogatis et al.⁷⁴ é um instrumento idealizado para avaliação de perda da função sexual em mulheres menopausadas com desejo sexual hipoativo. O instrumento contém 37 itens em sete domínios (desejo sexual, excitação, orgasmo, prazer sexual, preocupações sexuais, responsividade sexual e autoimagem

sexual) e um item de avaliação da satisfação geral com a sexualidade, possuindo excelente validade discriminatória e boa consistência interna.

Berman et al.¹⁷ utilizaram o Índice de Eficácia de Intervenção Feminina (FIEI) na determinação da ação do sildenafil sobre a disfunção de excitação em mulheres, encontrando resultados satisfatórios em mulheres sem disfunção de desejo sexual associada. Quando havia associação com a disfunção de desejo, fatores emocionais ou relacionais não foram encontrados resultados significativos.

O Questionário de Função Sexual desenvolvido por Quirk para a Pfizer⁷⁵ apresenta 31 questões em sete domínios: desejo, excitação física-sensação, excitação física-lubrificação, prazer, orgasmo, dor e relacionamento com parceiro, apresentando excelente consistência interna, boa confiabilidade e excelente validade discriminatória e sensibilidade.

Busing et al.⁷⁶ ressaltam a necessidade de se contemplar a satisfação sexual como item fundamental em qualquer questionário sobre comportamento sexual feminino, uma vez que uma porcentagem significativa de mulheres encontra mais satisfação sexual no carinho, na intimidade e na proximidade com o parceiro que com o orgasmo propriamente dito.

Clayton⁷⁷ utilizou o Questionário de Mudanças no Funcionamento Sexual para avaliar a relação entre o ciclo menstrual e a função sexual, encontrando diminuição do desejo, da frequência coital, da quantidade de orgasmos e da satisfação durante a fase lútea.

Hulbert⁷⁸ criou o Índice de Assertividade Sexual e encontrou diferenças no comportamento sexual de mulheres assertivas e não

assertivas, com as primeiras referindo-se a um maior desejo sexual, frequência, orgasmos e satisfação sexual que as segundas.

Abdo⁷⁹ desenvolveu o Quociente Sexual Feminino (QSF), um instrumento de fácil manuseio que avalia diversos domínios da função sexual feminina. O questionário foi validado em 2006 para a língua portuguesa e consiste em 10 afirmativas sobre diferentes aspectos da resposta sexual feminina, associadas a uma escala de frequência onde são atribuídas notas de 0 a 5 para cada afirmativa, sendo a nota 0 correspondente a “nunca” e a nota 5 correspondente a “sempre”. A pontuação de cada afirmativa deve ser somada, com exceção da afirmativa 7, referente à dispareunia, que deve ter seu valor invertido, e a soma deve ser multiplicada por dois, resultando em um valor de zero a cem. A nota final não realiza diagnóstico, mas pode ser considerada como indicador confiável da evolução clínica de um caso quando repetido ao longo de certo intervalo de tempo. Além de avaliar as fases do ciclo de resposta sexual, o QSF ainda contempla outros domínios, a saber: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5), conforto (questões 6 e 7), orgasmo e satisfação (questões 9 e 10) (Anexo II).

2.5 Terapia cognitivo-comportamental (TCC) – princípios gerais

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma de terapia focal baseada em um modelo que estipula que os distúrbios psicológicos

envolvem pensamentos e crenças disfuncionais, e que a forma como o indivíduo sente e se comporta é influenciada pela forma como ele estrutura suas experiências^{24,80}.

Ao promover mudanças nos pensamentos disfuncionais é obtida a melhora dos sintomas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes aos pensamentos disfuncionais promove melhoras duradouras.

A terapia cognitiva envolve a conceitualização cognitiva do problema e do próprio paciente, valendo-se para isso de uma série de técnicas cognitivas, comportamentais, experimentais etc.

Sua utilização abrange distúrbios de humor, de ansiedade, alimentares, abuso de substâncias, distúrbios ligados às patologias clínicas, à violência sexual e às disfunções sexuais. A eficácia de sua aplicação nestas situações é bem documentada⁸⁰⁻⁸². Segundo o modelo geral da resposta cognitiva, frente à determinada situação são evocados pensamentos e imagens automáticos, que resultam em respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas. Este mecanismo é sustentado por crenças primárias, que levam a conclusões e julgamentos, os quais, por sua vez, são responsáveis pela elaboração de estratégias compensatórias para lidar com a situação.

As crenças primárias podem estar ligadas ao desespero (“eu sou inadequado, incompetente, não posso lidar com isso, sou impotente, vulnerável, inferior, defeituoso, insignificante etc.”); ao desamor (“sou indesejado, serei rejeitado ou abandonado, sou pouco atraente, feio, entediante, não tenho nada a oferecer, sou mau etc.”).

No processo terapêutico são estabelecidos objetivos junto ao paciente, que devem ser comportamentais, passíveis de manuseio e estar sob o controle do paciente. As consultas são estruturadas de forma a garantir a reflexão do paciente a respeito dos conceitos formulados por ele e o estabelecimento de tarefas destinadas a alcançar os objetivos preestabelecidos, auxiliando o paciente na aquisição de habilidades específicas para a solução de problemas.

2.6 TCC no tratamento de disfunções sexuais

Os objetivos da TCC no tratamento de disfunções sexuais abrangem uma série de mudanças cognitivas e comportamentais, entre elas: sentir-se mais confortável ao falar de sexualidade com os outros; abordar e questionar mitos e papéis de gênero errôneos que interferem na autonomia e autodeterminação em áreas sexuais e não sexuais; aumentar o conhecimento da anatomia e fisiologia da sexualidade; aprender mais sobre o próprio corpo e sentir-se mais confortável com ele; obter validação para as sensações prazerosas experimentadas; obter informações a fim de aumentar o repertório sexual; superar bloqueios emocionais à liberdade sexual (culpa, ansiedade, autodesvalorização e raiva) por meio do confronto com crenças distorcidas; melhorar a assertividade consigo mesma e na comunicação de seus desejos ao parceiro; desenvolver planos para manter e desenvolver os ganhos obtidos após o término do tratamento⁸¹.

Para Nobre⁸³ as crenças disfuncionais sobre sexualidade atuam como fatores predisponentes das DSF ao estabelecer regras condicionantes para a ativação de esquemas cognitivos negativos, que por sua vez permitiriam o surgimento de emoções e pensamentos automáticos capazes de comprometer o processamento mental de estímulos eróticos, interferindo de forma negativa no desejo sexual.

A literatura^{21,24,25,81} recomenda que a duração dos grupos seja entre 6 e 12 semanas, com encontros uma ou duas vezes por semana.

McCabe⁸⁴ cita uma melhora em 50% dos casos atendidos em um programa universitário após 10 semanas de tratamento.

Existem diversas técnicas destinadas a evidenciar, questionar e modificar esquemas cognitivo-comportamentais disfuncionais. Estas técnicas são ferramentas bastante eficientes quando utilizadas dentro de um processo terapêutico, perdendo muito de sua utilidade quando utilizadas fora deste contexto⁸⁵.

As técnicas comportamentais mais comuns na TCC das DSF incluem técnicas destinadas a aumentar o autoconhecimento e a percepção do próprio corpo, ampliar a percepção sobre sensações de prazer e técnicas voltadas para a interação com o parceiro. Também podem ser utilizadas técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática, “*role playing*”, biblioterapia, entre outros^{86,87}.

3 JUSTIFICATIVA

Existem poucos estudos no Brasil que validem a eficácia do uso da TCC no tratamento das DSF.

A TCC já se mostrou eficaz no tratamento de diversas patologias, como os transtornos de humor, fobias e compulsões.

Por ser um modelo terapêutico capaz de abranger um grande número de pacientes em um período relativamente curto de tempo, a TCC em grupo pode se constituir em alternativa válida para o tratamento das DSF em unidades de saúde pública, dada a alta prevalência do problema e a quantidade limitada de serviços voltados a seu tratamento.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

Avaliar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental em grupo em mulheres portadoras de disfunção sexual.

4.2 Objetivos específicos

Validar o uso da terapia cognitivo-comportamental em grupo como instrumento terapêutico no manejo das DSF, aplicável em um contexto de saúde pública.

Avaliar a repercussão da TCC em grupo sobre cada um dos domínios da sexualidade avaliados pelo instrumento utilizado (desejo e interesse sexual; preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro; conforto; orgasmo e satisfação).

5 CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 Casuística

Foram estudadas 106 mulheres atendidas no ambulatório de Medicina Sexual da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 2006 e 2009.

O grupo de intervenção foi formado por 53 mulheres com queixa de disfunção sexual, participantes dos grupos terapêuticos do setor e que mantiveram o seguimento ambulatorial por um período de pelo menos seis meses.

O grupo controle foi formado por outras 53 pacientes do ambulatório do referido setor com indicação para participar nos grupos terapêuticos, mas que por falta de disponibilidade pessoal não o fizeram. Estas pacientes responderam ao QSF em um período de seis meses após a avaliação inicial.

5.1.1 Critérios de inclusão

- Idade superior a 20 anos com queixas de disfunção sexual;
- Disponibilidade para participar dos grupos terapêuticos;
- Consentimento informado em participar do estudo;
- Níveis androgênicos normais (testosterona total e livre, DHEA, DHEA-S, 17-OH-P, androstenediona);
- Ausência de depressão (avaliada pelo inventário de Beck);
- Não fazer uso de drogas psicoativas ou qualquer outra que iniba a libido.

5.1.2 Critérios de não inclusão

- Doença sistêmica grave em atividade:
 - AVE
 - Neoplasias durante o tratamento
 - Neuropatias
 - Doenças crônicas degenerativas

- Distúrbios psiquiátricos:
 - Esquizofrenia
 - Psicoses
 - Depressão grave

- Dispareunia de causa orgânica:
 - Infecçiosa
 - Malformação
 - Atresia/estenose

A presença ou não de disfunção sexual do parceiro não foi considerada nos critérios de inclusão ou exclusão, pois, em nossa rotina, raramente o parceiro admite participar diretamente de qualquer forma de intervenção terapêutica oferecida, o que torna o acesso a eles extremamente dificultoso.

5.2 Caracterização da amostra

A média de idade das participantes foi de 39,56 (\pm 10,15) anos. A religião declarada pela maior parte das participantes foi a católica (59,43%) seguida pela evangélica (28,30%), e outras religiões (12,26%). Quanto à procedência, a maioria das pacientes de ambos os grupos era originária dos estados do nordeste brasileiro seguidos pelo estado de São Paulo, sendo as restantes provenientes dos estados das regiões sul, sudeste e centro-oeste. Uma participante do grupo de intervenção era proveniente de outro país (Nicarágua). A escolaridade das participantes de ambos os grupos distribuiu-se entre ensino fundamental (55,66%), ensino médio (36,79%), ensino superior (5,66%) e sem escolaridade (1,89%).

O estado civil das participantes dividiu-se em casadas (75,47%), separadas (10,37%), solteiras (10,37%) e viúvas (3,77%).

O tempo de relacionamento médio foi de 11,68 (\pm 10,35) anos.

A paridade média foi de 1,98 (\pm 1,86) filhos, sendo 1,96 (\pm 1,49) filhos para o grupo intervenção e 2 (\pm 2,17) filhos para o grupo controle.

5.3 Métodos

Nas consultas ginecológicas de rotina das várias unidades da Divisão de Clínica Ginecológica foram identificadas as pacientes que apresentavam queixas referentes às disfunções sexuais. O exame físico completo, diagnóstico e tratamento de eventuais afecções orgânicas foram feitos nesta

fase pelo ginecologista da unidade de origem. As pacientes que possuíam disfunção sexual sem causa orgânica identificável foram encaminhadas para o ambulatório do setor de Medicina Sexual, onde passaram por entrevistas individualizadas de triagem, compreendendo anamnese sexual específica, preenchimento de inventários de avaliação da satisfação sexual e depressão (QSF e Beck, respectivamente) e a solicitação de perfil hormonal (Anexos I, II e III). As pacientes foram informadas dos métodos e objetivos do tratamento, questionando-se a todas sobre a disponibilidade para participar dos grupos. Assim, foram incluídas no grupo controle 53 pacientes elegíveis para a psicoterapia, mas que não apresentaram disponibilidade para comparecer aos encontros do grupo terapêutico por motivos pessoais. Foi solicitado o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo IV) a todas as pacientes, sendo que as que optaram pelo não preenchimento do termo foram acompanhadas da mesma forma que as outras, porém, seus dados não foram utilizados no presente estudo.

As pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram encaminhadas aos grupos terapêuticos. Foram realizados no período do estudo dois grupos pilotos para avaliação do modelo a ser empregado e 13 grupos terapêuticos efetivos. Cada grupo teve de 5 a 15 participantes e um ou mais facilitadores, e consistiu em oito sessões semanais com cerca de 1h30 de duração, com o objetivo de reestruturar atitudes e crenças das participantes frente à sexualidade por meio de técnicas cognitivo-comportamentais.

O conteúdo de cada sessão dependia das experiências e reflexões trazidas pelas participantes a cada semana. De maneira geral, estabeleceu-se uma sequência semiestruturada de tarefas baseadas em modelos já existentes^{24,25,31,81,85,87} destinadas a provocar mudanças nas percepções que as pacientes traziam sobre si mesmas e sobre os relacionamentos em que se encontravam, permitindo desta forma uma ressignificação e mudança de atitudes e valores.

As pacientes foram orientadas a não buscar o coito durante o processo de tratamento, devendo informar esta condição aos parceiros. Inicialmente foi proposto que elas observassem atentamente o próprio corpo diante do espelho e identificassem os pontos que consideravam positivos. A seguir, sugeriu-se que focalizassem sua atenção para as sensações corporais durante ou após o banho, em um ambiente com privacidade e livre de distrações. A fase seguinte envolveu a visualização e exploração dos próprios genitais, sem ênfase na obtenção de orgasmo, mas com foco nas sensações obtidas e pensamentos a elas associados. Superada esta etapa, foi proposta a participação dos parceiros na tarefa de casa, por meio de toques e carícias mútuos pelo corpo, excluindo-se as zonas genital e mamária. O objetivo deste exercício é conseguir desvincular a ideia de proximidade física, carinho e afeto da obrigatoriedade de iniciar uma atividade sexual com penetração. A partir deste ponto, as participantes foram estimuladas a elaborar suas próprias estratégias e exercícios a serem desenvolvidos em casa, atribuindo-lhes poder no processo decisório e na responsabilização pelos resultados obtidos. As etapas seguintes envolveram

manipulação mútua incluindo a região genital, o coito sem a exigência de resultado, e o coito livre.

O andamento da terapia pode variar bastante de um grupo para outro, dependendo das limitações pessoais e resistências trazidas pelas participantes. De uma maneira geral, no início o facilitador identifica as metas individuais de cada uma e propõe tarefas a serem realizadas durante a semana. As dificuldades encontradas na realização das tarefas ou as sensações obtidas com a realização das mesmas são discutidas na sessão seguinte. A partir de certo ponto, é a própria participante que começa a definir seus objetivos e quais as estratégias possíveis para alcançá-los, num processo de empoderamento que ultrapassa os limites das sessões terapêuticas.

Todas as participantes foram tratadas exclusivamente por meio de psicoterapia. Não foi utilizado tratamento farmacológico para as disfunções sexuais neste estudo.

As participantes foram avaliadas por meio do Questionário de Satisfação Sexual Feminina de Abdo (QSF)⁷⁹, aplicado no momento de sua admissão no ambulatório (QSF_i), ao final dos 8 encontros do grupo terapêutico (QSF_f), e em uma avaliação tardia, de 3 e 6 meses após o término do grupo, onde foram avaliadas individualmente quanto à persistência ou não da disfunção sexual e ao grau de satisfação obtido após o tratamento. A variação do score do QSF foi utilizada como parâmetro de avaliação da função sexual das pacientes estudadas. As pacientes que

concluíram o grupo terapêutico e compareceram às avaliações posteriores foram incluídas no grupo de intervenção.

5.4 Método estatístico

5.4.1 Cálculo da amostra

Supondo confiança de 95% e poder de 95%, baseado no desvio padrão obtido com a amostra já coletada de 20 pontos, e supondo diferença entre os grupos de 15 pontos, o cálculo da amostra foi realizado conforme fórmula a seguir:

$$n = \frac{(u + v)^2 \sigma^2}{(\mu - \mu_0)^2}$$

Onde:

u é o valor da distribuição normal padrão de ordem γ , sendo γ o poder da amostra;

v é o valor da distribuição normal padrão de ordem $\alpha/2$, sendo $1-\alpha$ a confiança da amostra;

$(\mu - \mu_0)$ a diferença que se deseja encontrar na variação do QSF entre pacientes tratadas com terapia e sem terapia.

O teste foi realizado com nível de significância de 5%.

A amostra necessária para a realização do estudo é de 47 mulheres em cada grupo sem considerar perda de seguimento das pacientes.

5.4.2 Análise dos dados

Para responder os objetivos do estudo foram aplicados testes de Kolmogorov-Smirnov⁸⁸ às variações (6 meses – inicial) de cada escore

avaliado segundo grupos de mulheres para verificar se a distribuição de probabilidade dos dados segue a distribuição normal, sendo que para a grande maioria das variações nos escores a normalidade de distribuição dos dados não foi aceita ($p < 0,05$). As variações nos escores foram descritas com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo, máximo e intervalo com 95% de confiança para as médias) segundo grupos e comparadas entre os grupos com uso de testes Mann-Whitney⁸⁸.

As categorias das características das mulheres com relação à sexualidade, relacionamento e autoimagem foram descritas segundo grupos e verificada a existência de associação entre as características e os grupos com uso de testes qui-quadrado ou testes da razão de verossimilhanças quando a amostra foi insuficiente para aplicação do teste qui-quadrado.

As variações no QSF e em seus domínios foi descrita nas mulheres que fizeram terapia segundo características relacionadas à sexualidade, relacionamento e sentimento com o corpo e comparadas entre as categorias com o uso de testes Kruskal-Wallis seguidos de comparações múltiplas não paramétricas de Dunn (Neter et al. em 1996) ou testes Mann-Whitney (apenas para duas categorias).

Os resultados das comparações entre os grupos foram ilustrados com uso de gráficos de barras representando as médias das variações e os respectivos erros padrões, e os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

6 RESULTADOS

As participantes dos grupos de intervenção e controle foram comparadas quanto ao diagnóstico clínico, alterações nas fases da resposta sexual e avaliação subjetiva de fatores relacionados à autoimagem e ao relacionamento, conforme demonstrado nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Descrição das características das mulheres quanto ao diagnóstico da disfunção e às fases da resposta sexual segundo grupos e resultado dos testes de associação

Variável	Grupo				Total		P
	Controle		Intervenção		N	%	
	n	%	N	%			
Diagnóstico							0,445
Desejo Hipoativo	40	75,5	34	64,2	74	69,8	
Dispareunia	5	9,4	7	13,2	12	11,3	
Anorgasmia	8	15,1	12	22,6	20	18,9	
Desejo							0,662
Ausente	20	37,7	16	30,2	36	34,0	
Diminuído	19	35,8	23	43,4	42	39,6	
Presente	14	26,4	14	26,4	28	26,4	
Lubrificação							0,312
Ausente	14	26,4	8	15,1	22	20,8	
Diminuído	15	28,3	19	35,8	34	32,1	
Presente	17	32,1	22	41,5	39	36,8	
Ocasional	7	13,2	4	7,5	11	10,4	
Orgasmo							0,280#
Não	26	49,1	21	39,6	47	44,3	
Sim	7	13,2	10	18,9	17	16	
Ocasional	20	37,7	20	37,7	40	37,7	
Ignora	0	0,0	2	3,8	2	1,9	
Dispareunia							0,522#
Não	23	43,4	23	43,4	46	43,4	
Penetração	17	32,1	18	34,0	35	33,0	
Profundidade	11	20,8	7	13,2	18	17,0	
Ambas	2	3,8	5	9,4	7	6,6	

Resultado do teste da razão de verossimilhanças

Tabela 2. Descrição das características das mulheres quanto ao relacionamento e sentimento com o corpo segundo grupos e resultado dos testes de associação

Variável	Grupo				Total	P
	Controle		Intervenção			
	n	%	N	%		
Frequência de relação sexual						0,059
<1x/semana	28	52,8	16	30,2	44	41,5
1 a 2x/semana	16	30,2	25	47,2	41	38,7
≥ 3x/semana	9	17,0	12	22,6	21	19,8
Valor da relação sexual						0,399
Positivo	39	81,3	42	87,5	81	84,4
Negativo	9	18,8	6	12,5	15	15,6
O que acha do corpo						0,614
Gosta	26	49,1	28	52,8	54	50,9
Não gosta de certas partes	6	11,3	7	13,2	13	12,3
Obesa	10	18,9	12	22,6	22	20,8
Feia	11	20,8	6	11,3	17	16,0
O que acha do relacionamento*						0,539
Bom	19	39,6	20	40,8	39	40,2
Outras respostas	17	35,4	21	42,9	38	39,2
Só o sexo atrapalha	12	25,0	8	16,3	20	20,6

* A questão não se aplica a todas as pessoas

As Tabelas 1 e 2 mostram que as características avaliadas nas mulheres não estão estatisticamente associadas aos grupos ($p > 0,05$), ou seja, as respostas às questões estão igualmente distribuídas nos dois grupos.

O resultado da comparação da variação do escore total do QSF entre os dois grupos encontra-se na Tabela 3.

Tabela 3. Descrição das variações nos escores totais do QSF segundo os grupos

Variável	Grupo	Média	DP	IC Média (95%)		N	P
				Inferior	Superior		
QSF	Controle	-0,83	9,67	-3,43	1,77	53	<0,001
	Terapia	18,08	19,32	12,87	23,28	53	

Os resultados apontados na Tabela 3 mostram que a variação do escore do QSF foi maior no grupo que fez terapia quando comparado ao grupo controle, de maneira significativa ($p < 0,001$).

Analisando-se as diferenças do QSF para cada questão individualmente, observa-se que as variações ocorridas nos escores nas mulheres que fizeram terapia foram estatisticamente maiores ($p < 0,05$), com exceção das questões 4 e 8 (referentes à lubrificação e à perda de concentração, respectivamente) que não apresentaram diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,052$ e $p = 0,086$, respectivamente).

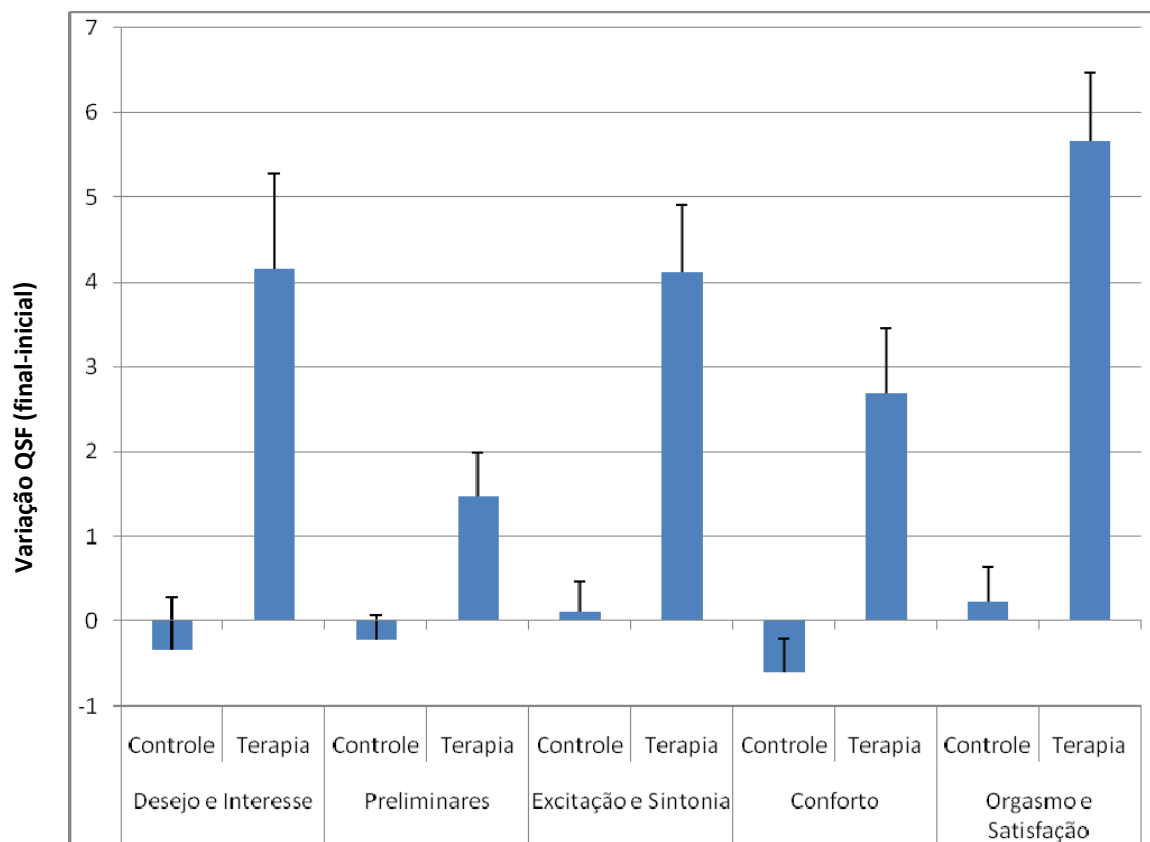
A Tabela 4 mostra a comparação da variação dos resultados segundo os domínios do QSF entre os dois grupos estudados.

Tabela 4. Descrição das variações nos escores segundo o domínio e resultado dos testes de comparação

Variável	Grupo	Média	DP	IC Média (95%)		Mediana	Mínimo	Máximo	N	P
				Inferior	Superior					
DESEJO E	Controle	-0,34	4,47	-1,54	0,86	0	-10	10	53	0,003
INTERESSE	Terapia	4,15	8,14	1,96	6,34	4	-16	20	53	
PRELIMINARES	Controle	-0,23	2,17	-0,81	0,36	0	-6	4	53	0,003
	Terapia	1,47	3,79	0,45	2,49	0	-10	10	53	
EXCITAÇÃO E	Controle	0,11	2,52	-0,57	0,79	0	-6	6	53	<0,001
SINTONIA	Terapia	4,11	5,84	2,54	5,68	4	-12	18	53	
CONFORTO	Controle	-0,6	2,87	-1,38	0,17	0	-6	8	53	<0,001
	Terapia	2,68	5,67	1,15	4,21	2	-12	18	53	
ORGASMO E	Controle	0,23	3,03	-0,59	1,04	0	-6	12	53	<0,001
SATISFAÇÃO	Terapia	5,66	5,83	4,09	7,23	4	-4	20	53	

Pela Tabela 4 nota-se que as participantes do grupo de terapia apresentaram melhora significativa ($p < 0,05$) em todos os domínios do QSF, comparativamente ao grupo controle. Esta melhora está representada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Variações médias e respectivos desvios padrões dos domínios do QSF segundo os grupos



7 DISCUSSÃO

A análise das diferenças entre o grupo controle e o grupo submetido à terapia revelou diferenças e semelhanças dignas de nota.

Apesar dos cuidados na busca de grupos homogêneos e comparáveis, após a análise dos dados qualitativos percebemos que o grupo controle apresentava de forma geral, visão mais negativa a respeito da sexualidade do que o grupo de intervenção. Tal fato pode ter influenciado de alguma maneira a disponibilidade para participar ou não da terapia. Esta diferença não podia ser avaliada dentro dos critérios de seleção definidos para este estudo, mas deve ser investigada com mais profundidade em trabalhos posteriores para estabelecer se é possível identificar exatamente quais são os limites que determinam a adesão ou não ao tratamento e os instrumentos necessários para avaliá-los.

Dentre as participantes deste estudo, as fases da resposta sexual, segundo os relatos das mesmas, foram divididas em categorias quanto à frequência, no caso de desejo, lubrificação e orgasmo, e quanto à localização no caso da dispareunia. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os relatos do grupo terapia e do grupo controle.

A frequência e o valor da relação sexual, do relacionamento de forma geral e do próprio corpo também tiveram distribuição semelhante entre os dois grupos, tornando a comparação entre eles mais homogênea.

Os distúrbios de excitação não apareceram entre os diagnósticos realizados nas participantes do estudo. Tal fato pode ser explicado pela dinâmica de entrada das pacientes em nosso serviço, bem como por

características específicas da disfunção. Grande parte das situações que promovem a diminuição dos sinais físicos de excitação sexual têm origem em causas orgânicas, facilmente acessíveis e tratáveis pelos ginecologistas, o que demandaria poucos encaminhamentos para tratamento mais específico no ambulatório de sexualidade. Por outro lado, o distúrbio de excitação de origem psicogênica se sobrepõe e se confunde facilmente com outras disfunções, especialmente o desejo hipoativo, sendo difícil e contraproducente determinar quem surgiu primeiro. A manifestação clínica mais evidente da ausência de excitação é a falta de lubrificação vaginal, resultando na dispareunia como sintoma predominante. Desta forma, acreditamos que os casos de disfunção de excitação ou foram solucionados em uma etapa prévia ou se encontram distribuídos entre as categorias diagnósticas de desejo hipoativo e dispareunia.

Existe intensa discussão acadêmica sobre a possibilidade do transtorno de excitação ser incorporado ao distúrbio de desejo hipoativo em versões posteriores do DSM. Graham⁸⁹ realizou ampla revisão sobre a aplicação do diagnóstico de disfunção de excitação, encontrando superposição significativa entre diagnósticos de disfunção de desejo e de excitação. A avaliação da prevalência do distúrbio é dificultada pelas limitações para avaliar a adequação do estímulo recebido e o estado menopausal. Raramente a disfunção de excitação é a queixa primária. As mulheres, com frequência, são incapazes de diferenciar desejo, interesse e excitação. Parece não haver uma padronização na sequência temporal destes fenômenos.

O estudo de Carvalheira et al.⁵⁵ avaliou 36.887 mulheres que responderam a um questionário via internet, visando explorar as motivações para iniciar a atividade sexual, as fantasias, a excitação e seu reconhecimento e a correlação destas variáveis com o tempo de relacionamento. Das mulheres com facilidade de excitação, 15,5% referiram só iniciar a relação se sentissem desejo, enquanto 30,7% admitiram sentir desejo somente após sentir a excitação. A duração do relacionamento foi relacionada de maneira negativa quanto à frequência de iniciar a relação, a satisfação com sua própria sexualidade e a satisfação sexual com o parceiro.

Brotto et al.⁹⁰, comparando 31 mulheres com dificuldade de excitação e 30 sem dificuldade por meio de pletismografia vaginal, perceberam que há uma heterogeneidade na apresentação do distúrbio, sendo que apenas o grupo com diagnóstico de distúrbio de excitação genital apresentava evidências de dificuldades psicofisiológicas de excitação, enquanto as pacientes com diagnóstico de disfunção de excitação subjetiva e disfunção de excitação combinada não apresentavam diferenças em relação ao grupo controle. Resultado semelhante foi obtido por Laan et al.⁹¹, que compararam 29 mulheres com diagnóstico de disfunção de excitação com 30 mulheres sem disfunção submetidas à pletismografia vaginal enquanto assistiam a imagens de conteúdo sexual, não encontrando diferenças significativas na amplitude do pulso vaginal em ambos os grupos. Brotto⁵³ sugere que há uma sobreposição importante entre desejo e excitação, e recomenda que ambos sejam combinados em um único diagnóstico, obtendo a concordância

de Simon⁹². Da mesma forma, a aversão sexual deveria ser classificada como um subtipo dos transtornos de ansiedade, e não como uma disfunção sexual. Para Janini et al.⁹³, toda disfunção sexual envolve aspectos psicogênicos e relacionais, sendo inútil a distinção entre orgânico e psicogênico na elaboração do diagnóstico destes distúrbios. Bancroft e Graham⁹⁴ afirmam que a resposta vaginal a estímulos sexuais ocorre de maneira automática, independente do valor atribuído a esta resposta ou a sua associação com a excitação subjetiva, enquanto para Laan et al.⁹⁵ em mulheres sem comorbidades físicas ou mentais, a falta de responsividade sexual a estímulos sexuais não seja um critério válido de diagnóstico. Os problemas sexuais das mulheres com distúrbio de excitação não estão relacionados ao seu potencial para excitação genital. Em outro estudo, Brotto et al.⁹⁶ realizaram entrevistas detalhadas com mulheres portadoras de disfunção de excitação (n=12, idade média 45 anos) e sem disfunção (n=10, idade média 55 anos), constatando que as experiências relativas ao desejo não variaram entre os dois grupos. A resposta do parceiro e a conexão emocional foram descritos como os mais importantes na ativação do desejo.

O instrumento utilizado QSF (Abdo⁷⁹ provavelmente é o único instrumental de avaliação de resposta sexual validado para o contexto brasileiro. Na literatura encontramos apenas o trabalho de Fleury²¹ que utilizou o mesmo instrumental na avaliação de procedimentos terapêuticos. Dentre os diversos instrumentais relatados na revisão da literatura, o mais frequentemente utilizado é o Female Sexual Functioning Index (FSFI)^{65,68},

cujas validações para o idioma português foram feitas apenas após a conclusão da coleta de dados deste estudo⁷¹.

O escore do QSF total (Tabela 2) variou em média 18,08 pontos nas pacientes submetidas à terapia, e 0,83 pontos negativos nas pacientes do grupo controle, evidenciando o benefício obtido pela TCC quando comparado ao tratamento expectante. O fato de as pacientes do grupo controle apresentarem variação negativa em um valor próximo a zero aponta para a dificuldade de resolução espontânea das disfunções sexuais.

Segundo Mitchella et al.⁹⁷ a adaptação a um problema sexual pode seguir três estratégias principais: 1) alterar as circunstâncias para se adaptar ao objetivo, como buscar terapia ou terminar um relacionamento; 2) alterar os objetivos para se adaptar às circunstâncias, como mudar o conceito do que é desejável sexualmente ou 3) viver com um hiato entre o objetivo e as circunstâncias, pela negação ou evitação do problema. A severidade do problema, sua conceituação e o contexto da parceria são fatores que influenciam de maneira importante para uma adaptação bem-sucedida. A terapia cognitivo-comportamental atua diretamente nas duas primeiras estratégias adaptativas citadas ao reestruturar conceitos sobre as circunstâncias e objetivos, enquanto o grupo controle se encaixa na terceira alternativa proposta.

A terapia cognitivo-comportamental já foi utilizada com sucesso no manuseio do estigma relacionado à infecção pelo HIV⁸², em situações de estresse pós-traumático⁹⁸ e em pacientes com limitações intelectuais⁹⁹, dentre outros problemas de saúde mental.

Seu uso no tratamento das disfunções sexuais femininas baseia-se nas mudanças dos pensamentos disfuncionais associados à prática sexual. Para Nobre e Gouveia¹⁰⁰, pacientes com disfunção sexual apresentam frequência maior de pensamentos disfuncionais durante a atividade sexual que pacientes sem disfunção. Ideias sobre fracasso, negação, insatisfação e falta de pensamentos eróticos foram mais frequentes de maneira significativa em mulheres disfuncionais, evidenciando o potencial da TCC para atuar diretamente sobre estes pensamentos. Segundo Bitzer e Brandenburg¹⁰¹, muitas mulheres podem se beneficiar apenas pela oportunidade de expor seus problemas em um ambiente acolhedor, considerando a TCC uma boa alternativa para aquelas que necessitam de psicoterapia, seja isoladamente ou em conjunto com outras técnicas. Para Hoyer et al.¹⁰² a TCC é capaz de melhorar disfunções sexuais mesmo quando estas não são o foco primário do tratamento, correlacionando-se ao sucesso do tratamento da patologia psiquiátrica primária, que é objeto da intervenção. DeJong et al.¹⁰³ consideram a importância do nojo ou repulsa ao sexo como fator desencadeador das DSF, e a ausência deste fator dentro das definições clínicas das mesmas. A partir deste ponto de vista, a TCC seria o método terapêutico mais adequado para o tratamento das DSF que tivessem este componente emocional como fator desencadeante. A TCC é recomendada no tratamento de disfunções sexuais dolorosas por diversos autores¹⁰⁴⁻¹⁰⁸.

Entre as participantes do presente estudo, as diferenças entre as respostas a cada questão do QSF individualmente foram avaliadas,

observando-se que a resposta à maioria das questões obteve uma variação maior no grupo terapia que no grupo controle. Nas questões referentes à lubrificação e à perda da concentração a variação encontrada não foi considerada estatisticamente significativa. Os domínios da sexualidade discriminados pelo QSF também apresentaram consistentemente variação positiva a favor do grupo terapia.

O trabalho terapêutico em grupo já foi utilizado por Crowley et al.¹⁰⁸ para o tratamento do vaginismo, por Bout et al.¹⁰⁹, em casais onde um dos participantes tinha histórico de problemas mentais e por Lorena et al.¹¹⁰ no tratamento de amores obsessivos. Gabban¹¹¹ descreve um programa de terapia de grupo para mulheres com disfunção orgásmica baseado no aprendizado das funções sexuais, em como reconhecer e reivindicar suas necessidades sexuais e na análise de fatores pessoais e socioculturais que podem ser impeditivos ao prazer, associado a exercícios respiratórios e musculares que enfatizam a movimentação rítmica associada à sensação de prazer. As autoras valorizam a troca de experiências e a validação de comportamentos entre as participantes como uma das grandes vantagens do modelo grupal. Da mesma forma, Seager e Thümmel¹¹² propuseram a criação de grupos de terapia específicos para homens, destinados a facilitar a superação de sentimentos de vergonha ou culpa, permitindo que os participantes acessem porções não aparentes de suas personalidades.

A revisão da literatura realizada por Almás e Landmark¹¹³ ressalta a pequena quantidade de estudos randomizados com caso-controle para a avaliação das diferentes modalidades terapêuticas não farmacológicas para

o tratamento das DSF, considerando a terapia de grupo instrumento especialmente útil para lidar com questões relacionadas a relacionamentos interpessoais.

O desfecho de um trabalho de terapia de grupo depende em grande parte da atuação dos participantes do grupo. Hoffman et al.¹¹⁴ analisaram fatores comportamentais que poderiam influenciar no resultado positivo ou negativo da terapia de grupo, concluindo que a diferença entre estes comportamentos é sutil demais para ser detectada pelos facilitadores do grupo.

Nossa experiência com os grupos terapêuticos foi bastante positiva. As diferentes características de personalidade e as histórias de vida das participantes permitiram sua integração no contexto do grupo, tanto pela percepção de não ser a única pessoa do mundo a experimentar uma dificuldade sexual quanto pela troca de vivências e de estratégias de enfrentamento do problema propostas por alguém em condição de igualdade nesse assunto. Pessoas tímidas com relação ao tema ou com dificuldades de expressão se beneficiaram ao participar das discussões com mulheres mais desinibidas, que exprimiam seus conceitos e fantasias sobre sexualidade e incitavam as demais a um posicionamento sobre o tema, seja pela aceitação das “sugestões” da colega, seja pelo confronto com as ideias apresentadas, levando a uma reflexão sobre o tema em qualquer um dos casos.

Percebemos que o sucesso do tratamento está mais relacionado com o compromisso que a mulher assume para a resolução de seu problema e

com a motivação para a realização das tarefas propostas do que com a forma como ela se expressa no grupo. Pacientes extremamente falantes, que tentam monopolizar a atenção do grupo, mas não se empenham na elaboração, realização e reflexão sobre as tarefas propostas podem ter resultados piores que pacientes mais caladas e pouco participativas.

A inserção da terapia sexual no contexto da saúde pública também mereceu a atenção de diversos autores.

Para Wilye et al.¹¹⁵, é possível oferecer bons serviços de terapia sexual em um contexto de saúde pública desde que alguns cuidados sejam tomados. Uma vez que os serviços sejam disponibilizados são necessárias estratégias de governança clínica para monitorar a segurança e a qualidade das práticas clínicas, as quais devem ser revisadas e aprimoradas periodicamente a fim de atingir padrões previamente estabelecidos. Um planejamento de negócios adequado deve ser realizado, uma vez que a maioria dos tratamentos psicoterapêuticos requer alto investimento em recursos humanos. Potenciais riscos e efeitos colaterais do tratamento devem ser identificados. Prontuários e termos de consentimento adequados devem ser desenvolvidos e formalizados. Foley et al.¹¹⁶ apontam para o impacto econômico das disfunções sexuais, ao constatar que mulheres com diagnóstico de desejo hipoativo utilizam mais os serviços de saúde quando comparadas com mulheres sem diagnóstico de disfunção sexual. Estes custos mais elevados decorrem do maior uso de serviços ambulatoriais e de medicamentos prescritos. Da mesma forma, VanLankveld e Kuile¹¹⁷

discutem a necessidade de interação da terapia sexual com outros campos da psicologia, embora reconheçam certas especificidades da terapia sexual.

Kingsberg¹¹⁸ e Frank et al.¹¹⁹ concordam em suas avaliações sobre as limitações existentes para o diagnóstico e tratamento a queixas sexuais nos serviços de saúde. A avaliação de uma queixa sexual durante a consulta médica encontra limitações de tempo, de desconforto, tanto do médico quanto do paciente, dificuldade em estabelecer o diagnóstico, ausência de serviços de referência e opções terapêuticas limitadas. Para estes autores, a limitação de tempo pode ser resolvida pelo reconhecimento da queixa da paciente e agendamento de seguimento posterior. O desconforto dos profissionais depende de maior treinamento sobre o tema, enquanto diversos instrumentos de autorrelato estão disponíveis para minimizar o desconforto das pacientes, embora sejam mais utilizados em pesquisas clínicas. Os limitantes para o tratamento das disfunções sexuais femininas são a ausência de um fator causal único, a sobreposição de disfunções em uma mesma paciente, a pouca disponibilidade das opções terapêuticas disponíveis e a baixa familiaridade dos profissionais com estas opções. Educação e terapia permanecem como os fundamentos do tratamento das disfunções sexuais femininas, na medida em que ainda não se conseguiu comprovar empiricamente a eficácia de qualquer forma de farmacoterapia para estes casos.

Hordern et al.¹²⁰ identificaram em profissionais de saúde da área oncológica da Austrália vinte obstáculos para a comunicação a respeito de sexualidade, e realizaram oficinas com estes profissionais sobre o tema,

obtendo uma diminuição expressiva em 16 dos 20 motivos para não falar sobre sexo e resultando em um maior índice de consultas onde o assunto era abordado.

Aslan e Fines¹²¹ ressaltam a importância do treinamento dos profissionais de saúde e a necessidade de padronização internacional dos conceitos para que o sistema de saúde possa lidar com as DSF, enquanto Parish¹²² acredita que o conhecimento sobre as definições e a prevalência das DSF podem auxiliar médicos de família a identificar melhor esses distúrbios.

As DSF constituem importante problema de saúde pública em todo o mundo. Diversos estudos comprovam sua alta prevalência. Vahdaninia et al.¹²³, avaliando 1.540 mulheres sexualmente ativas em um serviço de atendimento primário no Irã, encontraram prevalência de 51% de disfunções sexuais. Destas, 38,5% nunca procuraram ajuda para seus problemas. Singh et al.¹²⁴ observaram prevalência de 73,2% de DSF em pacientes de um serviço terciário na Índia. Para Ishak et al.¹²⁵, a prevalência de DSF em um serviço de atendimento primário na Malásia foi de 25,8%. Grazziotin¹²⁶, pesquisando 2.467 mulheres de 20 a 70 anos na França, Itália, Alemanha e Reino Unido verificou haver correlação positiva entre envelhecimento e DSF, enquanto o grau de desconforto apresentou relação negativa com a idade. Notou ainda a influência de fatores socioculturais na variação da prevalência das DSF.

O modelo de trabalho de grupo proposto se enquadra nas características desejáveis para o uso de saúde pública na medida em que

estabelece serviços de referência e que apresenta um tempo limitado de tratamento para um grande número de mulheres simultaneamente, com bons resultados clínicos. Ainda são necessários mais estudos a fim de identificar fatores específicos que possam ter influência sobre o desfecho do processo terapêutico, a fim de instrumentalizar os profissionais que realizam o atendimento primário para reconhecer e encaminhar de maneira mais objetiva as pacientes disfuncionais com maiores chances de se beneficiarem com a terapia. O desconforto dos profissionais para lidarem com o tema deve ser objeto de reflexão para os setores ligados à formação médica.

8 CONCLUSÕES

- Os resultados obtidos demonstram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento das disfunções sexuais femininas.

- Pelas características deste tipo de tratamento observadas na evolução das pacientes que aderiram ao processo terapêutico, comprova-se sua aplicabilidade em um contexto de saúde pública.

- A TCC atuou de forma efetiva em todos os cinco domínios da sexualidade discriminados pelo instrumento de avaliação utilizado.

Anexo I – Ficha de Anamnese Sexual

RGICHC: _____ DATA: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____
IDADE: _____ RELIGIÃO: _____ PRATICANTE: ()SIM ()NÃO
PROFISSÃO: _____ EMPREGADA: ()SIM ()NÃO
PROCEDÊNCIA: _____ EM SÃO PAULO HÁ: _____ (mês/ano)
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____
GRAU DE INSTRUÇÃO: _____
ESTADO CIVIL ATUAL _____ HÁ QUANTO TEMPO: _____
RAÇA (AUTORREFERIDA): _____

II. PARCEIRO

NOME: _____
IDADE: _____ RELIGIÃO: _____ PRATICANTE: ()SIM ()NÃO
PROFISSÃO: _____ EMPREGADO: ()SIM ()NÃO
GRAU DE INSTRUÇÃO: _____
RAÇA: _____

III. QUEIXA SEXUAL

IV. ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS/CIRURGIAS: _____

MEDICAMENTOS EM USO: _____

TABAGISMO? ()NÃO ()SIM, QUANTO/DIA: _____ HÁ QUANTO TEMPO? _____
ÁLCOOL? ()NÃO ()SIM, O QUÊ? _____ FREQUÊNCIA: _____
USA DROGAS? ()NÃO ()SIM, QUAL(is)? _____

V. ANTECEDENTES GINECO/OBSTÉTRICOS

MENARCA: _____ CICLOS: ____/____/____ REGULARES? SIM() NÃO()

DUM: ____/____/____

Sintomas associados: CÓLICAS () ALT. HUMOR () INCHAÇO () CEFALÉIA ()

____ GESTA ____ PARA ____ ABORTO IDADE DOS FILHOS: _____

ANTICONCEPÇÃO: _____

TERAPIA HORMONAL? NÃO () SIM () HÁ QUANTO TEMPO? _____

CIRURGIAS GINECOLÓGICAS: _____

VI. HISTÓRICO SEXUAL

IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL: _____ COM QUEM?: _____

COMO FOI? _____

ONDE FOI: _____

HISTÓRIA DE ABUSO SEXUAL? () NÃO () SIM _____

MASTURBAÇÃO: () SIM () NÃO DESDE QUANDO?: _____

MASTURBA-SE ATUALMENTE? () SIM () NÃO POR QUÊ? _____

PREFERÊNCIA SEXUAL: _____ ORIENTAÇÃO SEXUAL? POR QUEM? _____

QUANTOS PARCEIROS NA VIDA? _____

DESCREVA: _____

SEXO ORAL: () PRÁTICA () RECEBE. O QUE ACHA? _____

SEXO ANAL: () SIM () NÃO. O QUE ACHA? _____

VII. RESPOSTA SEXUAL

DESEJO: _____

LUBRIFICAÇÃO: _____

ORGASMO: _____

DISPAREUNIA: () NÃO () SIM DESCREVA: _____

TEM REL. SEXUAL ATUALMENTE? () SIM () NÃO FREQUÊNCIA (X/SEM): _____

O QUE ACHA? _____

O QUE ACHA DO PRÓPRIO CORPO? _____

COMO AVALIA SEU RELACIONAMENTO ATUAL? _____

EXPECTATIVAS QUANTO AO TRATAMENTO: _____

VI. DIAGNÓSTICOS

F52.0 – Ausência ou perda do desejo sexual ()

F52.1– Aversão sexual e ausência de prazer sexual ()

F52.2 – Falha de resposta genital ()

F52.3 – Disfunção orgástica ()

F52.5 – Vaginismo não orgânico ()

F52.6 – Dispareunia não orgânica ()

F52.7 – Apetite sexual excessivo ()

F52.8 – Outras disf. sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica ()

F52.9 – Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada ()

SCORE QSF CONSULTA INICIAL: _____ SCORE BECK CONSULTA INICIAL: _____

VII. PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

GRUPO: _____

INÍCIO: __/__/__

FACILITADOR: _____

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAME				
DATA	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
DIA DO CICLO				
TESTOSTERONA TOTAL				
TESTOSTERONA LIVRE				
ANDROSTENEDIONA				
17-OH-P				
DHEA				
DHEA-S				
SHBG				
ESTRADIOL				
LH				
FSH				
PROLACTINA				
TSH				
T4 LIVRE				
GLICEMIA JEJUM				
INSULINA BASAL				
COLESTEROL TOTAL				
COLESTEROL HDL				
COLESTEROL LDL				
COLESTEROL VLDL				
TRIGLICÉRIDES				

Anexo II – QSF

Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda este questionário com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

- 0 = nunca
- 1 = raramente
- 2 = às vezes
- 3 = aproximadamente 50% das vezes
- 4 = a maioria das vezes
- 5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação de seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual quando o pênis penetra em sua vagina?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Anexo III – Inventário Beck de Depressão

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.

- 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

- 10.** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5,0 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo IV – Termo de Consentimento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

(Instruções para preenchimento no verso)

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO.:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD(.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO.:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo: um método terapêutico no tratamento de disfunções sexuais femininas**

2. PESQUISADOR: **Elsa Gay Pereyra**.....

CARGO/FUNÇÃO: **Médico**..... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº

UNIDADE DO HCFMUSP: **agin 6003**.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO

RISCO MÍNIMO **X**

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : **1 ano**.....

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa. Os problemas da sexualidade da mulher ainda são um tema pouco discutido dentro da área de saúde. Diferentes formas de abordagem para estes problemas vêm sendo experimentadas nas últimas décadas. Esta pesquisa busca avaliar a eficácia da psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento das disfunções sexuais femininas.
 2. Procedimentos que foram utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais. Após a avaliação pelo seu médico, as pacientes que tiverem queixas sexuais serão encaminhadas para um acompanhamento no setor especializado. As participantes passarão por uma entrevista individual, onde serão colhidos os dados iniciais e será solicitado o preenchimento do Questionário de Satisfação Sexual (QSF) onde cada participante fará uma avaliação de sua própria função sexual. Foram ainda solicitados exames de sangue para avaliação das condições hormonais. As pacientes foram convidadas a participar de um grupo terapêutico, onde, com outras mulheres com problemas semelhantes, foram acompanhadas por oito semanas consecutivas. No grupo foram discutidos temas relativos à sexualidade e propostos exercícios para realizar em casa, a sós ou com o(a) parceiro(a). Estes exercícios tiveram como objetivo ajudá-las a resolver o problema sexual que as levaram ao ambulatório. A cada semana foram analisados os resultados obtidos nas tarefas propostas na semana anterior e propostas novas tarefas para a semana seguinte. Ao final do grupo foram preenchidos novamente os questionários aplicados na primeira entrevista. Após o término do grupo a paciente foi acompanhada em consultas individuais em intervalos de um mês, três meses e seis meses, onde os mesmos questionários voltaram a ser preenchidos. Foi avisado que caso houvesse necessidade ela seria encaminhada para acompanhamento individualizado.
 3. Desconfortos e riscos esperados. Não se espera desconforto físico de qualquer natureza neste estudo, exceto pelo momento da coleta de sangue.
 4. Benefícios que poderão ser obtidos. Esperamos obter melhorias significativas na forma como as participantes lidam com suas dificuldades sexuais.
 5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo. Casos excepcionais podem ser encaminhados para outros tipos de tratamento, tal como psicoterapia individual.
-

10 REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*. Guatemala; mayo 2000.
2. World Health Organization. *Sexual health: a new focus for WHO*. Progress in reproductive health research 2004;67.
3. Groneman C. *Ninfomania: história*. Rio de Janeiro: Imago; 2001. p.194.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
5. McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex Marital Ther*. 1997;23(4):276-90.
6. VanAnders SM, et al. Preliminary clinical experience with androgen administration for pre-and postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(3):173-85.
7. Caruso S, et al. Prospective study on sexual behavior of women using 30 microg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive. *Contraception*. 2005;72(1):19-23.
8. Caruso S, et al. Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. *Contraception*. 2004;69(3):237-40.
9. Labrie F, et. al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause*. 2009;16(5):923-31.
10. Wylie K, Malik F. Review of drug treatment for female sexual dysfunction. *Int J STD AIDS*. 2009;20:671-4.
11. Panjari M, et al. (2009), A Randomized Trial of Oral DHEA Treatment for Sexual Function, Well-Being, and Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women with Low Libido. *J Sex Med*. 2009;6:2579-90.

12. Philipp M, Kohnen R, Benkert O. A comparison study of moclobemide and doxepin in major depression with special reference to effects on sexual dysfunction. *Int Clin Psychopharmacol*. 1993;7(3-4):149-53.
13. Clayton AH, Hamilton DV. Female sexual dysfunction. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(2):323-38.
14. Jordan R, Hallam TJ, Molinoff P, Spana C. Developing treatments for female sexual dysfunction. *Clin Pharmacol Ther*. 2011;89(1):137-41.
15. Berman JR, et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):411-20.
16. Cavalcanti AL. *Efeitos do citrato de sildenafil na circulação do clitóris em mulheres na pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por Doppler* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
17. Berman JR, et al. Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol*. 2003;170(6 Pt 1):2333-8.
18. Bertolasi L, et al. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obst Gynecol*. 2009;114(5):1008-16.
19. Petersen CD, Giraldi A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum toxin type A – a novel treatment for provoked Vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, Double Blinded Study. *J Sex Med*. 2009;6:2523-37.
20. Van Lankveld JJ, et al. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med*. 2010;7:615-31.
21. Fleury HJ. *Estudo comparativo entre dois modelos de intervenção sobre as manifestações da sexualidade na perimenopausa: modelo fitoterápico e modelo psicoterapêutico associado ao fitoterápico*

- [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
22. Mazaro-Costa R, Andersen ML, Hachul H, Tufik S. Medicinal plants as alternative treatments for female sexual dysfunction: utopian vision or possible treatment in climacteric women? *J Sex Med.* 2010;7:3695-714.
 23. Rowland DL, Tai W. A review of plant-derived and herbal approaches to the treatment of sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(3):185-205.
 24. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
 25. Cavalcanti R, Cavalcanti M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais.* São Paulo: Roca; 1992.
 26. Ellis H. *Psicologia do sexo.* Rio de Janeiro: Bruguera; 1971.
 27. Sandroni P. Aphrodisiacs past and present: a historical review. *Clin Auton Res.* 2001;11(5):303-7.
 28. Kochakian CD. History, chemistry and pharmacodynamics of anabolic-androgenic steroids. *Wien Med Wochenschr.* 1993;143(14-15):359-63.
 29. Cussons AJ, Bhagat CI, Fletcher SJ, Walsh JP. Brown-Sequard revisited: a lesson from history on the placebo effect of androgen treatment. *Med J Aust.* 2002;177(11-12):678-9.
 30. Masters WH, Johnson VE. *A resposta sexual humana.* São Paulo: Roca; 1984.
 31. Kaplan HS. *A nova terapia do sexo.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1974.
 32. Kaplan HS. *O desejo sexual.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1979.
 33. Basson R, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163:888-93.

34. Basson R. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*. 2004;11(6):714-25.
35. Basson R. Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause*. 2004;11(6):709-13.
36. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005;172(10):1327-31.
37. Basson R, et al. *Women's sexual desire and arousal disorders and sexual pain in The Second International Consultation on Sexual Medicine: male and female dysfunction*. Paris: Health Publications Limited; 2004.
38. American Psychiatric Association. *DSM IV TR – manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
39. Walton B, Thorton T. Female sexual dysfunction. *Curr Womens Health Rep*. 2003;3(4):319-26.
40. Clayton AH. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(3):673-82.
41. Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav*. 2004;33(6):527-38.
42. Brezsnjak M, Whisman MA. Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *J Sex Marital Ther*. 2004;30(3):199-217.
43. Oberg K, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: an epidemiological approach. *Int J Impot Res*. 2004;16(3):261-9.
44. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav*. 1998;27(3):295-307.

45. Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behav.* 1987;16(2):91-106.
46. Kilmann PR, et al. Perspectives of sex therapy outcome: a survey of AASECT providers. *J Sex Marital Ther.* 1986;12(2):116-38.
47. Nutter DE, Condrón MK. Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire versus normal controls. *J Sex Marital Ther.* 1983;9(4):276-82.
48. Martin-Loeches M, et al. A comparative analysis of the modification of sexual desire of users of oral hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003;8(3):129-34.
49. Schmitt DP, et al. International Sexuality Description Project. Universal sex differences in the desire for sexual variety: tests from 52 nations, 6 continents, and 13 islands. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(1):85-104.
50. Basson R, Wierman ME, Lankveld J, Brotto L. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *J Sex Med.* 2010;7:314-26.
51. Brotto LA, et al. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):586-614.
52. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):221-39.
53. Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for sexual aversion disorder. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):271-7.
54. Evangelia N, et al. Level of bother and treatment-seeking predictors among male and female in-patients with sexual problems: a hospital-based study. *J Sex Med.* 2010;7(2 Pt 1):700-11.
55. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text

- revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med.* 2010;7(4 Pt 1):1454-63.
56. Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. *J Sex Med.* 2006;3:408-18.
 57. Fishman JR. Manufacturing desire: the commodification of female sexual dysfunction. *Soc Stud Sci.* 2004;34(2):187-218.
 58. Few C. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevance to sexual health work with young women? *J Adv Nurs.* 1997;25(3):615-25.
 59. Modelska K, Cummings S. Female sexual dysfunction in postmenopausal women: systematic review of placebo-controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(1):286-93.
 60. Anastasiadis AG, et al. Hormonal factors in female sexual dysfunction. *Curr Opin Urol.* 2002;12(6):503-7.
 61. Morrell MJ, Guldner GT. Self-reported sexual function and sexual arousability in women with epilepsy. *Epilepsia.* 1996;37(12):1204-10.
 62. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther.* 1996;22(3):175-90.
 63. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav.* 1994;23(6):627-43.
 64. Cayan S, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *J Sex Marital Ther.* 2004;30(5):333-41.
 65. Rosen R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self report instrument for assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191-208.

66. Chandraiah S, Levenson JL, Collins JB. Sexual dysfunction, social maladjustment, and psychiatric disorders in women seeking treatment in a premenstrual syndrome clinic. *Int J Psychiatry Med.* 1991;21(2):189-204.
67. Paixão JS. *Comportamento sexual de mulheres com síndrome dos ovários policísticos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
68. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
69. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther.* 2003;29(1):39-46.
70. Meston C, Trapnell P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *J Sex Med.* 2005;2(1):66-81.
71. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do female sexual function index. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2009;25(11):2333-2344.
72. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16(2):160-6.
73. Abdo C. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Bregantini; 2004.
74. Derogatis L, et al. Validation of the profile of female sexual function (PFSF) in surgically and naturally menopausal women. *J Sex Marital Ther.* 2004;30(1):25-36.

75. Quirk FH, et al. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11(3):277-89.
76. Busing S, Hoppe C, Liedtke R. Sexual satisfaction of women – development and results of a questionnaire. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2001;51(2):68-75.
77. Clayton AH. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(3):673-82.
78. Hurlbert DF. The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *J Sex Marital Ther.* 1991;17(3):183-90.
79. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente Sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.* 2006;63(5):477-82.
80. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
81. Walen S, Wolfe JL. Sexualidade da mulher. In: White JR, Freeman AS. *Terapia cognitivo comportamental em grupo para populações e problemas específicos.* São Paulo: Roca; 2003. p.349-79.
82. Tshabalala J. *A model of cognitive behavioural therapy for HIV-positive women to assist them in dealing with stigma* [PhD thesis]. Pretoria: University of Pretoria; 2008.
83. Nobre PJ. Determinants of sexual desire problems in women: testing a cognitive-emotional model. *J Sex Marital Ther.* 2009;35(5):360-77.
84. McCabe, MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2001;27:259-71.
85. Zimerman DE, et al. *Como trabalhamos com grupos.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

86. Rodrigues Jr OM, Organizador. *Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual*. São Paulo: Summus; 2001.
87. Heiman J, LoPiccolo L, LoPiccolo J. *Descobrendo o prazer*. São Paulo: Summus; 1976.
88. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essential medical statistics*. 2nd ed. Massachusetts: Blackwell Science; 2006. p.502.
89. Graham CA. The DSM Diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav*. 2009;39(2):240-55.
90. Brotto LA, Basson R, Gorzalka BB. Psychophysiological assessment in premenopausal sexual arousal disorder. *J Sex Med*. 2004;1(3):266-77.
91. Laan E, VanDriel EM, VanLunsen RHW: genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med*. 2008;5(6):1424-35.
92. Simon JA. Low sexual desire – is it all in her head? Pathophysiology, diagnosis, and treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Postgrad Med*. 2010;122(6):128-36.
93. Jannini EA, et al. Organic vs. psychogenic? The Manichean diagnosis in sexual medicine. *J Sex Med*. 2010;7(5):1726-33.
94. Bancroft J, Graham CA. The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones Behav*. Jan 2011.
95. Laan E, Everaerd W, Both S. Female sexual arousal disorder. In: Balon R, Segraves RT, editors. *Handbook of sexual dysfunction*. Edited by Boca Raton, Fl.: Taylor & Francis; 2005. p.123-54.
96. Brotto LA, Heiman JR, Tolman DL. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *J Sex Res*. 2009;46(5):387-98.

97. Mitchella KR, Kingb M, Nazarethc I, Wellingsa K. Managing sexual difficulties: a qualitative investigation of coping strategies. *J Sex Res.* 2011;48(4):325-33.
98. Sobel AA, Resick PA, Rabalais AE. The effect of cognitive processing therapy on cognitions: impact statement coding. *J Trauma Stress.* 2009;22(3):205-11.
99. Jahoda A, et al. Cognitive behavioral therapy: from face to face interaction to a broader contextual understanding of change. *J Intel Disabil Res.* 2009;53(pt 9):759-71.
100. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cogn Ther Res.* 2008;32:37-49.
101. Bitzer J, Brandenburg U. Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas.* 2009;63(2):160-3.
102. Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, Jacobi F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Sexual Relationship Ther.* 2009;24(1):64-73.
103. DeJong PJ, Lankveld J, Elgersma HJ, Borg C. Disgust and sexual problems – theoretical conceptualization and case illustrations. *Int J Cogn Ther.* 2010;3(1):23-39.
104. Engmana M, Wijmab K, Wijmaa B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cogn Behav Ther.* 2010;39(3):193-202.
105. Brauer M, et al. Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2009;38:486-97.
106. Bergeron S, Landry T, Leclerc B. Cognitive-behavioral, physical therapy, and alternative treatments for dyspareunia. In: Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, editors. *Female sexual pain disorders.* Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2009.

107. Bergeron S, Lord MJ. The integration of pelvi-perineal re-education and cognitive-behavioural therapy in the multidisciplinary treatment of the sexual pain disorders. *Sexual Relationship Ther.* 2003;18(2):135-141.
108. Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ.* 2009;338:b2284.
109. Bout J, Sytema S, Rankin J. The monster in between: working with couples in intensive group treatment. *J Family Psychother.* 2008;19(2):157-69.
110. Lorena A, et al. Group therapy for pathological love. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(3):290-301.
111. Gabban CG. Group therapy for women with orgasm disorders. *Sexologies.* 2008;17(Suppl 1):S121. Abstracts of the 9th Congress of the European Federation of Sexology; 2008.
112. Seager M, Thümmel U. Chocolates and Flowers? You must be joking! Of men and tenderness in group therapy. *Group Analysis.* 2009;42(3):250-71.
113. Almåsa E, Landmark B. Non-pharmacological treatment of sexual problems – A review of research literature 1970-2008. *Sexologies.* 2010;19:202-11.
114. Hoffmann LL, Gleave RL, Burlingame GM, Jackson AP. Exploring interactions of improvers and deteriorators in the group therapy process: a qualitative analysis. *Int J Group Psychother.* 2009;59(2):179-97.
115. Wylie KR, Jackson C, Hutchina BA, Fitter J. Working interactively using a systemic sex therapy model for common sexual problems within a modern health service setting. *Sexologies.* 2010;19:196-201.
116. Foley K, Foley D, Johnson BH. Healthcare resource utilization and expenditures of women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *J Med Econ.* 2010;13(4):583-90.

117. VanLankveld JJDM, Kuile M. Governance of sexual functioning by general vs. special psychological mechanisms remains an empirical issue. *Arch Sex Behav.* 2009;38:1048-9.
118. Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting. *J Fam Pract.* 2009;58(7 Suppl Hypoactive):S22-5.
119. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Phys.* 2008;77(5):635-42.
120. Hordern A, et al. (2009), Discussing sexuality in the clinical setting: The impact of a brief training program for oncology health professionals to enhance communication about sexuality. *Asia Pacific J Clin Oncol.* 2009;5:270-7.
121. Aslan E, Fynes M. Female sexual dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(2):293-305.
122. Parish SJ. From whence comes HSDD? *J Fam Pract.* 2009;58(7 Suppl Hypoactive):S16-21.
123. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Womens Health.* 2009;9:3.
124. Singh JC, et al. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med.* 2009;55(2):113-20.
125. Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J Sex Med.* 2010;7(9):3080-7.
126. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems – HSDD in Europe. *J Sex Med.* 2007;4(Suppl 3):211-9.