



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**ANA PAULA PITIÁ BARRETO**

**AS REPERCUSSÕES DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA  
FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DISFUNÇÃO  
SEXUAL: UMA ANÁLISE QUALITATIVA COMPARATIVA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Salvador-Bahia  
2017**

**ANA PAULA PITIÁ BARRETO**

**AS REPERCUSSÕES DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA  
FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DISFUNÇÃO  
SEXUAL: UMA ANÁLISE QUALITATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Medicina e Saúde Humana

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Virgínia Silva  
Lordêlo Garboggini

**Salvador-Bahia  
2017**

B273

Barreto, Ana Paula Pitiá.

As repercussões da psicoterapia cognitivo-comportamental na função sexual e qualidade de vida de mulheres com disfunção sexual: uma análise qualitativa: / Ana Paula Pitiá Barreto. - 2017.

, 85 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Patricia Virginia Silva Lordêlo Garboggini.

Mestre em Medicina e Saúde Humana 2017.

Inclui bibliografia.

1. Terapia cognitiva. 2. Sexualidade. 3. Serviços de saúde da mulher.

I. Título.

CDU 618.1

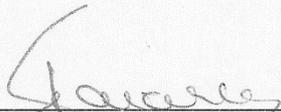
**ANA PAULA PITIÁ BARRETO**

**“AS REPERCUSSÕES DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NA FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA DE  
MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL: UMA ANÁLISE QUALITATIVA  
COMPARATIVA”**

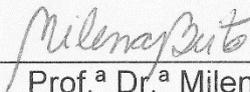
Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 04 de setembro de 2017.

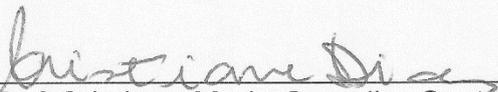
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Saskya Campos Tavares  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, UFRB



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Milena Bastos Brito  
Doutora em Ciências Médicas  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane Maria Carvalho Costa Dias  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

À meus filhos, Lucca e Raphael, razões da  
minha vida;  
À meu marido, Laércio, meu grande  
incentivador;  
À meus pais, inspirações na minha caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Toda Gratidão à Profa. Dra. Patrícia Lôrdelo pelo acolhimento a mim, a psicologia e a TCC, além de toda confiança, incentivo e inspiração nesta caminhada.

À minha querida Profa. Dra. Jeane Saskia Tavares pelo aceite em co-orientar este trabalho de forma tão disponível e amorosa.

À minha colega Psic. Bianca Teixeira por ter sido “meu braço direito” na coleta de dados com seu empenho no trabalho com grupo controle.

Às pacientes que puderam estar conosco ao longo deste período, gratidão por toda a entrega e confiança.

À minha amiga Cristina Brasil por todo aprendizado fornecido ao longo deste processo, pela disponibilidade em me apoiar e pela sincera amizade.

À minha amiga Amanda Lemos por todo afeto, amizade e incentivo, além de todo o cuidado, carinho e dedicação com a formatação deste trabalho.

À amiga Danielle Sodré gratidão pela parceria, trocas engrandecedoras e afeto nesta caminhada.

À família CAAP, pelas trocas, apoio afetivo, inspiração e incentivo nesta jornada.

Ao SEPSI da Bahiana pela generosidade em ceder as suas instalações para que os atendimentos desta pesquisa pudessem ser realizados.

Às minhas Comadres irmãs Patrícia Brandão e Milena Marquez, meu muito obrigada por compreenderem as minhas faltas neste período, sem nunca deixarem de me encorajar, apoiar e torcer por mim.

Ao meu marido, Laércio Almeida, por compreender de forma tão amorosa as minhas ausências e me apoiar incondicionalmente nesta caminhada.

Aos meus pais, Eduardo e Graça, pelo incentivo amoroso e por toda maternagem com os meus pequenos nos momentos em que precisei me ausentar.

Aos meus filhos, Lucca e Raphael, razões de toda a minha vida. Gratidão por existirem, por darem sentido a minha vida e torná-la mais leve.

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

**EBMSP** – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

## RESUMO

**Introdução:** Apesar de todas as iniciativas e de muitos avanços para desmistificar a temática da sexualidade, esta continua envolta por uma série de paradigmas e tabus, que acabam influenciando a saúde sexual das mulheres. A Psicoterapia Cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterapêutica que favorece a reestruturação de pensamentos e crenças disfuncionais e, mesmo sendo indicada como eficaz no tratamento das disfunções sexuais femininas, não foram encontradas pesquisas que a evidenciem sua eficácia quando comparada à educação sexual. **Objetivo Geral:** analisar as repercussões da TCC na função sexual e dimensões da qualidade de vida de mulheres com DS atendidas no Centro de Atenção ao Assolho Pélvico- CAAP, Salvador/ BA. Caracterizar o perfil das mulheres atendidas no CAAP neste protocolo e avaliar as repercussões da TCC na qualidade de vida, no autoconceito, na imagem corporal, na vida social, familiar, conjugal e afetiva, na área profissional e acadêmica da pessoa atendida. **Método:** estudo comparativo que utiliza do método qualitativo e delineamento de Análise de Conteúdo. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 a 59 anos, com resultado do FSFI, questionário que avalia função sexual, menor ou igual a 26 e excluídas aquelas com escores das escalas BECK entre moderado e grave, pacientes com outras patologias do assoalho pélvico. Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. As pacientes do Grupo Controle(n=05) foram submetidas a 10 sessões de educação sexual. As pacientes do Grupo Intervenção(n=07) participaram de 10 sessões de Psicoterapia Cognitivo-comportamental, baseado nos princípios e técnicas da TCC, juntamente com as sessões de Educação Sexual. Seis (n=06) categorias principais foram analisadas: Educação Sexual, Área Afetiva/Conjugal, Contexto Familiar, Área Social/Lazer, Imagem Corporal/Auto-cuidado e Função Sexual, foram analisadas por serem consideradas de maior relevância no estabelecimento da QV na população estudada. **Resultados:** Todas as pacientes (n=12) referiram não ter tido Educação Sexual. No que se refere a Área afetivo/conjugal, as pacientes do grupo intervenção que sofriam violência doméstica (n=02) puderam desenvolver estratégias de enfrentamento mais funcionais para lidar com seus parceiros. Grupo Intervenção (n=07): sete pacientes (n=07) passaram a incluir em sua dinâmica de vida atividades sociais/lazer. Na categoria Imagem corporal & auto-cuidado, cinco pacientes (n=05) demonstraram mais cuidado e satisfação na relação com o seu corpo. Quanto a FS, no início dos atendimentos toas as pacientes de ambos os grupos (n=12) apresentaram comprometimento nesta categoria. Após os atendimentos, sete pacientes(n=07) do grupo intervenção desenvolveram as atividades de auto-focagem genital, cinco (n=05) passaram a realizar masturbação e/ou melhora na FS. Grupo Controle(n=05): Não foram observadas alterações na categoria Área social/Lazer. Quanto a Imagem corporal & auto-cuidado, apenas uma (n=01) relatou ter iniciado atividades de auto-focagem genital. Quanto a FS nenhuma das pacientes referiu melhora. **Conclusão:** atribui-se A melhora na QV referida pelas pacientes à reestruturação cognitiva referente a crenças disfuncionais a respeito de sexo/sexualidade, ao re-estabelecimento de um auto-conceito adequado e ativação comportamental referente a vida social/lazer, seguindo os princípios e fundamento da TCC. Discute-se a necessidade de maior tempo para estabelecimento de aliança terapêutica e a inclusão dos parceiros no protocolo de tratamento.

**Palavras-chave:** Terapia cognitiva. Sexualidade. Serviços de saúde da mulher.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite all the initiatives and many advances to demystify sexuality, it remains surrounded by a series of paradigms and taboos that end up influencing the sexual health of women. Cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) is a psychotherapeutic approach that favors the restructuring of dysfunctional thoughts and beliefs and, although it is indicated as effective in the treatment of female sexual dysfunctions, no research has been found to prove its efficacy when compared to sexual education. General **Objective:** to analyze the repercussions of CBT on sexual function and quality of life dimensions of DS women attended at the Center for Attention to Pelvic Floor - CAAP, Salvador / BA. To characterize the profile of the women attending the CAAP in this protocol and to assess the repercussions of CBT on quality of life, self-concept, body image, social, family, marital and emotional life in the professional and academic area of the person served. **Method:** a comparative study that uses the qualitative method and the Content Analysis delineation. We included women aged between 18 and 59 years old, with FSFI, a questionnaire that assessed sexual function, less than or equal to 26, and excluded those with BECK scores between moderate and severe, patients with other pelvic floor pathologies. The semi-structured interview was used as data collection technique. Control Group patients (n = 05) were submitted to 10 sex education sessions. Intervention Group patients (n = 07) participated in 10 sessions of Cognitive-Behavioral Psychotherapy, based on the principles and techniques of CBT, along with the sessions of Sexual Education. Six (n = 06) main categories were analyzed: Sexual Education, Affective / Conjugal Area, Family Context, Social Area / Leisure, Body Image / Self Care and Sexual Function, were analyzed as being of greater relevance in establishing QoL in study population. **Results:** All patients (n = 12) reported not having sexual education. Regarding the affective / marital area, the patients in the intervention group who suffered domestic violence (n = 02) were able to develop more functional coping strategies to deal with their partners. Intervention Group (n = 07): seven patients (n = 07) started to include social / leisure activities in their life dynamics. In the category Body image & self-care, five patients (n = 05) showed more care and satisfaction in the relationship with their body. Regarding FS, at the beginning of the visits all patients in both groups (n = 12) presented impairment in this category. After the visits, seven patients (n = 07) of the intervention group developed the activities of genital self-focusing, five (n = 05) started to perform masturbation and / or improvement in FS. Control Group (n = 05): No changes were observed in the Social Area / Recreation category. Regarding Body Image & self-care, only one (n = 01) reported having initiated genital self-focusing activities. Regarding FS, none of the patients reported improvement. **Conclusion:** the improvement in the QoL referred by the patients to the cognitive restructuring regarding dysfunctional beliefs about sex / sexuality, the re-establishment of an adequate self-concept and behavioral activation referring to social / leisure life, is attributed to the principles and foundation of CBT. We discuss the need for more time to establish a therapeutic alliance and the inclusion of the partners in the treatment protocol.

**Keywords:** Cognitive Therapy. Sexuality. Women's health services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Procedimentos educação sexual: Grupo controle e grupo intervenção.....	28
<b>Quadro 2</b> - Procedimentos psicoterapia: Grupo intervenção.....	29

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAB	Ambulatório Docente-Assistencial da Bahiana
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BHS	<i>Beck Hopelessness Scale</i>
CAAP	Centro de Atenção ao Assoalho Pélvico
CAFIS	Clínica Avançada de Fisioterapia
CBT	Cognitive-behavioral psychotherapy
CID	Classificação internacional das doenças
DS	Disfunção sexual
DSM	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
FS	Função sexual
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QOL	Quality of life
QV	Qualidade de vida
RPD	Registro de pensamentos diários
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i>
TCC	Psicoterapia cognitivo comportamental ou terapia cognitivo comportamental
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	14
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	14
<b>3 RACIONAL TEÓRICO</b> .....	15
<b>3.1 Função sexual</b> .....	15
<b>3.2 As disfunções sexuais</b> .....	16
<b>3.3 Diagnóstico das disfunções sexuais</b> .....	17
<b>3.4 A construção da sexualidade feminina</b> .....	19
<b>3.5 A Terapia Cognitivo-Comportamental</b> .....	22
<b>3.6 A TCC no tratamento das disfunções sexuais femininas</b> .....	23
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	27
<b>4.1 Participantes</b> .....	27
<b>4.2 Produção de dados</b> .....	28
<b>4.3 Instrumentos utilizados na produção de dados</b> .....	31
4.3.1 Beck Depression Inventory – BDI (Anexo I).....	31
4.3.2 Beck Anxiety Inventory – BAI (Anexo II).....	32
4.3.3 Beck Hopelessness Scale – BHS (Anexo III).....	32
4.3.4 Questionário para avaliação da função sexual o Female Sexual Function Index –FSFI (Anexo IV).....	32
4.3.5 Questionário para avaliação da Qualidade de Vida o Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey - SF-36 (Anexo V). .....	32
4.3.6 Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada (Anexo VI) .....	33
<b>4.4 Análise dos dados</b> .....	33
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÃO</b> .....	36
<b>5.1 Análise das características sócio demográficas e clínicas</b> .....	36
<b>5.2 Análise das categorias observadas ao longo dos atendimentos (Avaliação Cognitiva)</b> .....	37
5.2.1 Histórico de educação sexual anterior ao atendimento .....	37
5.2.2 Área afetiva/conjugal .....	40
5.2.3 Contexto familiar .....	46

5.2.4 Área social/lazer.....	48
5.2.5 Imagem corporal e auto cuidado.....	50
5.2.6 Função sexual.....	53
5.2.7 Notas sobre o pós-protocolo.....	56
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Ocidente, a sexualidade tem sido historicamente envolta por tabus que reverberam na sociedade contemporânea, portanto abordar essa temática nos tempos atuais é ainda um processo delicado e complexo. Particularmente em relação à mulher, pode-se perceber esta dificuldade, pois embora o conhecimento acerca dos aspectos subjetivos que envolvem a sexualidade feminina venha sendo cada vez mais disseminado, este ainda não se dá de forma satisfatória.<sup>(1)</sup>

O termo sexualidade refere-se a uma gama de peculiaridades do ser humano que remonta a sua construção subjetiva de prazer passando por um contexto histórico, cultural, social, entre outros. No que se refere a relação afetiva interpessoal, a integração emocional, afetividade, comunicação entre parceiros fazem parte deste processo, estando as genitálias restritas ao mero funcionamento biológico.<sup>(2)</sup> Importante salientar que a saúde sexual se relaciona principalmente ao bem-estar biológico, psicológico e social do indivíduo, levando em consideração questões pessoais e idiossincráticas, bem como seus direitos e garantias sexuais.<sup>(3)</sup>

Quando existe algum comprometimento da qualidade da vida sexual, entende-se que existe uma disfunção. Estas são altamente prevalentes na sociedade e se configuram como um problema de saúde pública, contribuindo para a má qualidade de vida e baixos índices de satisfação pessoal.<sup>(4)</sup> Um estudo realizado no Brasil revelou que a prevalência de disfunção sexual pode chegar a 46,2% na população em geral, sendo que, 16,4% das mulheres pesquisadas não têm vida sexual ativa, 34,6% apresentam falta de desejo sexual, 29,3% apresentam disfunção orgásmica e 21,1% desta população relatou dor na relação sexual.<sup>(5)</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2006 lançou um documento em que se discutem questões relacionadas a saúde sexual, sendo essa considerada parte integrante da qualidade de vida. Quando existe a presença de disfunção sexual pode existir uma repercussão na auto-estima, comprometimento nas relações interpessoais sociais e afetivas, interferência no humor, na ansiedade e esperança, podendo abrir caminho para outras co-morbididades psíquicas.<sup>(6)</sup>

Visando o tratamento das Disfunções Sexuais (DS) e o re-estabelecimento da saúde e qualidade de vida do indivíduo, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) desenvolveu um

foco específico de tratamento para as DS, adotando como base a reestruturação de pensamentos disfuncionais, emoções negativas e comportamentos mal adaptativos.<sup>(7)</sup> A TCC é uma abordagem psicoterapêutica breve, orientada ao problema, que tem como objetivo instrumentalizar o paciente para a resolução dos mesmos. Sua eficácia no tratamento de diversos transtornos mentais vem sendo confirmada em diversos estudos em todo o mundo.<sup>(8,9)</sup>

Como constatado por Abdo et al (2002), a prevalência das DS é maior no gênero feminino, gerando sofrimento psíquico e desconforto emocional dessas mulheres.<sup>(5)</sup> Alguns autores têm discutido, que uma das causas da desconexão da mulher com o prazer e qualidade de vida sexual, esta na própria cultura milenar da representação do papel da mulher na sociedade e do papel da sexualidade para as pessoas que conviviam neste contexto.<sup>(5,10,11)</sup> Estes aspectos sociológicos, por sua vez, relacionam-se com fatores individuais como a ansiedade e as cognições disfuncionais (elementos centrais da TCC) que, para Barlow (1986) são as possíveis causas da dificuldade na erotização e prejuízo da atividade sexual.<sup>(12)</sup>

No que se refere ao tratamento das DS, especialmente na população feminina, foram encontrados poucos estudos no Brasil, inclusive utilizando-se da TCC como tratamento. Como referido anteriormente, as questões ligadas a sexualidade estão inseridas em um contexto sócio-histórico-cultural, sendo as crenças uma consequência deste. Sendo assim, ainda que a eficácia tenha sido comprovada, avaliar a repercussão do tratamento das DS Femininas em contexto social, histórico, político e antropológico diferentes se faz necessário, pois as cognições sofrem influência destes. Acredita-se que o uso da TCC no tratamento das DS Femininas possa ser bastante eficiente para a ressignificação de pensamentos e crenças disfuncionais, modificando, então, a resposta emocional e as fisiológicas e comportamentais, por consequência.

Diante do exposto, este estudo teve como questão de pesquisa: Quais as repercussões da TCC na função sexual e qualidade de vida mulheres com disfunção sexual que buscam psicoterapia no CAAP?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as repercussões da TCC na função sexual e qualidade de vida de mulheres com DS atendidas no Centro de Atenção ao Assolho Pélvico (CAAP), Salvador/ BA.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil das mulheres atendidas no CAAP neste protocolo;

Avaliar as repercussões da TCC na qualidade de vida, a partir das categorias autoconceito, na imagem corporal, na vida social, familiar, conjugal e afetiva, na área profissional e acadêmica da pessoa atendida.

Comparar os resultados obtidos no Grupo Controle (submetido somente a educação sexual) ao Grupo Intervenção (Submetidos a Psicoterapia Cognitivo-comportamental e Educação Sexual).

### 3 RACIONAL TEÓRICO

#### 3.1 Função sexual

A saúde sexual é definida pela OMS (2006) como um estado de bem-estar físico, psíquico, emocional que vai além da ausência de doenças nesta área. Um dos aspectos da saúde sexual é a função sexual que se refere ao ciclo de resposta fisiológico do indivíduo no momento da atividade sexual e que tem influência de aspectos subjetivos e fisiológicos.<sup>(6)</sup>

Masters e Johnson desenvolveram na década de 1960 um esquema interpretativo que foi primordial para a classificação posterior de indivíduos que possuem DS, denominado ciclo de resposta sexual.<sup>13</sup> De acordo com estes, há quatro fases no modelo normal de sujeitos que não apresentam disfunção, sendo estas: excitação, platô, orgasmo e resolução.<sup>(14)</sup>

O modelo do ciclo de resposta sexual apresentava inicialmente uma base estrutural constituída por estímulos internos, desencadeada por pensamentos e idealizações, e estímulos externos, provocados pelo olfato, visão, tato e gustação, sendo estes responsáveis pelo primeiro nível de excitação. A manutenção desses estímulos, é responsável por provocar o segundo nível do modelo, e a continuidade da intensidade estimulada, proporciona o orgasmo. Por conseguinte, a última etapa (resolução) se faz presente no momento em que o corpo volta ao seu estado normal e há estabilidade na frequência cardíaca, respiração, pressão arterial, e outros mecanismos internos.<sup>(14)</sup>

Embora este modelo tenha sido a base para o surgimento das classificações posteriores acerca das disfunções sexuais, Kaplan aperfeiçoou a teoria e acrescentou ao esquema os aspectos cognitivos e afetivos, fazendo deste, um modelo mais completo e preciso.<sup>(15)</sup> De acordo com Kaplan, o desejo sexual era o principal responsável por impulsionar o indivíduo a ter uma relação tornando-se assim, indispensável dentro deste processo.<sup>(16)</sup>

Recentemente, em 2011, foi publicado um novo modelo de ciclo de resposta sexual feminino proposto pela pesquisadora Rosemary Basson.<sup>(17)</sup> Este modelo propõe que a mulher pode partir de uma neutralidade de desejo e a partir de um estímulo externo despertar para a vontade da atividade sexual, além disso, há uma valorização de aspectos subjetivos da relação

afetiva e a compreensão de que a satisfação sexual pode estar presente para as mulheres, ainda que não tenha ocorrido o orgasmo.<sup>(17)</sup>

No entanto, é importante salientar que para o diagnóstico das Disfunções Sexuais os manuais apóiam-se nos modelos de Masters & Johnson<sup>(13)</sup> e Kaplan<sup>(16)</sup>.

### **3.2 As disfunções sexuais**

Uma disfunção sexual é caracterizada por uma perturbação nos processos do ciclo de resposta sexual ou por dores associadas à relação sexual. Sua causa é multifatorial e envolve aspectos diversos que são responsáveis pelo desencadeamento e/ou manutenção da disfunção. Os atuais sistemas de classificação, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria e publicado no Brasil em 2014<sup>(18)</sup>, assim como a Classificação Internacional das Doenças (CID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde, baseiam-se na conceituação das disfunções sexuais, tendo como alicerces os modelos propostos por Masters e Johnson e Helen Kaplan.<sup>(6)</sup>

Em consequência da contribuição de Kaplan ao modelo, ficou estabelecido que o esquema adequado para definir a resposta sexual saudável, de acordo com os critérios diagnósticos para transtorno da sexualidade apresentados no Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (2002)<sup>(18)</sup>, deve seguir a sequência de etapas que se inicia com o desejo, excitação, orgasmo, e por fim, resolução.<sup>(14)</sup> Este modelo permanece na versão atual deste manual publicada no Brasil no ano de 2014.<sup>(18)</sup>

Fatores psicogênicos disfuncionais, tais como ansiedade elevada, estresse e conflitos emocionais, podem influenciar de maneira prejudicial qualquer etapa do ciclo de resposta sexual. É indispensável levar em consideração os aspectos psicológicos e subjetivos de quem apresenta algum tipo de disfunção sexual, uma vez que estes são indispensáveis para a saúde e bem-estar integral desta pessoa.<sup>(4)</sup>

Há inúmeros tipos de DS e a multiplicidade de seus aspectos etiológicos, ainda estão relacionados à precariedade na unificação e padronização da construção de um diagnóstico acertado, fator este que na maioria das vezes, dificulta a escolha adequada para o tratamento mais apropriado.<sup>(3)</sup>

### 3.3 Diagnóstico das disfunções sexuais

De acordo com o DSM-V, para realização do diagnóstico adequado de quem refere algum tipo de disfunção sexual, é necessário levar em consideração alguns critérios indispensáveis no momento da anamnese e avaliação clínica. É fundamental que o paciente apresente uma sintomatologia mínima durante um período de seis meses. Ademais, é relevante distinguir as disfunções entre primárias – estando presentes ao longo da vida -, ou secundárias – se caracterizam por serem disfunções adquiridas -, bem como a distinção entre as disfunções generalizadas – existentes em qualquer parceria -, ou situacional – aplicado a uma determinada parceria ou situação. É imprescindível também, descartar a possibilidade dos sintomas serem advindos do parceiro, causa esta que não estaria associada a problema sexual na mulher.<sup>(18)</sup>

É importante salientar que se deve levar em consideração o contexto e cultura na qual o indivíduo está imerso, uma vez que as DS podem ser originadas de ordem biológica, bem como, de conflitos intrapsíquicos ou interpessoais, ou ainda, de uma combinação mútua entre ambos fatores.<sup>(18)</sup> Desta forma, as disfunções sexuais, de acordo com o DSM V, podem ser caracterizadas da seguinte maneira:

a) Devido à fatores psicológicos:

Ocorre quando fatores médicos, fisiológicos ou relacionados com o uso de substâncias, não exercem influência sobre a disfunção. Está ligada à fatores psicológicos, os quais mantêm ou agravam o quadro.

b) Devido à fatores combinados:

Pode referir-se à uma disfunção causada por fatores fisiológicos ou por uso de substâncias. Ou pode ser resultado da combinação tanto de fatores fisiológicos e uso de substâncias, quanto de fatores psicológicos.<sup>(18)</sup>

As DS que se desenvolvem a partir da indução de substâncias ou medicamentos evidenciam-se devido aos resultados de exames laboratoriais e físicos. As disfunções sexuais inseridas nesse contexto, são classificadas como durante a intoxicação (quando o indivíduo

preenche os requisitos de intoxicação e os sintomas desenvolvem-se durante a intoxicação), durante a abstinência (quando o indivíduo preenche os requisitos de abstinência e os sintomas desenvolvem-se durante ou logo após a intoxicação), ou após o uso de medicamento (quando os sintomas surgem durante o início do uso do medicamento, ou depois de alguma mudança no uso).<sup>(18)</sup>

De acordo com o DSM-V, cada disfunção sexual pode ser classificada de acordo com o grau de sofrimento que causa ao indivíduo podendo ser classificadas em leve, moderada ou grave.<sup>(18)</sup>

A Organização Mundial de Saúde em 2006 lançou um documento em que ela discute que existem diferenças na compreensão da sexualidade a partir do gênero e, além disso, a relevância de um olhar para além das dimensões físicas e psicológicas, enfatizando uma abordagem multiprofissional e o conhecimento interdisciplinar para que as influências sociais, culturais, as experiências de vida que perpassam a construção da identidade gênero e sexualidade possam ser consideradas na compreensão da dimensão da saúde sexual, mas também, no momento do diagnóstico das DS.<sup>(6)</sup>

No que diz respeito a sexualidade feminina e as disfunções sexuais neste gênero, diferentes áreas do conhecimento como Medicina, Psicanálise, Filosofia, Ciências Humanas e Sociais, Fisioterapia dentre outros, tem realizado estudos visando analisar e compreender as especificidades destes fenômenos nas mulheres. <sup>(5,7,17,18,19,20)</sup>

Percebendo particularidades e tentando compreender as idiossincrasias do ciclo de resposta sexual feminino, a pesquisadora Rosemary Basson (2000) publicou o que ela chamou de “Um novo modelo para o ciclo de resposta sexual feminino”. De acordo com os dados deste estudo, os modelos de Masters & Johnson e Kaplan não seriam aplicáveis para as mulheres, pois estas poderiam iniciar uma atividade sexual de uma neutralidade, sendo estímulos externos responsáveis pelo surgimento do desejo. Além disso, este modelo sugere também, que a satisfação sexual pode existir independente do orgasmo, estando ligada a um aspecto afetivo e subjetivo. No entanto, os manuais diagnósticos baseiam-se nos modelos de Masters & Johnson e Kaplan, sendo então, estes que devem ser referências para diagnóstico das DS.<sup>(17,18)</sup>

Importante salientar que a construção do conhecimento acerca da sexualidade feminina atravessa diversas perspectivas teóricas e a partir de estudos que contemplam um olhar multi e interdisciplinar, alguns marcadores emergiram como relevantes neste processo, tais como: identidade de gênero, orientação sexual, raça, classe social, faixa etária, imagem corporal, religião, entre outros. <sup>(1,2,19,21,22)</sup>

No entanto, neste estudo exploram-se como marcadores as relações da violência sexual e doméstica ao longo da história de vida das mulheres, a dependência econômica e psicológica de parceiros e/ ou outros membros da família, religião, educação sexual no período da puberdade e adolescência, comportamento das mulheres e exigido para estas dentro do seu contexto sócio cultural. Estas categorias demonstraram ser, dentre as mulheres escutadas nesta pesquisa, marcadores relevantes para a estruturação de crenças a respeito da sexualidade que podem favorecer o surgimento de uma DS psicogênica. <sup>(23)</sup>

### **3.4 A construção da sexualidade feminina**

Abordar e refletir a respeito da sexualidade feminina, significa considerar a maneira como as mulheres se constroem enquanto sujeito. Assim, é importante considerar os conceitos de gênero e a identidade social como partes integrantes desta temática. Para que possamos refletir sobre sexualidade de forma a acessar o contexto individual e coletivo das mulheres, é importante que se adote uma abordagem construtivista sobre esta perspectiva, isso significa olhar a sexualidade como algo que estará sempre em desenvolvimento junto com o sujeito e do seu contexto sócio-histórico-cultural. <sup>(24)</sup>

Segundo Zucco e Minayo (2010), é de grande relevância separarmos o sexo biológico do sexo social (gênero), pois o segundo é estruturado a partir de uma perspectiva subjetiva e social, assim esta separação então, permitiria acessar as expectativas sociais para o comportamento de cada sexo, incluindo a sexualidade. <sup>(24)</sup>

Adotando-se uma perspectiva biológica, homens e mulheres possuem suas idiossincrasias, diferenciando-se ainda mais, à medida que vão se desenvolvendo em virtude dos padrões sociais. No entanto, apesar das estereotípias, facilmente percebidas pelas expectativas de comportamentos na infância, a luta por igualdade de gênero vem sendo traçada no Brasil de forma clara desde século XVIII. <sup>(10,25)</sup>

Em 1827 foi autorizada a abertura das escolas públicas femininas e, para que isto ocorresse, mulheres precisaram se organizar e articular muito antes para a conquista deste direito, hoje considerado básico. Mas, o conteúdo acadêmico fornecido neste período, estava atrelado ao que correspondia ao imaginário coletivo do que seria papel da mulher. <sup>(10)</sup>

Essas e outras reivindicações iniciadas no século XVIII, como o direito ao voto, ao trabalho, a se candidatar em eleições, ao divórcio, entre outras, foram aos poucos se concretizando e abrindo espaço para novos desejos, lutas e conquistas das mulheres. Em tempos mais recentes, ainda existem reclamações femininas que continuam nas esferas políticas, jurídicas e sociais, estando incluídas nestes esforços, a busca pelo direito a uma sexualidade livre e um prazer sexual. <sup>(10)</sup>

Entretanto, fazendo-se uma retrospectiva a respeito das conquistas femininas no que se refere à sexualidade, perceber-se-á muitos avanços, especialmente entre os anos de 1975 e 1985 em que houve aprimoramentos nos métodos contraceptivos, políticas públicas de planejamento familiar e controle de natalidade, trazendo assim para um cenário político, social e cultural a clara dissociação entre o sexo e a maternidade, amor e compromisso. Vale ressaltar, que mesmo com todos estes avanços, ainda existem áreas que requerem mais transformações, sendo a sexualidade uma delas. <sup>(10)</sup>

De acordo com Welles (2005), mulheres vivenciam uma ambivalência de papéis sociais no que se refere à sexualidade, entre a sua apropriação enquanto sujeito, assumindo seus desejos sexuais e o medo de ser vista como uma “mulher indigna” para relacionamentos. <sup>(26)</sup>

Como a sexualidade se constitui de valores morais, paradigmas sociais, costumes e outros aspectos subjetivos da sociedade, a sua transformação somente deve ocorrer a partir de reflexões e de discussões constantes em diferentes contextos da sociedade a respeito desta temática. <sup>(11)</sup> Entretanto, as estereotípias de gênero, que abrem espaço para exigências de padrões comportamentais em relação a sexualidade, demonstram-se bastante enraizados na sociedade.

Silva e colaboradoras (2006) desenvolveram uma pesquisa para analisar o brincar dentro de uma perspectiva de gênero e, entre os seus achados, confirmou-se a existência de uma

expectativa de um comportamento social atrelada ao sexo biológico e as escolhas das brincadeiras, na amostra estudada. As pesquisadoras constataram que, à medida que as meninas vão crescendo, há uma diminuição da sua participação nas brincadeiras de rua e, uma das reflexões trazidas pelas autoras, é que este comportamento pode estar atrelado a uma inserção nas atividades domésticas, assim como, a cobrança de um comportamento mais “recatado” a medida que as meninas crescem.<sup>(25)</sup>

Segundo Costa e Antoniazzi (1999), os pais seriam os grandes responsáveis pela estereotipia de papéis de gênero a partir da referência do sexo biológica em idades precoces. Este comportamento, motivado por uma expectativa social, direcionaria o que seria adequado para crianças do sexo masculino e feminino.<sup>(20)</sup>

Zucco e Minayo (2010) pesquisaram revistas femininas veiculadas entre 2005 e 2006 e analisaram os discursos destes meios de comunicação a respeito da sexualidade. As autoras constataram que estas publicações trazem em alguns momentos um discurso moderno a respeito da temática, mas em outros ratificam o conservadorismo atrelado ao gênero. Ainda segundo estas autoras, existe uma separação binária de gênero representada nos achados de sua pesquisa pelos termos “universo masculino” e “universo feminino”. Neste caso, as práticas sexuais são categorizadas, qualificadas e julgadas quanto ao seu grau de adequação a partir de uma perspectiva de gênero.<sup>(24)</sup>

Nunes (2005), discute que a estagnação, mesmo depois de tantos avanços, de alguns padrões patriarcais no que se refere a gênero e sexualidade está na ausência de discussões e reflexões consistentes e contextualizadas (incluindo aspectos históricos, antropológicos, sociais, culturais, econômicos, entre outros) a respeito da desta temática. Deste modo, não havendo espaço para elaboração, a construção de novos conceitos sobre esta questão fica comprometido.<sup>(11)</sup>

Para Duarte e Rohden (2016), a sociedade se desenvolveu em torno de “um discurso das diferenças”, havendo uma expectativa de conduta sexual para o gênero feminino e masculino.<sup>(21)</sup> Fernandez (2006) traz uma reflexão que a partir das perspectivas biológica, histórica e antropológica da função atribuída ao corpo feminino.<sup>(19)</sup> Segundo este autor, foi assumindo uma posição de inferioridade com relação ao homem e esta representação pode ter

colaborado para a construção, no passado, de mulheres mais frágeis no que se refere aos aspectos emocionais e intelectuais, em virtude de toda essa opressão.<sup>(19)</sup>

Essa “pressão” subjetiva na expectativa de papéis sociais e manifestações sexuais, podem ter influenciado na recusa por parte das mulheres de ocupar lugar o simbólico de equidade com o masculino. Dentro desta perspectiva, assumir uma relação de equilíbrio social poderia configurar a elas uma inadequação dentro das expectativas sociais.<sup>(19,27)</sup> Este fenômeno pode ser exemplificado na identidade profissional das mulheres dados da ONU (2015) revelam que em todo o mundo o salário das mulheres é considerado 24% inferior do que os que os homens recebem, além disso, na América Latina 75% das mulheres realizam trabalhos domésticos não remunerado.<sup>(28)</sup>

### 3.5 A Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida no início da década de 1960 por Aaron T. Beck e surgiu inicialmente para o tratamento da depressão, a expansão de sua eficácia em diversos tipos de patologias, ampliou a possibilidade de intervenção em diversos transtornos psíquicos. A TCC é uma psicoterapia breve, orientada ao presente e estruturada, que busca através da mudança cognitiva, uma mudança comportamental e emocional.<sup>(8)</sup>

Esta abordagem psicoterapêutica apresenta como fundamento a premissa de que a maneira como interpretamos os eventos, será responsável em propiciar determinadas emoções específicas, que desencadeiam como consequência comportamentos subjacentes. A partir das interpretações acerca dos eventos circunstanciais, são formadas as **crenças centrais** do indivíduo, que são **conceitos supergeneralizados e idiossincráticos**. A cultura, bem como os valores familiares, as experiências na infância e outras vertentes, são fatores contribuintes para a estruturação dessas crenças. Estas podem ser funcionais ou disfuncionais, mas a TCC tem como foco na realização do processo o segundo tipo, uma vez que estas geralmente dificultam o alcance de metas pessoais e afetam negativamente a qualidade de vida.<sup>(8)</sup>

O tratamento na TCC se baseia em três etapas fundamentais. A primeira consiste em psicoeducar o paciente a respeito da relevância que as crenças exercem sobre sua vida, já que elas irão propiciar respostas emocionais e comportamentais subjacentes. A segunda, tem como

base a identificação das crenças disfuncionais que o indivíduo possui. E por fim, a última etapa tem como premissa a reestruturação cognitiva. Esta consiste na contestação da irracionalidade das crenças disfuncionais, com a finalidade de estruturar novas formas de pensamentos coerentes com a realidade. É necessário que a demanda pela mudança surja do paciente e não de um terceiro, a fim de que o processo seja efetivo e funcional para este.<sup>(7)</sup>

### **3.6 A TCC no tratamento das disfunções sexuais femininas**

A TCC tem se mostrado uma importante aliada no tratamento de diversas questões psíquicas, favorecendo a qualidade de vida de pessoas com diferentes transtornos, entre elas as DS.<sup>(9)</sup>

Barlow em 1986 publicou um artigo discutindo o que ele considerava, a partir de suas pesquisas, as causas das DS psicogênicas. Em suas conclusões ele traz que as crenças disfuncionais e a ansiedade (que pelo modelo cognitivo seria uma consequência da cognição), prejudicariam a excitação comprometendo a qualidade da atividade sexual.<sup>(8,12)</sup>

O Tratamento das DS com a TCC, segue os princípios fundamentais desta teoria que corroboram os achados da pesquisa citada acima, pois todo o processo basear-se-á em identificar e ressignificar crenças disfuncionais a respeito da sexualidade para que a resposta comportamental e fisiológica também seja alterada.<sup>(8,9,12)</sup>

Na fase inicial da psicoterapia, busca-se produzir no paciente, uma postura de identificação de crenças relacionadas ao sexo, para contestá-las e substituí-las a partir de uma reestruturação de crenças. Dessa maneira, o paciente irá paulatinamente, incluindo novas crenças a respeito do sexo em seu repertório, que terá como finalidade propiciar novas aquisições de respostas emocionais e comportamentos adequados, funcionais e adaptativos ao indivíduo. Neste caso, uma abordagem psicoeducativa que contemple a educação sexual se faz necessário, para que este sujeito amplie o seu repertório e normalize a sua própria experiência sexual, podendo abrir espaço para a flexibilidade cognitiva.<sup>(29,30)</sup>

Após a psicoeducação, inicia-se identificação do pensamento automático, por tratar-se de um nível superficial de cognição, sendo este mais flexível à mudança. Por conseguinte, as crenças subjacentes aos pensamentos são alteradas no momento em que o paciente experiênc

novas vivências e vai adquirindo repertórios novos a partir do confronto da visão distorcida sobre si mesmo, os outros e o mundo.<sup>(31)</sup>

A última etapa do tratamento em TCC é a prevenção de recaída em que ganhos terapêuticos são sedimentados e a flexibilidade cognitiva adquirida reforçada. Deste modo, evita-se o reestabelecimento dos sintomas anteriores.<sup>(8)</sup>

Entretanto, para alcançar o objetivo em questão, há uma multiplicidade de técnicas disponíveis que podem ser empregadas durante o processo, entretanto, é relevante ressaltar a prudência na utilização destas para cada caso específico e individual, uma vez que a má aplicabilidade destas ferramentas, podem ser prejudiciais para o avanço do processo psicoterapêutico.<sup>(7)</sup>

A seguir serão descritas as principais técnicas utilizadas pela TCC que são fundamentais para o manejo do processo e eficazes para o tratamento das DS:

a) **Debate estilo socrático:**

É constituído por uma série de perguntas realizadas ao paciente com o intuito de levá-lo a refletir sobre a falta de lógica e consistência das suas crenças. Esta técnica é fundamental para acessar as crenças centrais da paciente.<sup>(7)</sup>

b) **Relaxamento:**

O tratamento das DS parte do princípio de que reconhecer e saber lidar com a ansiedade é fundamental para o avanço no processo. A TCC, leva em consideração que o relaxamento do tônus muscular pode favorecer a flexibilidade cognitiva, pois é pouco provável que um indivíduo tenso esteja disposto a realizar reflexões e ponderações a respeito de uma determinada cognição.<sup>(32)</sup>

c) **Exposição situacional gradual sistemática:**

É uma técnica em que a situação ou objeto ansiogênico, ou até mesmo fóbico, é apresentado paulatinamente, entremeados por relaxamento e debates estilos socráticos

a respeito das cognições que podem estar surgindo no momento. O objetivo desta técnica é que a paciente aprenda a lidar com situações que ele considera ameaçadoras. Pacientes com DS podem considerar desde o contato físico com o(a) parceiro(a) um fator que venha a ativar a sua vulnerabilidade, assim como o ato sexual. Esta técnica pode favorecer a aproximação gradativa das situações temidas, possibilitando que a paciente aprenda a administrar e enfrentar o sentimento de ansiedade gerado.<sup>(33)</sup>

d) **Treino de assertividade:**

É utilizado para auxiliar o paciente a reconhecer o seu desejo, em diferentes momentos de sua vida, e expressá-lo respeitando a liberdade e o direito dos outros. Pacientes com DS muitas vezes possuem dificuldade em expressar seus desejos e vontades, fator este que pode impactar na dinâmica da relação interpessoal com os seus parceiros.<sup>(34)</sup>

É importante salientar, que para a escolha de técnicas adequadas se faz necessário a estruturação de um processo psicoterapêutico. O Terapeuta Cognitivo-Comportamental utiliza-se do recurso da Conceituação Cognitiva que auxilia na compreensão do funcionamento cognitivo-emocional-comportamental do paciente. Nesse sentido, o terapeuta estrutura a Conceituação Cognitiva da paciente com DS buscando compreender de que forma a paciente interpreta as questões vinculadas à sexualidade. A Conceituação é dinâmica, podendo ser atualizada a cada sessão, à medida que novos dados vão sendo fornecidos ao paciente. Mas, a elaboração desta se faz fundamental para a estruturação de um tratamento, no qual técnicas precisarão ser cuidadosamente escolhidas e selecionadas a partir das especificidades de cada sujeito.<sup>(8)</sup>

No final do processo psicoterapêutico é iniciada a **Prevenção de Recaída**. É relevante enfatizar que o objetivo principal da TCC é favorecer a melhora significativa dos Transtornos Mentais e patologias associadas, devolvendo ao paciente, qualidade de vida e bem-estar. Para isso, o paciente deve desenvolver um repertório de habilidades, aprendidas em psicoterapia, para enfrentar e resolver questões do seu cotidiano, que anteriormente eram entendidas a partir das crenças disfuncionais. Sendo assim, **Prevenção de Recaídas** consiste em preparar o paciente para situações adversas que ele possa enfrentar no período pós-alta. O paciente deverá, nestas situações, lançar mão de técnicas e habilidades aprendidas durante o processo

psicoterápico, favorecendo um ciclo de respostas cognitivo-emocional-comportamental, mais funcionais e efetivo.<sup>(8)</sup>

As DS seguem o mesmo protocolo de **Prevenção de Recaída** quando tratadas em TCC. Neste caso, as mulheres vão construindo habilidades para identificar e manejar situações adversas que direta ou indiretamente podem favorecer a um reaparecimento de sintomas.<sup>(7)</sup>

É importante destacar que todo o desenvolver de psicoterapia é um processo de aprendizagem. Neste caso, novas conexões nervosas são estabelecidas e diferentes sistemas de memória são utilizados para o armazenamento das novas informações adquiridas.<sup>(35)</sup>

Aaron Beck atribui a eficácia da TCC a objetividade e foco na resolução de problemas, fornecendo ao “paciente experiências de aprendizagens altamente específicas”. Estas novas habilidades repercutem e reverberam no humor, na autoestima e no senso de eficácia do paciente, servindo de motivação para aquisições de novas habilidades.<sup>(36)</sup>

## 4 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “A eficácia da Psicoterapia Cognitivo comportamental na Função Sexual e Qualidade de Vida de Mulheres com Disfunção Sexual: Ensaio Clínico Randomizado”. Para alcançar os objetivos do estudo ora apresentado, utilizou-se método qualitativo e delineamento de Análise de Conteúdo, que se caracteriza como uma investigação de padrões de informações encontrados através das falas das pacientes atendidas, proporcionado assim inferências, tendo como base o aporte teórico da pesquisa. <sup>(37)</sup>

### 4.1 Participantes

Participaram deste estudo 12 mulheres portadoras de Disfunção Sexual entre 18 a 59 anos atendidas no Centro de Atenção ao Assolho Pélvico – CAAP, localizado na Clínica Avançada de Fisioterapia – CAFIS, no ambulatório docente-assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Brotas, Salvador, Bahia. Foram excluídas pacientes com déficit cognitivo e/ou doença psiquiátrica, mulheres não alfabetizadas, portadores de doenças crônicas degenerativas neurológicas, mulheres com outras patologias uro-ginecológicas e gestantes. Para avaliar Deficit Cognitivo e doenças Psiquiátricas foi utilizada o roteiro da entrevista semi-estruturada que se encontra no Anexo VI. <sup>(8,36)</sup>

Como esta investigação é parte integrante de uma pesquisa maior que utiliza o Ensaio Clínico Randomizado como método, a randomização foi realizada para proporcionar a separação aleatória das participantes da pesquisa. Por uma tabela randômica gerada no programa disponível no site: [www.random.org](http://www.random.org), as pacientes foram divididas em dois grupos: as pacientes sorteadas ao Grupo Controle, receberam intervenções de educação sexual pré-estabelecidas a cada encontro e as pacientes designadas ao Grupo Intervenção participaram de sessões individuais de TCC, além do protocolo de educação sexual do Grupo Controle. Para favorecer o cegamento das pacientes, uma profissional realizava o procedimento no grupo controle e uma outra profissional realizava a psicoeducação e a intervenção em TCC no grupo de estudo.

O grupo controle foi composto por cinco mulheres com idade entre 21 a 56 anos, sendo a média de idade  $33,9 \pm 5,2$ . Dessas, duas se declaram negra, duas pardas e uma indígena e, em relação à religião, duas se declaram sem religião, uma católica, uma católica praticante e uma

testemunha de Jeová. O grupo intervenção foi composto por sete mulheres entre 26 e 42 anos, sendo a média de  $34,2 \pm 13,7$ . A maioria se declarou parda/negra ( $n=06$ ) e apenas uma se declarou indígena e, em relação à religião participaram três evangélicas, duas informaram não ter religião, uma católica e uma de religião de matriz africana.

#### **4.2 Produção de dados**

Os procedimentos foram os definidos na pesquisa maior, sendo realizados por uma equipe de psicólogas formada por duas profissionais, dentre elas a autoras desta dissertação, além de uma pesquisadora acadêmica que auxiliava a aplicação dos questionários e escalas Beck. Todos os procedimentos ocorreram no ambulatório, as quartas-feiras, em horários pré-estabelecidos com as pacientes.

#### **Etapa I – Avaliação inicial**

Após admissão no CAAP e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), foram aplicadas as Escalas Beck – BDI, BAI, BHS, (Anexos I, II e III) validadas para o português brasileiro por Cunha (2001)<sup>(38)</sup>, questionário para avaliação da função sexual o Female Sexual Function Index – FSFI (Anexo IV) e questionário para avaliação da Qualidade de Vida o Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey - SF-36 (Anexo V), ambos com validação para o português brasileiro. Os questionários são auto-aplicáveis e foram respondidos pelas voluntárias em sala privativa e individualizada.

Além disso, foi realizada, por uma psicóloga experiente, a autora deste trabalho, uma entrevista semi-estruturada (Anexo VI) para que as pacientes fossem avaliadas quanto aos critérios de exclusão supra-citados.

#### **Etapa II – Intervenção**

As pacientes foram divididas em dois grupos aleatórios chamados Grupo Controle e Grupo Intervenção. As Pacientes pertencentes ao Grupo Controle participaram de 10 sessões de orientações em Educação Sexual semanalmente com aproximadamente 50 minutos de duração. As que faziam parte do Grupo Intervenção participaram das mesmas orientações de

Educação Sexual do grupo controle e, em seguida, de sessões de Psicoterapia Cognitivo-comportamental.

a) Educação sexual: Grupo controle e intervenção.

A Educação Sexual consistiu-se em 10 encontros com frequência semanal e com aproximadamente 50 minutos de duração. Estes consistiam em atividades pré-definidas que tinham como objetivo esclarecer questões ligadas a sexualidade e atividade sexual. É importante salientar que este estudo entende por educação sexual orientações fornecidas as pacientes a respeito de dúvidas consideradas recorrentes.<sup>(39)</sup>

**Quadro 1.** Procedimentos Educação Sexual: Grupo Controle e Grupo Intervenção

Sessão	Procedimentos
1	Assinatura do TCLE, Aplicação das escalas Beck (BDI, BAI, BHS), aplicação do SF 36, aplicação do FSFI e realização da entrevista semi-estruturada pela psicóloga. Após esta etapa existe uma avaliação da paciente quanto aos critérios de inclusão e exclusão para analisar a adequação da participante no estudo.(Etapa Diagnóstica)
2	Investigação da educação sexual.
3	Utilização de imagens sensuais.
4	Utilização de livro ilustrado da autora Cida Lopes para explicar e contextualizar a dificuldade cultural em abordar de forma natural a temática da sexualidade. <sup>40</sup>
5	Utilização de recortes, imagens, frases, desenhos que definem sexualidade.
6	Utilização da massa de modelar para reprodução da genitália.
7	Utilização de imagens para orientação a respeito das diferentes posições nas relações sexuais e possíveis influencias no prazer e satisfação sexual.
8	Utilização de imagens com a genitália feminina para que o funcionamento fisiológico possa ser esclarecido, além do esclarecimento do papel de cada parte.
9	Discussão sobre sexualidade e qualidade de vida.
10	Reaplicação dos Questionários SF 36, FSFI e das Escalas Beck (BDI, BAI, BHS); Avaliação da Satisfação com o tratamento (escala likert); Avaliação da Satisfação da vida sexual no momento presente (escala likert); Avaliação da melhora da qualidade de vida sexual (escala likert). A reaplicação e avaliação é realizada por uma acadêmica de fisioterapia para minimizar o efeito do viés na avaliação. A seguir a psicóloga entra para o fechamento desta etapa e oferecer o prosseguimento do acompanhamento caso seja do desejo da paciente.

b) Psicoterapia: Grupo intervenção.

A Psicoterapia consistiu-se em 10 sessões com frequência semanal. As sessões foram compostas por atividades semi-estruturadas, com duração aproximada de uma hora. Os objetivos do processo foram: reestruturar pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, especialmente os relacionados a sexualidade, reduzir os sintomas de depressão e ansiedade, além de reestruturação cognitiva. O processo terapêutico foi dividido em três etapas conforme as técnicas empregadas: a) Avaliação Inicial e Psico-educação (três sessões); b) reestruturação cognitiva (quatro sessões) e c) – Prevenção à recaída, reavaliação (duas sessões).

Das sessões 1 a 9 a técnica de coleta foi a entrevista semi-estruturada que, segundo Gil (2008)<sup>(37)</sup>, apresenta um certo grau de estruturação, permitindo que o entrevistado fale livremente, mas ao mesmo tempo, permitindo que o pesquisador realize intervenções quando o participante se distanciar do roteiro baseados nos princípios e técnicas da TCC e da estrutura de educação sexual estabelecida pela pesquisadora, no caso do grupo intervenção e, no grupo controle, o mesmo protocolo de educação sexual do grupo intervenção foi aplicado. A sessão 10 constava da reaplicação das escalas e avaliação da satisfação com o tratamento, com a vida sexual e avaliação do grau de melhora.

**Quadro 2.** Procedimentos Psicoterapia: Grupo Intervenção.

Sessão	Procedimentos
1	Assinatura do TCLE, Aplicação das escalas Beck (BDI, BAI, BHS), aplicação do SF 36, aplicação do FSFI e realização da entrevista semi-estruturada pela psicóloga. Após esta etapa existe uma avaliação da paciente quanto aos critérios de inclusão e exclusão para analisar a adequação da participante no estudo. (Etapa Diagnóstica)
2	Inicia-se com este encontro o protocolo da primeira sessão do grupo controle que é a investigação da educação sexual. A seguir, a sessão prossegue com o protocolo da intervenção psicoterapêutica que é a Psicoeducação do modelo da TCC, utilizando-se imagens para que a paciente possa trazer o suposto pensamento da pessoa que ela visualiza e conseqüentemente emoção, comportamento e reações fisiológicas. Realizada desenho que simbolize a pessoa no momento presente e numa perspectiva de futuro, a partir daí, realiza-se a lista de problemas e metas. Para Casa: Curtograma
3	Utilização de imagens sensuais e Estruturação do RPD com pensamentos que emergiram da exibição das imagens anteriores. Introduzido RPD de 03 colunas. Checagem do curtograma. Para Casa: RPD de 03 colunas.

**Quadro 2.** Procedimentos Psicoterapia: Grupo Intervenção (continuação).

4	Utilização de livro ilustrado da autora Cida Lopes <sup>40</sup> para explicar e contextualizar a dificuldade cultural em abordar de forma natural a temática da sexualidade. Introduzido o RPD 7 colunas. Iniciada a reestruturação Cognitiva. Para casa: RPD de 7 colunas.
5	Utilização de recortes, imagens, frases, desenhos que definem sexualidade. Utilização de técnicas da TCC como o questionamento socrático e a flecha descendente para a Reestruturação Cognitiva. Para casa: Auto Focagem corporal
6	Utilização da massa de modelar para reprodução da genitália. Utilização de técnicas da TCC como o questionamento socrático e a flecha descendente para a Reestruturação Cognitiva. Para casa: Auto Focagem corporal e/ou genital.
7	Utilização de imagens para orientação a respeito das diferentes posições nas relações sexuais e possíveis influências no prazer e satisfação sexual. Abordada a temática da masturbação como parte da Função Sexual. Utilização de técnicas da TCC como o questionamento socrático e a flecha descendente para a Reestruturação Cognitiva. Para casa: Auto Focagem corporal e/ou genital.
8	Utilização de imagens com a genitália feminina para que o funcionamento fisiológico possa ser esclarecido, além do esclarecimento do papel de cada parte. Trabalhados aprendizados, ganhos terapêuticos, reforçada a metacognição. Prevenção de Recaída.
9	Discussão sobre sexualidade e qualidade de vida. Trabalhados aprendizados, ganhos terapêuticos, reforçada a metacognição. Prevenção de Recaída.
10	Reaplicação dos Questionários SF 36, FSFI e das Escalas Beck (BDI, BAI, BHS); Avaliação da Satisfação com o tratamento (escala likert); Avaliação da Satisfação da vida sexual no momento presente (escala likert); Avaliação da melhora da qualidade de vida sexual (escala likert). A reaplicação e avaliação é realizada por uma acadêmica de fisioterapia para minimizar o efeito do viés na avaliação. A seguir a psicoterapeuta entra para o fechamento desta etapa e oferecer o prosseguimento da psicoterapia caso seja do desejo da paciente.

**4.3 Instrumentos utilizados na produção de dados**

Durante a coleta de dados foram utilizadas 03 Escalas Beck, 02 questionários (FSFI e SF 36), a entrevista semi-estruturada sugerida por Beck et al (1997)<sup>(36)</sup> e os protocolos de intervenção referidos anteriormente.

**4.3.1 Beck Depression Inventory – BDI (Anexo I)**

Esta escala foi criada por Aaron Beck e traduzida e validada para a população Brasileira por Jurema Cunha em 2001. Esta consta de 21 questões de auto relato de múltipla escolha, estruturadas para avaliar a intensidade do humor deprimido do paciente. Cada afirmativa consta de 4 alternativas que variam de 0 a 3 pontos e, após respondidas, as respostas assinaladas serão

somadas e categorizadas da seguinte forma: 0 -11 nível mínimo; 12-19 leve; 20-35 moderada; 35-63 grave.<sup>(38)</sup>

#### 4.3.2 Beck Anxiety Inventory – BAI (Anexo II)

Esta escala foi criada por Aaron Beck e traduzida e validada para a população Brasileira por Jurema Cunha em 2001. Esta é uma escala de auto-relato, com 21 itens objetivos que refere-se a sintomas de ansiedade e as respostas variam de inexistente, leve moderado e grave, variando de 0 a 4 em pontuação cada. Ao final as respostas são somadas e categorizadas da seguinte forma: 0-10 mínimo; 11-19 leve; 20-30; 31-63 grave.<sup>(38)</sup>

#### 4.3.3 Beck Hopelessness Scale – BHS (Anexo III)

Esta escala foi criada por Aaron Beck e traduzida e validada para a população Brasileira por Jurema Cunha em 2001. Esta é uma escala para avaliar a esperança do paciente, consta de 20 itens objetivos, em que se deve responder “Certo”, quando o paciente se identificar com a resposta e “Errado”, quando o mesmo não se identificar. A verificação das respostas é realizada através de um crivo e não há um ponto de corte, quanto mais alto o escore, maior a desesperança.<sup>(38)</sup>

#### 4.3.4 Questionário para avaliação da função sexual o Female Sexual Function Index –FSFI (Anexo IV).

Este questionário é composto por 19 questões de múltipla escolha, estas são divididas em 06 domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Este Questionário foi validado em 2007 no Brasil por Hentshel e colaboradores. Na análise dos resultados, as mulheres que tiverem escore menor ou igual a 26 são consideradas com disfunção sexual.<sup>(41)</sup>

#### 4.3.5 Questionário para avaliação da Qualidade de Vida o Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey - SF-36 (Anexo V).

Trata-se de um instrumento bastante utilizado para avaliação da qualidade de vida em contextos de saúde, constituído de 36 perguntas, contendo 5 possibilidades de resposta graduadas pela escala Lickert. Este questionário não possui um ponto de corte, sendo as respostas analisadas por domínios: capacidade, limitação, dor, estado geral, vitalidade, aspecto

social, aspecto emocional, saúde mental. O cálculo é realizado de acordo com uma fórmula que emite a porcentagem de cada domínio e, quanto mais próximo a 100%, melhor a qualidade de vida.<sup>(42)</sup>

#### 4.3.6 Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada (Anexo VI)

Em saúde mental existem cinco (05) áreas da vida do paciente que precisam ser exploradas em uma avaliação para que o profissional possa compreender a dinâmica de vida da pessoa atendida e se existe algum nível de comprometimento e, qual o grau. São elas: Área Familiar; social; afetiva; sexual; acadêmica profissional; auto-conceito/auto-cuidado. Sendo assim, neste estudo utilizou-se como base para a entrevista semi-estruturada o modelo sugerido por Beck e colaboradores (1997) que favorece a investigação das categorias supra-citadas.<sup>(36)</sup>

A escolha destes instrumentos nesta pesquisa se deu devido ao fato destes serem bastante utilizados na literatura e favorecerem a investigação de categorias relevantes para qualificar a relação entre função sexual e qualidade de vida das mulheres acompanhadas nesta pesquisa.<sup>(41-48)</sup>

É importante salientar que a Avaliação Inicial é uma Etapa Diagnóstica em que as pacientes seriam avaliadas quanto aos critérios de inclusão e exclusão, caso a participante atendesse aos pré-requisitos da pesquisa era separada de forma aleatória para os grupos supra-citados, prosseguindo assim o protocolo do segundo ao décimo encontro.

#### 4.4 Análise dos dados

Para fins de seleção para participação no estudo, inicialmente foram analisadas as respostas dadas pelas participantes nas escalas Beck. As pacientes que estivessem com os níveis do BDI e BAI em moderado ou Grave, ou que estivessem com um nível elevado de desesperança foram excluídas do estudo. Este critério favorece a diminuição de viés da amostra, pois uma paciente com níveis elevados nas escalas tem uma maior probabilidade de doenças psiquiátricas, podendo as Disfunções Sexuais serem uma co-morbidade destas. Além disso, a entrevista inicial também era utilizada para avaliação de uma suspeita diagnóstica de co-morbidade psiquiátrica.

Com base nestes critérios de exclusão, este estudo teve uma paciente excluída, que foi encaminhada para acompanhamento psiquiátrico na cidade onde residia.

O FSFI era utilizado para avaliar as pacientes quanto a existência da Disfunção Sexual. Mulheres com escore nesta escala menor ou igual a 26 eram consideradas com Disfunção Sexual e eram incluídas no estudo. Além disso, a entrevista semi-estruturada avaliava o tipo da DS, o grau, o contexto e se a mesma era secundária ou primária.

Foram analisados os dados sócio demográficos (Idade, Etnia, Crenças Religiosas, Contexto sócio econômico, Estado Civil, Escolaridade) a fim de caracterizar o perfil das mulheres atendidas no CAAP neste protocolo. Outra categoria analisada foram os dados clínicos (História Obstétrica, Dados Ginecológicos, Classificação das DS – DSM V) a fim de caracterizar este perfil nestas mulheres e analisar se há alguma relação com as queixas de Disfunção Sexual.

Em relação à educação sexual, foi analisado se as pacientes tiveram acesso a informações sobre sua sexualidade e, caso sim, como ocorreu este processo, pois a qualidade das informações e a forma como estas foram passadas podem interferir na estruturação de crenças funcionais ou disfuncionais a respeito da sexualidade.

A avaliação cognitiva das participantes aconteceu conforme as seguintes categorias previamente definidas na literatura: Educação Sexual, Área Afetiva/Conjugal, Contexto Familiar, Área Social/Lazer, Imagem Corporal/Auto-cuidado e Função Sexual. A análise destas categorias favorece avaliar as repercussões da TCC na vida das mulheres atendidas.

#### **4.5 Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da EBMSP com o CAAE de número 44137115.7.0000.5544 e registro no *Clinical Trail* número: NCT02613546. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do estudo e cada participante deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em humanos que garantirá o anonimato destes. O estudo realizou uma intervenção conservadora e não medicamentosa, desta forma diminui os riscos a saúde das pacientes.

O serviço será oferecido gratuitamente, as participantes tiveram autonomia para deixar de participar da pesquisa no momento que desejassem, e isso não influenciou na conduta terapêutica. Todos os dados coletados na pesquisa serão apenas utilizados para fins científicos, com identidade preservada. Os dados serão armazenados por cinco (05) anos nos prontuários das pacientes, onde somente a equipe de saúde do ambulatório do CAAP teria acesso. Após este período os dados serão incinerados.

## 5 RESULTADO E DISCUSSÃO

### 5.1 Análise das características sócio demográficas e clínicas

As pacientes foram classificadas, a partir das informações colhidas na Avaliação Inicial, e classificadas quanto as Disfunções Sexuais a partir dos critérios diagnósticos do DSM V. É importante salientar que todas eram avaliadas por uma médica ginecologista e faziam a triagem do serviço por uma profissional de fisioterapia para afastar causas orgânicas para a queixa. No **Grupo Intervenção** 02 pacientes apresentaram Transtorno do Orgasmo Feminino, moderado, primário; 02 apresentaram pacientes Transtorno da Dor Gênico-pélvico/ Penetração, moderado, primário; 01 paciente apresentou Transtorno da Dor Gênico-pélvico/ Penetração, grave, primário; 01 paciente apresentou Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, grave, secundário e 01 Transtorno da Dor Gênico-pélvico/ Penetração, grave, secundário. No que se refere ao **Grupo Controle** 02 pacientes apresentaram Transtorno da Dor Gênico-pélvico/ Penetração, moderado, primário; 01 paciente Transtorno da Dor Gênico-pélvico/ Penetração, grave, primário; 01 paciente apresentou Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, grave, secundário e 01 Transtorno da Dor Gênico-pélvico/ Penetração, moderado, secundário.<sup>(18)</sup>

Enquanto caracterização do perfil sócio demográfico e clínico podemos perceber que os dados não apontam nenhuma diferença no que se refere ao perfil religioso. O fato de quatro, dentre as doze (12), pacientes se intitularem “sem religião”, aponta para uma influência muito maior de outros aspectos sócio culturais do que das crenças religiosas no estabelecimento da DS. Esses achados corroboram os trabalhos de Duarte e Rohden (2016), Nunes (2005) e Duarte (2003), que discutem a interferência da cultura na manifestação da sexualidade feminina. Estes autores discutem a construção de uma identidade deste gênero que perpassa gerações e influenciam a formação das mulheres desde idades muito tenras. Neste sentido, as mulheres são compelidas a um posicionamento dentro de uma perspectiva social, sexual e intrapessoal que ainda recai em uma desconexão da apropriação da sua sexualidade, esta última sendo empregada em seu sentido mais amplo.<sup>(10,11,21,26)</sup>

Quanto a idade, o grupo controle foi composto por mulheres com idade entre 21 a 56 anos, sendo a média de idade  $33,9 \pm 5,2$  e o grupo intervenção entre 26 e 42 anos, sendo a média  $34, 2 \pm 13,7$ . Esses dados corroboram os dados de Abdo, et al (2002), que traçou um perfil

sexual da população brasileira e aponta que as DS são prevalentes em mulheres jovens e em idade reprodutiva.<sup>(5)</sup>

No que diz respeito a etnia das cinco mulheres do Grupo Controle, quatro se declaram negra/parda e uma indígena. No Grupo Intervenção seis se declararam negra/parda e uma se declarou indígena. Não foi observada influência da origem racial/étnica e o diagnóstico das DS.

Em relação a renda familiar, todas as mulheres do Grupo Controle declararam ter renda entre dois a quatro salários mínimos, dessas quatro se declaram dependente financeiramente. No Grupo Intervenção, uma se declarou sem renda e seis mulheres declaram ter renda familiar entre um e quatro salários mínimos, dessas seis se declararam dependentes financeiramente. Não foi observada diferença entre as mulheres financeiramente dependes e independentes em relação as DS. Este achado corrobora a literatura que não aponta diferença entre a relação da função sexual e renda familiar.<sup>(22)</sup> No entanto, um documento publicado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde discute que a dependência financeira coloca a mulher em risco de estabelecer com seu parceiro uma relação baseada em uma “posição tradicional da mulher”.<sup>(49)</sup>

## **5.2 Análise das categorias observadas ao longo dos atendimentos (Avaliação Cognitiva)**

### **5.2.1 Histórico de educação sexual anterior ao atendimento**

Na Avaliação Inicial quando questionado as 12 pacientes a respeito da educação sexual todas referiram que não tiveram educação sexual em suas famílias e que a temática da sexualidade foi abordada informalmente, através de amigas e/ou irmãs, ao longo do seu desenvolvimento. A partir das falas das pacientes foram estruturadas duas categorias: a) Tabu e Silencio e b) Sexo como pecado e/ou inadequação. Estas categorias incluem narrativas de histórias de vida na qual o sexo não é discutido ou, quando aparece, é revestido de noção de sujeira moral ou falta de pudor. São exemplos de expressões que compõem estas categorias:

#### *5.2.1.1 Tabu e Silencio*

Clássica publicação de Bandura (1982) a respeito da Teoria da aprendizagem social, discute que o aprendizado pode ocorrer através da observação e, não obrigatoriamente, da

vivência concreta desta pessoa a experiência. Neste caso, pode-se refletir a respeito do aprendizado e a estruturação de crenças a respeito da sexualidade que foram estruturadas pelas pacientes atendidas a partir da percepção do “silêncio” com relação a sexualidade.<sup>(51)</sup>

**P1:** “Eu ouvi falar através de colegas. (...) Menstruação, tudo foi com colegas.” (sic)

**P2:** “Eu não sabia nada, tanto não sabia que engravidei na primeira vez(...) Ai me colocaram para fora de casa e tive que casar!” (sic)

**P3:** “Ninguém conversava sobre sexo. Era tudo muito restrito e reprimido.” (sic)

**P5:** “Ninguém nunca falou nada (...) Nem me lembro como foi quando menstruei (...) Acho que devo ter conversado com uma de minhas irmãs.” (sic).

**P6:** “O pouco que aprendi foi ouvindo as minhas amigas.”(sic)

**P8:** “Minha mãe é extremamente fechada, principalmente quanto a sexualidade. (...) Era uma temática proibida na família. (...) O que eu aprendi foi com as amigas e com a escola.” (sic)

**P9:** “Minha família nunca falou sobre sexo. (...) O que eu aprendi foi sozinha ou na escola.” (sic)

**P11:** “Eu tive educação sexual com minhas amigas.”(sic)

#### *5.2.1.2 Sexo como Pecado e/ou Inadequação*

**P4:** “Minha mãe nunca falou de sexo. Na igreja sempre soube que tinha que casar virgem. Ai quando eu fui casar, minha mãe ai falou comigo (...) saiu comigo para comprar lingerie.” (sic)

**P7:** “Eu me acho meio reprimida (...) Meus pais nunca conversaram sobre sexo ou sexualidade (...) Minhas colegas da escola que tinham vida sexual ativa eu achava que eram ‘avançadas’ e ‘inadequadas’.” (sic)

**P10:** “Nunca se falou nada sobre sexo. (...) Minha Vó, mesmo, quando via uma mulher assim... exibida, sabe?! Ela falava que era ‘fachuda’. (...) É mulher assim... fogosa, sabe?! Com muito facho!”(sic).

**P12:** “Na minha família nunca se falou de sexo, não (...) Na igreja falava assim... Que tinha que casar virgem, se guardar, sabe?!”

Por se tratar de pacientes com diagnóstico de DS, os dados acima corroboram os achados do recente estudo de Yıldız e Cavkaytar (2017) que revelam a importância de uma educação sexual adequada por parte das famílias no processo de desenvolvimento de seus filhos.<sup>(50)</sup> Além disso, estes referem que o treinamento adequado influenciará na qualidade de educação sexual fornecida pelos responsáveis e na relação positiva dos filhos com o seu corpo e a sua sexualidade. Todas as pessoas ainda hoje estão inseridas em um contexto em que não há um diálogo a respeito de questões ligadas a sexualidade, atrapalhando, assim, a evolução da sociedade dentro desta temática.<sup>(11)</sup>

A ausência de educação sexual formal pode ter sido reforçada pelo fato de se tratar do gênero feminino, pois como discutiu Welles (2005), mulheres vivenciam uma ambivalência de papéis sociais no que se refere a sexualidade, entre a apropriação dela e o medo de ser vista como uma “mulher indigna” para relacionamentos.<sup>(26)</sup> Nesta lógica, se pais dialogassem a respeito de sexualidade com suas filhas estariam favorecendo que as mesmas ‘se desvirtuassem’.

Em um estudo, também recente, foram avaliadas categorias que poderiam influenciar a maneira como as mulheres imigrantes e refugiadas que moravam na Austrália e Canadá lidam com a sua sexualidade. Os achados apontam, então, que a ausência de uma orientação e diálogo sobre a sexualidade ao longo do desenvolvimento influenciam, inclusive, no constrangimento das mulheres nesta área.<sup>(52)</sup> Os resultados destes estudos reforçam a importância da educação sexual na estruturação da sexualidade das mulheres.

## 5.2.2 Área afetiva/conjugal

### 5.2.2.1 Violência Conjugal

Das pacientes acompanhadas, seis (06), três (03) do Grupo Controle e três (03) do grupo Intervenção se declararam casadas/união estável. Destas, somente uma paciente, que pertencia ao Grupo Controle considerava-se “bem casada”. Duas eram casadas com pessoas alcoolistas e sentiam que este fator afetava a função sexual, pois com relataram terem vivenciado episódios de violência. A fala dessas pacientes colhidas durante os atendimentos retrata esta influência:

**P1:** “Tão difícil querer alguma coisa com ele depois de tudo que passei. ” (sic).

**P2:** “Eu vivo estressada, quando ele me olha nunca sei o que vem de lá, as vezes vem briga, um monte de palavrão para mim. ” (sic).

Estes dados chamam atenção para a ambivalência das mulheres que buscaram o serviço para melhorar a função sexual com seus parceiros, mas ao mesmo tempo sofriam com a violência doméstica e reconheciam o impacto desta na sexualidade dentro da conjugalidade. Havia, no momento da avaliação inicial, a presença no discurso destas mulheres de um desejo de que elas pudessem fazer algo para modificar a relação com os parceiros.

Nesta pesquisa, entende-se como Função Sexual, inclusive atividade masturbatória, como estas mulheres não tinham o hábito desta prática foram consideradas com disfunção sexual, já que, a reação de ausência de desejo a seus parceiros pode ser considerada adequada do ponto de vista da saúde psíquica.<sup>(6)</sup>

A Organização Mundial de Saúde em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, declarou que os principais gatilhos para a violência contra a mulher estão ligados a frustração do homem com relação a recusa e/ou desempenho avaliado por eles como inadequado, de tarefas consideradas por eles “obrigação das mulheres”. Essas são: argumentando de volta; não ter comida pronta a tempo; não cuidar adequadamente das crianças ou casa; questionamento ao homem sobre dinheiro ou namoradas; ir a algum lugar sem a permissão do homem; recusa ao sexo do homem; o homem suspeitando da mulher de infidelidade.<sup>(49)</sup>

De acordo com d'Oliveira e outros autores (2009) a violência contra a mulher brasileira está ligada a uma noção cultural de desigualdade de gênero, sendo o homem visto com mais direitos que a mulher dentro da relação.<sup>(53)</sup> Alguns fatores como a dependência financeira, relatadas por dez mulheres desta pesquisa podem ser considerados fator de risco para a violência.

É importante salientar que as pacientes que referiram violência foram alertadas da necessidade da denúncia. Durante o período dos atendimentos não foram relatadas situações de violência, todos os relatos trazidos foram de situações vivenciadas pela paciente antes do início da psicoterapia. Ambas as pacientes, ao iniciarem o acompanhamento, estavam em separação de corpos dos referidos parceiros. A denúncia por parte da psicóloga que acompanhava foi discutida com a equipe, no entanto estas eram mulheres com filhos menores e que eram dependentes financeiramente desses homens para o sustento dos mesmos. Deste modo, de acordo com o artigo 10º do código de ética dos profissionais de psicologia que refere que em uma situação de impasse a escolha deve ser feita pelo menor prejuízo e, por não ter havido nenhum relato de violência ao longo período do acompanhamento, optou-se por não denunciar. Reitera-se que as pacientes foram informadas dos seus direitos e da possibilidade de denúncia ao agressor.

O protocolo das sessões para estas mulheres foi mantido, mas como em todo processo psicoterapêutico, o encontro que emerge entre terapeuta e paciente é que vai preencher o conteúdo de cada sessão direcionando o processo de cada indivíduo. Nestes casos, nas sessões foi possível que as mulheres se dessem conta da adequação da ausência de desejo, além de identificarem a necessidade de autonomia e independência financeira.

Deste modo, foi possível perceber que estas mulheres puderam desfrutar de um benefício fundamental da psicoterapia que é a reflexão a respeito da própria vida, levando-as a uma mudança da percepção do contexto, favorecendo a um novo posicionamento diante da própria vida com muito mais consciência. Estes ganhos só foram possíveis, pois juntamente com a técnica encontrava-se uma empatia terapêutica bem estabelecida, discutida por Beck (1997) e Salkovskis (2004) em suas publicações, como um aspecto de extrema relevância na psicoterapia, sendo esta considerada o “trilho” que conduz todo o processo.<sup>(32,36)</sup>

### 5.2.2.2 Traição

Outras duas pacientes que também eram casadas/união estável, referem ter iniciado a manifestação dos sintomas após terem descoberto que o parceiro a traiu.

**P3:** “Perdi a confiança nele, foi uma frustração, decepção. Não consegui olhar para ele do mesmo jeito.” (sic).

**P4:** “Foi um susto muito grande, eu jamais poderia imaginar que ele seria capaz de fazer isso, ainda mais com uma pessoa que freqüentava a nossa casa. (...) Eu até tentei perdoar, mas acho que não consegui. (...) Recentemente peguei uma conversa no celular dele com outra mulher (...) Não gostei, me senti exposta e traída. (...) Acho que a questão do sexo piorou ainda mais depois disso.” (sic).

P3 e P4 não pensavam em se separar dos maridos e gostariam de reestabelecer a vida sexual para melhorar a vida conjugal.

### 5.2.2.3 Planos para o futuro

Uma outra paciente (P5), refere que por já ser casada há mais de 30 anos acredita que o casamento já estava “um pouco morno”. (sic). Além disso, a genitora da paciente era uma doente crônica, acamada e P5 era uma das principais cuidadoras. Ao longo dos atendimentos foi possível perceber a interferência deste fato na vida conjugal e conseqüentemente, na vida sexual. Segundo Rocha e Pacheco (2013), os cuidadores de idosos precisam desenvolver estratégias de *coping* adequadas e funcionais, enquanto este ajustamento não ocorre, o responsável experimenta um contexto de crise que, caso este seja prolongado, o indivíduo experimentará um impacto na sua qualidade de vida.<sup>(52)</sup> Margis et al (2003) abordam o impacto do estresse no humor descrevendo toda a repercussão neuropsicológica deste estado.<sup>(55)</sup>

P6 considerava-se bem casada, mas sem afinidades com o marido. Este é um aspecto que chama a atenção, pois para a paciente ser “bem casada” significava não ser vítima de agressões verbais e físicas, além de não ter informações a respeito de traições do marido. Ela refere que ele foi seu único parceiro, afirma que a primeira vez não foi especial e que até hoje se recente com isso. “Eu estava um pouco alcoolizada, não me lembro direito, não foi como

imaginei (...) Eu queria, mas não foi como planejei.” (sic). Embora, uma situação como esta possa ser visto como violência sexual,<sup>48</sup> a paciente não reconhece esse fato como tal.

No que se refere a planos futuros em comum e afinidades do casal, P1, P2 e P3 referiram não ter planos em comum para o futuro, nem realizam atividades de lazer em conjunto. A fala de P1 retrata a dificuldade nesta área: “Cada um vive para um lado, por enquanto é melhor assim!” (sic).

P4 e P6 referem que fazia planos com o marido, pois conversavam sobre ter filhos e adquirir a casa própria. No entanto, no dia a dia não conversavam ou desenvolviam atividades de lazer em comum. “Quando éramos namorados íamos para cinema, tomar sorvete, praia... Hoje não fazemos mais nada disso (...) Ficamos em casa nas horas vagas, cada um em um cômodo da casa em uma TV” (sic). Refere P4 em um dos atendimentos.

Segundo P5, ela e o marido faziam planos de envelhecer juntos. “No estágio de vida que estamos, fazemos planos de continuar ficando velho um do lado do outro.” (sic) mas, o cotidiano do casal não apareciam afinidades e atividades de lazer que eles poderiam desenvolver juntos.

Outras cinco pacientes namoravam, destas, três recebiam apoio do parceiro para o tratamento, sendo que uma delas foi o namorado que conversou com ela sobre a possibilidade de tratamento no CAAP. Outras duas referiram que não gostariam que os namorados soubessem que se encontravam em tratamento para DS.

Dessas, três pacientes que serão referidas como P7, P8, P9 referiram afinidades com seus parceiros, desenvolviam com frequência atividades de lazer em conjunto e faziam planos para o futuro em comum.

Uma outra paciente, P10, morava junto com o seu namorado e referia poucas atividades prazerosas desenvolvidas em comum. Além disso, queixava-se bastante do ciúme dele e das ofensas emitidas por ele nestas situações. “Estou sem falar com ele desde a última sexta-feira (...) Saí com o pessoal da pós, porque era a última aula e ele não gostou. (...) Agora veja, Dra., pessoas que eu convivo há dois anos, o que é que tem eu sair para confraternizar?!” (sic)

P11 era uma paciente que namorava, o parceiro morava em outra cidade e ninguém da família dela poderia saber do relacionamento dos dois. “Ele é dependente químico e minha família não quer que eu namore por causa disso.” (sic). Ela era uma paciente com um pouco de dificuldade de se expressar, mas referiu que não pensava em casar com ele e que não fazia planos para o futuro com ele. Encontravam-se esporadicamente quando ela vinha para Salvador. “Quando ele vem a gente não pode fazer muitas coisas assim, não (...) É que ninguém pode ver a gente junto.” (sic).

Beck et al (1997), abordam a relevância de investigar, entre outras áreas, a qualidade das relações afetivas/conjugais dos pacientes nas entrevistas iniciais. Segundo estes autores, isto poderia ser realizado a partir das afinidades e expectativas de planos futuros em comum, pois forneceriam dados para revelar o quanto este casal desenvolve atividades prazerosas juntos e o quanto desejam estar na companhia um do outro.<sup>(36)</sup>

Comportamentos disfuncionais nesta área poderiam sofrer influência de crenças mal adaptativas, estruturadas por estes casais. Young et al (2003) classificou os esquemas cognitivos em cinco categorias, sendo um deles o de desconexão e rejeição.<sup>(56)</sup> A interferência deste e, de outros esquemas, na relação conjugal foi a temática do trabalho de Scribel et al (2007).<sup>(57)</sup> Para esses pesquisadores o desajuste de padrões cognitivos entre os cônjuges favorece a inadequação de expectativas, favorecendo o comprometimento da qualidade de vida dos pares.<sup>(56,57)</sup>

Estes elementos, além de interferirem na qualidade de vida do casal, repercutem na interação sexual, pois a sexualidade não está restrita somente a genitalidade, mas a todas as experiências que remontam situações de prazer. Deste modo, uma relação que possa ampliar as referências de bem-estar, tende a favorecer a qualidade de vida sexual.<sup>(2)</sup>

Apenas uma paciente não tinha relacionamento no período do trabalho de campo. P12 era uma paciente divorciada e atribui o divórcio a sua DS. “Nunca tivemos uma relação, acho que ele cansou, ou não entendia (...) ele dizia que eu era fria, que não gostava dele.” (sic).

#### *5.2.2.4 Repercussões da TCC na área afetiva/conjugal*

No grupo intervenção foi possível notar uma diminuição na avaliação do sofrimento nas questões trazidas pelas pacientes, especialmente as que sofreram violência doméstica, por

identificarem a sua ambivalência, compreenderem a adequação da sua ausência de desejo, reconhecerem a adequação das estratégias de segurança, como sair de casa, por exemplo, além de apontarem que a responsabilidade pela qualidade de vida conjugal era tanto delas quanto de seus parceiros. Algumas falas podem exemplificar:

**P1:** “Entendi que ele não vai mudar(...) Ele precisa se tratar e não vai(...) Continuarei preservando a mim e a meus filhos.” (sic)

**P2:** “as vezes eu achava que poderia fazer alguma coisa, me sentia responsável por ele(...) Agora eu sei que já fiz tudo e se não me cuidar vou acabar pior que ele.”(sic)

As falas das pacientes acima citadas revelam a importância da organização de estratégias adequadas para o enfrentamento de situações de crise possibilitada pela TCC. Freeman e Dattilio (2004) e Sá, Werlang & Paranhos (2008) discutem a importância dessas e, acima de tudo, a relevância da psicoterapia no manejo deste processo. No caso das pacientes referidas, a consciência do problema, foi o primeiro passo, em seguida a possibilidades delas se enxergarem como pessoas não fusionadas a seus parceiros e em seguida o desenvolvimento de um senso de auto-cuidado, foram algumas das estratégias desenvolvidas pelas pacientes ao longo das sessões de psicoterapia.<sup>(58,59)</sup> Os achados do presente trabalho, corroboram a publicação dos autores supra-citados, pois as pacientes do grupo intervenção manifestaram melhora no humor e no manejo de situações avaliadas como de crise.

P4, P7, P9 referiram que puderam refletir a respeito das afinidades com seus parceiros ao longo das sessões, além de reestabelecerem alguns dos antigos hábitos que mantinham e que os aproximou no início da relação de casal.

Como referido anteriormente neste texto, para que haja a atividade sexual é fundamental que outras áreas que façam a pessoa experimentar experiências de prazer, se faz fundamental.<sup>2</sup> Deste modo, a intimidade, a afinidade e a realização de atividades prazerosas entre os casais são importantes para a qualidade de vida do casal.<sup>(36)</sup>

#### 5.2.2.5 Repercussões da educação sexual na área afetivo/conjugal

P3, P5, P6, P8 e P11 eram as pacientes do grupo controle que eram submetidas a Educação Sexual. A investigação a respeito da relação afetiva era realizada na Avaliação Inicial e prosseguia a medida que a paciente trazia algum conteúdo dentro das sessões. Ao longo dos 10 encontros não foi possível notar alterações de relatos com relação a mudança de padrão de comportamento entre o casal.

Para Young et al (2003) e Scribel et al (2007), o descompasso entre expectativas, dinâmica de vida e afinidades pode ter um impacto na qualidade de vida das relações entre casais. Deste modo um ajuste na forma de perceber o mundo, o futuro e o parceiro seria necessário e, para isso, um processo psicoterapêutico auxiliaria significativamente.<sup>(56,57)</sup>

Sendo assim, a manutenção de padrões de comportamento nesta área pode ter ocorrido pelo fato destas pacientes terem sido submetidas a um processo informativo e psicoeducativo e não psicoterapêutico.

#### 5.2.3 Contexto familiar

Das 12 pacientes atendidas, somente quatro moravam em uma casa com a família atual. P1 morava com os filhos e o marido, mas por conta do alcoolismo e episódios de violência ela estava dormindo no quarto com os filhos. P3 e P5 moravam com o marido e a filha do casal. Ambas referiam que tinham privacidade, P3 tinha uma filha pequena, o que, segundo ela, atrapalhava a erotização do casal e a vida sexual. P5 tinha uma filha adulta e economicamente independente, segundo ela, esta situação favorecia muito a privacidade do casal. P6 não tinha filhos e refere que a vida em casa com o marido era tranquila.

Das que não moravam em casa própria, P4 era casada, mas morava na casa dos pais juntamente com o marido. “A gente não tem condição de se manter sozinho ainda. (...) acho que se a gente tivesse a nossa casa teríamos mais privacidade e liberdade em casa.” (sic).

P10 morava na casa do seu avô materno com o seu namorado. “Meu avô já é idoso e precisava de alguém para cuidar dele. Idoso não pode morar só, sabe?! (...) ai fomos morar lá.

Mas, no final do ano quero me mudar com ele (namorado), por que tá difícil, precisamos ficar só nós dois.” (sic).

P2 havia se mudado para a casa da sua mãe, com a filha menor de idade, para se proteger das agressões do marido. “Sai de casa porque não dava mais (...)” (sic). Esta paciente ao longo dos atendimentos apresentava uma ambivalência no sentimento pelo marido e apresentava dúvidas quanto a decisão de ter saído de casa. “As vezes eu penso em voltar, mas eu sei que minha família não vai deixar (...) eu, também, não quero ficar longe de minha filha, por que ela já falou que não volta mais para a casa com ele.” (sic)

Cinco pacientes eram solteiras e moravam com a família de origem.

#### *5.2.3.1 Repercussões da TCC na área familiar*

Uma queixa recorrente trazida pelas pacientes que moravam com suas famílias de origem, ao longo dos atendimentos, era a ausência de privacidade. Essa temática passava a ser mais evidente nas pacientes do grupo intervenção, especialmente quando iniciava-se a prescrição de auto focagem nas tarefas de casa. Nestes casos, foram realizadas intervenções da TCC para que os dados de realidade pudessem ser adequadamente avaliados, além do encorajamento a uma postura meta-cognitiva da paciente diante do sentimento de constrangimento.

O fato das pacientes do grupo intervenção terem se sentido encorajadas a partilharem o que as constrangia, além da disponibilidade a refletirem a respeito de seus sentimentos e emoções disfuncionais pode se justificar pelo estabelecimento da aliança terapêutica. Beck (1997) e Salkovskis(2004) discutem a respeito de aliança e empatia terapêutica, sendo estas para eles aspectos fundamentais que sustentam todo o processo de transformação e ressignificação da psicoterapia.<sup>(36,54)</sup> Para que haja uma mudança nas emoções e padrões de comportamento do paciente é necessário, antes de tudo, que ele se sinta acolhido e confortável para trazer questões o mobilizam. Com isso, o fato de no grupo intervenção as pacientes terem falado do constrangimento e terem assumido uma postura meta-cognitiva diante de emoções desconfortáveis revela um aprofundamento de conteúdos por parte dessas pacientes, fundamental em um processo psicoterapêutico.

Um outro ganho terapêutico observado foi com a P2 que foi ganhando mais autonomia e segurança quanto a tomada de decisões, saindo da ambivalência e podendo tomar a decisão de não retornar a morar com o companheiro.

#### *5.2.3.2 Repercussões da educação sexual na área familiar*

Nenhuma repercussão foi percebida na área familiar nas pacientes que pertenciam ao grupo controle quando comparado o início e o final do acompanhamento.

#### *5.2.4 Área social/lazer*

No que se refere a vida social, dez pacientes tinham a vida social empobrecida no momento da Avaliação Inicial. Estas, não encontravam com amigos, não desenvolviam atividades prazerosas com regularidade. Este isolamento social foi justificado de diferentes formas, principalmente por questões sócioeconômicas. Por exemplo, P7 referiu sair bastante com os amigos do namorado, mas colocou que o fato de estar desempregada atrapalhava a vida social e o encontro com seus amigos pessoais. P10, por sua vez, tinha poucos amigos, não desenvolvia atividades prazerosas, também encontrava-se desempregada, mas referiu que procurava sair com os colegas da pós graduação.

#### *5.2.4.1 Repercussões da TCC na área social das pacientes*

Nas pacientes do grupo intervenção, na segunda sessão foi prescrita uma tarefa de casa intitulada como “curtograma”, em que a paciente vai registrar as atividades em quatro categorias (gosto e faço, gosto e não faço, não gosto e faço, não gosto e não faço). Esta intervenção é útil para que a paciente possa identificar como está o desenvolvimento de atividades consideradas positivas por ela. Em seguida a própria paciente, com ajuda da terapeuta, avalia quais as dificuldades para a execução das atividades consideradas agradáveis no momento. Em muitos casos uma interpretação distorcida de si e do contexto interferiam nestes fatores e, neste caso, foi possível realizar um ajuste de cognições. Nestas pacientes foi possível perceber, ao longo das 10 (dez) sessões, uma melhora no desenvolvimento de atividades prazerosas em seu cotidiano. Exemplo de falas destas pacientes retratam o empenho delas na ativação desta área:

a) Desenvolvimento de atividades individuais:

**P7:** “Gosto muito de cozinhar, tanto tempo que não fazia isto(...) Quando meu namorado chegou ‘tava’ tudo arrumadinho.” (sic)

b) Desenvolvimento de atividades com familiares

**P1:** “Outro dia coloquei uma música em casa e me acabei de dançar com os meninos. Perdi a noção do tempo (risos). Nem sei qual foi a última vez que tinha feito isso.”(sic)

**P4:** “Chamei meu marido para andar de bicicleta. Foi ótimo!”(sic)

**P10:** “A gente (ela e o namorado) tem muita preguiça de sair de casa, sabe?! Mas ai coloquei um filme para assistirmos juntos (...) Já é alguma coisa, né Dra?!” (sic)

**P12:** “Fui com minha irmã no cinema estes dias. Foi bom.”(sic)

c) Desenvolvimento de atividades sociais

**P2:** “Fui para a aula de dança esta semana lá pertinho de casa. (...) É divertido um monte de mulher junta(...) É uma resenha!”(sic)

**P9:** “Tinha muito tempo que não saía com minhas colegas, elas me chamaram, ai, eu me forcei e fui. Acho que valeu bastante a pena!” (sic)

No clássico livro “Terapia Cognitiva da Depressão”, Beck (1997) dedica um capítulo a discussão da importância da ativação comportamental no humor e na qualidade de vida geral dos pacientes deprimidos.<sup>(36)</sup> As pacientes deste estudo não estavam clinicamente deprimidas, no entanto, tinham o diagnóstico de uma doença crônica. As DS podem ser assim consideradas, pois precisam de mais de 06 meses de manifestação de sintomas para que o diagnóstico seja fechado.<sup>(18)</sup> Além disso, a presença de uma questão no funcionamento global do sujeito pode impactar no seu humor e, conseqüentemente, na sua libido.

As pacientes do grupo intervenção puderam, não somente se atentar, como também trabalhar, possíveis dificuldades na ativação da vida social e/ou execução de atividades de lazer, chegando a uma mudança deste padrão em todos os casos atendidos no sentido de favorecer o lazer e a vida social. Sendo assim, podemos refletir a respeito da influência da psicoterapia neste processo.

#### *5.2.4.2 Repercussões da educação sexual na área social da paciente*

As pacientes do grupo controle não manifestaram mudança nas atividades da área social. Somente P3 manifestou o desejo de frequentar academia, mas não chegou a concretizá-lo ao longo dos 10 atendimentos.

#### *5.2.5 Imagem corporal e auto cuidado*

Uma característica de todas as pacientes na Avaliação Inicial era a insatisfação com seu corpo. Quatro referiam que haviam aumentado de peso e não sentiam-se confortável para se olhar no espelho ou se despir em frente ao parceiro.

**P1:** “Eu não era assim, não me reconheço. É como se este corpo não fosse meu.” (sic)

**P2:** “Se eu que sou eu, não gosto do que vejo, imagine outra pessoa.”(sic)

**P4:** “Eu dei uma engordadinha desde que casei (...) Ai eu fico um pouco envergonhada(...) Acho que ele fica me avaliando.”(sic)

**P6:** “Engordei um pouco ao longo desses anos. Isso me deixa um pouco constrangida.”(sic)

Uma paciente referia que o corpo não era o mesmo do início do relacionamento e isso trazia constrangimento para diante do parceiro.

**P5:** “São 30 anos... Ai eu não sou mais mocinha.”(sic)

Sete referiram que gostariam de melhorar muitas coisas em seu corpo e que não ficavam completamente confortável de se despir diante de do namorado/marido.

A partir dos dados referidos acima é importante trazer a reflexão a construção da imagem corporal, e como este fenômeno ocorre nas mulheres da nossa sociedade. Segundo Shontz (1990) esta ocorre a partir de diversas formas de interação com o contexto e é reeditada ao longo de todo o desenvolvimento humano, sofrendo influencia fisiologia, neurológica, social e emocional no seu processo de estruturação.<sup>(60)</sup>

Skopinski, Resende & Schneider (2015), realizaram um estudo para avaliar a relação entre imagem corporal, humor e qualidade de vida, os resultados apontaram que a satisfação com a imagem corporal está diretamente ligada a uma boa percepção de qualidade de vida e um humor elevado.<sup>(61)</sup> Sendo assim, o fato das pacientes deste estudo serem portadoras de uma doença crônica, as Disfunções Sexuais, e sabendo a repercussão desta na percepção subjetiva de bem-estar, pode-se associar este fator como uma das causas para o desconforto dessas mulheres com seu corpo.

Uma característica de todas as pacientes atendidas é a dissociação da genitália ao corpo como um todo. Uma das sessões de Educação Sexual e de Psicoterapia cognitivo-comportamental consta em reproduzir a genitália utilizando-se massa de modelar. Todas apresentaram dificuldade na execução desta tarefa. A seguir algumas falas que ilustram:

**P1:** “Não sei fazer isso não (...) Eu não costumo olhar, não.”

**P2:** “Tomo banho, passo sabão, mas acho que não presto atenção no que estou fazendo.”

**P12:** “Que coisa estranha (...) Parece que não é uma coisa muito normal.”

**P10:** “Nunca parei para pensar ‘nela’ como parte do meu corpo... Não a vejo como uma parte que nem o braço.”(sic)

#### *5.2.5.1 Repercussões da TCC na imagem corporal e auto cuidado*

No protocolo do Grupo Intervenção a partir da 5ª Sessão eram prescritos exercícios de auto-focagem. A paciente era orientada a executar a atividade, que era combinada na sessão com a paciente entre: explorar o corpo durante o banho, olhar-se no espelho com roupa, olhar-

se no espelho sem roupa e massagear o próprio corpo. Os exercícios de auto focagem genital, quando sugeridos, também contavam com a participação da paciente em sua decisão e variavam entre: Perceber a genitália no momento em que ensaboava-se no banho, observar a genitália no espelho, massagear a genitália e masturbação. Esses exercícios deveriam ser desenvolvidos com uma atitude meta-cognitiva, que possibilitava a atenção e questionamento de emoções e pensamentos diante da execução (ou não) do exercício.

As sete pacientes do grupo intervenção realizaram os exercícios de auto-focagem corporal e genital.

Com relação ao cuidado pessoal, cinco pacientes do grupo intervenção manifestaram mudança no padrão ao longo das 10 sessões.

P1 e P2, por exemplo, eram pacientes que não apresentavam investimento nos cuidados pessoais. Ao longo das sessões foi possível perceber mudança nesses padrões com o uso de cosméticos e maquiagens, acessórios femininos e frequência em salão de beleza para fazer unhas, cortar e pintar cabelos.

P4, P7 e P12 manifestaram cuidados com a auto-imagem e com o corpo. Como se pode notar em suas declarações:

**P4:** “Cortei o cabelo para mudar um pouquinho!”(sic)

**P7:** “Passei ontem o dia passando creme nos cabelos. Adorei!”(sic)

**P12:** “Dei uma ‘mudadinha’, gostou?!”(sic)

#### *5.2.5.2 Repercussões da educação sexual na imagem corporal e auto cuidado*

No grupo controle, apenas uma paciente referiu realizar os exercícios de auto-focagem genital. Esta era uma paciente que pesquisava muito em sites, blogs e redes sociais estratégias de tratamento para DS. Nessas buscas, encontrou a orientação para o auto-toque e masturbação, mas sempre referia muita dificuldade em olhar e tocar a sua genitália.

Entre as pacientes do grupo controle, nenhuma delas manifestou mudança nos padrões de auto cuidado.

Um dos princípios da psicoterapia é que a pessoa possa re-estabelecer o senso de cuidado consigo em todos os níveis, inclusive no que se refere ao cuidado pessoal.<sup>(8,62)</sup> O fato das mudanças nesta área terem ocorrido somente nas pacientes do grupo intervenção pode apontar para a influência da psicoterapia nas relações de auto-cuidado e na imagem corporal.

Segundo, Neufeld & Cavenge (2010) & Beck (2013), o processo psicoterapêutico fornece ao paciente a possibilidade de se deparar com alguns pensamentos e comportamentos disfuncionais, identificá-los e encontrar possibilidades para a reconstrução de pensamentos mais funcionais.<sup>(8,63)</sup> Importante salientar que entende-se por funcional o pensamento que favorece o alcance de metas pessoais e disfuncionais os que atrapalham estas.

Sendo assim, este estudo aponta que os achados do grupo intervenção no que se refere a auto-cuidado e imagem corporal corroboram a literatura a respeito dos ganhos de um processo psicoterapêutico.

#### 5.2.6 Função sexual

Mesmo havendo a aplicação do FSFI para avaliação da Função Sexual das pacientes antes e depois de iniciada as intervenções em ambos os grupos, esta categoria também foi avaliada em todas as pacientes ao longo dos atendimentos, pois esta é uma questão de ordem subjetiva e limitar esta avaliação a um instrumento objetivo poderia não revelar o fenômeno com fidedignidade.

Na Avaliação Inicial as doze pacientes referiram não realizar masturbação.

##### 5.2.6.1 Repercussões da TCC na função sexual das pacientes

No grupo intervenção, a medida que os exercícios de auto-focagem eram prescritos as mulheres foram trazendo pensamentos e emoções ligados a sexualidade que puderam ser trabalhados a partir da perspectiva da TCC. Todas elas referiram um ganho terem passado a encarar a masturbação como uma forma de obter qualidade de vida sexual.

Deste grupo, cinco referiram que passaram a realizar a masturbação.

**P1:** “Eu achava que por ele ser meu marido eu tinha que sentir atração por ele, mas aí eu percebi depois que passei a vim aqui que realmente não sentir atração por ele, pode até ser normal (...) Percebi que não preciso de ninguém para ter a minha vida sexual de volta.”

**P2:** “A minha situação é complicada porque a situação dele é complicada, ele não quer se tratar. (...) aí descobri que não preciso dele.”(sic)

Dois pacientes referiram não ter iniciado a prática de masturbação, ambas com diagnóstico de vaginismo. No entanto, elas realizaram em casa os exercícios de auto-focagem genital.

**P4:** “Antes daqui me dava um nervoso só de pensar em olhar em minhas partes íntimas, imagina tocar(...) Hoje já consigo encarar com mais naturalidade, como uma parte do meu corpo.”(sic)

**P10:** “Eu sentia muita vergonha, vergonha de mim mesma, sabe?! (...) É como se não fosse uma parte normal do meu corpo(...) hoje já entendi que é normal, que é uma parte do meu corpo.” (sic)

Quanto à atividade sexual com parceiro, cinco pacientes do grupo intervenção referiram melhora do desejo, aumento da frequência da atividade sexual e das tentativas de penetração durante elas.

#### *5.2.6.2 Repercussões da educação sexual na função sexual das pacientes*

As pacientes do grupo controle tiravam dúvidas a respeito de questões ligadas à sexualidade, incluindo a masturbação ao longo das sessões, mas em virtude da natureza da intervenção, pensamentos e cognições a respeito desta temática não eram trabalhados e ressignificados. Nenhuma das pacientes referiu ter iniciado a prática da masturbação ao longo das 10 sessões de Educação Sexual. Somente uma paciente referiu realizar, com muito constrangimento, exercício de auto-focagem, por ter lido que estes poderiam favorecer o tratamento das DS.

Das cinco pacientes do grupo controle, três referiram ter aumentado o desejo, mas consideravam que as tentativas com o parceiro não aconteceram do jeito que gostariam por conta de contingências da relação afetiva e de outras questões ligadas a outras áreas de vida. P5, paciente do grupo controle, passou pelo processo de agravamento da doença da mãe e posterior falecimento. Atribui-se a este fato a falta de iniciativa sexual durante o período das sessões. P3 e P6 referiram que a falta de afinidade com o marido pode ter influenciado na vida sexual do casal.

P8 atribuiu ao medo da dor a ausência de tentativas com o parceiro e P11 ao fato do namorado morar em outra cidade e as oportunidades para atividade sexual seriam menores, pois se viam pouco.

Mais uma vez, os achados corroboram as publicações a respeito da influência da TCC na mudança de padrões de comportamento da pessoa atendida. Um dado relevante é o início da prática da masturbação por cinco das sete pacientes do grupo intervenção e a ausência desta no grupo controle. Todas as pacientes no início dos atendimentos traziam crenças disfuncionais quanto sexualidade e a auto-erotização, sendo estes percebidos como algo inadequado, imoral e/ou sujo. São exemplo de algumas falas que trazem essas crenças disfuncionais:

**P7:** “As moças que tem uma relação tranquila com sexo, que falam sobre isso abertamente, eu até hoje ‘olho torto.’” (sic)

**P4:** “Não fui acostumada a falar sobre isso (...) era algo restrito aos casados.”

**P10:** “Eu defendo o direito das mulheres fazerem o que quiser, mas quando eu penso em mim, em sexo... Me sinto estranha, me sinto errada.”

No caso das pacientes que puderam passar pelo processo psicoterapêutico, estas tiveram a oportunidade de ressignificar estas crenças, trazendo em suas falas expressões mais funcionais com relação a sexualidade.

**P2:** “Eu fui colocada para fora de casa quando engravidei, não pela barriga, mas por que tinha feito ‘coisa errada’. Hoje me vejo capaz de conversar com minha filha de 14 anos, entendi que é normal.”

**P7:** “Eu me sentia tão mal quando pensava em me masturbar. Era algo quase que inadmissível, hoje vejo tudo isso com tanta naturalidade que nem parece que era eu.”

**P9:** “Era tanto tabu, tanto mito... Tão bom poder ver tudo de outro jeito e fazer o que a gente quer.”

**P10:** “Dra., entender que sexo é saúde, fez toda a diferença! Veja se a faculdade ia permitir isso aqui (referindo-se a psicoterapia com enfoque nas DS) se fosse errado?!”

**P12:** “Ainda é estranho, passei a vida escutando que era um pecado. Mas, hoje já passei a entender que é algo bom, natural.”

Cavalcanti (2012), traz a importância de atrelar a verificação e reestruturação de pensamentos as práticas comportamentais em sexologia.<sup>(7)</sup> Lucena e Abbo (2016) consideram que o sucesso de uma terapêutica nesta área está na possibilidade da reabilitação da função sexual.<sup>(62)</sup> A partir das reflexões trazidas pelos autores referidos acima em suas publicações, e dos dados trazidos neste trabalho, em que cinco das sete pacientes do grupo intervenção reabilitaram a sua função sexual, pode-se associar este ganho ao processo de psicoterapia cognitivo-comportamental.

#### 5.2.7 Notas sobre o pós-protocolo

Em ambos os grupos, após o fechamento das 10 sessões do protocolo e atendimento da pesquisa, era oferecido a continuidade do acompanhamento psicológico. Todas as pacientes do grupo intervenção referiram que gostariam de continuar, mas, duas referiram não poder continuar por conta da mudança na escala de trabalho, uma morava no interior e a prefeitura passou a não fornecer mais o transporte para que ela pudesse comparecer ao atendimento, uma paciente agendou atendimento pós protocolo, mas desmarcou por conta das festas juninas e não chegou a re-agendar. Três pacientes compareceram com frequência semanal aos atendimentos.

É relevante que uma reflexão possa ser feita a respeito do número de sessões do grupo intervenção. O fato de pacientes terem aprofundado conteúdos que se configuraram de grande relevância para a mudança do padrão do sintoma, é provável que um protocolo com um maior número de sessões pudesse favorecer ainda mais a todos os participantes.

P4, P10 e P12, foram as pacientes do grupo intervenção que prosseguiram em atendimento, todas puderam trazer conteúdos mobilizadores da sua história de vida que se relacionavam com a temática da sexualidade. Estes, exigiram por parte da paciente um tempo maior de vínculo com a psicoterapeuta e empenhadas no processo, para serem revelados.

P12 era a única paciente que não possuía parceiro fixo e após o fim do protocolo passou a ter um relacionamento estável, podendo iniciar práticas sexuais com este.

Estes dados apontam que se as pacientes tivessem interrompido o processo juntamente com o protocolo, as mesmas não teriam prosseguido com os ganhos terapêuticos. No que se refere a pesquisa, precisamos de uma metodologia e um protocolo único para que possamos avaliar o nosso objeto de forma consistente, sem a interferência de vies. Sendo assim, o estabelecimento de um número de sessões e a padronização de intervenções nas sessões são fundamentais para a avaliação dos avanços das pacientes dentro destes períodos de tempo. No entanto, no que se refere a prática clínica, é fundamental entender de forma profunda a teoria e os pressupostos que embasam o fazer do profissional que se propõe a esta atividade, assim é possível ajustar de forma empática e cuidadosa a prática as idiossincrasias de cada paciente, entre as adequações estão a duração da psicoterapia e as intervenções.

No grupo controle, somente uma paciente manifestou interesse, e continuou a comparecer aos atendimentos. No entanto, não deu continuidade ao processo psicoterapêutico após cinco sessões entremeadas por longos períodos de ausência.

As pacientes do grupo intervenção que prosseguiram em atendimento aprofundaram conteúdos e puderam trazer informações de extrema relevância para a conceituação cognitiva dos casos. Como discutido anteriormente, para que exista um processo psicoterapêutico é fundamental que exista a aliança terapêutica, pois somente esta possibilita a imersão em questões levando a paciente a mudança de padrões. No caso da única paciente do grupo controle

que prosseguiu, o fato da mesma não ter continuado a terapia sem justificativa pode sugerir uma ausência desta aliança.<sup>(32,36)</sup>

Um dado que merece ser discutido, também, é a quantidade de pacientes que interromperam o protocolo. Nesta pesquisa constam doze pacientes que finalizaram o protocolo, sete do grupo intervenção e cinco do grupo controle. No entanto, foram randomizadas quinze pacientes, sete foram para o grupo intervenção e oito para o grupo controle. Sendo assim, três pacientes do grupo controle não deram prosseguimento ao tratamento. Algumas hipóteses levantadas para este comportamento das pacientes do grupo controle é a ausência da percepção de melhora.

Sarmento (2001), discute fatores que influenciam a adesão do paciente a terapêutica. Segundo a autora, são inúmeras as variáveis que favorecem a este comportamento, entre eles a confiança no tratamento e a motivação.<sup>(63)</sup> No caso das pacientes do grupo controle deste estudo, pode-se refletir a respeito da motivação e a confiança no tratamento, pois os mesmos podem ter sido afetados a partir do momento que as mulheres acompanhadas identificaram uma manutenção dos seus sintomas e quadro geral e conseqüentemente o desfavorecimento do alcance de metas pessoais.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, os resultados apontam para uma melhora da qualidade de vida das mulheres que fizeram psicoterapia. Os relatos de ressignificação das crenças sobre sexualidade no grupo intervenção, passando a ter um olhar mais funcional e normalizador para esta questão auxiliou a maioria dessas pacientes na reabilitação da FS. Além disso, entendendo-se a sexualidade de forma mais ampla, como discutido ao longo deste trabalho, todas as mulheres do grupo intervenção passaram a executar atividades prazerosas, o que favorece a qualidade de vida.

No que diz respeito ao auto-conceito, as mulheres do grupo intervenção passaram a ter uma visão mais positiva e assertiva de si mesma, o que foi percebido a partir das falas das pacientes ao longo dos atendimentos e nos seus comportamentos de auto-cuidado percebidos nos encontros com as pacientes.

Os exercícios de auto-focagem, prescritos para as pacientes do grupo intervenção, favoreceram uma relação mais funcional desta mulher com seu corpo. Todas, mesmo as que não chegaram as atividades de auto-erotização, passaram a integrar a genitália e percebê-la como uma parte como qualquer outra que compõem o seu corpo.

Com relação a vida social, no grupo intervenção, pacientes que possuíam esta área empobrecida passaram a ativá-la com atividades lúdicas, esportivas, encontros sociais, entre outros. Trazendo na avaliação final estes aspectos como um ganho da psicoterapia.

No grupo Educação Sexual, nenhuma das mulheres atendidas apresentou alterações de comportamentos nas áreas supra-citadas. Exceto uma paciente que, por demanda pessoal, tentou a auto-focagem, sem repercussão na sua FS.

Sendo assim, conclui-se que a Psicoterapia Cognitivo-comportamental apresentou um impacto positivo na Qualidade de Vida, quanto na Função Sexual das mulheres que vivenciaram este processo.

É importante salientar a relevância deste protocolo psicoterapêutico contemplar a avaliação e a atenção de todas as áreas da vida da paciente, pois no que se refere a subjetividade

todas as questões se interligam para a construção de cada ser humano. Deste modo, tratar uma Disfunção Sexual sem perceber a mulher em sua totalidade, sem abordar as diversas áreas da sua vida, poderia configurar em fracasso deste processo. Além disso, a sexualidade está diretamente ligada as experiências de prazer que a pessoa vivenciou e, quanto mais satisfeita ela tiver nos outros aspectos da sua vida, maior a probabilidade de obter prazer sexual.

Uma das limitações deste trabalho é a ausência da participação dos parceiros na psicoterapia. Sabe-se que as Disfunções Sexuais acabam por representar um problema conjugal quando a paciente encontra-se em uma relação estável, deste modo, sugere-se que futuras pesquisas contemplem um protocolo para o casal.

Cabe ressaltar, também, a importância de se refletir a respeito do número de sessões do protocolo, pois alguns conteúdos relevantes puderam ser aprofundados em três pacientes que permaneceram em psicoterapia após o fechamento das dez sessões propostas nesta pesquisa. Sendo assim, futuras pesquisas com uma proposta de um número mais elevado de sessões poderia ser de grande valia.

## REFERENCIAS

1. Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roehr WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2000; 8(3): 84-90.
2. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & Contexto - Enferm*. 2008; 17(3): 417-426.
3. Lerner T. Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas [internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012. [Citado 2017 fev. 18]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-24052012-160753/pt-br.php>.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 281(6): 537-44.
5. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil Sexual da População Brasileira: resultados dos Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Moreira Jr*. 2002; 250-57.
6. Organização Mundial de Saúde. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva; 2006.
7. Cavalcanti R. Manual prático de tratamento clínico das disfunções sexuais. São Paulo: Rocca; 2012.
8. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
9. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(1): 17-31.
10. Duarte CL. Feminismo e Literatura no Brasil. *Estudos Avançados*. 2003; 17(49): 151-172.
11. Nunes CA. Desenvolvendo a sexualidade. 7. ed. São Paulo: Papirus; 2005.
12. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol*. 1986; 54(2): 140-8.
13. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984.
14. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiquiatr. Clin*. 2006; 33(3): 162-7.
15. Figueiredo ALD, Güths P, Canals ADA, Argimon IIDL. Terapia cognitivo-comportamental nas disfunções sexuais. In Andretta I, Oliveira MDS. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. p. 402-16.
16. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.

17. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(1): 51-65.
18. American Psychological Association. Manual estatístico e diagnóstico de doenças mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
19. Fernandez MR, GIR E, Hayashida M. Sexualidade no período climatério: situações vivenciadas pela mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005; 39(2):129-35.
20. Costa FO, Antoniazzi AS. A influência da socialização primária na construção da identidade de gênero: percepções dos pais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 1999; 9(16):67-75.
21. Duarte LC, Rohden F. Entre o obscuro e o científico: pornografia, sexologia e a materialidade do sexo. *Revista Estudos Feministas*. 2016; 24(3): 715-37.
22. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32(3):139-43.
23. Passarela CM, Mendes DD, Mari JJ. Revisão sistemática para estudar a eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusados sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Psiquiatria Clínica*. 2010; 37(2):60-65.
24. Zucco LP, Minayo MCS. Female sexuality in magazines. *Interface (Botucatu)*. 2010, vol. 5.
25. Silva LIC, Pontes FAR, da Silva SDB, Magalhães CMC, Bichara ID. Diferenças de gêneros nos grupos de brincadeira na rua: a hipótese de aproximação unilateral. *Psicol. Reflex. Crit.* 2006; 19(1):114-121.
26. Welles CE. Breaking the silence surrounding female adolescent sexual desire. *Women & Therapy*. 2005; 28(2):31-45.
27. Grosz E. *Corpos reconfigurados*. Cadernos Pagu. 2000; 14: 45-86.
28. ONU Women. Un women annual report 2014-2015. Disponível em: <http://www.unwomen.org/-/media/annual%20report/attachments/sections/library/un-women-annual-report-2014-2015-en.pdf?vs=522>. Acesso em: 24 mar. 2017.
29. Hofmann SG. *Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
30. Leiblum SR. *Tratamento dos transtornos do desejo sexual: casos clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
31. Beck JS. *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
32. Salkovskis PM. *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

33. Rangé BP. Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno do pânico e agorafobia. Rio de Janeiro: Cognitiva; 2008.
34. Neufeld CB, Carvalho AV. Treino de habilidades sociais. In: Melo WV, organizadora. Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014. p.153-85.
35. Callegaro M. O novo inconsciente. Porto Alegre: Artmed; 2011.
36. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
37. Gil AC. Métodos e Técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
38. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
39. Maia ACB. Conceito amplo de sexualidade no processo de educação sexual. Psicopedagogia On Line, v. 1, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/125065>>
40. Lopes C. Que confusão é essa: Por que é tão difícil falar de sexo - Coleção educação sexual: perguntas e respostas. Santa Catarina: Brasileitura; 2010.
41. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. Do Sul. 2007; 27(1):10-14.
42. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol 1999;39(3):143-150.
43. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. Saúde Colet. 2015; 23 (2): 140-49.
44. Costa JM, Nogueira LT. Fatores associados à qualidade de vida relacionados a receptores de transplantes renais em Teresina, Piauí, 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2014; 23(1): 121-9.
45. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos Músculos do Assoalho Pélvico e Função Sexual em Gestantes. Rev Bras Fisioter. São Carlos. 2009; 13(5): 383-9.
46. Machado FA, Rieder CR, Hilbig A, Reppold TC. Perfil Neuropsicológico do paciente com doença de Parkinson selecionado para cirurgia de estimulação cerebral profunda. Dement. Neuropsychol. 2016; 10(4):296-302.
47. Corsaletti BF, Proença MDGL, Bisca GW, Leite JC, Bellinetti LM, Pitta F. Diferença mínima importante para questionários de ansiedade e depressão após intervenção para o aumento da atividade física diária em tabagistas. Fisioter Pesq. 2014; 21(4):359-64.

48. Reinert CdeA, Ribas MR, Zimmermann PR. Drug interactions between antineoplastic and antidepressant agents: analysis of patients seen at an oncology clinic at a general hospital. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015; 37(2):87-93.
49. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health.* Geneva: WHO; 2002.
50. Yıldız G, Cavkaytar A. Effectiveness of a Sexual Education Program for Mothers of Young Adults with Intellectual Disabilities on Mothers' Attitudes Toward Sexual Education and the Perception of Social Support. *Sex Disabil.* 2017; 35(1):3-19.
51. Rabello SHDS, Caldeira AMDA, Teixeira F. Os artefatos dos media na educação em sexualidade. *Exedra Jornal.* 2012: 71-79.
52. Ussher JM, Perz J, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R, et al. Negotiating Discourses of Shame, Secrecy, and Silence: Migrant and Refugee Women's Experiences of Sexual Embodiment. *Arch Sex Behav.* 2017; doi: 10.1007/s10508-016-0898-9. [Epub ahead of print]
53. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França Jr I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(2):299-310.
54. Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em Situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(1):50-6.
55. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RdeO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003; 25(Supl 1): 65-74.
56. Young EJ, Klosko SJ, Weishaar EM. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide.* New York & London: The Guilford Press; 2003.
57. Scribel MdoC, Sana MR, di Benetto AM. Os esquemas na estruturação do vínculo conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.* 2007; 3(2).
58. Freeman A, Dattilio FM. *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
59. Sá SD, Werlang BSG, Paranhos ME. Intervenção em Crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.* 2008; 4(1).
60. Shontz FC. Body image and Physical disability. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body images: development, deviance and change.* New York: The Guilford Press; 1990. p. 149-68.
61. Skopinski F, Resende TdeL, Schneider RH. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2015; 18(1):95-105.
62. Brito FdeS, Bakos DDGS. Procrastinação e Terapia Cognitivo-Comportamental: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.* 2013; 9(1):34-41.

63. Neufeld CB, Cavenage CC. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivos-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2010; 6(2):3-35.
64. Lucena BB de, Abdo CHN. Terapia Sexual: breve histórico e perspectivas atuais. *Diagnóstico e tratamento*. 2016; (21)4: 186-9.
65. Sarmiento SMdeS. Adesão ao Tratamento de Saúde: Tendências e Perspectivas na literatura Internacional [internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2001 [Citado 2017 mar. 23]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12056>.

## APÊNDICE

### APÊNDICE I - TERMO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### **Título da Pesquisa: A influência da Psicoterapia Cognitivo-comportamental na Função Sexual e Qualidade de Vida de mulheres com Disfunção Sexual.**

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

A senhora está sendo convidado a participar de uma pesquisa e o resultado desta pesquisa poderá colaborar com a maior oferta de tratamentos em saúde para as mulheres. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que encontra-se em duas vias de igual teor, uma via ficará contigo e a outra com a pesquisadora.

Você foi escolhida por apresentar queixas na sua vida sexual e buscou tratamento para esta questão. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo: Testar o efeito da Terapia Cognitivo-comportamental na qualidade de Vida e Função Sexual de mulheres com Disfunção Sexual. A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma área da Psicologia que por meio de conversa auxilia as pessoas a melhorarem a forma de enfrentar dificuldades emocionais na vida cotidiana, esta vem sendo estudada em todo o mundo e tem sido considerada uma grande aliada da promoção da qualidade de vida e saúde mental em todo o mundo.

Inicialmente, a senhora passará por uma entrevista com uma psicóloga, no primeiro momento da entrevista serão aplicados 3 questionários referentes as suas emoções e em seguida ocorrerá a entrevista, propriamente dita, onde serão abordados temas relacionados as diversas áreas da sua vida. Posteriormente, a senhora ficará em uma sala fechada com uma pesquisadora e responderá a 3 questionários: um questionário, onde deverá informar seus dados pessoais (idade, ocupação, escolaridade), um contendo questões relacionadas a qualidade de vida e outro contendo questões ligadas a vida sexual.

Após esta etapa as pacientes serão separadas aleatoriamente em dois grupos: um será submetida a Psicoterapia com a Técnica da Terapia Cognitivo-comportamental e o outro grupo receberá orientações a respeito de temáticas ligadas a qualidade de vida e vida sexual. O objetivo desta separação aleatória é a comparação dos resultados ao final da pesquisa. É importante salientar que, caso os resultados do grupo que se submeteu a Terapia Cognitivo-comportamental sejam melhores, este procedimento será oferecido gratuitamente às mulheres que fizeram parte do outro grupo.

A psicoterapia consta de 10 encontros, com frequência semanal e duração aproximada de 50 min. O objetivo desta terapêutica é o desenvolvimento de habilidades cuja finalidade é proporcionar a paciente uma melhoria na forma de lidar com questões relacionadas a sua vida cotidiana e a sexual. Ao final de todos os encontros uma pesquisadora reaplicará os questionários de Qualidade de Vida e Função Sexual e uma profissional de Psicologia reaplicará os questionários de questões emocionais.

Gostaria de ressaltar que a não participação nesta pesquisa não implicará em alguma consequência para a senhora. Portanto, você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento.

O possível risco desta pesquisa é algum tipo de desconforto emocional durante ou após os encontros as sessões. Caso isso ocorra você deverá recorrer a psicóloga pesquisadora para que seja realizado um acompanhamento a esta queixa. Além disso, é possível que você sintase

um pouco constrangida por conta da temática relacionada a sexualidade, este risco é minimizado com a aplicação de questionários em sala individualizada, manejado por uma profissional de saúde e, no caso da terapêutica, é minimizada pela mesma ocorrer em uma sala fechada e com profissional de psicologia experiente.

O possível benefício é a melhora da qualidade de vida e vida sexual que podem trazer repercussões positivas para as diversas áreas da sua vida.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os questionários respondidos ao início e final da pesquisa, ficarão armazenados no prontuário de cada participante, onde somente pesquisadores vinculados a este grupo de pesquisa poderão ter acesso. Este material será conservado por 05 anos e em seguida será incinerado, para preservar a privacidade das informações.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com o pesquisador responsável. A responsável por esta pesquisa é a Dra. Patrícia Lôrdelo, a mesma poderá ser encontrada todas as quartas-feiras pela tarde na Clínica de Fisioterapia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Av. D. João VI, n 275, Brotas, telefone (71) 3276-8280.

**Eu, \_\_\_\_\_ entendi a descrição da pesquisa, estou de acordo com o objetivo desta e concordo com a participação no grupo.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Contato do pesquisador responsável: Dra. Patrícia Lordelo. Contatos: telefone (71) 3276-8280 (Quartas-Feiras pela tarde) e E-mail: **[pvslordelo@hotmail.com](mailto:pvslordelo@hotmail.com)**

Em caso de dúvida ou denúncia, a senhora, poderá entra em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no endereço abaixo:

<https://www.bahiana.edu.br/comite-de-etica/pesquisa/>

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Av. D. João VI, n 275, Brotas, telefone (71) 3276-8200.

## ANEXOS

## ANEXO I - ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

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) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última 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.**

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste.            1 Eu me sinto triste.            2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.            3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 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.</p> <p><b>3</b> 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.</p> <p><b>4</b> 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.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado.            1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.            2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.            3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 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.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.            1 Estou decepcionado comigo mesmo.            2 Estou enojado de mim.            3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.            1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.            2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.            3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.            1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.            2 Gostaria de me matar.            3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 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.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.            1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.            2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.            3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.            1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.            2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.            3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.            1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.            2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.            3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
--	---

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.  
 Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.  
 BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_            Escore Total.

## ANEXO II - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

\*Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.\*

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

## ANEXO III - ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.  
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

## ANEXO IV - FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

### FSFI - FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

Instruções: Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Para responder as questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual. Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina. Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos). Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”), ou contrações musculares. ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

**01) Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?**

- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

**02) Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?**

- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

**03) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

**04) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

**05) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Segurança muito alta
- 4 = Segurança alta
- 3 = Segurança moderada
- 2 = Segurança baixa
- 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

**06) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

**07) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

**08) Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

**09) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

**10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível

- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

**11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

**12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

**13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

**14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

**15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

**16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?**

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

**17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?**

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

**18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?**

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Quase sempre ou sempre
- 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 5 = Quase nunca ou nunca

**19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?**

- 0 = Não tentei ter relação
- 1 = Muito alto
- 2 = Alto
- 3 = Moderado
- 4 = Baixo
- 5 = Muito baixo ou absolutamente

## ANEXO V - SHORT-FORM HEALTH SURVEY

## QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

**01) Em geral você diria que sua saúde é:**

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

**02) Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?**

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
03) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
04) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
05) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
06) Subir vários lances de escada	1	2	3
07) Subir um lance de escada	1	2	3
08) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3

09) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
10) Andar vários quarteirões	1	2	3
11) Andar um quarteirão	1	2	3
12) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

**Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?**

	SIM	NÃO
13) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
14) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
15) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
16) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

**Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

	SIM	NÃO
17) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
18) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
19) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

**20) Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?**

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**21) Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?**

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

**22) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?**

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.**

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
23) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
24) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
25) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
26) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
27) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
28) Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

desanimado ou abatido?						
29) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
30) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
31) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**32) Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?**

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

**O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
33) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
34) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
35) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
36) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## ANEXO VI - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO INICIAL

### ROTEIRO - AVALIAÇÃO INICIAL (TCC)

Nome:  
Data de nascimento:  
Profissão:  
Escolaridade:  
Queixa Principal:

#### Área familiar:

- Dados relevantes da história de vida;
- Relação com os pais/responsáveis e pessoas significativas;
- Irmãos, relação entre eles;
- Família estendida;
- Família Atual.

#### Área Acadêmica/ Profissional:

- Formação acadêmica,
- Relação com a escola e com o ato de estudar;
- Satisfação com o grau de escolaridade;
- Satisfação com a Profissão;
- Planos para esta área.

#### Área Social:

- Vida social ao longo da vida;
- Atividades de lazer atualmente e ao longo da vida;
- Prática de esportes e *hobbies*,
- Contexto social atual.

#### Área Afetiva:

- A quanto tempo se relaciona (se estiver em relacionamento);
- Como classifica a qualidade do relacionamento,
- Afinidades, vida social em comum, planos para o futuro,
- Histórico de relações anteriores.

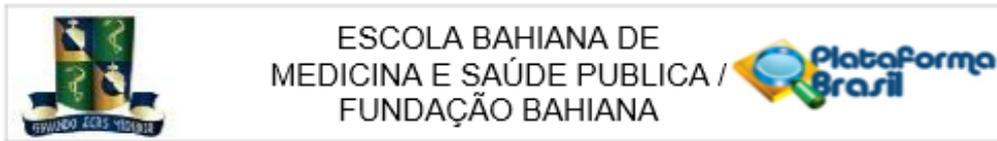
#### Área Sexual:

- Educação Sexual;
- Primeira Experiência sexual;
- Contexto atual da sexualidade.

#### Auto-conceito:

- Visão subjetiva de si:
  - \*Qualidades,
  - \*Defeitos;
- Imagem Corporal.

## ANEXO VII - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A INFLUÊNCIA DA GRUPOTERAPIA COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA FUNÇÃO SEXUAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM QUEIXAS URO-GINECOLÓGICAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

**Pesquisador:** PATRÍCIA VIRGÍNIA SILVA LORDÊLO GARBOGGINI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44137115.7.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.110.384

**Data da Relatoria:** 27/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa trata-se de um ensaio clínico randomizado que tem como objetivo avaliar a influência da Psicoterapia Cognitivo-comportamental(TCC) na qualidade de vida e função sexual de pacientes com queixas uro-ginecológicas. A noção de saúde sexual para a Organização Mundial de Saúde (OMS)ultrapassa o conceito de ausência de doença, tendo um significado de bem-estar subjetivo nas esferas do auto-conceito, auto-imagem, relações interpessoais e senso de auto-eficácia. Além disso, a relação de satisfação sexual e qualidade de vida também está evidenciada em diversos estudos. A influência do comprometimento da qualidade de vida em pacientes com queixas uro-ginecológicas foi estabelecida em algumas pesquisas, no entanto não foram encontradas nenhuma pesquisa que estabelecesse uma relação entre qualidade de vida e função sexual para esta população. Este estudo pretende então, preencher esta lacuna avaliando esta relação a partir do

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

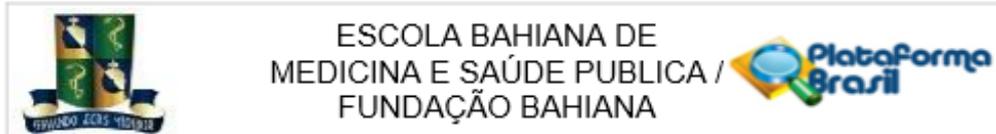
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.290-000

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** csp@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.110.384

uso de técnicas da TCC.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

1. Avaliar a influência da Grupoterapia com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na função sexual e na qualidade de vida de mulheres com queixas uro-ginecológicas.

Objetivo Secundário:

1. Verificar a correlação entre função sexual e qualidade de vida nas pacientes com alterações uro ginecológicas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

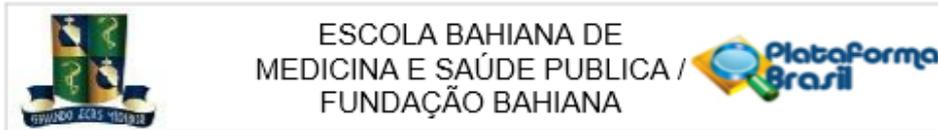
O Pesquisador Responsável aponta o possível risco desta pesquisa é algum tipo de desconforto emocional durante ou após os encontros em grupo. Além disso, é possível que a paciente sinta-se um pouco constrangida por conta da temática relacionada a sexualidade, este risco é minimizado com a aplicação de questionários em sala individualizada, manejado por uma profissional de saúde e, no caso dos grupos, é minimizado pela homogeneidade do grupo, pelo mesmo ocorrer em uma sala fechada e com profissionais de psicologia experientes.

Benefícios:

O possível benefício é que por estar submetida a um processo psicoterapêutico é provável que haja melhora da qualidade de vida e função sexual que podem trazer repercussões positivas para as diversas áreas da vida das participantes da pesquisa. Além disso, os resultados da pesquisa podem trazer uma nova perspectiva na relação dos profissionais de saúde com a qualidade de vida e função sexual da população estudada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

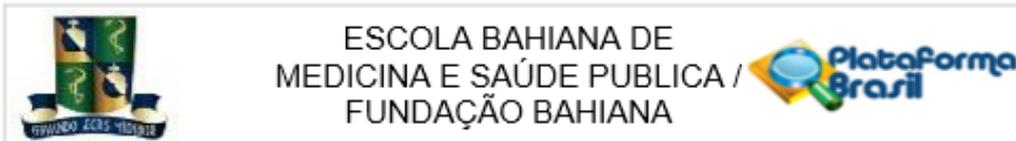
**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
**Bairro:** BROTAS **CEP:** 40.290-000  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.110.384

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será realizada a aplicação das Escalas Beck - BDI, BAI e BHS, validadas para o português brasileiro e a entrevista inicial na EBMSP. As pacientes serão avaliadas por uma psicóloga experiente para que sejam avaliadas quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Nas pacientes selecionadas para o estudo serão aplicadas, em seguida, por uma pesquisadora, os seguintes questionários validados para o português brasileiro: a) Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey (SF-36) , para avaliar a qualidade de vida das mulheres, e para avaliar a função sexual, será aplicado o Female Sexual Function Index (FSFI). A coleta dos dados será realizada no Serviço de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, nos dias pré-estabelecidos com as pacientes. O avaliador realizará a leitura dos questionários em voz alta, de forma padronizada e anotará as respostas fornecidas pelas voluntárias, em sala privativa e individualizada. Os avaliadores serão cegos ao estudo, não conhecendo a alocação dos pacientes. O Grupo 1 será o grupo controle e será submetido a palestras semanais de uma hora de duração. O Grupo 2 será o de Terapia Cognitivo-Comportamental. A grupoterapia será composta por 10 sessões com frequência semanal. As sessões serão compostas por atividades semi-estruturadas, com duração de uma hora. Os objetivos do processo grupal devem ser: reestruturar pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, especialmente os relacionados a sexualidade, reduzir os sintomas de depressão e ansiedade, além de reestruturação cognitiva. O processo grupoterapêutico será dividido em quatro etapas conforme as técnicas empregadas: Etapa 1 – Psicoeducação (três sessões); Etapa 2 – estabilização do humor e reestruturação cognitiva (

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
**Bairro:** BROTAS **CEP:** 40.290-000  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.110.384

sessões);

Etapa 2 – reestruturação cognitiva ligada a sexualidade (Cinco sessões) e Etapa 3– Prevenção à recaída (duas sessões).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram anexados de acordo com a Resolução 466/12-CNS.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Pesquisador Responsável solucionou as pendências de acordo com a Resolução 466/12- CNS

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

**XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

**Bairro:** BROTAS

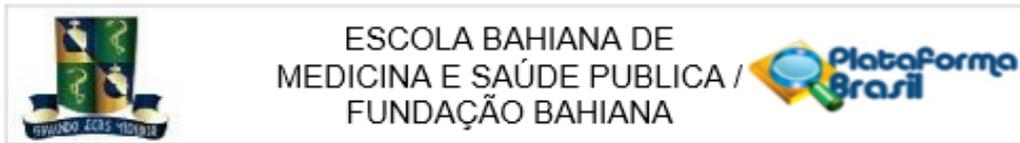
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.290-000

**Telefone:** (71)3276-8225

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.110.384

SALVADOR, 16 de Junho de 2015

---

**Assinado por:**  
**CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS**  
(Coordenador)

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
**Bairro:** BROTAS  
**UF:** BA      **Município:** SALVADOR      **CEP:** 40.290-000  
**Telefone:** (71)3276-8225      **E-mail:** cep@bahiana.edu.br