

**MARIA DE JESUS SIQUEIRA DE ALMEIDA CORREA**

**PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA MULHERES  
COM DISFUNÇÃO SEXUAL NA PÓS-MENOPAUSA**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE - MS  
2016**

**MARIA DE JESUS SIQUEIRA DE ALMEIDA CORREA**

**PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO  
COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA MULHERES COM  
DISFUNÇÃO SEXUAL NA PÓS-MENOPAUSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE / MS  
2016**

### **Ficha Catalográfica**

xxxx Correa, Maria de Jesus Siqueira de Almeida  
Protocolo de terapia cognitivo comportamental em grupo  
para mulheres com disfunção sexual na pós-menopausa.  
Maria de Jesus Siqueira de Almeida; Orientação André  
Barciela Veras. 2016.  
119 fls

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade  
Católica Dom Bosco. Campo Grande. 2016.

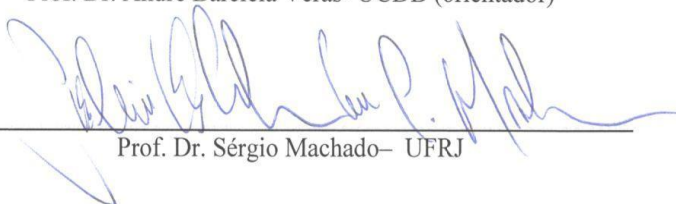
1. Terapia Cognitivo Comportamental 2. Menopausa 3.  
Disfunção Sexual. I Veras, André Barciela. II Título.

A dissertação apresentada por **MARIA DE JESUS SIQUEIRA DE ALMEIDA CORREA**, intitulada **“PROTOCOLO DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL NA PÓS-MENOPAUSA”**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....*aprovada*.....

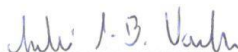
### BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. André Barciela Veras- UCDB (orientador)



Prof. Dr. Sérgio Machado– UFRJ



Prof. Dr. André Augusto Borges Varella - UCDB



Profª Drª Luciane Pinho de Almeida - UCDB

Campo Grande-MS, 04 de julho de 2016.

## AGRADECIMENTO

A Deus, que não me desamparou em momento algum, me deu forças para seguir em frente.

Se você está lendo esta dissertação é porque **EU VENCI!** “Quem me vê assim feliz, não imagina o que passei, quem me vê sorrindo agora não sabe o quanto eu chorei”

Foi um longo caminho percorrido. Caminho este que muitas vezes dava vontade de desistir. Nada foi fácil! Meus pés ainda estão sujos da poeira da estrada, meus olhos ainda contemplam as noites escuras por trás de um pára-brisa embaçado, muitas vezes chuvoso e frio. Meu corpo, meu corpo ainda sente a dureza das poltronas que a certa altura não tinha mais posição. Nos meus ouvidos ecoam ainda os risos, os choros de crianças, conversas e brigas pela luz do celular nos olhos dos que tentavam dormir, as freadas bruscas nas traseiras de outros carros ou em um buraco quase acidental que assustados, alguns gritavam. Sinto o desagradável odor do bêbado que exalava forte a sua cachaça.

Das paradas para descidas ou subidas de passageiros que demoravam como eternidade para alguém que queria chegar em casa junto dos seus e, as idas e vindas nos circulares da cidade acompanhada somente pela solidão, pensamentos e a vontade de vencer.

Precisei me ausentar das festas de famílias, dos almoços de domingos e abrir mão do meu sono enquanto todos dormiam no silêncio da noite entre sonos e sonhos, eu escrevia, lia e pesquisava.

Na sala de aula, meio às diversas formações, às vezes ficava perdida na vastidão daquele universo de pensadores. Muitas vezes senti-me como se estivesse em uma floresta, sem saída, mas os sábios doutores ao perceber nossos devaneios nos mostravam possibilidades. Tive que enfrentar os meus medos, secar as minhas lágrimas, curar as minhas inseguranças.

Tive que povoar a minha solidão, para não me sentir sozinha em meio a uma multidão.

De repente, vem aquele aperto no peito! A banca examinadora, a avaliação, as arguições, a defesa e por fim os elogios. **VENCI!!!**

Aprendi que as dificuldades e lutas que eu tiver de enfrentar, não precisam tirar o meu ânimo e nem mesmo a minha esperança porque a cada amanhecer eu tenho uma nova chance de recomeçar. Eu venci! Venci porque fui à luta, venci porque tive grandes mestres que me ajudaram;

Venci porque nunca estivesse só, no momento em que mais achei que tivesse perdida, foi exatamente quando Deus me pegou no colo. **EUVENCI!**

“O agir de Deus é lindo, na vida de quem é fiel, no começo tem provas amargas, mas no fim, a vitória, a vitória tem o sabor do mel!” **Obrigada Deus meu! DEDICATÓRIA**

**MARIA DE JESUS SIQUEIRA DE ALMEIDA CORREA**

Ao meu esposo **LUIZ RONDON**, pelo carinho, apoio e parceria em todos os sentidos para que eu concretizasse esse sonho. Muito obrigada por tudo! Eu amo você.

Aos meus filhos **LUIS JÚNIOR, LÍVIA e RODRIGO QUISSINI**, por me apoiarem e me fortalecerem nesta caminhada e aos meus irmãos que compreenderam a minha ausência.

Ao Professor **Dr. ANDRÉ BARCIELA VERAS**, pela orientação com dedicação, carinho e paciência no decorrer desta pesquisa;

À amiga **MÁRCIA VERDEGO**, pela amizade, companheirismo na construção desta, força nos momentos de angústia e sempre uma palavra de ânimo;

À Amiga Profa. **MS. LEZI SILVA**, pela contribuição indispensável na elaboração deste trabalho.

À amiga **MARIA S. BUENO**, pelas orações e incentivos que me sustentaram quando alma desfalecia;

Ao Prof. **Ms. MARCELO CAMPOS**, coordenador do Curso de Psicologia da FAUC, pelo apoio e credibilidade no meu trabalho;

A todos os profissionais de saúde do **CEAM** que me apoiaram neste trabalho;

A todas as mulheres que participaram neste estudo pela paciência e disponibilidade;

Enfim, dedico aos meus pais **JOÃO FRANCISO e JOANA BATISTA DE SIQUEIRA e**, a **DEUS** por ter escolhido vocês para me receberem na terra e me ensinarem tudo que eu precisava aprender para seguir o meu caminho e cumprir a minha missão na vida. Tenho a certeza de que, onde vocês estiverem, estarão dividindo comigo a alegria deste momento. **A todos envio do fundo do meu coração a eterna gratidão!**

## RESUMO

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é verificado no mundo todo. Com maior tempo de vida e acesso a tratamentos médicos e gerais na especialidade do envelhecimento saudável, a sexualidade humana foi beneficiada indiretamente com maior longevidade. Seu exercício qualitativo nas fases maduras da vida (iniciadas pela menopausa na mulher e andropausa no homem) é campo de interesse das ciências da saúde. Entre as mulheres, por fatores de gênero, sociais e culturais, a sexualidade é bastante vinculada à subjetividade e padrões internos, razão pela qual este estudo se voltou a esta parcela populacional: a mulher que envelhece e sua qualidade de vida sexual por um instrumento de intervenção eficaz na subjetividade humana – a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). **Objetivo:** esta pesquisa tem como objetivo construir um protocolo-piloto de tratamento no enfoque cognitivo-comportamental para mulheres com disfunção sexual na pós-menopausa e avaliar os efeitos da TCC nesse universo de indivíduos como recurso de validação do protocolo. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com intervenção longitudinal, do tipo qualitativa e quantitativa, composto por quatorze (n=14) mulheres com idades entre 55 a 75 anos de idade, em período de pós-menopausa e diagnosticadas com disfunção sexual em acompanhamento no ambulatório do Centro de Atendimento às Mulheres (CEAM), parte do Centro de Especialidades Médicas (CEM) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). **Procedimentos:** as mulheres foram submetidas à TCC grupal breve e três grupos distintos. O primeiro grupo, Grupo-teste foi formado por participantes (n=5) que receberam 12 (doze) sessões de TCC e mais dois grupos (n=4 e n=5) que receberam a intervenção pretendida adicionada de algumas modificações no protocolo e passaram por 10 (dez) sessões. **Instrumento:** foi aplicada a Escala de Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF) e o Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) no início e término da terapia. As entrevistas aplicadas foram gravadas em dispositivo de áudio digital, em que os relatos (dados qualitativos) foram analisados conforme objetivos da pesquisa e os quantitativos trabalhados em programa estatístico (*BioStat*).

**RESULTADOS:** Os grupos apresentaram características semelhantes quanto à resposta sexual, auto-imagem e relacionamento com parceiro na entrevista inicial. Os dados sociodemográficos, também se assemelham, portanto, não houve significância estatística entre o Grupo teste (GT) e o Grupo de intervenção (GI). O Grupo-Teste apresentou elevação positiva em todos os quesitos básicos envolvidos na satisfação e desempenho sexual entre as participantes. Verifica-se que nos subitens desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor apresentaram melhora significativa ( $p<0,05$ ). Os maiores acréscimos de desempenho ocorreram nos fatores orgasmo, desejo, lubrificação, satisfação, houve elevação considerável da dor. **Conclusão:** O retorno das intervenções nos grupos de interesse mostrou a possibilidade e contribuição da TCC para a elevação na qualidade da vida sexual das mulheres participantes. O protocolo de tratamento elaborado durante a TCC possibilitou a eficácia em todos os domínios do IFSF e do QCSD discriminados pelos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental. Menopausa. Disfunção Sexual. Crenças Sexuais.

## ABSTRACT

### INTRODUCTION

Population aging is seen worldwide. With longer life and access to medical and general treatment in aging specialty healthy aging, human sexuality benefited indirectly with greater longevity. Its qualitative exercise in the mature stages of life (initiated in the menopause in women and andropause in men) it is the field of interest of health sciences. Among women, by gender factors, social and cultural, the sexuality is well linked to subjectivity and internal standards, reason why this study turned to this part of the population: the aging women and its quality of sexual life for an effective intervention instrument in human subjectivity – the Cognitive Behavioral Therapy (CBT). **Purpose:** this research aims to build a pilot treatment protocol in cognitive-behavioral approach for women with sexual dysfunction in postmenopausal and evaluate the effects of CBT in this universe of individuals as a validation feature protocol. **Method:** it is a research of longitudinal intervention, the qualitative and quantitative type, composed by fourteen (n=14) women aged between 55 and 75 years old, postmenopausal period and diagnosed with sexual dysfunction in monitoring the ambulatory Care Center for Women (CCW), part of the Center of Medical Specialties (CMS) of Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). **Procedures:** the women were subjected to a brief group CBT and three distinct groups. The first group, Test-Group was formed by participants (n=5) that received 12 (twelve) sessions of CBT and two other groups (n=4 and n=5) that received an added intervention required some changes in the protocol and underwent 10 sessions. **Instrument:** it was applied the Sexual Functioning Index Scale Female (SFISF) and the Questionnaire Sexual Dysfunctional Beliefs (QSDB) at the beginning and the end of therapy. The applied interviews were recorded on digital audio device, wherein the reports (qualitative data) were analyzed according to research objectives and quantitative worked in statistical program (BioStat). Results: the groups had similar characteristics as the sexual answer, self-image and relationship with partner in the initial interview. The sociodemographic data, also resembled, therefore, there was no statistical significance between the Test Group (TG) and the Intervention Group (IG). The Test-Group presented positive elevation in all basic requirements involved in satisfaction and sexual performance among participants. It appears that the sub items desire, lubrication, orgasm, satisfaction and pain showed significant improvement ( $p<0,05$ ). The biggest performance increases occurred in the factors orgasm, desire, lubrication, satisfaction, there was a considerable elevation in pain. **Conclusion:** the return of interventions in interests groups showed the possibility and CBT contribution to raising the quality in the sexual life of participating women. The treatment protocol developed during the CBT possible effectiveness in all areas of the SFISF and of the QSDB discriminated by the assessment tools used in this study.

**Keyword:** Cognitive-Behavioral Therapy. Menopause. Sexual Dysfunction. Sexual beliefs.



## **LISTA DE SIGLAS**

APA:	Associação Americana da Psiquiatria
CEAAM:	Centro de Atendimento às Mulheres
CEM:	Centro de Especialidades Médicas
CID:	Classificação Internacional de Doenças
DSF:	Disfunção Sexual Feminina
DSM-V-TR:	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
FIGO:	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IFSF:	Índice de Funcionamento Sexual Feminino
MS:	Mato Grosso do Sul
OMS:	Organização Mundial da Saúde
QCSD:	Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais
RMP:	Relaxamento Muscular Progressivo
RPD:	Registro de Pensamento Disfuncional
SOBRAC:	Sociedade Brasileira de Climatério
TCC:	Terapia Cognitivo Comportamental
TOC:	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TRH:	Terapia de Reposição Hormonal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA (DSF) NA MENOPAUSA: DEFINIÇÕES E SINTOMAS.....</b>	<b>23</b>
3.1 OS SINTOMAS DA MENOPAUSA.....	29
3.2 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA (DSF) .....	30
<b>4 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO ENFRENTAMENTO DA DSF .....</b>	<b>41</b>
4.1 DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA TCC .....	45
4.2 A TCC NO TRATAMENTO DA DSF .....	49
4.3 ALGUNS ASPECTOS DA TCC EM GRUPO.....	42
<b>5 MÉTODO.....</b>	<b>54</b>
5.1 PARTICIPANTES .....	55
5.2 INSTRUMENTOS .....	56
5.2.1 Ficha de identificação: .....	56
5.2.2 Questionário Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF):.....	56
5.2.3 Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) – Versão Feminina .....	57
5.3 PROCEDIMENTOS .....	58
5.3.1 Desenvolvimento do protocolo de abordagem.....	60
5.3.1.2 Protocolo final das sessões para o grupo de intervenção .....	64
5.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	66
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
6.1 RESULTADOS QUALITATIVOS .....	68
6.1.1 Categoria I, Vivência da Sexualidade na Pós-Menopausa.....	68
6.1.2 Categoria II, A Visão Sobre si Mesma no Período da Menopausa .....	71
6.1.3 Categoria III, Preocupação e Dificuldades com o Parceiro .....	72
6.1.4 Categoria IV – Sentimentos da Mulher com Disfunção Sexual na Pós-Menopausa .....	74

6.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	77
6.2.1 Dados Sociodemográficos .....	77
6.2.2 Dados do IFSF e QCSD.....	78
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO-A - ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO-IFSF.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS - SUBESCALA PARA MULHERES .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>1</b>
<b>APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>APÊNDICE- B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>4</b>



Na cultura brasileira, a sexualidade feminina de modo geral é complexa e está em constante transformação conforme o lugar social da mulher se reconfigura na sociedade. É feita de aspectos fisiológicos, corporais e da subjetividade feminina, mas também de uma parcela significativa das influências do seu meio. A relação da mulher com o sexo tem mudado no decorrer dos séculos. Ariès (1981), afirma que no século XVI, a sexualidade era algo que pertencia a adultos e crianças e havia uma visão natural do sexo e de seus imperativos, inclusive os femininos. Corpo e mundo social se relacionam de um modo mais natural e mesmo nas brincadeiras infantis havia um conteúdo sexual perceptível, sem qualquer repressão ou preconceito.

A repressão sexual feminina, ainda conforme Ariès (1981), surgiu a partir do momento em que o matriarcado deixou de ser o modelo predominante e a Igreja assumiu um papel social de destaque. Essas mudanças sociais vieram junto a novos modelos de ser e de viver em sociedade e a mulher recebeu novos espaços e expectativas, inclusive quanto à sua sexualidade, com inúmeras interdições. De livre e valorizada em seus desejos, nesse novo momento de identidade coletiva a mulher viu o sexo e seu desfrute ligados à procriação.

Catão (2008) relata que mais adiante no tempo, quando a mulher ingressou no mercado de trabalho, novas mudanças vieram e houve maior liberdade feminina em retomar parte da liberdade perdida e das experiências com sua sexualidade. Seus imperativos gradativamente começaram a ser retomados, mas em um processo mais lento, de redescoberta e reconexão em que nem sempre é possível garantir o afastamento dos paradigmas de interdição.

Ainda segundo Catão (2008), a independência sexual feminina ainda pode se apresentar velada ou os problemas nessa nova situação se apresentarem juntos ou isolados a manifestações orgânicas que impedem a fruição sexual pelas mulheres de várias idades, inclusive aquelas na maturidade, numa faixa entre quarenta a sessenta anos de idade. Nesse momento, se distanciam do padrão ocidental da jovialidade e precisam realojar a sua sexualidade em um espaço pouco explorado em que os conflitos e fragmentações da sexualidade feminina costumam se agravar.

Entre os quarenta e sessenta anos de idade a mulher vive uma transição importante: a menopausa, o fim de sua capacidade reprodutiva. Mas, a crença de que a sexualidade deva se

encerrar com o fim dos ciclos menstruais (conseqüente encerramento reprodutivo) é um problema significativo para muitas mulheres, que afeta a satisfação sexual individual e de seus parceiros. Apesar dele, o desejo e o sexo não precisam desaparecer do corpo e da mente, ainda que se transformem.

Durante todas as fases da menopausa, no que se inclui a pós-menopausa, muitos relacionamentos conjugais passam por desajustes e surgem crenças sexuais disfuncionais, ligadas à incapacidade de sentir prazer e oferecer atração. O reforço dessas crenças, agravado pelos conflitos ligados ao gênero e idade, pode formar barreiras importantes de comprometimento do desempenho sexual feminino – apegado à valores de beleza, autoestima e percepção pessoal.

Esse condicionamento tem uma raiz cultural: envolve mitos, tabus e preconceitos arraigados na sexualidade feminina e que estão presentes em várias culturas, inclusive na Ocidental. São valores e padrões que se focam na juventude como condicionante para a sexualidade e que favorecem o entendimento equivocado de que o envelhecimento do corpo significa o encerramento da sexualidade (BASTOS, 2001; BRASIL, 2008).

Nesta pesquisa, as mulheres entre 55 a 75 representam o corte da maturidade. A terceira idade é caracterizada a partir dos 60 anos e não se enquadra completamente no grupo de trabalho deste estudo. Parte significativa vive o pós-menopausa mais cedo que o ingresso na terceira idade e perpassa uma fase de reconstrução de sua identidade sexual com o diagnóstico de problemas nesse terreno. Na ausência de um termo específico para nomear o grupo estudado, a maturidade se mostrou adequada por envolver a vida madura reprodutiva, seu encerramento e a etapa de declínio natural esperado da vida senil. Vale dizer ainda que a maturidade no contexto deste estudo se baseia em questões fisiológicas apenas e na busca por uma melhor nomenclatura, e não guarda relação com o conceito de maturidade psicológica, que é subjetivo e individual.

É um estudo, dessa forma, sobre a sexualidade problemática de mulheres maduras na pós-menopausa. Poucas pesquisas investigam o sexo na maturidade, embora ele seja possível a todos, havendo condições físicas e emocionais para tanto. Há mudanças nas atitudes, crenças e subjetividade no comportamento sexual maduro que variam de indivíduo para indivíduo. Mas, ao contrário do que ocorre na Saúde com as eventuais disfunções físicas,

orgânicas e fisiológicas ligadas ao assunto, são pouco investigadas e elaboradas (NERY; NASCIMENTO, 1993; VIANA; MADRUGA, 2010).

No entanto, de acordo com os dados do IBGE (2010; 2014) esse cenário tende a mudar, devido ao envelhecimento populacional.

Em 2010, eram mais de 20,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos no país e a projeção é de que até o ano de 2050, 30 milhões da população brasileira estejam nessa faixa etária (IBGE, 2010; 2014). Em uma fase prévia a isso, um contingente importante de homens e mulheres na maturidade estarão nessa pré-terceira idade, vivenciando as transformações para seu ingresso, inclusive as da sexualidade.

A sexualidade na vida madura para Blumel et al (2004), é quase tão problemática quanto a da adolescência, em razão das redescobertas e mudanças hormonais e atitudinais que a transição demanda. Para alguns, o abandono da sexualidade termina sendo a escolha mais viável, dado o desconforto ou falta de apoio para transacionar o sexo entre uma e outra fase da vida.

É um paralelo possível a partir da consideração de Blumel *et al.* (2004), o principal motivo para que a vida sexual seja abandonada na maturidade são disfunções orgânicas e não orgânicas em várias esferas da sexualidade. Com o aumento da expectativa de vida feminina, a estimativa atual é que pelo menos um terço do tempo de vida compreende o período da menopausa. Isso destaca a importância de que sejam acolhidas nos serviços de saúde para a reconstrução ou melhoria de sua sexualidade, parte importante de sua qualidade de vida.

São dificuldades que se explicam: a sociedade ocidental associa o sexo e os relacionamentos afetivo-amorosos à juventude e vigor físico e a mulher na menopausa, que contata os primeiros sinais de sua saída da vida reprodutiva, termina sendo impulsionada para uma postura sexual neutra ou passiva (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007; COSTA, 2000).

Segundo Debert (2002) e Vasconcelos (1994), o indivíduo maduro experimenta alguma desaprovação social e a freqüente vigilância familiar que imprimem conceitos negativos na sexualidade madura e pressionam para a inatividade a neutralidade sexual-afetiva, em especial entre as viúvas. Ainda nos autores é possível encontrar evidências do reforço desse controle, na constatação de que, se por um lado 74% dos homens com idade igual ou superior a 60 anos mantêm uma vida sexual ativa, esse percentual é de cerca de 24%

entre as mulheres e a perspectiva é que essa disparidade já comece a se redesenhar inda na maturidade. Entre os que têm uma vida ativa e satisfatória, a sexualidade é apontada como um fator de qualidade de vida.

Os aspectos na qualidade de vida feminina foram determinantes para a decisão em desenvolver essa pesquisa. Vasconcelos (1994), por exemplo, relata que uma vida sexual ativa e satisfatória traz ao indivíduo melhor autoimagem, maior auto-aceitação, há menor risco de quadros como depressão e ansiedade e existe a importante questão do fortalecimento dos relacionamentos afetivos. Todo esse um conjunto de razões que estimulam o conhecimento e desenvolvimento de recursos capazes de implementar a vida sexual dos que optam por sua continuidade, como se propõe esta pesquisa.

Corroborar-se com Debert (2002) e Vasconcelos (1994) quando esclarecessem que o indivíduo com uma vida sexual ativa e satisfatória, tende a melhorar sua qualidade de vida. Esta afirmativa nos remete a mulheres que devido ao período da menopausa, acabam por comprometer sua sexualidade com crenças negativas e fatores sociais que mitificam sua vida sexual.

O embotamento sexual é um problema que pode levar à adoção do platonismo e a sufocação de um fator importante para a qualidade de vida madura. Um número significativo de relacionamentos entre pessoas maduras ocorre sem o sexo ou com muita pouca presença dele, ainda que tenha se iniciado de modo diferente e se respaldam em fatores como companheirismo e compromisso. É uma poda significativa que pode atingir aos parceiros de modos diferentes e que ocorre principalmente por pressões sociais e culturais a respeito da expressão sexual madura (HENDRICK; HENDRICK, 2006; HERNANDES; OLIVEIRA, 2003).

Grande parte das dificuldades ligadas à vida sexual na maturidade podem ser melhor compreendidas com a consideração de que comportamento sexual e os padrões de idealização do sexo são construções sociais. Sendo dessa forma, podem ser reelaborados e se tornaram mais positivos para a sexualidade, conforme a experiência pessoal do indivíduo (CASSEP-BORGES, PASQUALI, 2012; HERNANDEZ *et al.*, 2015).

Como profissional da Psicologia, acolhi em consultório mulheres na menopausa e pós-menopausa em busca de suporte para problemas em sua sexualidade. Quase como um padrão surgiram dificuldades para lidar com o corpo, com o envelhecimento e as mudanças que



ocorriam. Para reconhecer positivamente a sua identidade feminina modificada (mas não retirada) pelo passar dos anos e para exercer uma sexualidade sadia em conjunto aos outros papéis comuns da maturidade, como o de avós, por exemplo.

Uma das maiores dificuldades das mulheres atendidas era compreender que continuavam sentindo desejo, mesmo quando acreditavam que seus corpos e suas idades não eram mais condizentes com o sexo. Relatavam temor e receio em expor sua corporeidade, desejo e forma. Um conjunto de problemas ligados a pressões, tabus, preconceitos e padrões que atingem a sexualidade e criam dificuldades para a mulher se identificar com o corpo maduro e com a possibilidade de continuidade do sexo com o fim da idade reprodutiva.

Os relatos ouvidos indicavam a dificuldade de compreender que eram as mesmas mulheres de suas juventudes, em corpos diferentes com os quais a sociedade não lhes ensinou a lidar. Por isso tinham problemas plurais com o sexo, que mesclavam fisiologia com subjetividade e que revelavam que o envelhecimento pode não significar o embotamento do desejo, mas que pode vir junto a graves problemas para a sua expressão. Urgências de uma sexualidade pouco tratada na área da Saúde, mas que formam um segmento emergente de conhecimento que também justificou o desenvolvimento deste estudo.

São pacientes que chegam para o tratamento em um período conhecido como climatério, que é a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva, experimentando problemas no exercício funcional de sua sexualidade, as Disfunções Sexuais Femininas. Problemas que atingem o desempenho sexual no desejo, excitação, orgasmo ou ainda causam dor durante o sexo e podem ser tanto fruto do momento específico que passam em suas vidas (climatério, que envolve toda a transição inclusive a menopausa, que é mais vinculada ao fim do ciclo menstrual), quanto também de suas relações. É uma situação multifatorial (SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com Melo e Carvalho (2005), o sexo é formado por um trio de respostas sexuais humanas, que são: desejo, excitação e orgasmo. Etapas separadas, mas ligadas entre si. Para as autoras, a Disfunção Sexual (DS) “[...] consiste em qualquer desajuste, total ou parcial, que ocorra em uma dessas fases” (p. 160).

Essa disfunção entre as mulheres foi conceituada por Bedone e Abdo (2013), como a Disfunção Sexual Feminina (DSF), dada por problemas nas três fases básicas descritas anteriormente ou ainda na presença de dor no sexo. Em geral, embora possa ter motivos

fisiológicos, a DSF costuma ser impulsionada por fatores subjetivos ligados à repressão e idealização da mulher, do seu papel e de seu corpo, sendo por essa razão possíveis em todas as fases da vida feminina – mas principalmente durante o seu envelhecimento.

A literatura apresenta inúmeras abordagens e modelos terapêuticos para o tratamento da Disfunção Sexual Feminina (DSF) na menopausa, mas no geral ela pode ser sintetizada como dificuldades em fruir e vivenciar o sexo com qualidade, conforme a síntese de Santos e Oliveira (2015).

Em busca de caminhos de viabilidade e facilitação para o exercício sexual maduro dentro da Psicologia e de seus recursos, foi percebida a pouca quantidade de estudos a respeito dos efeitos da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) entre mulheres com DSF na menopausa e pós-menopausa, evidenciando o pouco uso do recurso nesse segmento.

Além da expectativa positiva sobre benefícios, por sua simplicidade de aplicação e pouca demanda estrutural, a TCC se mostra ajustada à aplicação em espaços ou redes de atendimento público para o tratamento de problemas coletivos que tenham suas bases envolvidas nas áreas de atuação dessa terapia. Pode ser oferecida a grupos, cobre um número elevado de pacientes e pode ser feita em um tempo relativamente curto, fatores que facilitam essa oferta. Situações que se ajustam ao caso do Centro de Especialidades Médicas (CEM), em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS) e do tratamento oferecido às mulheres com DSF.

Esta pesquisa foi constituída a partir do projeto de pesquisa, coordenado pelo professor doutor André Veras, intitulado *Alterações Sexuais, Cognitivas e do Humor em Mulheres na Pós-Menopausa Com Síndrome de Insuficiência Androgênica*, cujo objetivo desta pesquisa, foi avaliar os efeitos da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) entre mulheres diagnosticadas com DSF na menopausa. Foi elaborado um protocolo, no qual tem relevância na comparação entre grupos, e com o objetivo de produzir um material em que outros profissionais possam fazer uso na clínica e dar continuidade à pesquisa. Buscou-se por meio do protocolo comparar os resultados do tratamento antes e depois da terapia quanto aos níveis de funcionamento sexual (excitação, lubrificação, satisfação e dor), assim como suas crenças sexuais disfuncionais no período como forma de validação da TCC no tratamento da disfunção.

Com base nessa orientação e interesse de investigação sobre viabilidade e resultados, esta pesquisa é um estudo não experimental de abordagem cognitivo-comportamental, realizado no período de março a novembro de 2015 em três grupos de mulheres voluntárias (n=14), pacientes do Ambulatório de Climatério do Centro de Atendimento à Mulher (CEAM), serviço oferecido pelo CEM, da Secretaria de Saúde de Campo Grande, MS, Brasil.

A pesquisa foi realizada no ambulatório do CEM com mulheres que apresentavam queixas de disfunção sexual. No CEM, a mulher que não sente desejo e não tem orgasmos encontra atendimento à disposição. E como estamos em um hospital universitário, temos dados para pesquisas. Por isso, é de suma importância uma unidade de saúde feminina para o atendimento dessas mulheres, tendo em vista o alto índice de atendimento. O grupo terapêutico configura-se em outro elemento fundamental para o acompanhamento dessas mulheres por não haver outros encaminhamentos e a utilização dos Psicoterápicos na unidade muitas vezes supre essa deficiência. Este estudo se constituiu numa oportunidade de construir e compartilhar informações referentes à temática, para além da simples descrição. Buscou-se também produzir conhecimento novo acerca de uma realidade ainda pouco pesquisada, considerando que não foram identificados estudos com protocolo para o tratamento de disfunção sexual em mulheres na pós-menopausa. Portanto, torna-se um estudo importante, uma vez que contribuirá para o entendimento da problemática desta pesquisa e, pela possibilidade de poder contribuir como material de pesquisa.

A dissertação está organizada em seções, da seguinte forma: seção 1 relata a introdução e os interesses e assuntos-chave que orientaram o estudo e o seu desenvolvimento. Traz bases, conteúdos e orientações pessoais, profissionais e acadêmicas que sustentaram o interesse de pesquisa.

Na Seção 2- descreve os objetivos gerais e específicos do estudo, para nortear o leitor sobre quais foram as linhas práticas de condução da pesquisa.

A Seção 3- trata da DSF entre mulheres na menopausa, no que se incluem aquelas na pós-menopausa e breve definição do climatério. Contextualiza o assunto, perfil relacional feminino na maturidade, os sintomas da menopausa, as DSF e suas principais manifestações. É um capítulo de aproximação com o tema, que permite o seu conhecimento e de sua aplicação no público estudado.

A Seção 4- apresenta a TCC no enfrentamento das DSF, iniciado pela descrição e definição conceitual e prática da CC e de como funciona, ação apreciada por sua aplicação dentro das disfunções sexuais da pós-menopausa ou menopausa em geral.

O método está delineado na Seção 5, com o relato dos participantes, instrumentos, procedimentos e práticas de análises de dados. É um esclarecimento metodológico para que o leitor conheça os critérios e escolhas de realização do estudo, tanto para a sua replicação, validação quanto compreensão estrutural.

A Seção 6, reporta os resultados do estudo, em categorias conforme o retorno, sendo resultados qualitativos e quantitativos, em um *report* das coletas durante as aplicações das sessões de TCC e questionários que integram a pesquisa. Não traz discussão nem abordagem desses dados, apenas a sua apresentação para o tratamento pormenorizado na seção seguinte.

Na Seção 7 estão as discussões, apresentando todas as informações da seção anterior com a comparação e diálogo da literatura aplicada no levantamento, a fim de formar uma dimensão crítica dos resultados. E por fim, as considerações finais encerram a pesquisa.



## 2.1 OBJETIVO GERAL

Construir e testar um protocolo de TCC para o tratamento de Disfunção Sexual Feminina pós-menopausa.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Testar um protocolo individual para modelo em grupo

- Identificar as principais crenças sexuais disfuncionais entre as mulheres investigadas;
- Identificar os principais fatores que comprometem o equilíbrio e saúde sexual da mulher na menopausa.

### **3 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA (DSF) NA MENOPAUSA: DEFINIÇÕES E SINTOMAS**

---

Na cultura brasileira, a sexualidade feminina, de modo, é quase sempre relegada a um espaço íntimo, compartilhada (quando é) apenas com alguém com quem se tenha intimidade e de maneira reservada. Dividir experiências, explicitar problemas, reconhecer e investigar a identidade e as práticas sexuais. Durante muito tempo as práticas sexuais foram condenáveis, pois feriam a intimidade e a descrição feminina. Como assunto pessoal, se tornou difícil para muitas mulheres encontrarem um espaço para tratar dos problemas ligados à sua sexualidade.

A vida adulta foi posicionada como a fase ideal de vivência da sexualidade e no envelhecimento pouco ou nada foi colocado às mulheres sobre como lidar com esse fator de suas vidas, restando o embotamento sexual e as dúvidas. As mulheres maduras do presente não tiveram qualquer preparação para a sua sexualidade na transição entre a fase reprodutiva e não-reprodutiva, tampouco sobre as questões fisiológicas, hormonais, psicológicas e gerais que essa transição traria. A sexualidade da mulher madura e mesmo da idosa nasce como assunto científico no presente e no presente está se aprendendo a tratá-la.

Os problemas que envolvem a sexualidade feminina na maturidade não são recentes, mas o seu tratamento em Saúde e na literatura científica é bastante atual. Nesses estudos surgem, de primeira orientação, os problemas que se ligam ao desempenho e satisfação, concentrados como as Disfunções Sexuais Femininas (DSF), no entanto a partir da ótica de pesquisas voltadas à terapia hormonal e não à experiência e tratamento femininos.

As DSF são problemas frequentes, que atingem a qualidade de vida feminina e que comprometem o desempenho no desejo ou excitação sexual, obtenção de orgasmo ou ainda na forma de dor genital-pélvica. Seus fatores etiológicos podem ser variados e envolvem tanto aspectos fisiológicos quanto biológicos, culturais, relacionais e socioculturais. O envelhecimento tem sido frequentemente associado como um fator relacionado a essas disfunções pelo potencial cultural e fisiológico em atingir o desempenho sexual e a resposta em libido e atividade em especial da mulher. Além disso, fatores como o menor nível de estradiol provocado pelo encerramento dos ciclos menstruais costumam facilitar a dor e dificuldade de obtenção do orgasmo. É, com isso, uma situação plurifatorial que acomete a mulher em várias fases da vida, mas com destaque durante e após o encerramento da fase reprodutiva (SANTOS; OLIVEIRA, 2015). Disfunções que se envolvem diretamente em dois conceitos importantes: menopausa e climatério.



O conceito de menopausa foi criado a partir de um artigo de *Gardanne*, do ano de 1816, quando pela primeira vez foi tratada de uma situação que o autor definiu como *la menopause*, termo que soma palavras gregas que juntas significam mês e fim. É o fim da capacidade reprodutiva, quando as alterações hormonais promovem não apenas esse fenômeno, mas também inúmeras mudanças fisiológicas e orgânicas decorrentes e que se relacionam ainda ao processo de envelhecimento. Para algumas mulheres pode ser um período sem maiores problemas, para outras, pode atingir um nível de turbulência incapacitante (TRENCH, SANTOS, 2005).

Mori *et al.* (2006) definem a menopausa como a fase em que os ovários deixam gradativamente de produzir os hormônios estrogênio e progesterona, o que resulta no fim dos ciclos menstruais. Ocorre por volta dos 45 a 60 anos de idade e pode vir ou não acompanhada de sintomas como fogachos (ondas de calor) redução da atenção, insônia, ressecamento vaginal, irritação e redução do desejo sexual. Alguns tratamentos hormonais ou determinados medicamentos são indicados para prevenir doenças relacionadas a essa fase, como é o caso da osteoporose ou mesmo para reduzir os sintomas. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é um deles, dada pela reposição dos hormônios que deixaram de ser produzidos. Deve ser feita com rigoroso acompanhamento médico, pois precisa ser ajustada a cada mulher e pode ter efeitos importantes para a saúde que requerem maior cuidado e análise, como nos casos de mulheres com predisposição genética a tipo determinados de câncer (MORI *et al.*, 2006).

Sobre o conceito e fenômeno, Feltrin e Velho (2016, p. 151) observaram:

A menopausa é apresentada como um estado físico em que mulheres se sentem frequentemente deprimidas, irritadiças, confusas, cansadas, insones, com ossos frágeis, sem libido e oprimidas por calores e ondas de suor noturno. Tais sintomas fazem parte do discurso médico-científico sobre a menopausa [...]. Apesar da hegemonia deste discurso, vários estudos têm apontado que as mulheres vivenciam a menopausa de modos muito diferentes e variados, dependendo de suas características pessoais e do contexto cultural, social e histórico em que elas se inserem na meia-idade [...].

É comum que o termo menopausa seja utilizado para definir todo o processo de encerramento da fase reprodutiva feminina, indo além do fim do fluxo menstrual. Para a ginecologia, no entanto, a menopausa é somente o acontecimento pontual do fim da menstruação, um destino inevitável para a mulher que envelhece, que em média ocorre entre os 45 a 55 anos de idade (MARTINS, 2012).

As suas fases estão contidas no climatério, conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um período de evolução biológica da mulher, em que faz a transição entre a sua fase reprodutiva para a não reprodutiva (MARTINS, 2012). Para a Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC), o climatério é uma endocrinopatia marcada por alterações funcionais, morfológicas e hormonais que ocorre em três fases. A primeira é a pré-menopausal (final do menacme ao momento da menopausa); a segunda a fase peri-menopausal (período de 2 anos que precede e sucede a menopausa) e a terceira fase a pós-menopausal (tem início na menopausa e termina na senectude (SANTOS: CAMPOY, 2008).

Freitas e Barbosa (2015, p. 113) definiram o climatério de uma forma objetiva, literalmente trazida para este estudo:

Climatério pode ser definido como a fase da vida da mulher na qual ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, tendo início próximo aos 40 anos e encerrando-se aos 65 [...]. É nesse espaço de tempo em que ocorre a menopausa. Geralmente, considera-se que ela ocorra 12 meses após o último ciclo menstrual. É um período caracterizado pela diminuição da função ovariana, isto é, há uma redução significativa na produção de hormônios sexuais femininos pelos ovários, sobretudo, do estrogênio. O nível desse hormônio se torna tão reduzido que um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis e característicos dessa fase pode aparecer [...], influenciando negativamente o sono e diminuindo as energias [...]. Os sintomas mais comuns são os vasomotores, a atrofia vaginal, as disfunções sexuais, os sintomas urinários, o aumento de risco para doença cardiovascular e a osteoporose [...].

Mendonça (2004) descreve o climatério como termo que tem origem no grego *Klimáter*, que significa “período crítico da vida”. Apoiado nesse conceito de criticidade, Gonçalves (2005) reflete que, embora não tenham necessariamente um aspecto negativo para a vida feminina, as dificuldades adaptativas à nova fisiologia e aspectos sociais podem tornar o climatério um marco temporal turbulento na vida da mulher. Nem todas as mulheres terão problemas no encerramento de sua fertilidade, mas algumas podem apresentar desordens específicas de ordem plural, tanto objetivas quanto subjetivas. Quando isso ocorre, é caracterizada a Síndrome do Climatério.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o climatério é um período de evolução biológica da mulher, a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva. Cerca de um ano após a menopausa o climatério se encerra, mas é mais usual e mesmo orientado pela OMS que o termo menopausa seja utilizado para definir todo o processo e não se feche ao fim do fluxo

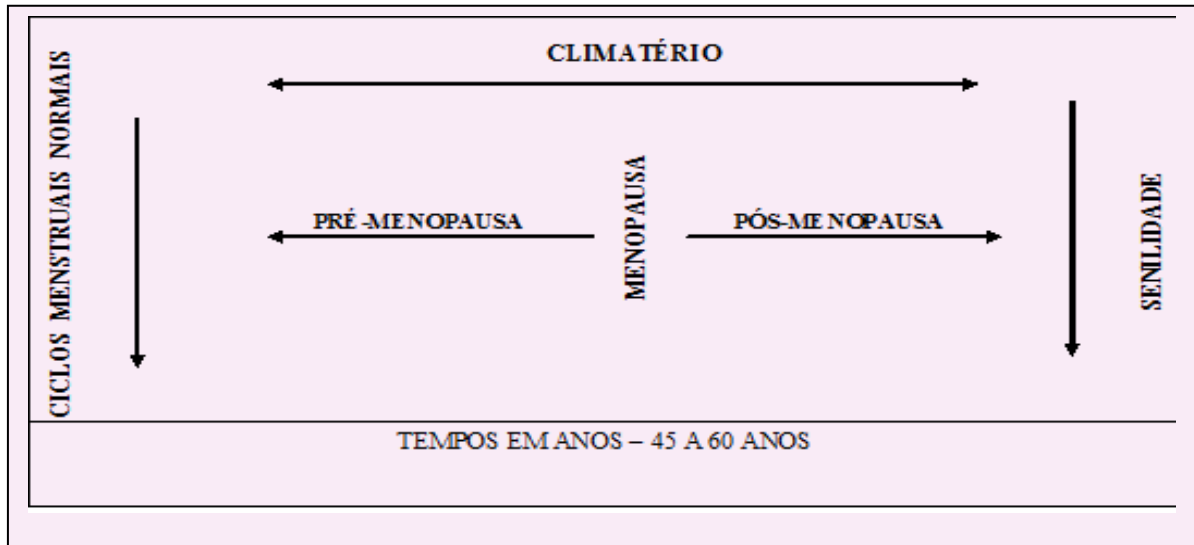
menstrual. Para a ginecologia, a menopausa é somente um acontecimento pontual, o fim da menstruação, um destino inevitável para a mulher que envelhece e que em geral ocorre entre os 45 a 55 anos de idade (MARTINS, 2012).

Para a Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC), o climatério é uma endocrinopatia marcada por alterações funcionais, morfológicas e hormonais que ocorre em três fases. A primeira é a pré-menopausal (final do menacme ao momento da menopausa); a segunda a fase peri-menopausal (período de 2 anos que precede e sucede a menopausa) e a terceira fase a pós-menopausal (tem início na menopausa e termina na senectude (SANTOS: CAMPOY, 2008).

Martins (2012) compreende a menopausa como uma fase complexa de transição em que a mulher pode sofrer a influência de uma série de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. O autor relata que a influência de fatores extrínsecos é tão importante a ponto de que esse momento da vida feminina é fortemente influenciado pelos aspectos socioculturais do meio em que está inserida.

Quando a mulher entra na menopausa os ovários gradativamente deixam de produzir os hormônios estrogênio e progesterona e isso leva ao encerramento dos ciclos menstruais. Esse término ocorre por volta dos 45 a 55 anos e pode vir ou não acompanhado de sintomas como fogachos (as ondas de calor), redução da atenção, insônia, ressecamento vaginal, irritação e redução do desejo sexual. Alguns tratamentos hormonais ou determinados medicamentos são indicados para prevenir doenças relacionadas a essa fase, como é o caso da osteoporose ou mesmo para reduzir os sintomas. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é um deles, dada pela reposição dos hormônios que deixaram de ser produzidos. Deve ser feita com rigoroso acompanhamento médico, pois precisa ser ajustada a cada mulher e pode ter efeitos importantes para a saúde que requerem maior cuidado e análise, como nos casos de mulheres com predisposição genética a tipo determinados de câncer (Mendonça, 2004). Na sequência (figura 1), há um diagrama sobre os estágios da vida produtiva e não-reprodutiva da mulher.

É uma fase complexa de transição em que a mulher pode sofrer a influência de uma série de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (MARTINS, 2012). Na sequência (figura 1), há um diagrama sobre os estágios da vida produtiva e não-reprodutiva da mulher que permite compreender melhor as relações entre climatério e menopausa e o que um significa em relação ao outro.



**Figura 1:** Estágios da vida reprodutiva e não reprodutiva da mulher  
**Fonte:** Figura adaptada de Martins (1996).

A leitura da imagem (figura 1) conforme Martins (2012) aponta as três fases da menopausa (pré, peri e pós-menopausa), numa individualização linear. Nela, a pré-menopausa envolve todo o período fértil feminino, até o encerramento menstrual que marca o fim da função ovariana. A peri-menopausa engloba a pré-menopausa e o primeiro ano após o fim dos ciclos menstruais e, por fim, a pós-menopausa é o período específico de 12 meses após a última menstruação.

Martins (2012) reforça que embora os termos menopausa e climatério sejam utilizados indistintamente, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) observa que o primeiro é parte do segundo: a menopausa se refere mais ao encerramento menstrual, ao evento pontual dos ciclos. O climatério se estende da maturidade à senilidade, vai desde o início da transição da vida reprodutiva até o seu encerramento, tendo como eixo a redução da atividade ovariana e seus efeitos.

Segundo Ramos (1998), o encerramento da vida reprodutiva feminina é caracterizado por diversas situações orgânicas e emocionais que marcam a fisiologia do encerramento da fase reprodutiva. Simbolizam uma nova etapa, para a qual pode ser necessário aprendizado e / ou adaptação. Mas, não apresentam qualquer fator negativo para a mulher e para as suas atividades, exceto eventuais conflitos de ordem pessoal e social sobre os novos papéis e o exercício de papéis antigos, em uma transição que idealmente deve ser positiva, mas nem sempre se dá dessa maneira.

Existem algumas dificuldades conceituais na separação da menopausa e do climatério e embora o senso-comum tenda a interpretar o encerramento da fertilidade feminina no fim dos ciclos menstruais, este é um processo bem mais complexo. A adaptação orgânica, cultural, social e psicológica da mulher é longa e nessa etapa ela faz a transição para uma situação nova, em que pode precisar de apoio para realocar a sua identidade, feminilidade e sexualidade. Sabe-se que o processo é bem mais extensivo que apenas questões hormonais e que é complexo, iniciado pelos sinalizadores da menopausa, os seus sintomas.

### 3.1 OS SINTOMAS DA MENOPAUSA

Martins (2012) observa que como a menopausa ocorre pela escassez na produção dos hormônios estrogênicos, seus sintomas e sinalizadores são relacionados às menores ou ausentes taxas desses produtos endocrinológicos. O autor apresenta uma relação desses sintomas, que podem ser variados e se apresentarem no todo ou em parte, conforme as particularidades de cada mulher, sendo obrigatório apenas o encerramento menstrual. São eles:

- Interrupção das menstruações;
- Sintomas vasomotores: afrontamentos, calores súbitos (fogachos), sudção e cefaleias (dores de cabeça);
- Sintomas psíquicos: humor depressivo, irritabilidade, insônias, perdas de memória;
- Sintomas urogenitais: secura vaginal, dificuldades sexuais, incontinência urinária;
- Sintomas cardiovasculares: aumento da pressão arterial e do colesterol;
- Sintomas diversos: ganho de peso, alterações da pele e dos cabelos, nevralgias articulares e dores ósseas.

Conforme observam Abourazzak *et al.* (2009), muitos desses sintomas podem reduzir a qualidade de vida das mulheres durante a pós-menopausa. Em razão disso, nesse período as

mulheres podem apresentar um certo desinteresse em sua vida sexual, um dos fatores comuns da DSF, conforme a seguir.

### 3.2 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA (DSF)

Para tratar da temática da DSF é preciso introduzir alguns dos pilares em que a sexualidade feminina costuma se instituir. O sexo, a intimidade, é uma das principais fontes de realização e satisfação pessoal e da mesma forma que o ser humano tem identidades diferentes, o relacionamento individual com o sexo igualmente difere. As experiências e vivências sexuais são partes significativas dos fatores que determinam as atitudes e posicionamentos individuais frente ao sexo, ao amor e a afetividade (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003).

A dificuldade continuada em vivenciar a sexualidade entre as mulheres é configurada como Disfunção Sexual Feminina (DSF). A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) define a DSF como um distúrbio de alguma das fases da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) ou dor no coito, que resultem em desconforto e impactem a qualidade de vida e relacionamentos interpessoais. A DSF pode ser originada de problemas diversos, tanto biológicos quanto psicossociais. Por essa razão é considerada multifatorial. Também Bedone e Abdo (2013) relatam a DSF como um transtorno da função sexual da mulher que pode atingir as fases da excitação, do desejo sexual, do orgasmo ou ainda se apresentar como dor relacionada ao sexo, todos estes fatores de sofrimento. Embora homens possam ter disfunções sexuais, esses eventos são mais frequentes entre mulheres, principalmente pela maior sujeição psicológica ligada à repressão e a padrões idealizados. Independentemente da causa, os problemas em fruir de uma vida sexual satisfatória comprometem a qualidade de vida feminina, bem como a de seus relacionamentos.

Martins *et al.* (2015) afirmam que essas disfunções se acirram e avolumam entre mulheres climatéricas, ou seja, que estão na faixa dos 35 aos 65 anos de idade, migrando entre a fase reprodutiva a não reprodutiva. Isso permite estimar que somente no Brasil mais de 32% das mulheres estejam nessa faixa de maior sujeição, percentual que tende a se elevar em decorrência da maior expectativa de vida populacional – inclusive feminina. Embora os fatores culturais, estéticos e outros extrínsecos à mulher tenham sua preponderância nessas

disfunções, não se pode deixar de pontuar o declínio do estrogênio como uma das principais causas. Isso leva à fragilidade do trato genital, que se torna frágil e menos tonificado. A secura vaginal se torna comum e ocorre o estreitamento vaginal, com menor elasticidade e rugosidade das paredes. Com menor lubrificação a mulher tende a sentir dor com mais frequência, o que é um dos principais fatores de queixa na clínica feminina para o baixo desempenho e desinteresse sexual no climatério. A condição vaginal atrófica compromete tanto o funcionamento quanto o interesse da mulher no sexo e os problemas hormonais agravam essas condições, situações que explicam a recorrente incidência das DSF.

A atitude sexual humana é uma construção social, logo, pode variar, se modificar e se apresenta de modo individual. Como ela será vivida depende de como o indivíduo se encontra emocional e do que espera daquela relação ou ato. Dessa forma, a atitude sexual de uma pessoa pode mudar no decorrer da vida, conforme as condições de cada momento (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003). Uma mulher jovem, por exemplo, pode ter determinada atitude sexual e mais tarde, na maturidade, assumir outra completamente diferente. Tudo dependerá de como ela fará a transição entre as fases de sua vida, conforme sua experiência e auto visão frente ao mundo (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003).

A intimidade é a vinculação entre os parceiros, também identificada como *bonding*. Simboliza o acolhimento, proximidade e calor de um relacionamento e a expectativa e desejo de bem-estar recíproco, satisfação na presença do outro, confiança e apoio mútuo, valorização, compreensão e compartilhamento e presença de suporte emocional. Os relacionamentos podem ocorrer sem esse fator, mas a sua durabilidade é muito ligada à sua presença e significa o conhecimento do outro e sua aceitação na confiança de também ser aceito (CASSEPP-BORGES; PASQUALI, 2012.).

Partindo dessa colocação e dividindo com a experiência clínica, muitas mulheres maduras sentem dificuldade de iniciar novos relacionamentos e vivenciar experiências desvinculadas de amor e sexo pelo desejo e hábito da intimidade. É um fator importante devido aos padrões pessoais, crenças e convicções comumente compartilhadas nessa faixa etária e frequente relacionados a uma maior disponibilidade sexual e interesse. Nesse sentido, Hernandez e Oliveira (2003) relataram que uma intimidade satisfatória é um dos determinantes do relacionamento físico positivo entre parceiros e de maior percepção qualitativa desse vínculo.

Atitude pode ser entendida como “[...] predisposição para agir favoravelmente ou não frente às pessoas ou aos objetos presentes em seu meio social [...] imbuída de carga afetiva que predispõe o indivíduo a assumir determinado comportamento” (LEAL *et al.*, 2013). A atitude sexual é um desdobramento deste conceito, que envolve como a pessoa se coloca e vivencia o sexo, conforme o que recebe da sociedade e possui em si sobre a questão.

A sexualidade da mulher madura é muito próxima do perfil descrito por Ramos *et al.* (2012, p. 183), que também pode ser replicado às abordadas neste trabalho e que afirma a existência de “[...] restrições relativamente à prática de determinados comportamentos sexuais, valorizando tanto os homens como as mulheres que aderem a uma heterossexualidade orientada para o prazer e vivida no quadro de uma relação emocional duradoura”. Isso igualmente evocaria o tripé colocado inicialmente da intimidade, da paixão e do compromisso.

Experiência e atitude sexual positivas e satisfatórias são importantes para quem tem um parceiro ou deseja essas vivências. No entanto, é preciso refletir a respeito de alguns perfis em reconstrução que se referem a gênero e à sua orientação, conforme observou Motta (2015, p. 209-10):

Diferem [as mulheres dos homens] quanto a atitudes, práticas e representações, porque as relações de gênero, como construções sociais de formas de dominação e subordinação, têm resultado, historicamente, em experiências e trajetórias sociais diferenciadas para homem e para mulher. Para esta, a prescrição tradicional foi: domesticidade e maior repressão social e sexual, [...] negação aparente de interesse [...] de apropriação social do seu corpo expresso no controle familiar e na medicalização das funções reprodutivas. Sintetizando, a expectativa obrigatória de uma “feminilidade” que significa obediência e conformismo. Este padrão encontra-se em franco desmonte, mas norteou a vida das mulheres que hoje são velhas. Do mesmo modo que a prescrição [para os homens], ora cômoda, ora desconfortável, de uma fórmula de intensa e variada parceria sexual, afirmação de “masculinidade” como dominação da mulher e filhos, obrigação de ser o provedor único da família e expectativa de recebimento de “serviços” domésticos das mulheres, foi o que vigorou – e em parte ainda persiste – para os homens dessa mesma geração.

Durante a juventude, existe uma comum maior valorização do sexo e da genitalidade. Com o envelhecimento, a instrumentalidade ganha espaço e o atributo sexual é gradativamente substituído ou dividido em valor com componentes como companheirismo, comunhão e partilha (CONNELL, 2014; EARLE *et al.*, 2007; LAFLIN *et al.*, 2008).



Independentemente dos fatores, a atitude e experiência sexual positiva trazem autoafirmações importantes ao indivíduo. As mulheres das cinco últimas décadas angariaram gradativamente maior confiança, liberdade e autonomia e na maturidade podem ter os primeiros momentos efetivos de descoberta ou exercício de uma postura sexual proativa. Ainda que antes tenham tido essa experiência, vivem a novidade de sua transição. Em todos os casos, é um momento de descoberta e prazer. Entre as mulheres maduras e idosas e a assumida de uma nova postura pode ser uma rica experiência de apreciação sexual para a qual é importante o apoio pelos ganhos qualitativos (NEGREIROS, 2004.).

Na maturidade e velhice, uma barreira importante que deve ser trabalhada entre as mulheres é a fragilidade hormonal comum, que dificulta a preparação do corpo para o sexo e mesmo o interesse e que pode levar à inatividade permanente e as pressões sociais e culturais que limitam o exercício do sexo (HINCHLIFF; GOTT, 2008).

A DSF é uma das queixas frequentes durante atendimentos femininos, em especial na fase da menopausa. Os discursos falam da dor e do sofrimento de encaixar o sexo na vida madura com falas de angústia, depressão, medo e ansiedade que envolvem parceiros e relacionamentos, segundo Basson (2010). Continua o autor, o desconhecimento da sua sexualidade pela mulher madura tem se tornado uma causa comum de problemas interpessoais que atingem não só o aspecto afetivo, mas a disposição feminina e sua qualidade de vida. Embora os fatores anatômicos e fisiológicos estejam presentes, atualmente é dado enfoque aos componentes fisiológicos como fatores de igual ou mesmo maior relevância etiológica.

Hernandes e Oliveira (2003) descrevem a sexualidade humana como uma experiência plural. É vivida não somente pelo estímulo físico e o ato sexual em si, mas também por experiências que a adicionam e formam a sua rede: incluem a afetividade, a intimidade, o prazer, o companheirismo, a identidade e toda a leva de vivências que a divisão e compartilhamento trazidos pelo sexo contribuem para o indivíduo. Pela sexualidade é possível atingir experiências físicas, emocionais e cognitivas que são importantes para a satisfação pessoal da maioria das pessoas.

A sexualidade feminina tem dimensões diferentes da masculina. Seus estímulos são mais complexos e continuados e podem exigir estimulações, masturbação, carícias, o coito e também a imaginação e as fantasias. A resposta sexual da mulher é interligada, multidimensional e não somente física e essa vinculação é determinante para a sua qualidade.

Se o homem pode atingir a prontidão sexual pelo impulso físico apenas ou visual, a mulher requer esse encadeamento para uma experiência mais completa e, nessa cadeia de requisições, prevista encontrar completude e correspondência em si para ter uma vivência plena do sexo (GUIMARÃES, 2015). Pois, conforme a autora:

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-V-TR) define as DSF como um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracteriza como uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente bem ou experimentar prazer sexual. Um mesmo indivíduo pode ter várias disfunções dessa natureza ao mesmo tempo e todas idealmente devem ser diagnosticadas (APA, 2014).

Entende-se que grande parte do receio do idoso em relação à continuidade de sua vida sexual se deve pela forte influência da genitalização - o coito como única forma de exercício da sexualidade, ideia reforçada na medida em que realmente a fisiologia do envelhecimento atinge de forma direta o funcionamento dos órgãos genitais. Na verdade, torna-se necessária uma ampliação da visão de sexualidade, e das possibilidades de vivência da sexualidade com a valorização das carícias, fantasias e uso da imaginação e criatividade para as variações sexuais. Com isso, ressalta-se a ideia da qualidade e não da quantidade (GUIMARÃES, 2015, p. 44).

A dificuldade continuada em vivenciar a sexualidade entre as mulheres é configurada como Disfunção Sexual Feminina (DSF). A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) define a DSF como um distúrbio de alguma das fases da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) ou dor no coito, que resultem em desconforto e impactem a qualidade de vida e relacionamentos interpessoais. A DSF pode ser originada de problemas diversos, tanto biológicos quanto psicossociais. Por essa razão é considerada multifatorial.

Segundo o DSM-V (APA, 2014) e de acordo com a OMS (1993), a DSF está descrita na Classificação Internacional de Doenças (CID -10) como uma incapacidade superior a seis meses que impede o indivíduo de ter a vida sexual que deseja. Há várias categorias de disfunção, com ênfase aos fatores físicos que influenciam nessa insatisfação.

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), as DSF estão classificadas em algumas categorias, como: a) Transtorno Orgásmico Feminino, com demora persistente, periódica ou total ausência de orgasmo após a excitação sexual normal, capaz de causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal; b) Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo, com ausência ou redução do desejo de atividades sexuais de forma persistente e recorrente e c) Transtorno da dor genital-pélvica / penetração, que se divide em disparemia (dor genital relacionada à

atividade sexual que não é estimulada apenas por vaginismo ou falta de lubrificação) e vaginismo (espasmo inconsciente da musculatura do terço externo vaginal que intervém no ato sexual, com contrações que podem variar de intensidade ligeira a um aperto mais forte (APA, 2014).

São situações que envolvem desejo e excitação e que, conforme explica Lerner (2012), constituem uma relação complexa. O desejo sexual algumas vezes precede a excitação física e em outras ocasiões é a excitação que precede o desejo. Algumas mulheres têm dificuldade em diferenciar claramente quando sente desejo ou está excitada.

Estendendo a fonte, essa dificuldade entre as mulheres que atualmente estão na maturidade é mais acentuada por fatores como a educação sexual recebida, orientações morais e religiosas e outras inferências que atingem esse conhecimento e mesmo impedem o autoquestionamento a respeito de desejos e percepções de natureza sexual.

A mulher tem um ciclo de resposta sexual que é formado basicamente por três fases, sendo o desejo e a excitação as duas primeiras. O desejo é a primeira fase e sua fisiologia é pouco conhecida, embora a sua dinâmica hormonal seja clara e vinculada ao androgênio. Bons níveis desse hormônio costumam ser associados a uma presença mais constante e satisfatória do desejo e baixos níveis têm sido identificados com frequência entre mulheres com DSF durante todas as fases da menopausa. O estrogênio e a progesterona também participam dessa dinâmica, mas a sua colaboração é menos elaborada – sabe-se que o estrogênio aumentado pode impulsionar a produção de hormônios sexuais e favorecer a testosterona livre. Além desses fatores há ainda subjetivo feminino para o desejo, que costuma se manifestar mais intensamente quando apoiado em relacionamentos duradouros e com estabilidade, promovido pelo senso de cumplicidade que tem papel importante para a mulher, assim como a intimidade (FERREIRA *et al.*, 2007; GUIMARÃES, 2015).

Para Marques *et al.* (2012), a excitação prepara a mulher para o coito e é formada por respostas orgânicas que têm essa finalidade, tais como miotomia generalizada e vasocongestão genital. Nela, o clitóris se encontra intumescido e sensível e ocorre liberação neurogênica e endotelial do óxido nítrico, o que aumenta a sensibilidade clitoriana e a lubrificação vaginal, fenômenos que vêm acompanhados de uma espécie de cadeia de correspondências que preparam o corpo feminino para que o sexo ocorra de modo prazeroso e satisfatório.

É a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato. Corresponde à lubrificação vaginal na mulher e à ereção peniana no homem. Caracteriza-se basicamente por dois fenômenos: vasocongestão e miotonia, culminando na formação da plataforma orgástica (p. 176).

Para Marques *et al.* (2012), o orgasmo é o clímax sexual, pontuado por contrações dos músculos perineais e perivaginais ritmadas em intervalos de cerca de 0,8 segundos, principalmente na porção vaginal inferior. É uma espécie de reflexo que une fatores motores e sensoriais, acionado pelo clitóris e que resulta, após a sua consolidação, em uma sensação de relaxamento e de bem-estar pelas respostas gerais provocadas durante o sexo. Relatam os autores que a condição pode ser descrita como:

Tensão que aumenta, atinge o auge, e é descarregada, gerando relaxamento corporal. É a fase de excitação máxima, com grande vasocongestão e miotonia rítmica da região pélvica, acompanhada de grande sensação de prazer, seguida de relaxamento e involução da resposta (resolução). É o clímax da resposta sexual e constitui uma série de contrações rítmicas (3 a 15) da plataforma orgástica, com intervalo de 0,8 segundos (p. 177).

As DSF são rompimentos em uma ou várias dessas fases. É uma condição frequente durante a menopausa, Guimarães (2015) observou que por cobranças internas e externas relacionada ao envelhecimento e ao desempenho sexual, as mulheres se sentem tensionadas e cobradas por essas disfunções. Isso, somado ao desconhecimento do corpo e de sua dinâmica facilitam a formação de pensamentos e autoconceitos de inferioridade, assexualidade, angústia, depressão, insegurança, vergonha do corpo e na constituição de crenças disfuncionais que comprometem a autoconfiança no potencial de causar desejo

Dentre os fatores que as mulheres percebem como facilitadores ou inibidores da excitação sexual, Graham *et al.* (2004) destacam os sentimentos sobre o corpo, a preocupação com a reputação, o medo da gravidez indesejada ou preocupações com contracepção, o sentir-se desejada ou usada pelo parceiro, o estilo da abordagem ou iniciação e o humor negativo.

Carvalho e Gomes (2011) entendem que em muitos casos, mulheres com baixo nível de desejo sexual apresentam essa condição concomitante com a baixa qualidade da relação marital, que surge como fator determinante para a DSF. A perda do desejo das mulheres após o fim do período de ovulação pode estar associada a crenças religiosas e culturais – como a do sexo ligado à reprodução apenas, da postura ideal passiva da mulher

frente ao sexo e as idealizações ou projeções comportamentais similares – levando a mulher a ter dificuldades em lidar com sua iniciativa e interesse e relegando o sexo à procriação.

. Conforme os autores:

A qualidade da relação em geral é um aspecto central a ser avaliado. As dificuldades sexuais podem ser um sintoma ou resultado de uma relação insatisfatória. Os fatores relacionais ou interpessoais incluem a qualidade da intimidade e da comunicação, o vínculo emocional, a estabilidade da relação, bem como a existência de possíveis conflitos ou de um contexto de hostilidade. O grau de atração pelo parceiro também deve ser avaliado, bem como o nível de erotismo da relação (CARVALHEIRA; GOMES, 2011, p. 127).

Bastos (2001) explica que as DSF na mulher nesse período quase sempre são influenciadas pelo contexto social em que se inserem e podem ocorrer de modo concomitante a um processo de doença, mas que idealmente devem ser vistas como acontecimentos fisiológicos e naturais femininos. A disfunção do desejo ou interesse sexual, nesse sentido, pode decorrer de fatores múltiplos biológicos, socioculturais e/ou relacionais. Fatores que podem atuar sós ou de forma associada no agravamento ou manutenção da DSF e que devem ser criteriosamente avaliados para um diagnóstico adequado da mesma.

A intensidade com a qual essas disfunções se apresentam e como são enfrentadas é que se diferenciam entre as mulheres. Para algumas, perder o padrão que associam como esperado de beleza, ver a modificação da imagem corporal e sentir os efeitos da queda da libido podem levar à perda da autoestima. Isso se reforça pelos mitos e tabus nos quais sua feminilidade é construída. Uma comunicação inadequada entre parceiros e pessoas próximas também pode interferir para a disfunção, caso inclua projeções depreciativas e que reforcem os padrões negativos que com frequência surgem nesse período (DATTILIO, 2004).

Rangé (2001) explica que a falta de informação sexual e as distorções dos ensinamentos recebidos pelas mulheres – quer sejam religiosos ou sociais – junto a estimulação excessiva podem causar os mais variados distúrbios na atividade sexual. As causas mais comuns são de fundo psico-sociológico e se dividem em duas categorias: as socioculturais (ligadas a fatores psicológicos individuais, geralmente introjetados na experiência de vida e influenciados pela cultura que cerca a mulher) e as comportamentais (relacionadas a problemas físicos e/ou orgânicos). Sobre os fatores psicossociais da sexualidade, o autor pontua as causas psicológicas mais recorrentes em três grupos de causas:

- Predisposicionais, que incluem relações familiares conflitantes, relações sexuais traumáticas, educação restritiva e baseada em preceitos morais e/ou religiosos rígidos que vulnerabilizam a mulher frente a disfunção;

- Precipitadoras, com conflitos na relação conjugal, infidelidade, envelhecimento, disfunção do parceiro, depressão, ansiedade e reações psicológicas a fatores orgânicos que facilitam o surgimento da DSF;

- Mantenedoras, que envolvem a ansiedade de corresponder ao desempenho esperado, exigências do parceiro, falta de comunicação, culpa, desinformação sobre o corpo e perda de interesse, que agravam a disfunção ou estendem a sua persistência.

O DSM-V (APA, 2014) relata que a prevalência do transtorno do interesse ou excitação sexual feminina pode variar conforme a idade, o ambiente cultural, a duração dos sistemas e a presença de sofrimento. Sobre a duração dos sintomas, há diferenças marcantes nas estimativas de prevalência entre os problemas de curto prazo persistentes ligados à falta de interesse sexual. Um exemplo dessa situação é que algumas mulheres mais jovens têm um sofrimento relacionado ao desejo sexual mais intenso que outras mais velhas, ainda que esse desejo tenda a declinar com a idade.

Os sintomas das DSF são avaliados conforme a sua duração e o período das dificuldades, que influenciam nas taxas de prevalência. Aproximadamente 10% das mulheres não têm orgasmo durante suas vidas. No entanto, a OMS define a saúde sexual como um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, relacionado com a sexualidade (OMS, 2000). Portanto, quando há um desequilíbrio nesse bem-estar a sexualidade pode ficar comprometida.

Apesar das variações gerais presentes entre os estudos que tratam do tema, a maioria das queixas das DSF, inclusive dentro da menopausa, são diagnosticadas como Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo. É uma condição caracterizada pela ausência ou redução do desejo de atividade e fantasias sexuais de modo persistente e recorrente (PABLO; SOARES, 2004).

Parisotto *apud* CORDIOLI (2008) afirma que dentre as DSF atingem principalmente as mulheres e por volta de 43% de todas elas apresentam algum sintoma disfuncional sexual ao longo da vida. A falta de desejo para ser o mais comum, que atinge cerca de 20% a 40% das mulheres, seguida pela dificuldade de chegar ao orgasmo (30%). Apenas para fim

comparativo, o problema mais comum entre homens é a disfunção erétil e sua taxa de acometimento é de 10% a 20% da população masculina.

Peixoto e Nobre (2015) relataram a hipoatividade numa média de 16% da população feminina e 4% da masculina. A maior sujeição feminina se reconfirmou ainda noutro estudo, que indicou que 5% dos homens e 22% de mulheres sofrem desta perturbação (WAITE *et al.*, 2015).

Em estudo realizado no Brasil no ano de 2002, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de consulta nos seus consultórios (ABDO; OLIVEIRA, 2006).

A investigação qualitativa de Shindel *et al.* (2008) relatou uma percentagem de 32% de mulheres que referem desejo sexual hipoativo e 54% afirmaram não sentir desejo. Rebolledo e Fierro (2003) avaliaram números semelhante e sua pesquisa apontou que 28,1% das mulheres sentiram desejo sexual mediantemente hipoativo e 6,8% altamente hipoativo.

A heterogeneidade de valores é significativa, no entanto o perfil dos resultados é similar: existe uma sujeição mais elevada da mulher às DSF e a hipoatividade do desejo sexual é um fenómeno constante da sexualidade feminina, que tanto pode ser perene quanto esporádico. A respeito do fenómeno especificamente estudado entre mulheres na menopausa há o estudo de Berman *et al.* (2003), que reporta um índice de 77% de queixa de hipoatividade do desejo sexual em mulheres na pré-menopausa e na pós-menopausa, cerca de 56,7% teriam este problema, conforme Hawton *et al.* (1997). Se comparadas às mulheres nas demais faixas etárias ou ciclos de vida, as queixas sexuais nas fases de pré e pós menopausa são significativamente mais elevadas (HISASUE *et al.*, 2005).

Como clímax da relação sexual, o orgasmo é considerado por muitas mulheres a maior compensação do coito e é um fator importante de autorrealização e mesmo realização do parceiro. Como fator sexual reafirma a capacidade sexual e é um importante fator de satisfação individual e relacional. Entre as mulheres, por volta de 10% a 42% têm problemas em atingir o orgasmo e essas dificuldades dependem de fatores múltiplos como idade, cultura, duração e gravidade dessas dificuldades. Grande parte das mulheres que têm dificuldades orgásmicas relata ainda sofrimento associado. Numa parcela mais drástica estão 10% das mulheres que sofrem de um nível disfuncional grave, que não as permite experimentar o orgasmo durante as suas vidas (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Ainda na pesquisa de Cavalcanti *et al.* (2014), a DSF chega a atingir 49% das mulheres brasileiras com 18 anos ou mais e 67% das condicionadas na meia-idade (40 a 65 anos, período de interesse do estudo, a maturidade, no corte de 40 a 60 anos de idade). Além disso, segundo Abdo (2005) e De Lorenzi *et al.* (2006), 60% das mulheres brasileiras referem redução da atividade sexual após a menopausa.

O estudo de Prado *et al.* (2010) sobre prevalência de DSF em dois grupos e mulheres de diferentes níveis socioeconômicos revelou uma ocorrência de 21,9%, coincidente com o detectado comumente na literatura internacional (20% a 50%), mas relativamente mais baixo que o identificado com frequência entre mulheres brasileiras, cuja média é de 30% (BRANCROFT, 2003).

Moreira Junior *et al.* (2005 *apud* RANGÉ, 2011) realizaram uma pesquisa com 728 mulheres e destas, 23,4% relatou dificuldades de lubrificação, 22,7% falta de interesse sexual, 22% inabilidade para alcançar o orgasmo, 23,3% ausência de prazer sexual e 18% dor durante o coito. O mesmo estudo observou que 44% das mulheres com queixa de problemas sexuais foram em busca de ajuda médica, 25,3% conversaram com seus parceiros ou com algum amigo. Disso se extrai que a busca pela terapia das DSF é escassa e uma prática em construção, dada a intencionalidade feminina de manter o assunto em seu espaço íntimo.

Diante disso, Rangé (2001) recomenda que ao tratar das disfunções sexuais femininas deve-se englobar seus afetos, pensamentos e comportamentos, avaliando-os a sua desinformação sobre o próprio corpo. Os tabus morais devem ser trabalhados através de um processo de desenvolvimento de sua atração, estimulação adequada, função sexual, para que ela reformule suas convicções a respeito do ato sexual, amplie seus conhecimentos sobre o assunto e compreenda o que ocorre de errado na sua relação com si mesmo e com seu parceiro.

Nessa perspectiva do tratamento da disfunção sexual feminina, o capítulo a seguir aborda uma das terapias que tem contribuído para a melhora ou superação da disfunção sexual feminina.





Segundo Knapp e Beck (2008), a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é baseada num modelo que estipula que os distúrbios psicológicos são envolvidos e promovidos por crenças disfuncionais e pensamentos de mesma natureza. Como o indivíduo se sente e se comporta, dessa forma, seria resultado de como estrutura as suas experiências.

Um dos fundamentos dessa abordagem é interpretação humana biopsicossocial. Na análise da história de vida individual, do repertório e de aspectos do meio e da elaboração desses fatores, a TCC busca as razões e intervenções para os quadros apresentados. Logo, podem ser consideradas na abordagem causas biológicas, sociais, culturais, econômicas, psicológicas e gerais, qualquer influência que seja capaz de explicar o comportamento. Da mesma forma essas influências são consideradas na modelagem do tratamento e de suas medidas. Durante as sessões, o interesse é a criação de melhores situações para que o paciente para que possa, por si, controlar e mediar suas emoções, reações e percepções da realidade (COSTA *et al.*, 2007).

Por volta dos anos de 1960 a terapia cognitiva foi criada no reconhecimento do afeto, cognição e comportamento e, empoderados dessas bases, adeptos do pensamento comportamental elaboraram sua interpretação desses conteúdos com as terapias comportamentais. O hibridismo permitiu o surgimento da TCC (HAWTON *et al.*, 1997).

Esses trabalhos iniciais dos anos de 1960 que originaram todo o momento decorrente foram de autoria de Aaron Beck, que inicialmente denominou a TCC de “Terapia Cognitiva”, criada a princípio para o tratamento da depressão. De acordo com Beck (2013, p. 22), foi concebida uma “[...] psicoterapia estruturada de curta duração voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais”.

Era psicanalista antes de desenvolver a TCC, Aaron Beck identificou certas características de humor em seus pacientes deprimidos (visão pessimista de si, do mundo e do futuro). Com base nisso, estudou esses pacientes de modo mais detido e partindo desse estudo criou um modelo cognitivo da depressão (BECK, 1967). Mais tarde, Beck *et al.* (1997) publicaram uma obra mais detalhada sobre a terapia cognitiva da depressão.

Cordioli e Knapp (2008) apresentam uma descrição detalhada desse desenvolvimento:

O modelo cognitivo comportamental surgiu no final dos anos 50 com os trabalhos de Albert Ellis e mais especialmente, a terapia cognitiva (CT) no início dos anos 60 com Aaron T. Beck. Desde então, vem exercendo um forte impacto tanto na formulação de novos modelos etiológicos para os transtornos mentais como no seu tratamento. Beck,

um psiquiatra com formação psicanalítica, ao pesquisar pacientes deprimidos, tendo como referência o modelo psicanalítico da depressão, concluiu que neste transtorno o paciente apresentava uma visão distorcida e negativa de si mesmo, do mundo ao seu redor e de seu futuro. Formulou a hipótese de que tal tríade cognitiva negativa seria decorrente de esquemas cognitivos disfuncionais negativos, rígidos e não realísticos formados durante a infância, em decorrência das interações com o ambiente, que seriam os elementos críticos para o surgimento, a manutenção e a recorrência da depressão (p. 51).

A Terapia Cognitivo Comportamental caracteriza-se por sua brevidade, possui aproximadamente entre 12 e 20 sessões estruturadas, com objetivos claros a serem atingidos. Dentro do processo terapêutico o papel do paciente quanto do terapeuta é ativo.

A tipologia das distorções cognitivas que foram criadas por Beck et al 1997, são:

- Interferência Arbitrária, que significa conclusões tiradas sem evidências reais.
- Abstração Seletiva, que significa fixação em um detalhe do contexto global sem considerar outros fatores em que, geralmente, esse detalhe possui conotação negativa.
- Supergeneralização, que consiste no estabelecimento de regras e de conclusões gerais baseadas em um ou mais incidentes isolados e na aplicação do conceito indiscriminadamente em situações relacionadas.
- Maximização e Minimização, que se referem à dificuldade em avaliar o significado e a magnitude do evento. A pessoa tende a desvalorizar um mérito próprio e a valorizar outras pessoas e situações em detrimento a ela.
- Despersonalização, que se mostra na tendência em relacionar eventos externos à sua própria pessoa, mesmo que sem base para estabelecer tal relação. Ou seja, não existem evidências para se tomar conclusões, geralmente relacionadas a sentimentos de recusa e repulsão para com a pessoa. (BECK et al 1997 apud FREITAS, 2010, p. 102).

Para Rangé (1998) o enfoque da TCC estão comportamento humano, tendo como fatores determinantes o ambiente e os processos cognitivos. Para o autor o comportamento não fica restrito apenas a comportamentos manifestos correspondentes, mas engloba toda a cognição do indivíduo, como, pensamentos, respostas verbais, imagens, lembranças, interpretações e percepções; sentimentos ou emoções e seus desencadeantes fisiológicos.

O autor Rangé (1998), explica ainda de forma mais detalhada o que vem a ser a psicoterapia cognitivo comportamental,

A psicoterapia cognitivo comportamental é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista ao comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos (RANGÉ, 1998, p. 36).

A TCC tem por objetivo o tratamento de problemas específicos, com objetivos definidos. É uma terapia estrutural, com foco no presente, e com metas definidas (WHITE; FREEMAN, 2003; COON et al. 2007).

O referencial teórico da Terapia Cognitivo Comportamental possibilita que se utilizem várias técnicas, tanto individuais como em grupo, buscando trabalhar as habilidades de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do estresse, resolução de problemas, etc., permitindo mais controle sobre a situação pelo paciente. Essa abordagem enfatiza a psicoeducação (CADE, 2001).

A terapia cognitivo-comportamental pode ser usada com eficácia em diversos problemas humanos e transtornos mentais. Por ser clara e objetiva, é muito útil na prática ambulatorial. Mesmo psiquiatras e psicólogos que não tenham formação profunda na área podem aprender algumas de suas técnicas e ajudar a aliviar o mal-estar e as dificuldades de seus pacientes. (CORDIOLI, 2008).

O autor Aaron Beck, desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” hoje é usado por muitos da nossa área como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”. (BECK, 2013). Essas são algumas técnicas utilizadas com o paciente para que ele possa identificar pensamento, emoções e situações, resolver problemas, identificar pensamentos automáticos:

- Identificação de pensamentos, sentimentos e situações.
- Realização de diários.
- Questionamento socrático.
- Levantamento das vantagens e desvantagens.
- Tempestade de ideias.
- Soluções de problemas.

Portanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento da terapia. E o papel do terapeuta é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. A metodologia utilizada na terapia é de uma cooperação entre o terapeuta e o paciente de forma que as estratégias para a superação de problemas concretos são planejadas em conjunto (Caballo, 2003), favorecendo o tratamento da disfunção sexual feminina.

Mais de meio século após a criação da terapia cognitiva Aaron Beck e, até o presente, é utilizada no tratamento de diferentes problemas psicológicos de várias populações (FALCONE, 2001).

A TCC é chamada dessa forma por ser um híbrido das teorias cognitivas e comportamentais. O interesse dessa junção é promover mudanças enraizadas e consistentes no comportamento e na cognição do indivíduo (DOBSON, 2010). Atualmente há uma ampla gama de tratamento para diversos problemas psiquiátricos, tais como transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios obsessivo-compulsivos, alimentares e disfunções sexuais (CABALLO, 2007).

Trata-se de terapia centrada nos problemas apresentados pelo paciente no momento em que procura a terapia. Busca apoiar no aprendizado de novas estratégias para que atue no ambiente de modo a promover as mudanças necessárias. A metodologia é baseada na cooperação entre terapeuta e paciente e o planejamento das estratégias de superação é feito em conjunto (CABALLO, 2008).

Para Serra (2007), a TCC está em uma zona intermediária confortável entre as abordagens cognitiva e comportamental, com certo grau de liberdade aos seus praticantes. Há dois grandes grupos: os treinados como terapeutas comportamentais que tendem a se manter vinculados ao modelo comportamental e adicionar princípios e técnicas cognitivas, porém com o objetivo primordial de alcançar mudanças comportamentais. Segundo, aqueles treinados como terapeutas cognitivos, e que, adotando um modelo cognitivo, utilizam-se de técnicas comportamentais, porém com a finalidade explícita de obter mudanças cognitivas.

Partindo da premissa de que a forma que o indivíduo se percebe e se avalia no que diz respeito a seus sentimentos e comportamentos, a TCC sustenta que esses sintomas são mantidos por um conjunto de crenças distorcidas e disfuncionais, ou seja, a crença que implica uma convicção íntima, limita e faz com que a pessoa perca seu poder de escolha, tornando-se ansiosa, frustrada e desapontada com si mesma. (BECK, 2013).

#### 4.1 DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA TCC

Para Guimarães e Cordás (2002, p. 151) a TCC caracteriza-se pelo “uso de técnicas como reestruturação cognitiva, através da auto monitoração de pensamentos relevantes e comportamento e uso de medidas de autocontrole”. Ressaltadas então essa modalidade de psicoterapia, passa-se agora a terapia cognitivo-comportamental como tratamento da disfunção sexual na menopausa.

Para Barletta *et al.* (2012) o comportamento e a emoção de uma pessoa são determinados, em decorrência da organização de suas cognições, e estes são elementos básicos na condução terapêutica. Por meio deles, Knapp *et al.* (2008) relatam que a TCC faz a educação do paciente para a superação das limitações com menor tensão e maiores resultados. Como explica Gus Manfro (2008), é um trabalho profundo nas crenças disfuncionais e pensamentos negativos do paciente, com uma duração que pode ir de 10 a 20 sessões (embora haja flexibilidade para esse ajuste), condicionadas em sua montagem e orientação a uma boa discricionariedade profissional.

Sales e Pereira (2011) definiram o foco da TCC como:

[...] resposta do organismo a um estímulo que é mediado pela interpretação que lhe é dada. [...] O estímulo ao ser visto como desafiador provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno do sujeito, criando a necessidade de se adaptar, a fim de apresentar o bem-estar e a vida. Decerto, estratégias de enfrentamento, adequadas ou não, serão desenvolvidas pelo indivíduo (p. 184).

Neste sentido, a TCC é uma proposta terapêutica que tem suas intervenções estruturadas e objetivas, busca abordar fatores cognitivos, comportamentais e emocionais no tratamento de transtornos psiquiátricos dos pacientes. A TCC ainda se caracteriza por ser breve, possui aproximadamente entre 12 e 20 sessões estruturadas, com objetivos claros. Nesse processo tanto o paciente quanto terapeuta deve ser ativo. As modificações e alterações pretendidas procuram unicamente uma maior auto-suficiência, autocontrole e equilíbrio. As Ainda conforme Carolo (2011) e também Beck (2008), bons resultados têm sido obtidos com a aplicação da terapia em transtornos como agorafobia, fobias em geral, estresse pós-traumático, depressão unipolar de crianças e adultos e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Ainda conforme Carolo (2011) e também Beck (2008), bons resultados têm sido obtidos com a aplicação da terapia em transtornos como agorafobia, fobias em gera, estresse pós-traumático, depressão unipolar de crianças e adultos e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Assim, é uma terapia que se molda ao paciente e sua necessidade e percepção, em busca dos comportamentos, crenças e pensamentos disfuncionais e seu ajustamento. Opera com base na empatia e na identificação, como boa parte dos processos psicoterápicos, elementos que facilitam a colaboração durante o tratamento. É praticamente num processo de educação pessoal para um comportamento mais positivo e permite a seleção de inúmeras técnicas conforme critério e competência do terapêutico a fim da melhor adaptação e resultados (BECK, 2013).

Cabe mencionar ainda que a TCC faz uso de conceitos da terapia comportamental e da terapia cognitiva, os quais são “condicionamento clássico e condicionamento operante, aprendizagem social e dessensibilização sistemática” (BECK, 1979). Essa abordagem pressupõe que transtornos psicológicos são resultados de um modo distorcido de perceber os acontecimentos, em que faria que o indivíduo tivesse pensamentos de “caráter automático e disfuncional”, influenciando de forma negativa os afetos e os comportamentos (BECK, 1997).

Dentro dessa variedade de possibilidades, Dobson e Dobson (2010) descreveram três bases fundamentais da TCC, que se repetem aquém da abordagem, em fundamentos que os autores denominaram de hipóteses:

1. A hipótese de acesso, que afirma que o conteúdo e o processo de nosso pensamento são passíveis de serem conhecidos. Os pensamentos não são inconscientes ou pré-inconscientes ou de alguma forma indisponíveis à consciência. Ao contrário, as abordagens cognitivo-comportamentais sustentam a ideia de que, com treinamento apropriado e atenção, as pessoas podem tornar-se cientes de seu próprio pensamento.
2. A hipótese de mediação, que afirma que nossos pensamentos medeiam nossas respostas emocionais às variadas situações nas quais nos encontramos. O modelo cognitivo-comportamental não endossa a ideia de que as pessoas simplesmente tenham uma situação, mas que o modo como nós construímos ou pensamentos o acontecimento é central para a maneira como nos sentimos.
3. Da mesma forma, são nossas cognições ou pensamentos que influenciam fortemente nossos padrões comportamentais em várias situações da vida. [...] Esses pensamentos, bem como as respostas emocionais e reações comportamentais a eles podem, todos, tornar-se rotineiros e automáticos com o passar do tempo. Os teóricos cognitivo-comportamentais argumentam que há uma mediação cognitiva entre o acontecimento e as respostas típicas das pessoas em tal situação (DOBSON E DOBSON, 2010, p. 13-4).

As contribuições trazidas Falcone (2001) permitem afirmar que o principal objetivo da TCC é “a modificação de crenças” que uma pessoa tem sobre si própria, sendo que muitas vezes a forma como os veem e estruturam o mundo, pode determinar os desajustes na vida.

Durante o processo terapêutico por meio da TCC o paciente desenvolve a metacognição, em que o mesmo irá procurar pensar como os pensamentos ocorrem e de que

podem afetar o humor, sentimentos, comportamentos. Buscará pensar como esses elementos citados interferem (BECK, 1976; apud CABALLO, 2002).

Essa abordagem cognitivo-comportamental pode apresentar ainda uma função educacional. Para Vilela (2008) ao citar Blair e Ramones (1997) afirma que a psicoeducação se caracteriza,

[..]como um componente fundamental ao processo de mudanças comportamentais necessárias aos pacientes que apresentam doenças crônicas, à medida que contribui para o desenvolvimento de habilidades, centralizando-se nos aspectos afetivos, comportamentais e interpessoais desse processo (VILELA, 2008, p. 45).

A TCC pode ser realizada individualmente ou em grupo, mas for em grupo é preciso seguir os pressupostos da individual, podendo variar apenas em” objetivos terapêuticos e métodos” utilizados (CABALLO, 2002). A autora Vilela (2008), explica melhor como deve ser o atendimento em grupo,

Por conseguinte, o atendimento psicoterapêutico em grupos diminui os custos do tratamento, o que significa uma razoável economia de tempo e de dinheiro, tanto para o doente quanto para a instituição, além de propiciar alguns benefícios relacionados diretamente à dinâmica do grupo e ao procedimento de intervenção psicoterápica (VILELA, 2008, p. 46).

Os benefícios da terapia em grupo são descritos por Vilela (2008), como possibilidade de inúmeros avanços descritos logo abaixo:

Tais benefícios seriam basicamente: possibilidade de reforçamento diferencial de respostas adequadas, possibilidade do surgimento de crenças disfuncionais, fornecimento de oportunidade para identificação, teste e revisão das regras subjacentes que norteiam o comportamento social; surgimento de reforço positivo e respostas adaptativas dentro do próprio grupo, possibilidade de sociabilização e fornecimento de modelos sociais adequados (VILELA, 2008, p. 46).

Rangé (2001), afirma que os grupos de terapia apresentam inúmeros fatores que são considerados terapêuticos pelo fato de possibilitar a aprendizagem de novos comportamentos e cognições, e também a extinção de antigos padrões que não dão respostas favoráveis no atual momento. Incluindo procedimentos puramente educacionais e psicológicos em envolve



simplesmente o treinamento das habilidades psicoeducacionais dos pacientes. A tipologia das distorções cognitivas foi criada por Beck *et al* (1997) para evidenciá-las no indivíduo:

- Interferência Arbitrária, que significa conclusões tiradas sem evidências reais.
- Abstração Seletiva, que significa fixação em um detalhe do contexto global sem considerar outros fatores em que, geralmente, esse detalhe possui conotação negativa.
- Supergeneralização, que consiste no estabelecimento de regras e de conclusões gerais baseadas em um ou mais incidentes isolados e na aplicação do conceito indiscriminadamente em situações relacionadas.
- Maximização e Minimização, que se referem à dificuldade em avaliar o significado e a magnitude do evento. A pessoa tende a desvalorizar um mérito próprio e a valorizar outras pessoas e situações em detrimento a ela.
- Despersonalização, que se mostra na tendência em relacionar eventos externos à sua própria pessoa, mesmo que sem base para estabelecer tal relação. Ou seja, não existem evidências para se tomar conclusões, geralmente relacionadas a sentimentos de recusa e repulsão para com a pessoa. (BECK *et al* 1997 *apud* FREITAS, 2010, p. 102).

A TCC desenvolvida por Beck (1997) é a forma mais pesquisada para tratamento de transtorno psicológico. Vários estudos indicam que ela é mais indicada para o tratamento desses transtornos desde os mais leves aos mais graves por ter mais efetividade que outros tipos de intervenção.

#### 4.2 A TCC NO TRATAMENTO DA DSF

Segundo Piassarolli *et al.* (2010), Na prevenção e na reabilitação de pacientes/mulheres com disfunção sexual feminina, a TCC torna-se útil na medida em que ajuda o paciente na alteração de percepções distorcidas sobre a sua sexualidade e na modificação de hábitos de vida considerados nocivos, e com torna-se possível uma maior adesão ao tratamento, possibilitando uma melhora na qualidade de vida.

Os autores frisam sobre a funcionalidade da TCC neste terreno de abordagem que:

[...] sabe-se que a terapia cognitivo-comportamental é uma das formas de tratamento mais utilizadas, pois identifica problemas causadores da disfunção e auxilia na ansiedade e nos mitos relacionados às questões sexuais (p. 239).

A TCC sexual possui alguns componentes como a educação (na tentativa de aumentar o conhecimento), bem como uma proposta que tem o objetivo a diminuição das crenças mal-adaptativas dos pacientes. Entretanto, a disfunção sexual costuma estar associada com sentimentos e pensamentos distorcidos em relação ao sexo em geral. O papel do terapeuta é averiguar se esses elementos citados estão relacionados com o problema, e assim buscar orientar o paciente o modo correto de lidar com a situação (CAREY, 2005).

Além disso, também é realizado com o paciente o treinamento de habilidades sociais, em que busca-se melhorar o repertório sexual e a superação de experiências mal-adaptativas), faz-se também a focalização sensorial, que busca a diminuição da ansiedade em relação à comunicação, ou seja, no falar dos problemas comuns. Enfim, a TCC trabalha com reconhecimento e negociação de preferências sexuais (chamado de “roteiro sexual”), para desenvolver a prevenção das recaídas e com isso visa preparar o paciente para a vida (CARDOSO, 2011).

Para Lerner (2012), a TCC com seus objetivos no tratamento de disfunções sexuais consegue abranger uma série de mudanças cognitivas e comportamentais no paciente, entre elas estão:

[..]sentir-se mais confortável ao falar de sexualidade com os outros; abordar e questionar mitos e papéis de gênero errôneos que interferem na autonomia e autodeterminação em áreas sexuais e não sexuais; aumentar o conhecimento da anatomia e fisiologia da sexualidade; aprender mais sobre o próprio corpo e sentir-se mais confortável com ele; obter validação para as sensações prazerosas experimentadas; obter informações a fim de aumentar o repertório sexual; superar bloqueios emocionais à liberdade sexual (culpa, ansiedade, autodesvalorização e raiva) por meio do confronto com crenças distorcidas; melhorar a assertividade consigo mesma e na comunicação de seus desejos ao parceiro; desenvolver planos para manter e desenvolver os ganhos obtidos após o término do tratamento (LERNER, 2012, p. 36).

O autor ainda contribui afirmando que as crenças disfuncionais em relação à sexualidade atuam como fatores predisponentes para a DSF ao estabelecer regras condicionantes para a ativação de esquemas cognitivos negativos, permitindo aparecimento de emoções e pensamentos automáticos capazes de comprometer o processamento mental de estímulos eróticos, interferindo de forma negativa no desejo sexual.

Lerner (2012), orienta que existe diversas técnicas para evidenciar, questionar e modificar esquemas cognitivo-comportamentais disfuncionais. As técnicas são ferramentas

bastante eficientes quando utilizadas dentro de um processo terapêutico. Elas podem perder sua utilidade quando feito uso fora deste contexto.

As técnicas mais comuns na TCC para o tratamento da DSF, inclui aquelas destinadas para o aumento do autoconhecimento e a percepção do próprio corpo, ampliação da percepção sobre sensações de prazer e as técnicas voltadas para a interação com o parceiro. Pode ser usadas outras também, como a técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática, “*role playing*”, biblioterapia, entre outros (LERNER, 2012).

Beck (1997) reitera que a TCC promove mudanças nos pensamentos disfuncionais, e assim ocorre a melhora dos sintomas em decorrência da modificação das crenças disfuncionais. As crenças disfuncionais podem deixar os indivíduos mais vulneráveis à Disfunção Sexual, como verificou-se nesta pesquisa. Deste modo, as crenças de acordo com Salkovskis (1999) podem ser adquiridas por:

- Um senso precoce e amplo de responsabilidade, desenvolvido e estimulado na infância;
- Códigos de conduta muito rígidos e extremados;
- Criação em ambientes familiares nos quais medos eram proeminentes e onde não havia oportunidade de confrontá-los;
- Incidente no qual por azar a ação ou inação resultou em dano sério para si ou para outras pessoas;
- Criação em ambiente de criticismo sistemático, ou no qual a pessoa foi sistematicamente considerada "bode expiatório";
- Aumentos eventuais ou coincidentes dos níveis de responsabilidade (filho mais velho, nascimento de filhos, casamento, etc.).

Nesse sentido, Beck (2013, p. 52) reforça que o indivíduo tem por suas crenças “compreensões duradoras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas”. Com o trabalho focalizado na positividade das crenças individuais das mulheres, a TCC procura agir sobre a DSF minorando ou mitigando os fatores objetivos de sua apresentação e possibilitando a vivência plena da sexualidade nas várias fases da vida.

A funcionalidade ainda pode ser ressaltada ao se considerar a colocação de Beck (2011) a respeito do sentido e operacionalização da TCC, quando afirma que nessa abordagem, o tratamento é baseado na compreensão ou mesmo conceptualização do paciente de modo individual, tomando por partida as crenças que possui que sejam influentes em seus comportamentos. Com isso, o terapeuta pode modelar linhas de trabalho que sejam eficientes em modificar o comportamento positivamente, quando pensa num sistema interligado de crenças. As intervenções devem ser focalizadas com o único objetivo de criar envolvimento emocional suficiente para promover alterações comportamentais. A adequação se reforça ainda pela possibilidade de que a técnica seja aplicada dentro dos mais diversos níveis de desenvolvimento cognitivo e educacional, o que em muito se correlaciona com a abordagem realizada neste estudo.

Em relação a aspectos metodológicos, uma das alternativas foi tratada por Dattilio (2004) e adotada nesta dissertação: que é o treino de autoinstrução. Nessa modalidade, amplamente utilizada para o trabalho com a TCC entre mulheres vítimas de violência ou que precisam de maiores abordagens ligadas à autoestima e reconstrução da imagem, a abordagem é construída em quatro fases: preparação (identificação do problema e análise de como ele compromete o indivíduo), confrontação (organização da meta dentro de passos possíveis), gerenciamento (aplicação e manejo da ansiedade e das situações desviantes como temporárias) e reforço, em que são feitas as autoafirmações positivas. Sobre uma adaptação dessa base foi desenvolvido este estudo, conforme o método na sequência permite observar.

#### 4.3 ALGUNS ASPECTOS DA TCC EM GRUPO

O tratamento psicoterapêutico na modalidade de grupo, para Yalom (2008), há evidências de que alguns pacientes respondem melhor a terapia de grupo do que com outras abordagens, particularmente pacientes que buscam superar crenças, estigmas ou isolamento social, bem como aqueles que procuram desenvolver novas habilidades de enfrentamento.

Na pesquisa de Yalom (2008), a coesão, no grupo de tratamento, é amplamente definida como o resultado de ações de envolvimento, afetividade, empatia, relação de confiança e comunhão dos conflitos dos participantes, fazendo com que permaneçam no grupo, buscando soluções mutuas.

No entanto, entendemos que estas ações não garantem a efetividade terapêutica do grupo, visto que as ações, descritas acima, são pré-condição para que os outros fatores terapêuticos funcionem e operem positivamente no grupo.

No contexto grupal, Peter *et al.* (2009) esclarece que as possibilidades de mudanças positivas oferecidas dentro do grupo devem ser consistentemente enfatizadas. A instilação de esperança também pode ser reforçada com a discussão de exemplos de caso, descrevendo por exemplo outras pessoas que superaram problemas semelhantes usando o mesmo tipo de procedimentos.

O diálogo é um meio de comunicação, expressão e “desabafo” importante entre os membros do grupo, que precisam ser encorajados nas sessões desde o início, uma vez que proporciona estratégias diversas de questionamento dos pensamentos automáticos que resulta da ampla participação do grupo.

Para Peter *et al.* (2009), o sucesso aparente da abordagem grupal na TCC com base na eficácia e na relação custo-efetividade sugere que, ao longo do tempo, mais e mais transtornos provavelmente serão tratados nessa modalidade. Assim, será importante que se continue a refinar e desenvolver métodos especificamente projetados para a abordagem em grupo. Por sorte, numerosos protocolos da TCC estão agora disponíveis na literatura, muitos deles baseados em estudos de eficácia cuidadosamente planejados.



O estudo adota uma abordagem quantitativa e qualitativa. A quantitativa foi caracterizada pelo emprego de técnicas estatísticas a fim de evitar distorções na análise e interpretação dos dados. A qualitativa foi obtida pelo discurso e interpretação dos fenômenos, bem como atribuição de significados pelo acompanhamento e sessões junto às participantes (n=14). Suas fontes foram os diálogos durante a realização da TCC em especial no grupo-teste, o que possibilitou a reestruturação do protocolo utilizado no grupo de intervenção.

A intervenção aplicada nesta pesquisa teve natureza longitudinal, dada pela permanência da pesquisa em campo por 9 (nove) meses, o que permitiu o acompanhamento de diferentes estágios de desenvolvimento do problema de pesquisa considerado. Estudo desse tipo, extensivos e que levam à uma aproximação mais continuada com a realidade, sugerem ainda a oferta de contribuições científicas mais fiéis.

## 5.1 PARTICIPANTES

Inicialmente foram avaliadas 39 mulheres diagnosticadas na menopausa pela ginecologia, sendo que algumas não apresentavam disfunção sexual e outras queriam tratar outros problemas de ordem psicológica (depressão). Originalmente integraram a pesquisa mulheres (n=19) na faixa etária dos 55 a 75 anos na pós-menopausa, em tratamento no Ambulatório de Climatério do Centro de Atenção à Mulher (CEAM/CEM)<sup>1</sup>. As participantes foram indicadas pela ginecologista do CEM, passando por uma entrevista em que foram previamente avaliadas a fim da verificação da presença de disfunção sexual e disponibilidade para participação.

O critério de inclusão era estar na menopausa e com disfunção sexual. O de exclusão foi não estar na menopausa e/ou possuir transtornos mental e outras doenças físicas.

Durante a aplicação do protocolo, cinco participantes não concluíram as sessões de intervenção por fatores externos de ordem familiar. Portanto, nesta análise de dados constam os resultados referentes ao “n” integrante efetivo do estudo (n=14).

---

<sup>1</sup> O CEM está diretamente subordinado ao Serviço de Normatização e Supervisão Técnica da Coordenadoria de Atenção Especializada.

Das participantes (n=14), foram formados grupos distintos. O primeiro denominado grupo-teste (n=5) e grupo de intervenção (n=9), sendo que este último corte foi dividido em dois subgrupos (grupo a, n=5, grupo b, n=4).

Das integrantes, foram selecionadas aleatoriamente um corte (n=5) para compor o que foi denominado Grupo- Teste. O nome foi dado dessa forma pois seria o grupo a receber a intervenção como inicialmente pensada e que retornaria respostas de adequação de método e de abordagem. Foi o grupo, portanto, a receber a intervenção-piloto e a retornar seus resultados. E os outros dois subgrupos A e B, foram constituídos devido o excesso de participantes em um único grupo.

Apesar dos grupos possuírem características similares, o grupo teste apresenta incidência de conflitos no relacionamento e de queixas de diminuição do desejo sexual, fato que talvez esteja relacionado ao estado civil das participantes, pois em relação ao grupo de intervenção, no grupo teste a maioria delas eram casadas.

## 5.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Nesta pesquisa foram utilizados para a coleta de dados e informações os seguintes instrumentos:

### 5.2.1 Questionário Sociodemográfico:

Ficha de elaboração de perfil geral (Apêndice A) com informações como estado civil, situação econômica, religião, ocupação profissional e outros.

### 5.2.2 Questionário Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF):

Cabe destacar que o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF) é um questionário formado por 19 itens que se voltam a avaliar o funcionamento sexual feminino em questões que se concentram nos principais aspectos classificatórios considerados pela Sociedade Americana de Psiquiatria e a Organização Mundial da Saúde, que são: desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. É uma escala baseada em critérios



fundamentais que diagnosticam as disfunções sexuais e que foi validada em uma versão portuguesa no ano de 2009, com o uso de uma amostragem composta de 152 mulheres de origem comunitária e de 51 mulheres de origem clínica (PECHORRO *et al.*, 2013)

A aplicação do questionário de IFSF (Anexo A) buscou avaliar o coeficiente de *funcionamento sexual* (desejo, dor, lubrificação, orgasmo, excitação e satisfação). O IFSF é uma escala de auto resposta que permite avaliar a função sexual feminina, formada por 19 (dezenove) questões sobre a atividade sexual no período de quatro semanas. o

Ao responder o questionário do IFSF, a paciente seleciona em cada questão uma das 6 (seis) alternativas possíveis que melhor descreve a sua situação. É um questionário de constructos, de simples aplicação e fidedignidade as respostas dadas.

As respostas são tabuladas de acordo com o valor da questão assinalada, sendo que 0 indica que não teve relação sexual e as outras opções variam entre 1 a 5.

As pontuações das subescalas são tomadas e geram a pontuação final, que pode variar entre 4 a 95 pontos. A escala é analisada pela divisão em seus domínios diferentes:

- a) desejo (questões 1 e 2),
- b) excitação (questões 3 a 6),
- c) lubrificação (questões 7 a 10),
- d) orgasmo (questões 11 a 13),
- e) satisfação (questões 14 a 16) e
- f) desconforto (questões 17 a 19).

Segundo Rosen *et al.* (2000), baixos valores no IFSF indicam a existência de problemas no funcionamento sexual, enquanto que valores elevados sinalizam uma situação de pouca ou nenhuma disfunção

### **5.2.3 Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) – Versão Feminina**

A versão feminina do QCSD (Anexo B) é um instrumento para a avaliação de um conjunto de estereótipos e crenças sexuais específicas, descritas na literatura empírica como

de algum modo associadas ao desenvolvimento de DSF (HEIMAN; LOPICCOLO, 1988; NOBRE, 2009; NOBRE; PINTO-GOUVEIA, 2006; 2008).

Os participantes respondem em que medida concordam com cada uma das afirmações listadas (40) mediante uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, distribuída entre discordo plenamente (1) e concordo plenamente (5). As questões correspondem a 22 itens, que tratam das seguintes dimensões:

- Conservadorismo sexual, com crenças relacionadas às idades de que: a) a sexualidade humana equivale à penetração vaginal ou coito; b) a masturbação e o sexo oral e anal traduzem comportamentos perversos ou desviantes; c) à mulher compete um papel passivo e d) a virgindade pré-matrimonial representa um valor a ser defendido a todo o custo;
- Desejo sexual como pecado, com crenças associadas à ideia de que mulheres devem controlar seus impulsos e prazeres sexuais (que são vistos como pecaminosos) e mormente reservados aos homens;
- Crenças sexuais relacionadas com a idade, com ideia de que a idade e sobretudo a fase da pós-menopausa representam redução do desejo sexual, prazer e/ou capacidade para atingir o orgasmo;
- Crenças sexuais relacionadas à imagem corporal, que enfatizam a noção da imagem do corpo como aspecto central da sexualidade feminina;

### 5.3 PROCEDIMENTOS

Os dados desta pesquisa foram produzidos tendo como fonte as sessões de intervenção de TCC e a aplicação dos questionários descritos (IFSF e QCSD feminino) nos grupos, com a intenção da avaliação no início e término da terapia.

Ao serem submetidas à TCC em grupo, ainda que em período breve, as mulheres foram separadas em grupos conforme descrição anterior. O grupo-teste (n=5) recebeu 12 (doze) sessões. Os subgrupos, dez. As 12 (doze) sessões aplicadas no segmento piloto mostraram a necessidade de reestruturação do protocolo, sobretudo pela dificuldade de permanência das participantes durante um período tão longo de tratamento. A redução para 10 (dez) semanas se revelou um período confortável, de melhor ajustamento para os subgrupos.

## FIZ ESTE PROFESSOR

**ORGANOGRAMA DE PROCEDIMENTOS DE SELEÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS GRUPOS**

	▶ N° DE MULHERES	▶ N° SESSÕES RECEBIDAS	▶ Observação
<b>GRUPO-TESTE</b>	05 MULHERES	12 SESSÕES	As 12 (doze) sessões aplicadas no segmento piloto mostraram a necessidade de reestruturação do protocolo, sobretudo pela dificuldade de permanência das participantes durante um período tão longo de tratamento. A redução para 10 (dez) semanas se revelou um período confortável, de melhor ajustamento para os subgrupos.
<b>GRUPO INTERVENÇÃO</b>	09 MULHERES	10 SESSÕES	
<b>SUBGRUPOS</b>	SUBGRUPO A = 05 MULHERES	10 SESSÕES	
	SUBGRUPO B = 04 MULHERES	10 SESSÕES	

Fonte: Elaboração própria.

O protocolo de intervenção da TCC foi realizado a partir de um cronograma com temáticas definidas previamente que funcionaram para incentivar diferentes temáticas em uma rotina de tratamento. Com o consentimento das participantes, estes momentos de fala e de escuta foram gravados em dispositivo de áudio digital e posteriormente transcritos e organizados como fonte de dados qualitativos.

### 5.3.1 Desenvolvimento do protocolo de abordagem

As sessões de intervenção (12) da TCC aplicadas ao grupo-teste ocorreram entre março a julho do ano de 2015. Nos subgrupos de intervenção, as 10 sessões foram aplicadas entre os meses de julho a novembro de 2015.

Todos os grupos receberam as intervenções com frequência semanal e duração de 90 minutos por sessão em que as participantes foram submetidas à terapia de grupo e avaliadas através do IFSF e QCSD no início (1ª sessão) e fim do tratamento terapêutico (respectivamente 12ª e 10ª sessão para grupo-teste e subgrupos).

A intervenção ocorreu em um consultório da unidade do CEM com boa iluminação, privacidade e sem distrações capazes de interromper as sessões. O espaço foi suficiente para a disposição das participantes de modo a garantir o contato ocular sem que a proximidade inibisse a participação.

As sessões foram organizadas de modo semiestruturado. As pacientes foram submetidas a avaliações para apurar a problemática pretendida, idade, ausência de psicopatologia grave e nível cognitivo e verbal preservados.

Desde o convite para a integração no estudo foram informadas sobre os objetivos da intervenção e o número, duração e periodicidade das sessões. As pacientes foram orientadas a informar ao parceiro sobre o tratamento devido às tarefas de casa proposta pela TCC, que os envolveram em alguns momentos.

Os áudios obtidos tiveram duração média de 80 a 90 minutos. Após transcritas, as falas foram organizadas segundo os temas que emergiram, comparando as informações dos sujeitos da pesquisa com a literatura referente ao tema. Em seguida foram comparadas e organizadas conforme os eixos que mais se repetiram, formando as diferentes categorias relatadas nos resultados deste estudo.

O conteúdo de cada sessão foi estabelecido dentro de uma sequência baseada no modelo da TCC a fim de constituir uma impulsão à mudança de pensamento e comportamento frente aos valores da própria sexualidade no período da menopausa.

#### 5.3.1.1 Descrição das sessões do Grupo Teste

Na Sessão 1 foi proposta uma dinâmica de apresentação baseada em Rosset (2010), momento em que as participantes entrevistaram umas as outras para promover a descontração, desenvolvimento de confiança e psicoeducação quanto à menopausa pela troca de experiências inicial desse momento. Foi também o momento de apresentação da abordagem da TCC, do contrato terapêutico, do número de sessões e de seus horários.

A Sessão 2 foi destinada a falar sobre os sintomas da menopausa de acordo com Dattilio e Freeman (1995) (ausência da menstruação, ressecamento ou secura vaginal, fogachos, suores noturnos, insônia, diminuição no desejo sexual, diminuição da atenção e memória, perda de massa óssea / osteoporose e aumento do risco cardiovascular). O objetivo foi abrir para a identificação dos pares que compartilhavam de situações similares e facilitar a interação no grupo. Ao final da sessão as mulheres foram indagadas sobre como se sentiam após a experiência;

As Sessões 3 e 4 tiveram como objetivo compartilhar o modelo cognitivo-comportamental com as participantes, com foco inicial no pensamento e em seguida no sentimento e comportamento comum a todos os distúrbios psicológicos (BECK, 1997). No caso em estudo, a pós-menopausa. Para tanto, foi feito o Registro de Pensamento Disfuncional (RPD) para a identificação de pensamentos disfuncionais, tabus e preconceitos sobre a mulher sobre si na vivência da sexualidade.

A Sessão 5 explorou a relação entre pensamento, emoções e comportamentos pelo automonitoramento como tarefa de casa para identificar as necessidades afetivas. Foi abordada a autoimagem corporal (como se vê diante dessa imagem) com a técnica do autoexame geral pela imagem no espelho, também conhecida como técnica de auto-reconhecimento corporal (ROSSET, 2010). Na segunda etapa foi feito o treino de relaxamento orientado como tarefa de casa: com um espelho pequeno, deveriam examinar suas partes íntimas (LOPICCOLO; HEIMAN, 1992).

A Sessão 6 trabalhou o treinamento de relaxamento com as técnicas de controle da respiração (Lehrer *et al.*, 2003) ou respiração diafragmática (Ito *et al.*, 1998) e imagens mentais. As técnicas tiveram como objetivo auxiliar no controle da ansiedade, melhorar os sintomas de hiperventilação e tensão gerados pela vivência do ato sexual. Foi aplicada ainda a técnica do relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1938), para os sintomas de tensão gerados pela lembrança da relação sexual (LEHRER *et al.*, 2003). Como tarefa de casa foram orientadas a localizar suas zonas erógenas no corpo durante o banho, usando o texto *Uma*

*História de Carícias*, de Claude Steiner, adaptada de Shinyashiki (1992) e repetir o exercício de focalização sensorial (CABALLO, 2007), que foi explicado ao grupo ainda na sessão.

A Sessão 7 trabalhou a percepção das zonas erógenas, a importância do contato e estimulação sensorial em si mesma, com base no estudo do texto *Uma História de Carícias* (STEINER *apud* SHINYASHIKI, 1992). Como tarefa de casa, orientou-se que as participantes focalizassem suas sensações corporais iniciando com o treino de respiração e gradativamente concentrando-se na sensação de cada região do corpo. A finalidade desta atividades foi de fazer com que as participantes reconhecessem as regiões erógenas e o prazer sensorial, proporcionando bem-estar e relaxamento. Isso foi feito com a leitura coletiva do texto e com a explanação através de diálogo, imagens e uso de boneco do corpo humano, a fim de apresentar às mulheres essas possibilidades.

A Sessão 8 fez uma ponte com a anterior, com a discussão da tarefa em grupo em que cada participante expressou a vivência do exercício da localização das zonas erógenas de seu corpo. Foi feito um diálogo sobre como era a relação com o parceiro, o que as mulheres não gostavam e o que saibam sobre as necessidades emocionais dos mesmos. Para a última questão foram utilizados os seguintes quadrantes como complemento: primeiro “gosto e faço”, segundo “gosto e não faço”, terceiro “não gosto e faço”, quarto “não gosto e não faço”. Com isso, foram trabalhadas concomitantemente as crenças sobre a masturbação que surgiram durante a sessão.

A Sessão 9 desenvolveu a dinâmica do Curtograma (Rangé, 1995), com objetivo de estimar a expressão das dificuldades em dizer ao parceiro o que gosta e não gosta em uma relação sexual. Para treinar a comunicação foi desenvolvida a técnica do *role playing* (ANDRADE, 2008). Treinadas na sessão tiveram condições de exercitar em casa com seus parceiros e durante a sessão foi explicada a importância da masturbação, momento em que indivíduo pode manualmente explorar seus genitais e se concentrar nas regiões mais excitantes e prazerosas, também como forma de autoconhecimento e de obtenção do orgasmo. As informações desmistificaram algumas crenças referentes à prática e como tarefa de casa foi proposto encontrarem as zonas erógenas, dessa vez incluindo os genitais e durante o banho (Caballo, 2007), para que descobrissem as mais excitantes e prazerosas.

A Sessão 10 concentrou o *feedback* das participantes sobre a tarefa de casa e a técnica do *role playing*. Em seguida, foram desmistificadas as crenças sobre a masturbação e dadas orientações para a focalização sensorial para ser aplicada em casa com o parceiro, em duas partes: na primeira, cada um dos membros do casal massageará o corpo do outro (exceto

genitais e seios), primeiro as costas e depois a parte frontal. A segunda etapa envolve a primeira e termina com carícias nos órgãos genitais sem a exigência de penetração. O exercício é voltado ao desenvolvimento da intimidade, da comunicação verbal e não-verbal entre o casal (CABALLO, 2007).

Na Sessão 11, penúltimo encontro, foi realizada a ponte com a sessão anterior e discutida a tarefa em grupo. Cada mulher expressou a vivência do exercício do que gosta ou não numa relação sexual, resumizando o processo interventivo e salientando as principais conclusões que chegaram com as sessões. Essa também foi a sessão selecionada para a repetição da aplicação da Escola de IFSF. Na sessão teve início a despedida do programa terapêutico e avaliação do trabalho, com a escuta do relato de cada membro sobre a sua experiência no grupo. Foi trabalhada a dinâmica do elogio e do abraço (Rosset, 2010), adaptada pela pesquisadora. As participantes receberam uma folha em banco e escreveram vários elogios para a pessoa à sua direita, sem que ela visse, sobre o seu corpo, seu modo de ser e evolução nas sessões, bem como a razão pela qual merecia esses elogios. No final o material foi lido e entregue à parceira ao som da música *Você é Linda*, de Aline Barros, acompanhada de abraços. As mulheres foram ainda orientadas a continuar explorando as zonas erógenas durante o banho e a repetir o exercício da focalização sensorial (CABALLO, 2007), agora com penetração caso estivessem prontas. Como tarefa de casa, foi solicitado que comprassem um presente emocional simbólico, algo que gostassem muito e que seria levado à sessão seguinte.

A Sessão 12 teve início com o convite para que as participantes colocassem sob a mesa o presente trazido assim que eram recepcionadas e foi uma sessão de encerramento. As participantes foram estimuladas a reconsiderar o tempo que reservaram às sessões de terapia, como o tempo para continuar cuidando da sua sexualidade após o fim da intervenção (Caballo, 2007) e estimuladas a se tornarem suas próprias terapeutas (SCHMALING *et al.*, 1997).

Para o encerramento das atividades, solicitou-se que cada uma pegasse o seu presente emocional e fizesse uma declaração para si, diante das outras, explicitando o porquê do merecimento em presentear-se.

### 5.3.1.2 Protocolo Piloto

Diante do conteúdo e contexto de atendimento terapêutico, foi desenvolvido um protocolo de orientação (Quadro 2) para o público coberto pelo estudo, adaptado de 12 (doze) sessões no grupo-teste para 10 (dez) sessões, reafirmadas no grupo de intervenção.

#### Quadro 1 – Protocolo Final Grupo de Intervenção (n=9)

Quadro-síntese das técnicas e conteúdos para 10 sessões do modelo de TCC para Disfunção Sexual na Pós-Menopausa		
Sessões	Conteúdo	Técnica
1ª	Apresentação e interação do grupo. Conhecer e fazer conhecer cada membro, aliança terapêutica.  Discussão sobre o conceito de menopausa.  Esclarecimento dos conceitos disfuncionais e informação adicional sobre a temática com texto de Dr. Dráuzio Varella ou outro a escolha que seja suficiente completo e adequado ao grupo. Aplicação do Questionário do IFSF.	Dinâmica de Interação (coração partido). Rosset (2010).  Tarefa: Texto de Dr. Dráuzio Varella – Menopausa ou similar.  Escala IFSF.
2ª	Psicoeducação sobre a menopausa.  Estabelecimento de relação com a sessão anterior após ouvir sobre a tarefa de casa. Qual o entendimento de cada uma da leitura?  Leitura: <i>Eventos comuns da Menopausa</i> (Dattilio e Freeman, 1995).  Abordagem dos sintomas da menopausa.	Psicoeducação através de slides.  Escuta de cada participante e de seus sintomas.
3ª	Disfunções sexuais na menopausa.  Esclarecer conceitos e informar adicionalmente sobre os problemas sexuais do pós-menopausa. Explicar as doenças que podem incidir ou se manifestar com mais intensidade. Comentar o transtorno Hipoativo, transtorno de aversão ao sexo, transtorno orgásmico feminino ou anorgasmia, dispareunia (dor genital associada à relação sexual), vaginismo (DSM-IV) (APA, 2014).  Coletar informações adicionais sobre a dificuldade sexual individualmente. <b>Tarefa de casa:</b> leitura do texto sobre disfunções sexuais.	Biblioterapia, artigos.  Vídeos  Dinâmica  Conversa duas em duas.
4ª	Apresentação do Modelo Cognitivo-Comportamental (TCC), com foco inicial no pensamento e, em seguida, no sentimento e no comportamento.  Pensamento distorcido comum a todos os distúrbios psicológicos.  Ensinar a fazer o P-S-C, registro de pensamentos para educar o paciente pela TCC a identificar, avaliar e modificar pensamentos disfuncionais. Desmistificar as crenças, mitos, preconceitos e tabus relacionados à menopausa.  <b>Tarefa de casa:</b> conforme surgir no grupo a necessidade confrontar, reinar o RPD durante a semana.	Aplicar o RPD;  Discussão do grupo;  Treinamento RPD;  Socialização do grupo e educação sobre o modelo cognitivo P-S-C. Ficha RPD.



5 <sup>a</sup>	<p>Crenças negativas da imagem corporal; Identificar emoções através de jogos com balões (Rosset, 2010); identificar as necessidades afetivas de cada uma; respiração diafragmática (ITO <i>et al.</i>, 1998).</p> <p>Identificar a autoimagem negativa individual de cada participante e complexos de inferioridade. <b>Tarefa de casa</b> escrever um texto com o título <i>Como você se vê</i>, sobre como imagina que os outros lhe veem. Resumo final e <i>feedback</i> (devolutiva).</p>	<p>Reestruturação cognitiva</p> <p>Colocando a crença encontrada no balão no RPD</p> <p>Técnica de Relaxamento</p>
6 <sup>a</sup>	<p>Relaxamento progressivo de Jacobson (Jacobson, 1964) e autoestima.</p> <p>Feedback da tarefa de como cada uma se vê, técnica de auto reconhecimento corporal (Rosset, 2010) e autoexame através da imagem ao espelho.</p>	<p>Escuta, intervenções</p> <p>Técnica do espelho</p> <p>Caixa</p>
7 <sup>a</sup>	<p>Percepção das zonas erógenas do corpo.</p> <p>Contato, estimulação sensorial.</p> <p>Identificação do conhecimento sobre o outro, o que o companheiro sabe sobre as necessidades emocionais.</p> <p>Trabalhar com o texto <i>Uma História de Carícias</i> – Claude Steiner, adaptado por Shinyashiki (1992).</p>	<p>Texto: Uma história de Carícias;</p>
	<p>Localizar as regiões mais excitantes e prazerosas do corpo, explorar o próprio corpo, sem incluir os geniais e se permitir conhecer as regiões erógenas e o prazer sensorial para o bem-estar e o relaxamento.</p> <p>Resumo e feedback (devolutiva).</p>	<p>Técnica do carinho quente.</p>
8 <sup>a</sup>	<p>Conversa informal sobre a relação sexual e o parceiro (Caballo, 2007).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é a relação com o parceiro, o que gosta e não gosta, contato e estimulação sensoriais;</li> <li>- O que ele sabe sobre as necessidades emocionais;</li> <li>- Uso dos quadrantes (gosto e faço, gosto e não faço, não gosto e faço e não gosto e não faço).</li> <li>- Técnica do <i>role playing</i>;</li> <li>- Trabalhar as crenças sobre a masturbação que surgirem no grupo (Caballo, 2007).</li> </ul> <p><b>Tarefa:</b> regras e etiquetas para o diálogo (Beck, 1995).</p>	<p>Curtigrama treino da comunicação;</p> <p><i>Roley playing</i></p>
9 <sup>a</sup>	<p>Masturbação</p> <p>Trabalhar as crenças que o grupo apresentar sobre o tema (Caballo, 2007).</p>	<p>Reestruturação cognitiva através da Seta descendente;</p>
	<p>Explicar a importância da masturbação, da exploração manual dos genitais e concentração nas regiões mais excitantes e prazerosas a fim do autoconhecimento e orgasmo. Explorar o próprio corpo sem incluir os genitais e reconhecer as regiões erógenas e prazer sensorial par ao bem-estar e relaxamento. Identificar o que pensam sobre masturbação, desmistificar as crenças e orientar nas formas de auto aprendizado para o orgasmo.</p>	<p>Autoexame genital.</p>
10 <sup>a</sup>	<p>Encerramento com avaliação e devolutiva</p>	

	Reaplicação da escala.  Estimular os pacientes a reconsiderarem o tempo que haviam reservado à sessão de terapia, como tempo para continuar cuidando de sua sexualidade depois do fim da intervenção (CABALLO, 2007)	Roda de conversa avaliação do programa.  Aplicação da escala.  De IFSF.
--	--	---

Fonte: O autor (2016).

#### 5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi organizada em duas etapas, em grupos diferentes (grupo-teste e grupo de intervenção): qualitativos e para quantitativos. Os qualitativos foram organizados em categorias apresentadas a partir dos diálogos estabelecidos com o grupo de teste. Foram analisados com bases em fundamentos teóricos e metodológicos que regem a Psicoterapia, em especial a TCC.

Os resultados quantitativos obtidos do grupo teste (GT) e grupo intervenção (GI) foram analisados de acordo com o tipo de variável. As contínuas foram analisadas quanto a sua média e desvio-padrão e as categorias, quanto às frequências absolutas e relativas. As diferenças entre os grupos foram analisadas pelo Teste (*t*) e a análise das diferenças entre as médias nos tempos T0 e T1 (antes e após a intervenção) foram realizadas pelo Teste (*t*) pareado de ambos os grupos.

Para a leitura das tabelas do IFSF e QCSD, nos atemos aos valores de *P*, em que *P* evidencia a significância estatística. Se  $P < 0,05$  a diferença é estatisticamente significativa, se *P* entre 0,05 e 0,1 há uma tendência de significância estatística e se  $P > 0,1$  não consideramos a diferença estatisticamente significativa.



## 6.1 RESULTADOS QUALITATIVOS

Os materiais gravados durante as sessões do grupo-teste foram analisados com o objetivo de identificação de padrões comuns de preocupações e crenças apresentados pelas participantes do primeiro grupo (piloto) de Psicoterapia. Pelos assuntos recorrentes no grupo foram organizadas as categorias, da seguinte forma:

- Categoria I – vivência da sexualidade na menopausa
- Categoria II – visão sobre si mesma no período da menopausa;
- Categoria III – preocupação e dificuldades com o parceiro
- Categoria IV – sentimentos da mulher com DFS preferencialmente na pós-menopausa;

As categorias são apresentadas na sequência.

### 6.1.1 Categoria I, Vivência da Sexualidade na Pós-Menopausa

Eixo que trata sobre como cada mulher vivencia o sexo e qual a natureza de suas experiências (se positivas ou negativas). Procura conhecer o estado de sua libido, a qualidade emocional das relações e como as mulheres encaixam a sua sexualidade no climatério.

Na síntese das sessões foi possível perceber que as mulheres evidenciaram a redução da libido, oscilações emocionais e a maioria mostrou preocupação com o envelhecimento. Não se achavam mais atraentes e relataram uma vida sexual insatisfatória em decorrência de fatores como secura vaginal, dor ou a crença do encerramento da sexualidade pelos desconfortos e indisposições fisiológicos, mas também por fatores externos como a saúde do companheiro e o excesso de trabalho.

A intensidade da experiência da menopausa e de seus sintomas foi constatada como variável e se apresentou em relatos como da Participante S., que afirmou: “nunca senti nada”. Junto dela, surgiram outros relatos em minoria que afirmaram sentimentos de leveza e de compreensão, como na fala da Participante M.E., que relatou: “*A menopausa é a segunda adolescência. Assim como se tem todos os transtornos e inseguranças, inquietude, tem*

*também na menopausa. Porque na adolescência a gente está deixando a infância e entrando para outra fase”.*

A menopausa é relatada com certa familiaridade pelas mulheres, pois trata-se de uma retomada muito similar à adolescência, em que tinham de se redescobrir e viver os medos e insegurança de uma nova fase da vida. A diferença, contudo, ocorre no momento em que o corpo é outro e não tem mais a vitalidade e juventude da fase adolescente e a mente também está transformada pela experiência e vivência. Logo, é uma interpretação apontada pelas mulheres como uma transição, um marco da vida que tem os transtornos do desconhecido e da novidade.

A fase da menopausa é agravada nos conflitos culturais, de gênero e papel feminino pois a mulher não está ingressando na fase reprodutiva. Está saindo dela. Mais: não está mais com um corpo jovem, tem o corpo de sua idade e ele não é sempre bem aceito ou compreendido. As intensidades fisiológicas podem ter alguma reciprocidade, mas o sentido de alocação precisa ser voltado a manter o sexo e a sexualidade ativos num momento em que é comum a repressão da expressão sexual, em que há problemas de aceitação mais latentes com o corpo e a manutenção da atratividade e em que a mulher agrupa em seu entorno outros papéis sociais – distintos da juventude – que quase sempre se apresentam dissociados do sexo, como o papel de avó.

As dificuldades extrínsecas, trazidas pelas pressões a respeito do sexo, dos tabus, das expectativas a respeito de ser mulher e do que essa identidade envolve são pesos significativos que recaem na sexualidade feminina e que podem comprometer a sua qualidade. Se o ingresso na juventude ocorria com uma visão de sexo restrita, com tabus e limites para muitas dessas mulheres - como estavam na fase reprodutiva - ele era admitido. Na saída dela, precisam encontrar formas de enquadrar o sexo quando sua cultura e os tabus formados forçam a sua exclusão ou embotamento. No mesmo sentido, a Participante S menciona *“a sexualidade é importante. Nos impulsiona a viver, nos dá equilíbrio. Claro que temos muito tabus e outras coisas advindas de importantes questões culturais na fala da participante. Ainda temos receio de falar sobre sexo, que tal coisa é pecado. Entendo que a menopausa é uma passagem, não pode trazer um fim para a gente... não pode tirar a libido, não pode trazer uma depressão para você. Então, você tem que passar por ela saudável. Traz um certo desequilíbrio, mas o tratamento nos ajuda a voltar no eixo”.*

A participante ressalta um aspecto importante, que são os tabus culturais quanto o comportamento feminino e o seu desenvolvimento. Embora reconheça o papel fundamental da sexualidade para a qualidade de vida, as repressões e o temor de abordar e chegar ao diálogo a respeito de assuntos ligados a ela costuma ser maior que o benefício visualizado pelas mulheres quando não são devidamente orientadas.

Se bem orientadas e dirigidas sobre como expressar a sua vontade, colocar seus limites e satisfazer suas curiosidades e anseios, uma parte significativa das tensões tende a se dissolver, conforme o discurso. O tratamento fez esse papel, de permitir essa vazão e orientação e dar voz ativa às mulheres que vivenciavam passivamente parte iniciativa das questões relacionadas à DSF. Reforça a importância do depoimento da Participante I: “[...] *a gente amanhece bem ‘animadinha’ quando faz sexo, amanhece com coragem para trabalhar, dá vontade de viver*”.

No grupo de terapia surgiram falas negativas parecidas de algumas participantes sobre a sua sexualidade, tais como: “[...] *quando começou a menopausa parou total a sexualidade*” (Participante S). Falas que evidenciam o desaparecimento da sexualidade e que têm um teor comum de desconforto, como é possível verificar: “[...] *não gosto mais dessas coisas. [...] eu estou muito cansada, muito nervosa. [...] para mim já acabou, a gente não liga mais para isso. [...] não gosto, não gosto mesmo. É um sofrimento*” (Participante C). No mesmo sentido relata: “[...] *quando eu tinha [relações sexuais] era mais para agradar meu marido e ter filho*” (Participante M) e “[...] *eu não tenho vontade, sinto dor, raiva e tudo*” (Participante I).

O afastamento do sexo, inclusive com falas de barreira e que procuram revelar a evitação presente foram constantes. A dissociação do termo sexo e o uso de palavras como “essas coisas”, “um sofrimento” “isso” são recorrentes. As razões que são colocadas é o desagrado, a irritação, a indisposição e não instrumentalidade no domínio do corpo e da experiência a fim de um melhor proveito. Além disso, a negatividade da experiência que culmina em dor e sofrimento agrava a evitação.

É possível identificar que a relação entre a cultura e a sexualidade está muito presente na fala da participante S e C. Segundo Gozzo *et al.* (2000) a mulher foi treinada por séculos a oprimir seus sentimentos, vontades e desejos e com isso o sexo foi associado como algo errado e proibido. Acarretando na vida adulta, queixas de desinteresse sexual, acreditando que o sexo não é um componente de sua saúde.

Em relação às queixas sexuais de ressecamento vaginal e dor à penetração 100% (n=5) mencionaram a diminuição do interesse sexual, 80% (n=4) dor à penetração e 20% (n=1) ardência à penetração. A respeito da dor durante o coito, mencionam: “[...] *agora é mais difícil. [...] antes parece que era mais cômodo. [...] Agora tenho mais dificuldade, o ressecamento de faz sentir dor*” (Participante MC); “*aumentou ainda mais as dificuldades. [...] a penetração dói e choro quando acaba. [...] Não tenho mais vontade*” (Participante MC) e “[...] *pode pintar um clima, mas não rola mais nada [...]. Está difícil a penetração*” (Participante A).

A falta de condições propícias, a ausência de desejo e de preparação para o coito – que pode ser agravada pela falta de preliminares e disposição do parceiro em estimular a mulher ao sexo – é uma parte recorrente dos relatos da principal queixa no grupo e também na literatura, fora dele. O ressecamento vaginal, que tem explicações fisiológicas na menopausa é agravado pela dor na penetração e a condição incômoda que esse conjunto cria faz com que a mulher evite o sexo. A dor é relatada de forma tão intensa que pode levar ao choro. A penetração termina sendo dificultada e quando ocorre, o ato se dá de maneira desagradável. Se antes da menopausa os relatos mostram que a fisiologia permitia a conciliação de questões subjetivas e a atividade sexual com mais conforto, no climatério as alterações fisiológicas agravam o quadro.

De modo similar relata a Participante IS: “tenho necessidade, porque é bom a gente fazer amor, é gostoso, alivia, extravasa. Mas agora está mais difícil a penetração. [...] É uma coisa que se desgasta, aquela penetração difícil e com isso acabamos desistindo [...]”.

A fisiologia e a importância das preliminares devem ser discutidas. Mesmo havendo disposição para o sexo, como a descrita pela participante acima, nem sempre é suficiente para garantir o bom intercuro sexual. Por conta da dificuldade de lubrificação e das alterações vaginais, a instrumentalidade do sexo fica mais complexa e o tempo e esforço que demanda termina por influenciar na queda da qualidade da vida sexual, da frequência e da satisfação individual atrelada ao sexo.

### **6.1.2 Categoria II, A Visão Sobre si Mesma no Período da Menopausa**

Como evidencia a literatura, grande parte da qualidade do desempenho sexual tem a ver com uma atitude positiva dessa natureza – que depende diretamente de como a mulher se interpreta. Este eixo avalia esse quesito, a autoimagem da mulher e sua leitura frente a seus

conceitos de sexualidade, feminilidade, autoestima e no complexo processo de envelhecimento.

A identidade feminina, a imagem da mulher, construída a partir de valores sedimentados na beleza, juventude e fertilidade tem alto impacto e torna a menopausa uma percepção crítica, como é possível captar nos relatos oferecidos pela Participante DE, que afirma *“estou feia e gorda. Já tive depressão. [...] Agora chegou a menopausa, acabou a vontade”*. A Participante I repercute: *“eu não me sentia feliz, porque [...] não sou uma mulher bonita, totalmente realizada, [...] igual a gente era antes. A gente se sente desprezada.”*.

O climatério se mostra, no grupo, como associado a uma constante autoimagem negativa. O envelhecimento, as mudanças corporais e as reações do parceiro a essas realidades parecem piorar a visão pessoal apresentada pelas mulheres. A perda da juventude, o ganho de peso e a dificuldade em tratar com a transição etária que naturalmente se impõe requer trabalho na imagem feminina e elaboração de novos sentidos de corpo e de sexo, a fim de que as lacunas e espaços deixados pela juventude sejam preenchidos com os potenciais elementos positivos da maturidade, como um maior autoconhecimento (que muitas vezes precisa ser desenvolvido), maior experiência e vivências.

Assim, os principais sentimentos apontados nos discursos mostram percepção de inferioridade e insatisfação com os efeitos que a menopausa ocasiona na forma física. Apesar disso, relatam com frequência a menopausa como um período natural da vida, como a Participante M que relata a menopausa como *“[...] uma fase natural da vida, que todas nós vamos passar, [...] porque é um sinal que a gente está viva”*.

### **6.1.3 Categoria III, Preocupação e Dificuldades com o Parceiro**

A sexualidade não se desenvolve isoladamente e o parceiro e as questões relacionais podem ter alto peso. Neste eixo são abordadas as visões e percepções das mulheres acerca da relação com o parceiro: a qualidade, a saúde, o relacionamento, a comunicação e a visão do outro, inclusive no que tange à atração e envolvimento físico, sexual, emocional e afetivo.

Os problemas de saúde do esposo são fatores considerados externos que surgem na vida sexual da mulher e podem interferir anatomicamente na relação com insatisfação no



sexo. Na cultura ocidental, em países de origem latina, o desempenho sexual masculino tem grande importância para o reassseguramento da virilidade e da potência do homem. Sobre o desempenho e eventuais problemas, os relatos selecionados sintetizam a percepção das mulheres a respeito dos parceiros.

A Participante MC descreve: “[...] *ele demora demais para chegar aos finais, outro agravante é que o corpo dele esquenta demais, aquece como se estivesse pegando fogo. [...] tenho medo d’ele morrer nessa hora*”.

Assim como a mulher entra em um período de transformações, com o parceiro não costuma ser diferente e a adaptação de ambos pode não ocorrer de forma tranquila. A sexualidade pode ser atingida por essas transformações, como no caso do relato da participante acima. O homem também sofre a partir do período de sua maturidade alterações hormonais que formam o fenômeno da Andropausa, e é possível que o seu desempenho seja afetado, inclusive com maior tempo para atingir o orgasmo, menor rigidez na ereção e outras questões androgênicas.

A Participante S afirma: “*meu marido ficou doente e eu pensei que não podia mais fazer sexo com ele, mas agora estou sabendo que posso*” e a Participante M relata outro problema: “*meu marido, por ansiedade, não consegue fazer sexo comigo*”.

Muitas vezes a saúde do parceiro se debilita severamente e há dificuldades tão grandes na adaptação entre os pares que o sexo se torna inviável. A ansiedade, o temor pela frustração, a dificuldade de diálogo e o interesse de se manter em companheirismo e ter o relacionamento podem formar uma teia de ocorrências que criam um período de tensões durante o climatério. Isso pode afetar drasticamente os relacionamentos.

Foram relatados fatores como uso abusivo de álcool e tabaco e suas consequências na vida sexual do casal (objetiva e subjetiva) e para a saúde do homem, conforme o relato da Participante C, que afirma: “*por causa das cachaças que ele bebia, das coisas que ele fazia comigo, eu tomei nojo, assim... ódio mesmo*”. Em direção semelhante relata a Participante MC: “*eu fazia mais para depois ele não dizer que eu estava atrás de outro homem, porque ali eu não estava fazendo nada, eu nunca senti nada. Só pela questão da convivência mesmo*”.

Os sentidos do sexo e a fruição da experiência pelas mulheres se mostraram bastante vinculados à qualidade da experiência. O sexo como obrigação, como prova de fidelidade, como esforço de companheirismo foi uma constante entre as mulheres no climatério

atendidas. No entanto, grande parte dessas percepções vieram acompanhadas da degradação da relação causada pela saúde e por vícios masculinos, bem como dificuldades de diálogo e de comunicação geral entre os pares. A insustentabilidade e a baixa qualidade das relações foram com frequência apresentadas.

#### **6.1.4 Categoria IV – Sentimentos da Mulher com Disfunção Sexual na Pós-Menopausa**

A DSF é relatada na literatura como uma condição de alto impacto na qualidade de vida feminina. Com isso, esse eixo se volta a interceptar e interpretar as visões e sentimentos da mulher que têm essa experiência e como ela se desenvolve durante a TCC. Os principais interesses são aspectos como autoestima, auto-responsabilidade e autocuidado.

As mulheres apresentaram discursos de valorização do comportamento cotidiano, da intimidade e da proximidade do companheiro antes do sexo como determinantes de seu desejo, excitação e disposição, como o discurso da Participante S relata: *“[...] ele nunca faz nenhum elogio. Hoje em dia não, eu me valorizo, cuido de mim. Agora meu cabelo está pintado e estou muito feliz”*.

A decepção da reciprocidade e o encontro na autossuficiência e cuidado também são descritos na fala da Participante A: *“[...] quem vai cuidar de mim? Eu esperava que os outros me dessem motivos para mim (sic) sorrir, agora eu sei que eu sou responsável por isso. Antes eu fazia isso. Quem pode fazer isso sou eu mesma. Eu consegui gostar de mim e não quero abrir não disso, então eu sou responsável”*. Em mesma orientação, a Participante A2 menciona: *“se eu for esperar pelo carinho dele, [...] vou morrer de velha”*.

As mulheres evidenciaram em muitos discursos uma frustração amadurecida, retornada em autocuidado e envolvimento após muito sofrimento e decepção. Como seus únicos portos de reconhecimento, elas se relatam como responsáveis pela sua autoimagem, positividade e cuidado e relatam que com o tempo angariaram essa visão pelo sofrimento e recorrentes dores. Não se pode confundir esse comportamento com autoestima genuína: a autoestima original não vem acompanhada dos também recorrentes sentimentos de depreciação e dor com a autoimagem que as mulheres apresentam. No caso da amostra observada, é possível afirmar na análise dos discursos e dos casos que foram desenvolvidos

que se trata mais de uma forma de auto-amor protetivo, de se oferecer o mínimo exterior a fim de preencher o que lhes tem sido negligenciado como parceiras e mulheres.

Os efeitos desses afastamentos são repercutidos nas reações ao interesse sexual do parceiro, conforme os relatos da Participante MC, que diz *“ele quer sexo todo o dia, até finjo que estou dormindo. Outras vezes espero ele dormir para eu deitar. Ah, quando ele vê mulheres bonitas fica falando que aquilo é que é mulher”*.

A Participante M sinaliza na mesma direção opinativa: *“Meu marido não conversa comigo, vai direito no assunto. Eu não gosto assim, eu queria mesmo namorar”*.

Para evitar o sexo, as desculpas de saúde muitas vezes são utilizadas, como menciona a Participante IS: *“[...] quando não estou disposta, falo que a minha cabeça está estourando de dor”*. Na fala de outras mulheres da pesquisa elas explicam que usam sempre artifícios dessa natureza para não terem relação sexual sem prazer ou vontade.

As esquivas do sexo são condições também recorrentes, no entanto, que evidenciam a necessidade da preparação do grupo a respeito da comunicação e diálogo dos entre os pares. Em vez de expor a sua insatisfação e indisposição para com o sexo e com a situação vivencial existente, as mulheres projetam doenças, fingem sono, colocam indisposições sobre a culpa do climatério e relegam a sinceridade que pode melhorar o perfil relacional. Dessa forma, as esquivas terminam sendo paliativos da insatisfação que não permitem o avanço e modificação dos quadros.

Ao mesmo tempo, esses argumentos servem para que se afastem do sexo sem dizer ao parceiro que não gostam, não têm coragem ou têm medo de que eles as deixem, como sintetiza a Participante MC: *“[...] mas aí eu tenho medo dele me trair com outras, de me deixar. Casamento é para sempre, sinto falta dele, só não quero fazer sexo mais. [...] me entristece”*.

Uma colocação que reforça a literatura no que se refere ao companheirismo e afetividade: as mulheres têm a indisposição ao sexo, pelas dificuldades relatadas, mas algumas possuem uma forte vinculação ao parceiro ou a instituição do casamento, de tal forma que a escolha por uma vida sexual dolorosa e insatisfatória tem a ver com a decisão de manter esses fatores

A intensa jornada de trabalho surge também como um dos agravantes para a vivência da sexualidade no climatério, como o relato da Participante A, que diz: *“ [...] a gente chega a*

*noite está cansada, quer deitar, dormir” ou a Participante S: “meu trabalho exige muito de mim, eu tenho que trabalhar dois turnos, pego quatro ônibus, quando chego em casa tem todo o serviço para fazer. Quando acaba, não aguento mais nada [...], morta de sono”.*

No entanto, no decorrer dos encontros as participantes relataram a percepção da importância da técnica da comunicação, sobre o quanto é importante dizer ao parceiro que gosta, como gosta e o que não gosta. Essa comunicação, por sua vez, foi percebida como importante não apenas para dizer ao parceiro como se sente, mas também para que a mulher possa conduzir o par na exploração de seu corpo e dos novos conhecimentos que adquiriu. A comunicação foi estabelecida como uma via de qualidade para o sexo, a qual acessam para menor sofrimento e maior aproximação com o companheiro.

As habilidades e competências de comunicação desenvolvidas na TCC foram consideradas importantes nessa etapa de acordo com a síntese retirada pelo depoimento da Participante AA, que diz: *“antes do grupo eu era uma pessoa muito radical, dura. Agora me soltei mais, aprendi a falar não quando não quiser, com jeito para ele não ficar magoado, mas parar com a desculpa de dor de cabeça ou fazer amor sem sentir prazer. [...] Afinal ele é uma pessoa boa, nunca me diminuiu. Pelo contrário, meu primeiro relacionamento que ele fazia isso comigo, este não. Ele até me elogia!”.*

No mesmo interesse, a Participante ME relata: *“[...] as mulheres precisavam participar mais desses grupos pois, olha aí quantas coisas que a gente achava ser feito, ser pecado, que marido poderia até largar da gente ou pensar mal da gente. Acabamos fazendo sempre o que eles querem e esquecendo da gente. [...] eu mesma já falei tanto de mulheres que comentam o que fazem achando que elas eram perversas [risos]”.*

De um modo geral, as devolutivas mostraram que a intervenção de grupo para o tratamento foi positiva e minimizou alguns sofrimentos que as mulheres relataram nas respostas do IFSF antes e depois da terapia.

Sobre as categorias, algumas relataram ter dificuldades de comunicação com os parceiros, mas que começaram a falar de seu sofrimento e experimentar maior alívio na relação sexual. As que citaram uma baixa autoestima também foram beneficiadas pela tomada de medidas de autocuidado e melhoria da visão negativa individual.

Pelos relatos oferecidos durante as sessões, foi observado que o Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) e as técnicas do protocolo foram muito eficazes para a redução

da ansiedade e do medo da relação não ser prazerosa. Com esses instrumentos os sintomas se tornaram quase ausentes no relato das mulheres após a intervenção grupal.

Os resultados alcançados com a TCC dizem respeito a mudanças nos pensamentos disfuncionais que agiram na melhoria dos sintomas. Com isso, houve uma validação na amostra da que a TCC é uma alternativa viável no tratamento das DSF na pós-menopausa e abrange uma série de mudanças positivas cognitivo-comportamentais.

Vale lembrar, que a modificação das crenças disfuncionais subjacentes aos pensamentos disfuncionais promove melhoras duradouras nos pacientes, e ainda nesse sentido podem estabelecer um plano para continuarem desenvolvendo os ganhos obtidos após o término do tratamento.

## 6.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS

### 6.2.1 Dados Sociodemográficos

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos, n=14, Campo Grande / MS, 2016.

Dados	GT*	GI**	P valor
Idade	59,00	55,55	NS
Religião			
Católica	40,00	33,33	
Evangélica / protestante	40,00	55,55	
Nenhuma	20,00	11,11	
Profissão			NS
Aposentada	20,00	22,22	
Do lar	20,00	33,00	
Liberal	60,00	44,00	
Estado civil			
Separada	20,00	22,22	NS
Casada	80,00	44,44	
Viúva	0,00	11,11	
Divorciada	0,00	22,22	

\*Grupo Teste; \*\* Grupo intervenção.

Fonte: o autor (2016).

Verifica-se na tabela sociodemográfica que no grupo teste a maioria das mulheres são casadas, apenas uma encontra-se com o estado civil de separada, no entanto, no grupo de Intervenção, as mulheres encontram-se com o estado civil diversificado variando entre casada, viúva, separada e divorciada.

Quanto a profissão, tanto no grupo teste, quanto no grupo de intervenção a maioria das mulheres possuem uma ocupação remunerada. E em relação a crença religiosa, a metade do total das mulheres participantes deste estudo, assumem ser evangélicas.

### 6.2.2 Dados do IFSF e QCSD

Os escores observados nos instrumentos IFSF e QCSD antes e depois da intervenção, tanto no GT quanto no GI estão descritos nas Tabelas 2 a 5, sendo que as de número 2 e 3 se referem ao GT e as de número 4 a 5, ao GI. O índice Tempo 0 se refere aos scores antes da TCC e o Tempo 1, pós-TCC.

Para a leitura das tabelas do IFSF e QCSD, nos atemos aos valores de P, em que P evidencia a significância estatística. Se  $P < 0,05$  a diferença é estatisticamente significativa, se P entre 0,05 e 0,1 há uma tendência de significância estatística e se  $P > 0,1$  não consideramos a diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 2** – Comparação dos escores do IFSF do GT (n=5), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2015.

Domínios IFSF	Tempo 0 Média (DP)	Tempo 1 Média (DP)	Diferença média	Intervalo de confiança	Valor de P
Desejo	2,04 (0,53)	3,84 (0,32)	-1,80 (0,42)	-2,32 / -1,2	<0.001
Excitação	2,22 (1,82)	3,30 (0,92)	-1,08 (1,00)	-2,33 / 0,1	0.075
Lubrificação	2,04 (0,57)	3,60 (1,21)	-1,56 (0,98)	2,77 / -0,3	0.024
Orgasmo	1,84 (0,66)	3,84 (1,28)	-2,00 (0,84)	-3,05 / 0,9	0.006
Satisfação	1,44 (0,72)	3,68 (1,21)	-2,24 (0,60)	-2,99 / 1,4	0.001
Dor	1,76 (1,34)	3,36 (1,91)	-1,600 (1,09)	-2,96 / 0,2	0.031
<b>Total</b>	11,34 (4,48)	21,62 (6,06)	-10,28 (3,14)	-14,1 / -6,3	0.002

Fonte: O autor (2016).

O Grupo-Teste, que recebeu as intervenções integrais, apresentou elevação positiva em todos os quesitos básicos envolvidos na satisfação e desempenho sexual entre as participantes. As elevações médias tiveram escores mínimos de 1,5 e máximos de 2,24 frente

a um melhor desempenho, com valores de P confirmatórios de sua significância. Os maiores acréscimos de desempenho ocorreram nos fatores orgasmo, desejo, lubrificação, satisfação, mas ainda houve elevação considerável da dor.

**Tabela 3** – Comparação da escala do QCSD crenças do GT, (n=5), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2015.

Domínios QCSD	Tempo 0 Média (DP)	Tempo 1 Média (DP)	Diferença média	Intervalo de confiança	Valor de P
Conservadorismo	33,80 (3,11)	21,80 (3,11)	12,00 (2,12)	9,36/14,63	<0,001
Pecado	16,20 (2,77)	9,20 (4,65)	7,00 (5,70)	-0,078/ 14,07	0,052
Idade-crenças	17,40 (1,67)	9,40 (3,05)	5,60 (2,07)	3,02/ 8,17	0,004
Imagem corporal	11,80 (2,28)	6,20 (2,28)	5,60 (2,07)	3,02 / 8,17	0,004
Afetividade	20,40 (2,19)	22,80 (3,27)	-2,40 (3,78)	-7,09/ 2,29	0,229
Maternidade	11,60 (1,94)	10,20 (1,64)	1,40 (2,79)	-2,06/ 4,86	0,325
<b>Total</b>	90,80 (6,38)	56,80 (10,60)	34,00 (13,43)	17,31 /50,68	0, 005

Fonte: O autor (2016).

Na Escala de Crenças do grupo teste, observou-se redução estatisticamente significativa das crenças disfuncionais totais, assim como das crenças relacionadas ao conservadorismo, pecado, idade e imagem corporal. As crenças disfuncionais relacionadas com a afetividade ( $P=0,229$ ) e a maternidade ( $P=0,325$ ) diminuíram apenas discretamente e de forma não significativa estatisticamente tendo em vista que o valor de  $P > 0,1$ .

Entre o Grupo-teste, antes e após as intervenções, também foi possível perceber uma situação qualitativamente positiva de avanços na compreensão e trabalho interno dos fatores conservadorismo, pecado, idade-crenças, imagem corporal, afetividade e maternidade. São elementos de forte influência subjetiva no desempenho social que tiveram seu peso influente reduzido com o trabalho empregado na orientação do comportamento e da atitude. Os escores mínimos de alteração foram de 1,40 e os máximos de 21,12. As maiores alterações atingiram o conservadorismo, as crenças vinculadas ao pecado, a idade-crenças e imagem corporal. Por outro lado, um fenômeno interessante ocorreu com a maior valoração da afetividade, no que se propõe a reflexão sobre se a TCC facilitaria o diálogo e a aceitação e aproximação dos pares nessas condições.

**Tabela 4** – Comparação dos *scores* do IFSF do G1, (n=9), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2015.

Domínios IFSF	Tempo 0 Média (DP)	Tempo 1 Média (DP)	Diferença média	Intervalo de confiança	Valor de P
Desejo	2,20 (0,99)	3,66 (1,05)	-1,46 (0,90)	-2,16/-0,77	0.001
Excitação	1,20 (1,11)	3,03 (1,48)	-1,83 (1,55)	-3,02/-0,63	0.008
Lubrificação	1,33 (1,33)	3,10 (1,63)	-1,76 (1,80)	-3,15/-0,38	0.019
Orgasmo	1,51 (1,42)	3,82 (1,65)	-2,31 (1,87)	-3,75/-0,87	0.006
Satisfação	1,73 (1,41)	3,15 (1,46)	-1,42 (1,00)	-2,19/-0,65	0.003
Dor	1,46 (2,09)	1,77 (2,29)	-0,31 (0,52)	-0,71/0,08	0,111
<b>Total</b>	9,44(7,69)	18,55(7,68)	-9,11 (6,24)	-13,9/-4,31	0.002

Fonte: O autor (2016).

Observou-se que os dados da tabela 4, o IFSF do grupo de intervenção, são significativos, visto que, com execução da Dor, os valores de p foram menores que 0,05. Verifica-se que o valor para a Dor ( $p = 0,111$ ) apresenta-se como “tendência” de significância estatística, inferindo-se que este esteja em acompanhamento ginecológico, para reposição hormonal. Feitos os ajustes metodológicos, os resultados do grupo de intervenção se mostraram aperfeiçoados e mais elevados. Assim como na primeira intervenção houve elevação significativa de fatores, no entanto, com menor avanço da dor (o que mostra a redução do fenômeno) e ganho qualitativo principal, nos aspectos de orgasmo, lubrificação, excitação e desejo, o que denota boa funcionalidade em pontos fundamentais e retomada de qualidade nos pontos gerais do desempenho.

**Tabela 5** – Comparação da escala do QCSD, (n=9), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2015

Domínios QCSD	Tempo 0 Média (DP)	Tempo 1 Média (DP)	Diferença média	Intervalo de confiança	Valor de P
Conservadorismo	29,66 (06,02)	19,77 (06,92)	09,88 (08,59)	3,28/16,49	0,009
Pecado	15,00 (03,67)	10,55 (02,24)	04,44 (04,66)	0,85/8,03	0,021
Idade-crenças	17,77 (05,04)	11,77 (03,45)	06,00 (07,31)	0,37/11,62	0,039
Imagem corporal	10,44 (03,94)	05,77 (01,39)	04,66 (04,58)	1,14/8,18	0,016
Afetividade	23,00 (02,95)	20,33 (02,87)	02,66 (04,71)	-0,95/6,29	0,128
Maternidade	11,55 (02,85)	10,33 (01,80)	01,22 (03,36)	-1,35/3,79	0,305
<b>Total</b>	84,44 (18,98)	58,22 (13,44)	26,22 (25,95)	6,27/46,17	0,016

Fonte: O autor (2016).



Verifica-se no grupo de intervenção uma melhora na significância estatística total ( $P=0,016$ ), assim como das crenças relacionadas ao conservadorismo, pecado, idade e imagem corporal. Contudo, talvez a continuidade no tratamento, auxiliaria a desmistificar a relação entre o sexo e a maternidade e melhorar as relações afetivas, pois nos índices de maternidade e afetividade o valor de  $P$  foi  $> 0$ , não apresentando significância estatística.

Nesta aplicação se repetiram os resultados positivos de alteração comportamental. Houve modificações significativas dos aspectos de conservadorismo, idade-crenças e afetividade, bem com pecado e imagem corporal. Os menores scores de alteração foram de 03,36 com o máximo de 08,59. As reduções importantes obtidas nos quesitos de conservadorismo e relacionadas à idade e crença são preditivos de melhores resultados em longo prazo, pois se ligam à abertura à modificação e ruptura de fatores internos de contenção femininos na sexualidade. Verificou-se também que no grupo teste as mulheres eram mais jovens e de religião católica, apresentando menores prejuízos em relação às crenças. Sendo, que nos subgrupos as mulheres eram casadas, evangélicas e de com idade mais avançada, apresentando maiores problemas em relação as crenças e disfunção sexual feminina.



As mulheres que integram o estudo (n=14) apresentavam idades entre 55 a 75 anos, com idade média de 59 anos no grupo-teste e 55,5 anos nos subgrupos. A religiosidade tradicional foi prevalente entre 80% das mulheres do grupo controle e 88% dos subgrupos, divididas nas religiões e crenças católicas e evangélicas, em maioria da segunda opção fora do grupo-controle.

Um estudo realizado por Abdo et al, utilizando uma amostra de 1.219 mulheres brasileiras, respondendo um questionário autoaplicável de 38 questões. Foi encontrado a falta de desejo sexual em 26,7% das pesquisadas. Sendo, que a idade acima de 40 anos apareceu como fator de risco para a falta de desejo e também para a disfunção sexual.

Outra pesquisa realizada por Vahdaninia et al. (2009), em que o pesquisador avaliou 1.540 mulheres sexualmente ativas em um serviço de atendimento primário no Irã, foi encontrado uma prevalência de 51% de disfunções sexuais. Segundo, o pesquisador 38,5% nunca procurou ajuda para seus problemas. Já Singh et al.(2009), realizou sua pesquisa na Índia observando uma prevalência de 73,2% de DSF. Outro pesquisador chamado Ishak et al.(2010), encontrou uma prevalência de 25,8% de DSF em um serviço de atendimento primário na Malásia. Outra pesquisa relevante foi realizada por Grazziotin (2007), pesquisando 2.467 mulheres de 20 a 70 anos na França, Itália, Alemanha e Reino Unido, onde foi possível verificar uma correlação positiva entre envelhecimento e DSF. Neste estudo, observou-se ainda a influência de fatores socioculturais na variação da prevalência das DSF.

A maioria das mulheres do grupo de intervenção está no mercado de trabalho (60%) e o mesmo ocorre nos subgrupos (44%), com 80% de mulheres casadas no primeiro grupo e uma distribuição mais uniforme nos subgrupos entre casadas (44,4%) e que não vivem um relacionamento no momento (separadas, viúvas e divorciadas que ocupam mais de 52% do total de mulheres). No entanto, conforme os resultados obtidos ao final da aplicação da TCC e reconfirmados pelos questionários de controle, as diferenças de relacionamento entre os grupos não se mostraram significativas na redução positiva do impacto da TCC nas DSF da pós-menopausa.

Sobre a religiosidade, é importante tratar alguns aspectos. O ciclo de resposta sexual da mulher é complexo e requer autoconhecimento. Mesmo para diferenciar a exceção do desejo e para atingir o orgasmo é preciso que o corpo feminino seja desvelado pela mulher e compreendido em seus pormenores. Ainda que ela não compreenda só vínculos hormonais e fisiológicos do sexo, a corporeidade do mesmo quando está sem seu domínio tende a ser mais satisfatória (GUIMARÃES, 2015).

Uma religiosidade opressiva ou controladora pode impactar na descoberta e exploração corporal em especial se existe desde idades mais precoce na mulher. Na pesquisa foi identificada a prevalência de duas religiões com padrões morais e comportamentais fortes, e na literatura Ariès (1981), Carvalheira e Gomes (2011) e Catão (2008) relacionam esses fatores e sua decorrente vinculação ao sexo reprodutor e funcional à satisfação do papel marital ou do companheiro.

Nessa etapa de sua vida sexual, experimentam um hiato sobre como lidar com essa nova realidade e mesmo no ambiente científico essa questão é ainda recente. São mulheres que ou estão no climatério em sua maioria que já experimentaram o fim dos ciclos menstruais (Martins, 2012; Mendonça *et al.*, 2004), consolidadas ao menos fisiologicamente na transição para a etapa não-fértil da vida (SANTOS; CAMPOY, 2008).

O grupo considerado integra uma parcela que apresentou problemas sexuais nessa conversão (Ramos, 1998), ainda que muitas mulheres possam fazer essa transição sem maiores alterações. Conforme os resultados da pesquisa, foi possível perceber coerência com as legações de Martins (2012), para quem o ambiente externo da mulher é determinante para muitos dos problemas e conflitos e que experimenta nessa fase da vida, em especial no caso estudado engatilhados pela dificuldade de diálogo com os parceiros.

Durante as sessões, as mulheres tiveram quatro eixos de expressão de suas preocupações e experiências com a sexualidade na pós-menopausa. Embora a vivência seja constituída de experiências plurais, seus principais problemas e dificuldades impactados por crenças e pensamentos disfuncionais foram a vivência do sexo na pós-menopausa, a auto visão e autoestima negativas, as preocupações e dificuldades com o parceiro tanto quanto a sexo quanto constituição do relacionamento interpessoal e os sentimentos femininos ligados à sexualidade nessa fase da vida.

Embora Mori *et al.* (2006) e Martins (2012) tenham apresentado uma série de sintomas possíveis, como fogachos, menor atenção e irritação, os dois únicos que se afinizaram ao elenco apresentados foram a secura vaginal e o desejo hipotônico. Entre as pesquisadas, as principais questões de incômodo sintomático relacionadas a sexualidade na pós-menopausa foi a redução do interesse. A alta expressão do desejo hipotônico é também condizente com os estudos de Abdo e Oliveira (2006) e Shindel *et al.* (2008), que posicionaram essa condição como prevalente entre as mulheres, em especial durante menopausa, quando pode chegar a 77% de ocorrência conforme Hisasue *et al.* (2005).

No entanto, a frequente queixa de cansaço e uma visão negativista da vida e de sua condição remete à reflexão se não haveriam outros sintomas comuns humor-comportamentais frequentes entre as mulheres na pós-menopausa com DSF, como por exemplo baixa autoestima e autocuidado, comportamento pessimista e evitativo. Mesmo a incontinência urinária, sintoma tão desagradável e que pode ter reflexos na vida sexual, citado por Martins (2012) não foi relacionado pelas participantes, para valorização da fisiologia do sexo, citando os elementos diretos que impedem o coito. Esta situação também pode ser reflexo do conservadorismo sexual da amostra, que condiciona o coito à expressão única da sexualidade e dessa forma se apresentavam, ao menos até as primeiras sessões da TCC.

As mulheres não sentiam vontade de se relacionar com seus parceiros por desconexões, desconfortos e angústias relacionados ao sexo. Como são um grupo em que o encerramento da menstruação já se deu e estão em um processo que se estendem até a senilidade, sentem dificuldade em elaborar a sua sexualidade nessa nova etapa quando estão desprovidas dos pilares sobre os quais construíram a sua autoestima sexual e disposição. Sobre a visão corporal, as mulheres a relataram de modo muito negativo o que posiciona esse fator como um dos determinantes para a DSF no aspecto comportamental na amostra, pois como destacam Graham *et al.* (2004), os sentimentos de corporeidade e sobre reputação são importantes para a atitude e comportamento sexual feminino e a intensidade das eventuais disfunções apresentadas, segundo Dattilio (2004).

Os achados desta pesquisa concordam com os estudos de Hernandes e Oliveira (2003), por exemplo, que evidenciam os modos e expectativas diferentes da mulher se relacionar com o outro, ainda que sexualmente. Do mesmo modo, mostra que a entrada na pós-menopausa, a vida no climatério traz uma modificação da atitude sexual feminina, conforme Cassep-Borges e Pasquali (2012) e Hernandez *et al.* (2015), previam a possibilidade de mudança, mas, bem mais focalizada na redução das concessões que na fruição do prazer sexual.

Rangé (2001), apresentou um grupo de fatores psicossociais da sexualidade e de seus problemas e na amostra foram encontradas raízes problemáticas oriundas de problemas predisposicionais (relações familiares conflitantes, sexuais traumáticas, educação restritiva e moralista ou altamente religiosa e rígida), precipitadoras (conflitos conjugais, infidelidade, envelhecimento, ansiedade, reações psicológicas e fatores orgânicos) e mantenedoras (desejo de corresponder ao parceiro, culpa, desconhecimento do corpo e baixo interesse).

A visão da menopausa como uma versão da adolescência foi mencionada por uma das participantes e foi uma analogia interessante. Durante a adolescência o ser humano de fato costuma descobrir o sexo, seus gostos, seus interesses. No sentido da descoberta e adaptação há muita semelhança entre os dois períodos. Os ajustes e intensidades hormonais e a condição física são muito diferentes, mas a tensão, a angústia e os conflitos se fazem presentes na mulher em adaptação na pós-menopausa por um período que pode ser maior ou menor para algumas. Como foi notado nas entrevistas, algumas das mulheres – ainda que a minoria delas – interpreta a menopausa de um modo positivo e natural e o ajustamento dessas tende a ser mais facilitado.

O embotamento sexual no início das abordagens foi visto pela maioria como algo inequívoco da maturidade, uma fase de encerramento pessoal que vivenciavam, mas que eram impedidas por seus parceiros de concluir esse tempo ativo. Por imposições, necessidades, medos e conveniências apresentaram a continuidade a vida sexual em desconforto ou como agravante para a dor e o sofrimento de vivências insatisfatórias ou inexistentes.

Por outro lado, no início do tratamento, uma minoria de mulheres expressou o sentimento da perda da sexualidade como algo importante em sua qualidade de vida, com o desejo de continuidade. O sexo como satisfação, proximidade e fonte de prazer e alegria foi mencionado e o seu embotamento pela menopausa, adentrado na pós-menopausa como um tolhimento dessa satisfação.

As mulheres que relataram esse sentimento de perda foram também as mais atingidas por dor e sofrimento relacionadas ao sexo, pois a sua disposição estava embaçada. Segundo Cassep-Borges e Pasquali (2012) e Hernandez *et al.* (2015), o vínculo afetivo seria atingido na dimensão pessoal dessa restrição e haveria um problema importante em uma zona valorizada, a instrumentalidade, como destacaram Hendrick e Hendrick (1991). Problema este muitas vezes causado por desencontros afeitos ou pela própria fragilidade hormonal, como mencionaram Hinchliffe e Gott (2008). A mulher teria desejo e interesse, mas a menopausa e seus efeitos retiram a sua instrumentalidade para o sexo. Outro impacto dessa restrição, tanto nas desejosas declaradas quanto naqueles que descobriram o desejo e a possibilidade do mesmo é que uma experiência sexual positiva é um reforço importante da identidade sexual e de gênero, o que traz ganhos qualitativos à qualidade de vida, conforme observou Guimarães (2015).

O desejo pelo sexo, entre essas mulheres, foi relatado como empecilhado por sua fisiologia, principalmente pela secura vaginal que causa a dor durante o coito. A condição de construção social das situações de evitação e não desejo pelo sexo deve ser considerada pois, após a abordagem da TCC não foram mantidas as barreiras de terminalidade sexual e um aspecto positivo de descoberta do corpo e de sua exploração foi iniciado. No entanto, ao aprofundar a TCC foi possível perceber a condição de sintomas dessas expressões e não de causas.

Os principais sintomas relacionados à menopausa e sexualidade foram a queda do interesse sexual e a dor ou ardência durante a penetração. Esses foram fatores de dificuldade que ou tornavam o sexo traumatizando ou canalizam as experiências, inclusive criando comportamentos de evitação do parceiro. O sentimento de privação também foi mencionado, pois mesmo havendo desejo e necessidade, a lubrificação não mais correspondia ao necessário e os esforços da penetração anulavam o prazer e a satisfação com a experiência.

A interpretação da vida sexual da maioria das mulheres não se mostrou negativa somente na menopausa ou pós-menopausa. O quadro apenas agravou uma condição que antes já era vivenciada de modo restritivo e pelo cumprimento de papéis sociais. Os condicionantes femininos de comportamento, moral e religiosidade se mostraram fortes no grupo, com intensa contenção do desejo e libido ainda nas fases adultas da vida.

Dor, raiva e medo foram falas constantes relacionados à experiência atual do sexo na pós-menopausa. O sexo como função reprodutiva ou de satisfação do parceiro, acompanhado pelo desconhecimento do corpo e de seus espaços de prazer se apresentaram constantes da experiência sexual dessas mulheres. Muitas creditaram no fim de seus ciclos a terminalidade dos períodos de tensão e incômodo sexual, dada a sua incapacidade de resolver essas questões, mas depararam com uma continuidade inesperada. No apoio recebido, apreenderam a lidar com seus corpos e zonas de prazer, a fim de melhorar a relação corpo e satisfação e elaborar os padrões negativos que as acompanharam muitas vezes por uma vida.

A autoimagem feminina apresentou um declínio acentuado na amostra considerada. Durante os atendimentos, a perda da juventude e fertilidade, bem como da beleza física foram destacadas como principais perdas e danos trazidos pela maturidade e pela menopausa. A não aceitação física, o sentimento de desprezo e desvalor e de um físico não correspondente à mente foram os principais relatos e barreiras para que as mulheres dos grupos considerados experimentassem uma vivência plena do sexo. Além das barreiras físicas, a dificuldade

pessoal em lidar com o corpo exposto e modificado e com a nova condição pesa qualitativamente na entrega e envolvimento sexual.

O relacionamento com os parceiros foi tratado principalmente sob os eixos de decepções, desconexões, frustrações e/ou falta de diálogo. O desconhecimento da dimensão feminina e de suas necessidades afetivo e emocionais vinculadas ao sexo se mostrou um dos padrões. A potência sexual, igualmente, teve aspectos problemáticos relatados na nova percepção do desempenho do parceiro, em temores e restrições ligados à sua saúde e na tentativa de evitar o contato como forma de repassar a mensagem da insatisfação da qualidade afetiva relacional.

Problemas agravantes como alcoolismo, tabagismo e violência verbal foram relatados não como condições atuais que impedem o relacionamento, mas como marcas e padrões já consolidados que formaram uma visão negativa de aceitação do parceiro. O sexo para satisfação do companheiro ou como forma de obrigação marital para não levantar dúvidas ou problemas sobre a fidelidade foi outro aspecto de prioridade da mulher em se permitir essa vivência, que se contrapuseram e apresentaram superiores a própria falta de prazer.

Sobre o sentimento da mulher com DSF na pós-menopausa, a desconexão com o parceiro foi constantemente evocada em tom de decepção. A expectativa feminina por um tratamento de valorização e reconhecimento de sua atratividade, do interesse contínuo e de sua capacidade de ser bela e sedutora foi apresentada, no entanto a contra resposta masculina foi relatada como inexistente.

A mulher nessa fase adota o autocuidado e os cuidados estéticos como suprimento pessoal de auto responsabilidade pela sua realização e satisfação com sua imagem. Os comportamentos autossuficientes de isolamento e não comunicação se apresentaram tomados após relatos de um longo histórico de espera e insatisfação pelo parceiro, logo, sentem-se bem consigo quando conseguem assumir algum grau de autocuidado, mas apresentam a marca do não reconhecimento que atribuem ao não reforço da identidade feminina junto ao parceiro.

Ainda que as verbalizações de afeto e reconhecimento sejam pouco relatadas ou praticadas pelos parceiros, o interesse sexual é mantido, mas, desconectadas dos comportamentos fortalecedores do desejo e do interesse e agravadas pelas contra respostas fisiológicas da pós-menopausa, as mulheres rejeitam os parceiros. O reconhecimento da beleza a juventude ou em outras mulheres, a falta de diálogo, as ausências de romance são



indutoras do isolamento e das esquivas sexuais nessa fase da vida, provavelmente de modo bem mais determinante que qualquer limitação fisiológica.

A continuidade da vida sexual entre as que conseguiam não foi relatada como satisfatória ou motivada pelo interesse e desejo, mas principalmente pelo cumprimento de papéis sociais e medo de traições e rompimentos afetivos. O amor como companheirismo e outros valores além do sexo foi muito presente entre as mulheres, a crença perene no casamento idem, e estes fatores foram suficientes para as exposições traumáticas e desagradáveis ao sexo com o parceiro, numa espécie de troca.

Sobre esses achados na pesquisa relacionados ao companheiro, é preciso observar que a experiência sexual feminina é muito vinculada a qualidade dos relacionamentos e compromisso (Sternberg, 1986; 1997) e mesmo a atitudes anteriores ao coito no decorrer do dia e da vida em comum. A sexualidade no climatério na amostra considerada teve um grave rompimento do *bonding* entre os parceiros com frequentes relatos de desacolhida e afastamento e de falta de reciprocidade (Sternberg, 1997), mesmo com desejo sexual latente por parte do companheiro. A intimidade e a reconstrução de ferramentas para empoderar essa parte do relacionamento dos casais foi fundamental, conforme as diretrizes de Hernandez e Oliveira (2003), que orientaram a intimidade satisfatória como determinante qualitativa do relacionamento físico.

As questões de paixão e atração sexual românticas projetadas no outro, no aspecto físico, não foram relatadas (Sternberg, 1997) em uma condição inicial de embotamento físico em relação a si e ao outro. No entanto, o compromisso e o desejo de manter esse vínculo foram também determinantes para alguma continuidade entre mulheres da amostra em suas vidas sexuais. O compromisso foi descrito por Sternberg (1988) como um dos fatores que permitiria a longevidade da relação e o empenho de sacrifícios e investimentos. No caso das mulheres, os empenhos relacionados à relação seriam os sacrifícios de uma vida sexual insatisfatória a fim de manter o compromisso ativo.

O cansaço e a falta de divisão da carga de trabalho doméstica foram agravantes para a menor disposição, pois a maioria das mulheres se dividia entre uma jornada profissional e outra doméstica intensas.

O reconhecimento dos desconhecimentos do parceiro motivados principalmente pela falta de comunicação e conhecimento sobre como expressar gostos, desejos, limites e interesses foi uma das conquistas durante a TCC, de tal forma que as mulheres adotaram uma

postura proativa em informar, se comunicar e fazer o parceiro saber de seus aspectos. Se no início a antes da TCC as mulheres na pós-menopausa condicionavam a sua sexualidade a satisfação do parceiro e papéis sociais, um dos ganhos foi a abertura para o eu dentro desses espaços. Mais seguras, as desculpas de dores ou esquivas para o sexo se tornam menos frequentes, mas a adesão à relação sexual passa também a ser condicionada com o interesse de prazer.

A representação do “poder do macho” foi sendo construída ao longo da história, conduzindo para o endeusamento do pênis, e com isso anulando o prazer que o homem poderia sentir em outras áreas do seu corpo. Muitas vezes as mudanças fisiológicas que acontecem no processo do envelhecimento do homem podem influenciar em sua resposta sexual e na resposta de sua parceira. As transformações que ocorrem na fisiologia sexual masculina com o envelhecimento são as seguintes: ereção mais flácida, sendo necessário mais tempo para alcançar o orgasmo; ereções involuntárias noturnas diminuem; ejaculação retardada e redução do líquido pré-ejaculatório.

O envelhecimento e o consumo de álcool e tabaco podem ainda desencadear outras doenças como: hipertensão arterial, hiperglicemia, diabetes não-insulinodependente, câncer, hepatopatia, encefalopatia e pancreatite que podem comprometer a saúde do indivíduo. Os resultados mostram que os declínios funcionais do indivíduo ocasionam mudanças quanto a vivência da sexualidade, e com isso é necessário um redirecionamento da vivência do sexo por outras atividades, como por exemplo o autocuidado, entre outros.

A alma feminina é desejosa de carinho e atenção, por isso, a forma como o companheiro percebe a mulher afetará a vivência deste momento. Estudos de Fernandez, Gir; Hayashida, 2005; Gozzo et al., 2000; Zampieri et al., 2009) mostraram que as mulheres valorizam o romantismo, o diálogo, a compreensão, demonstrações de afeto e elogios. Consideram importante o companheiro demonstrar que se preocupa com o seu bem-estar no cotidiano.

A sexualidade nesse momento da vida deve ser vista para além do ato sexual e sim como uma relação de diálogo, carícias, amor e o entendimento das alterações por parte do homem e da mulher sobre suas alterações físico-psicológicas resultantes do climatério. Ou seja, pouco importa se o corpo visualizado já não possui a quantidade de colágeno de outrora, mas que seja primado por uma interação mútua consigo e com seu acompanhante com confiança.

As habilidades de comunicação são uma classe de comportamentos que favorecem ao desempenho social adequado diante de uma tarefa. Elas favorecem o estabelecimento de uma relação de confiança entre o casal e entre o casal e o terapeuta. Os déficits de habilidade de comunicação não só constituem um problema comum que se apresenta aos casais, como as dificuldades expressivas e receptivas de comunicação estão ligadas a uma série de outras queixas típicas: falta de compreensão, atenção insuficiente por parte de cada um, pouca capacidade de ouvir, aumento progressivo de conflitos e dificuldade na resolução de problemas (HAWTON, 1997). Assim, ao aplicar a técnica da comunicação, as pacientes percebem que é importante falar para o parceiro do que gosta, como gosta e o que não gosta.

As mulheres se apresentaram desejosas de carinho e de atenção, por isso, a forma como o companheiro percebe a mulher afetará a vivência deste momento. Estudos mostraram que as mulheres valorizam o romantismo, o diálogo, a compreensão, demonstrações de afeto e elogios. Consideram importante o companheiro demonstrar que se preocupa com o seu bem-estar no cotidiano (FERNANDEZ, GIR; HAYASHIDA, 2005; GOZZO et al., 2000; ZAMPIERI et al., 2009).

A sexualidade na maturidade deve ser vista para além do ato sexual, como como uma relação de diálogo, carícias, amor e o entendimento das alterações por parte do homem e da mulher sobre suas alterações físico-psicológicas resultantes do climatério. Pouco importa se o corpo visualizado já não possui a quantidade de colágeno de outrora, mas que seja primado por uma interação mútua consigo e com seu acompanhante com confiança.

As atitudes sexuais do grupo foram bastante focalizadas primeiro no tipo de amor *storge*, ou amor amigo como descreveu Lee (1976; 1988) ou no amor *Ludus*, o amor brincalhão. *Storge* é o amor prevalente das mulheres dispostas a se relacionar sexualmente sem prazer pela manutenção do casamento e do vínculo com o parceiro, *Ludus* das mulheres que discursaram sobre o gosto sexual empecilhado pela pós-menopausa com alegria e satisfação pelo evento sexual quando ocorre. Não foi identificada qualquer expressão de *Mania*, ou amor possessivo e dependente, embora a dependência emocional e interesse tenham sido relatadas, mas bem mais no sentido do companheirismo que da paixão e tempestividade desse tipo de sentimentos apaixonados. A genitalidade, por consequência, foi pouco exaltada, pela própria sublimação do amor ao companheirismo e compromisso (LEE, 1976; 1988 *apud* ERWIN; PRESSLER, 2011).

Das informações obtidas pela TCC nas sessões, por fim, foi reconhecido o fundamental papel dos grupos como espaços de trocas de experiências femininas e de superação de paradigmas e crenças negativas sobre o corpo, o sexo e a sexualidade. As experiências e práticas aprendidas reduzem o sofrimento psicológico e físico e permitem o empoderamento pessoal e autônomo para uma sexualidade mais sadia e equilibrada. As práticas de relaxamento e diálogo foram consideradas fundamentais para a melhoria qualitativa das experiências sexuais e a abordagem das sessões para a redução da disfuncionalidade individual que, minorada, reduziu os sintomas.

Alguns autores como Duchesne (2004); Ferreira *et al.* (2010) e Antunes (2014) realizaram estudos que validam de (algum modo a contribuição da TCC no tratamento da DSF. Outros autores ainda como Rangé; Marlatt 2008), Powell *et al.*, (2008) e Ito (2008), dentre outros, apontam o êxito da TCC em casos como os transtornos de humor, fobias e compulsões como *Terapia Cognitivo-Comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas*.

Os dados qualitativos revelaram as queixas físicas e emocionais das mulheres participantes. Bastos (2001) esclarece que estas queixas podem ser resultados dos acúmulos de papéis que a mulher moderna tem que desempenhar, como: preocupações no trabalho, os afazeres domésticos, a responsabilidade de ser mãe e esposa presente; fatores estes que, por vezes, acarretam cansaço e estresse, afetando negativamente a sexualidade.

As atividades laborais externas ao lar, acumuladas com as internas e agravadas pelas alterações hormonais e pelo avanço etário criam situações adicionais de barreira que impedem ou dificultam a expressão do desejo, da autovalorização e mesmo de melhores condições para que o sexo ocorra de modo mais favorável e confortável à mulher.

Os dados apresentados do IFSF e do QCSD nesta pesquisa, evidenciaram significativa eficácia da estratégia de tratamento desenvolvida para pacientes na pós-menopausa com disfunção sexual. De acordo com Dattilio e Freeman (1995), a TCC implica na contribuição de estabelecimento de empatia e de um bom relacionamento com o paciente; identifica o problema, bem como a avaliação da gravidade e levantamento dos esquemas cognitivos; promove avaliação e mobilização de potenciais e recursos, desenvolve um plano positivo de ação e por fim possibilita teste de novas cognições e novos comportamentos.

Os dados estatísticos do IFSF apresentaram-se de modo relevante no tempo 1, em relação ao tempo 0, tendo em vista que o aumento dos índices de orgasmo, satisfação e dor foram consideravelmente elevados.

Na Escala de Crenças observou-se redução estatisticamente significativa das crenças disfuncionais totais nos grupos teste e de intervenção, como nas crenças relacionadas ao conservadorismo, pecado, idade e imagem corporal. As crenças disfuncionais relacionadas com a afetividade e a maternidade diminuíram apenas discretamente e de forma não significativa estatisticamente.

Durante o tratamento, ao comparar os índices antes e pós tratamento, verificou-se nos dados algumas melhoras consideradas estatisticamente significativas nos níveis totais de função sexual (IFSF – Tabela 2), assim como reduziu os níveis gerais de crenças disfuncionais sobre a sexualidade (QCSD – Tabela 3). Em relação à função sexual, os subitem desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor apresentaram melhora significativa ( $p < 0,05$ ). O subitem excitação apresentou melhora com tendência de significância ( $p < 0,1$ ). No que se refere às crenças disfuncionais os domínios relacionados a afetividade e maternidade não apresentaram significância ( $p > 0,1$ ), no entanto os domínios referentes ao conservadorismo, idade-crenças e imagem corporal são dados que estão em uma crescente de significância estatística.

Por meio da TCC, é possível apontar para um quadro favorável de situações (TCC, grupo, troca de experiências, fortalecimento e reconhecimento) que em conjunto são favoráveis ao empoderamento qualitativo sexual feminino e que podem ser considerados conjunto válido para essa etapa que pode ser tormentosa na vida feminina, uma transição para uma nova fase que tem se mostrado cada vez mais extensa e longa: a maturidade.



Neste estudo objetivou-se construir um protocolo de tratamento no enfoque cognitivo comportamental para mulheres com DSF na pós-menopausa, avaliando os efeitos da TCC num grupo de mulheres nessa fase da vida e com essas disfunções, a fim da validação do protocolo apresentado.

O estudo demonstrou que pacientes com disfunção sexual têm uma frequência maior de pensamentos disfuncionais durante a atividade sexual. Ou seja, possuem com frequência ideias sobre fracasso, negação, insatisfação e falta de pensamentos eróticos. Neste sentido, observou-se o potencial da TCC, como sendo uma das possibilidades de tratamento para minimizar estes pensamentos negativos.

Diante da validação da terapia cognitivo-comportamental em grupo como instrumento terapêutico no manejo das DSF, verificou-se neste trabalho a contribuição da TCC, evidenciada tanto nas tabelas, quanto nas falas das participantes, deixando claro sua eficácia no tratamento de DSF. A TCC tem sido o método terapêutico mais adequado para o tratamento das DSF, sendo recomendada no tratamento de disfunções sexuais dolorosas e outras.

Considerando os relatos e os dados das tabelas 2, 3, 4 e 5 obteve-se durante a TCC a melhora dos índices dos domínios do IFSF e QCSF, sendo sinalizado pelas participantes a superação de crenças por parte de algumas pacientes com disfunção sexual, pois antes da terapia os resultados eram um tanto quanto elevados.

Nas tabelas ficou evidenciado que as disfunções sexuais nas mulheres estudadas estão fortemente relacionadas com as crenças obtidas no decorrer da vida. Entretanto, constatou-se que depois da TCC houve uma diminuição relevante dos mitos advindos de crenças e com isso houve a melhora na atividade sexual das participantes.

Durante a análise das categorias, verificou-se que a influência da relação com o parceiro na satisfação sexual das participantes, interfere na qualidade emocional das interações sexuais, demonstrando ser a influência mais importante nas suas avaliações do relacionamento sexual.

As mulheres indicaram que estão insatisfeitas, reivindicando mais amor, afeição e carinho. Essa situação, tem acarretado falta de desejo e interesses sexual, em algumas como relatado, chegam a sentir repulsa pelo parceiro, fazendo da atividade sexual uma obrigação na vida conjugal.

O desenvolvimento deste estudo foi relevante, na medida que a constituição do grupo, favoreceu a construção conjunta de conhecimento entre as participantes, bem como a troca de experiências e a relação de confiança entre as participantes do grupo e a terapeuta. Neste processo, a comunicação possibilitou que a partir dos relatos no grupo, as temáticas propostas tornaram-se mais leve para algumas. Outros aspectos a serem considerados e que contribuíram para o êxito da TCC, foi o interesse e assiduidade das participantes nas sessões. E a abertura do espaço físico do CEM com contribuição da ginecologista ao apoiar e indicar o grupo da TCC para as pacientes.

Com relação aos aspectos negativos pode-se considerar a ausência de apoio por parte dos companheiros das participantes, e com isso algumas das tarefas do grupo ficaram comprometidas. A dimensão de casal necessita ser valorizada e nem sempre isso ocorre, até mesmo pelos comuns desvínculos e dificuldades entre os casais com problemas sexuais, o que não difere durante o climatério.

No entanto, de modo geral este estudo, **permitiu observar** que o sucesso da terapia começa quando o paciente se vale das técnicas e vivências na TCC, conseguindo quebrar os seus esquemas mentais, e com isso concomitantemente, ocorre uma diminuição de suas crenças. Deste modo, foi perceptível evolução das pacientes participantes do processo terapêutico, comprovando a aplicabilidade da TCC, no âmbito da saúde pública.

Assim, o objetivo geral do estudo foi atendido, com um protocolo desenvolvido e validado numa amostra populacional feminina na pós-menopausa com DSF e a respeito dos objetivos específicos é possível mencionar que: as principais crenças sexuais disfuncionais dizem respeito ao corpo, a baixa atratividade, ao encerramento da vida sexual e à não conciliação entre o papel social atual e a vida sexual ativa.

A TCC se valida como recurso de grupo para uso terapêutico nas DSF na pós-menopausa, inclusive como forma de fortalecimento grupal e de oferta facilitada, pois é acessível ainda que para redes públicas e de bom desempenho e, por fim, a respeito dos fatores que atingem o equilíbrio e a saúde sexual da mulher na menopausa, é preciso posicionar a importância dos fatores subjetivos e extrínsecos (autoimagem, autoestima, comportamento e qualidade da relação com o parceiro, comportamento do parceiro e engajamento no relacionamento) como eventuais primeiro-projetores das respostas de desconforto e desajuste, devendo ser observados criteriosamente durante o climatério e



idealmente trabalhados em terapias de casal e grupos, a fim de atingir a demanda psicossocial dessas mulheres.

Avalia-se que o protocolo de tratamento elaborado e os efeitos da TCC permitiu para os grupos participantes uma atuação ativa em todos os domínios do IFSF e QCSD discriminados pelos instrumentos de avaliação utilizados. Com isso, obteve-se efeitos positivo da TCC, que poderão ser melhor investigados em pesquisas futuras, com controle da variável adequada.



ABDO, C. H. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Bregantini; 2005.

ABDO, C. H. et al. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 6, p. 424-9, 2006.

ABOURAZZAK, Fatima E. et al. Factors influencing quality of life in Moroccan postmenopausal women with osteoporotic vertebral fracture assessed by ECOS 16 questionnaire. **Health and quality of life outcomes**, v. 7, n. 1, p. 1, 2009.

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 10, n. 1, p. 101-113, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. **DSM IV TR** – manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. **DSM V TR** – manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 1a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2014.

ANDRADE, S. **Teoria e prática de dinâmica de grupos**. Psicologia social e de Grupo. 5. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

ANTUNES, A. **Abordagem multidisciplinar do vaginismo: Adicionar fisioterapia ao modelo clássico**: Relato de um caso. 2014. 22 p. Disponível em: <[http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/6791/1/PTE\\_AntunesAndreia\\_2014.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/6791/1/PTE_AntunesAndreia_2014.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2016.

ARIÈS, P. História social da infância e da família. **Rio de Janeiro: Guanabara**, v. 1, n. 9, p. 8, 1981.

BANCROFT, J.; LOFTUS, J. LONG, J. S. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. **Archives of sexual behavior**, v. 32, n. 3, p. 193-208, 2003.

BARLETTA, J. B.; FONSECA, A. L. B.; DELABRIDA, Z. N. C. A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p. 153-167, 2012.

BASSON, R. et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **The Journal of urology**, v. 163, n. 3, p. 888-893, 2010.

BASTOS, M. H. **Sorria, você está na menopausa**: um manual de terapia natural para a mulher. São Paulo: Ground, 2001.

BEALL, A. E.; STERNBERG, R. J. The social construction of love. **Journal of Social and Personal Relationships**, v. 12, n. 3, p. 417-438, 1995.

BECK, A. T. **Depression**: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hober, 1967.

BECK, A. T. et al. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. **Behaviour research and therapy**, v. 35, n. 8, p. 785-791, 1997.

BECK, A. T. *et al.* **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Cognitive behavior therapy: Basics and beyond**. New York: Guilford Press, 2011.

\_\_\_\_\_. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1976.

\_\_\_\_\_. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. São Paulo: Artmed, 2013.

BEDONE, R. M. V.; ABDO, C. H. N. Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina. **Diagn Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 45-8, 2013.

BERMAN, J. R. et al. Safety **and efficacy of sildenafil citrate** for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. **The Journal of urology**, v. 170, n. 6, p. 2333-2338, 2003

BLAIR, D. T.; RAMONES, V. A. Education as Psychiatric Intervention The Cognitive-Behavioral Context. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, v. 35, n. 12, p. 29-36, 1997.

BLÜMEL, J. E. et al. Patients' and clinicians' attitudes after the Women's Health Initiative study. **Menopause**, v. 11, n. 1, p. 57-61, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CABALLO, V. E. **Manual de Transtornos de Personalidade**: descrição, avaliação e tratamento. São Paulo: Santos, 2008.

CABALLO, Vicente E. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais**. São Paulo: Editora Santos, 2007.

CABALLO,VICENTE E. **manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. edição. são paulo: santos, 2002.

CADE, N. V. (2001). **Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial**. Revista de Psiquiatria Clínica, 28(6),300-304. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art300.htm>

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicologia argumento**, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2011.

CAREY, M. P.; **Tratamento cognitivo-comportamental das disfunções sexuais**. In: Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. São Paulo: Livraria Santos, Ed. 2005.

CAROLO, P. B. Terapia cognitivo-comportamental: infância e adolescência. **Psicologia Infanto-Juvenil**: Rio de Janeiro, mensal, v. , n., p. 2-5, 2011.

CARVALHEIRA, A. A.; GOMES, F. A. A disfunção sexual na mulher. **Manual de ginecologia**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia, p. 119-34, 2011.

CASSEPP-BORGES, V.; PASQUALI, L. Estudo nacional dos atributos psicométricos da Escala Triangular do Amor de Sternberg. **Paidéia**, v. 22, n. 51, p. 21-31, 2012.

CATÃO, L. C. **Sintomatologia climatérica e sexualidade na mulher de meia-idade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2008.

CAVALCANTI, I. F. et al. Sexual function and factors associated with sexual dysfunction in climacteric women. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.

CONNELL, R. W. **Gender and power: Society, the person and sexual politics**. New York: John Wiley & Sons, 2014.

CORDIOLI, A. V.; KNAPP, P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 30, supl II, 2008, p. s51-3.

COSTA, C. **Eu compro essa mulher**: romance e consumo nas telenovelas brasileiras e mexicanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

COSTA, P. T. O.; SIQUEIRA, G. S. F.; HAYSIDA, N. M. A. Terapia cognitivo-comportamental e psicologia da saúde. **Revista da FACED Dialógica**, Manaus, v.1, 2007, s/p. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/terapia-cognitivo-comportamental-e-psicologia-da-sa%C3%9Ade-pdf-d78184787>> Acesso em 5 de mar. 2012.

DATTILIO, F. M. Casais e família. In: KNAPP, P. (Org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed. 2004. P. 377-401.

DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises - tópicos especiais**. Campinas: Editorial Psy, 1995.

DE LORENZI, D. R. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev assoc med bras**, v. 52, n. 5, p. 312-7, 2006.

DEBERT, G. G. **O idoso na mídia**. São Paulo: Com Ciência, 2002.

DOBSON, Deborah; DOBSON, Keith S. **Terapia cognitivo comportamental baseada em evidências**. São Paulo: Artmed, 2010.

DUCHESNE, M. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática: organizado por Renato M. Caminha, Ricardo Wainer, Margareth Oliveira e Neri M. Piccoloto; ed: casa do psicólogo; 2003. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 6, n. 1, p. 143-147, 2004.

EARLE, J. R. et al. Premarital sexual attitudes and behavior at a religiously-affiliated university: Two decades of change. **Sexuality and Culture**, v. 11, n. 2, p. 39-61, 2007.

FALCONE, E. **Psicoterapia cognitiva**: psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. São Paulo: Ediouro, 2001.

FELTRIN, R. B.; VELHO, L. Representaciones del cuerpo femenino en la menopausia: estudio etnográfico en un hospital-escuela brasileño. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, n. 22, p. 148-174, 2016.

FERNANDEZ, Márcia Rodrigues; GIR, Elucir; HAYASHIDA, Miyeco. Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.39, n.2, p. 129-135, jun. 2005. Disponível em: . Acesso em: 27 fev. 2016

FERREIRA, A. L. C. G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Femina**, v. 35, n. 11, p. 689-95, 2007.

FREITAS, P. B.; RECH, T. O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 32, p. 98-113, jun. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782010000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 abr. 2016.

FREITAS, P. B.; RECH, T. O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 32, p. 98-113, jun. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782010000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 abr. 2016.

GRAZIOTTIN A. Prevalence and evaluation of sexual health problems – HSDD in Europe. *J Sex Med.* 2007;4(Suppl 3):211-9.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. **Reflections on sexuality during the climacteric.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.17, n.2, p.160-166. 2005.

GOZZO, T.O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W.M.; FREITAS, I.A. **Sexualidade feminina:** compreendendo seu significado. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, julho 2000.

GRAHAM, C.A. et al. Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. **Archives of sexual behavior**, v. 33, n. 6, p. 527-538, 2004.

GUIMARÃES, D. B.; CORDÁS, T. A. Os tratamentos psicoterápicos da bulimia nervosa. **Arch. clin. psychiatry (São Paulo, Impr.)**, v. 29, n. 3, p. 150-57, 2002.

GUIMARÃES, H. C. Sexualidade na terceira idade. **Revista Portal de Divulgação**, n. 47, 2015.

GUS MANFRO, G. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, supl. II, 2008, p. S81-87, 2008.

HAWTON, K.; KIRK, J. SALKOVSKIS, P. M. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos:** um guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

HEIMAN, J.; LOPICCOLO, J.. **Becoming orgasmic:** A sexual and personal growth program for women. New York: Prentice Hall, 1988.

HENDRICK, S. S.; HENDRICK, C. Personal construct systems and love styles. **International Journal of Personal Construct Psychology**, v. 4, n. 2, p. 137-155, 1991.

HENDRICK, S. S.; HENDRICK, C.; REICH, D. A. A brief sexual attitudes scale. **Journal of sex research**, v. 43, n. 1, p. 76-86, 2006.

HERNANDEZ, J. A. E. et al. Autorrelatos do amor no ciclo vital adulto. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 747-763, 2015.

HERNANDEZ, J. A. E.; OLIVEIRA, I. M. B. D. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 1, p. 58-69, 2003

HINCHLIFF, S.; GOTT, M. Challenging social myths and stereotypes of women and aging: Heterosexual women talk about sex. **Journal of Women & Aging**, v. 20, n. 1-2, p. 65-81, 2008.

HISASUE, S. I. et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. **Urology**, v. 65, n. 1, p. 143-148, 2005.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente por sexo e grupo de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação** – 2010. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/Brasil\\_tab\\_1\\_12.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf)> Acesso em: 15 fev. 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente por sexo e grupo de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação** – 2014. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/Brasil\\_tab\\_1\\_12.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf)> Acesso em: 15 fev. 2015.

ISHAK IH, Low WY, Othman S. **Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding.** *J Sex Med.* 2010;7(9):3080-7.

ITO, L M; LOTUFO NETO, F; ROSO M C.; WIELENSKA R. **Depressão.** In ITO, L M. **Terapia Cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos.** São Paulo, Artes Médicas, 1998.

JACOBSON, E. **Progressive relaxation:** a physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice. Chigaco: University of Chicago Press, 1938.

KENDLER, H. H. Introdução à psicologia. Rio de Janeiro: Fundação Calouste Gulbenkian., 1975.



KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. Supl II, p. S54-64, 2008.

LAFLIN, M. T.; WANG, J.; BARRY, M. A longitudinal study of adolescent transition from virgin to nonvirgin status. **Journal of Adolescent Health**, v. 42, n. 3, p. 228-236, 2008

LEAL, N. S. B. et al . La actitud de los universitarios con relación al profesional de limpieza urbana. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 33, n. 4, p. 946-963, 2013 .

LEE, J. A. A typology of styles of loving. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 3, n. 2, p. 173-182, 1976.

LEE, J. A. The forbidden colors of love: Patterns of gay love and gay liberation. **Gay relationships**, p. 11-32, 1988.

LEHRER P, C. P. Progressive relaxation, autogenic training, and meditation. In: MOSS, D. et al. **Handbook of mind-body medicine for primary care**. California: Sage; 2003. p. 137-50.

LERNER, T. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas**. São Paulo, 2012. Dissertação(mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

LOPICCOLO, J.; HEIMAN, J.R. **Descobrimdo o prazer**. São Paulo: Summus, 1992.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 3/6, 2012.

MARTINS, A. A. **Menopausa Sem Mistérios**: as mais recentes descobertas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

MARTINS, M. et al. Prevalência de disfunção sexual em mulheres climatéricas. **Salão do Conhecimento**, v. 1, n. 1, p. 1-5. 2015.

MARTINS, R. A. S. **Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular**. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra,Coimbra, set. 2012.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C. A abordagem da sexualidade humana na coleta de dados em enfermagem: desafio para enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 158-162, 2005.

MENDONÇA, E. A. P. **Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa**. Ciênc. saúde coletiva, v. 9, n. 3, p. 751-762, set 2004.

MOREIRA, E. D., GLASSER, D. B., & Gingell, C.(2005). Sexual **activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in** middle-aged and older adults in Spain: a popular survey. *World Journal of Urology*, 23, 422-249

MORI *et al.* (2006) (MORI *et al.*, 2006). MORI, E.M.; COELHO, V.L.D.; ESTRELLA, R.C.N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas. Atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.9, p.1825-33, 2006.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **cadernos pagu**, n. 13, p. 191-221, 2015.

NEGREIROS, T. C. G. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Alceu**, v. 5, n. 9, p. 77-86, 2004.

NERI, A. L.; NASCIMENTO, E. B. Qualidade de vida e idade madura. São Paulo: Papirus editor, 1993.

NOBRE, P. J.; PINTO-GOUVEIA, J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. **Cognitive Therapy and Research**, v. 32, n. 1, p. 37-49, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório 1993/1994**. World Health Statistics Annual, 1992/1993. Genebra: OMS, 1993.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório 1999/2000**. World Health Statistics Annual, 2000. Genebra: OMS, 2000.

PABLO, C.; SOARES, C. As disfunções sexuais femininas. **Revista Portuguesa de clínica geral**, v. 20, p. 357-370, 2004.

PECHORRO, P. et al. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). **Laboratório de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 33-44, 2013.

PEIXOTO, M. M.; NOBRE, P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. **Journal of sex & marital therapy**, v. 41, n. 2, p. 169-180, 2015.

PETER, J. B.; RANDI E. M.; Martin, M. A. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos. Artmed. 2009.

PIASSAROLLI ET AL, dysfunctions. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 5, p. 234-240, 2010.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão Cognitive-behavioral therapy for depression. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 30, n. Supl II, p. S73-80, 2008.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 3, p. 139-43, 2010.

RAMOS, D. **Viva a menopausa naturalmente**. São Paulo: Augustus, 1998.

RAMOS, V.; CARVALHO, C. C.; LEAL, I. P. Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. **Análise psicológica**, v. 23, n. 2, p. 173-185, 2012.

RANGÉ, B. P.; MARLATT, G. A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, 2008.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. São Paulo: Artmed, 2001.

RANGÉ, B. **Terapia cognitiva: Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre, Artmed, 2011.

REBOLLEDO, M.; FIERRO, E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. **Ciencia y enfermería**, v. 9, n. 1, p. 55-64, 2003.

ROSEN, C et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

ROSSET, S. M. **Técnica de psicoterapia relacional sistêmica**. 4. ed. Curitiba: Sol, 2010.

SALES, A. P.; PEREIRA, R. C. Terapia cognitivo-comportamental como instrumento para o desenvolvimento da resiliência. **Neurobiologia**, v. 74, n. 1, jan./ mar. 2011, p. 177-188.

SALKOVSKIS, P. M. Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. **Behaviour Research and Therapy**, v. 37, p. S29-S52, 1999.

SANTOS, L. M.; CAMPOY, M. A. Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. **Mundo Saúde**, v. 32, n. 4, p. 486-94, 2008.

SANTOS, S. R.; OLIVEIRA, C. M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 5, p. 351-3, 2015.

SANTOS, S. R.; OLIVEIRA, C. M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 5, p. 351-3, 2005.

SCHMALING, K. B. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos**: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SERRA, A.M. (Org.) **Terapia Cognitiva e Construção do Pensamento**. São Paulo: Ed. Escala, 2007.

SHINDEL, A. W. et al. Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. **The Journal of urology**, v. 179, n. 3, p. 1056-1059, 2008.

SHINYASHIKI, R. **A carícia essencial. Uma estória de carinhos**, São Paulo: Gente, 1992.

SINGH JC, et al. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. **J Postgrad Med**. 2009;55(2):113-20.

STERNBERG, R. J **The triangle of love**: Intimacy, passion, commitment. New York: Basic Books, 1988.

STERNBERG, R. J. (1997). Construct validation of a triangular love scale. **European Journal of Social Psychology**, v. 27, n. 3, p. 313-335, 1997.

STERNBERG, R. J. A triangular theory of love. **Psychological review**, v. 93, n. 2, p. 119, 1986.

TRENCH, B.; SANTOS, C. G. Menopausa ou Menopausas?. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 1, p. 91-100, Apr. 2005 .

VAHDANINIA M, Montazeri A, Goshtasebi A. **Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction**: a cross sectional study from Iran. **BMC Womens Health**. 2009;27:9:3.

VASCONCELOS, N. D. Sexo: questão de método. São Paulo: Moderna, 1994.

VIANA, H. B.; MADRUGA, V. A. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. **Conexões**, v. 6, 2008. Disponível em: <<http://conexoes.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/download/240/192>> Acesso em 10 mar. 2015.

VILELA, J. C.. **Efeitos de uma intervenção ognitivo-comportamental sobre fatores de risco qualidade de vida em pacientes cardíacos**. 2008. Disponível em: <[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjVgbqox6LMAhUFFJAKHfj5BasQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F59%2F59137%2Ftde-19052008-155805%2Fpublico%2Fjuliana.pdf&usg=AFQjCNF2sIuFONHsKRF33\\_V6HLf3C7cvk](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjVgbqox6LMAhUFFJAKHfj5BasQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F59%2F59137%2Ftde-19052008-155805%2Fpublico%2Fjuliana.pdf&usg=AFQjCNF2sIuFONHsKRF33_V6HLf3C7cvk)> Acesso em 20 fev. 2016.

WAITE, L. J. et al. Sexuality in Older Couples: Individual and Dyadic Characteristics. **Archives of sexual behavior**, p. 1-14, 2015.

YALON, I. **Piscoterapia de Grupo: teoria e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; TAVARES, Celina Maria Araujo; HAMES, Maria de Lourdes Campos; FALCON, Gladys Santos; SILVA, Alcione Leite de; GONÇALVES, Lúcia.

## **ANEXO-A - ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO-IFSF**

---

**INSTRUÇÕES:** Essas questões perguntam sobre suas respostas e sensações sexuais durante as últimas quatro semanas. Por favor, responda às perguntas seguintes tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas completamente em sigilo. Ao responder às questões, as seguintes definições se aplicam:

Atividade sexual pode incluir carícias, preliminares, masturbação e intercurso vaginal.

Intercurso sexual é definido como penetração peniana (entrada) na vagina.

Estimulação sexual inclui situações como preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação), ou fantasia sexual.

**MARQUE SOMENTE UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.**

Desejo sexual ou interesse é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva a uma iniciação sexual do parceiro, e pensar ou fantasiar sobre fazer sexo.

1. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas quatro semanas, como você avaliaria seu nível de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

Estímulo sexual é uma sensação que inclui ambos aspectos físico e mental da excitação sexual. Pode incluir sensação de calor ou formigamento nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você se sentiu sexualmente estimulada (“ligada”) durante atividade ou intercuro sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas quatro semanas, como você avaliaria seu nível de estímulo sexual durante atividade ou intercuro sexual?

- ☐ Sem atividades sexuais
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas quatro semanas, o quanto confiante você estava sobre ficar sexualmente estimulada durante atividade ou intercuro sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Confiança muito alta
- ☐ Confiança alta
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Muito baixa ou sem confiança

6. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu estímulo (excitação) durante atividade ou intercuro sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você ficou lubrificada (“úmida”) durante atividade ou intercurso sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Quase sempre ou sempre

☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas quatro semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (“úmida”) durante atividade ou intercurso sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Extremamente difícil ou impossível

☐ Muito difícil

☐ Difícil

☐ Pouco difícil

☐ Não foi difícil

9. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação (“umidade”) até completar a atividade ou intercurso sexual?

☐ Sem atividade sexual

☐ Quase sempre ou sempre

☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)

☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)

☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ Quase nunca ou nunca



10. Nas últimas quatro semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação (“umidade”) até completar a atividade ou intercurso sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Pouco difícil
- ☐ Não foi difícil

11. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou intercurso, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou intercurso, o quanto foi difícil para você atingir o orgasmo (clímax)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Pouco difícil
- ☐ Não foi difícil

13. Nas últimas quatro semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante atividade ou intercurso sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita

☐ Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

14. Nas últimas quatro semanas, o quanto satisfeita você esteve com a quantidade de ligação emocional durante a atividade sexual entre você e o seu parceiro?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

15. Nas últimas quatro semanas, o quanto satisfeita você esteve com sua relação sexual com seu parceiro?

☐ Sem atividade sexual

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

16. Nas últimas quatro semanas, o quanto satisfeita você esteve com sua vida sexual?

☐ Muito satisfeita

☐ Moderadamente satisfeita

☐ Cerca de igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ Moderadamente insatisfeita

☐ Muito insatisfeita

17. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você experimentou desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

☐ Não tentei intercurso

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você experimentou desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei intercurso
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ Na maioria das vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca da metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas quatro semanas, como você avaliaria seu nível de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei intercurso
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

***Obrigado(a), por completar este questionário.***

## **ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS - SUBESCALA PARA MULHERES**

---

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

Este questionário tem como objetivo avaliar as suas crenças sobre questões relacionadas a sexualidade. Cada item corresponde a uma afirmação que deve ser respondida assinalando uma

01. Amor e carinho do parceiro são necessários para uma boa relação sexual.

1 (\_\_\_\_)    2 (\_\_\_\_)    3 (\_\_\_\_)    4 (\_\_\_\_)    5 (\_\_\_\_)

02. A masturbação é errada e pecaminosa.

1 (\_\_\_\_)    2 (\_\_\_\_)    3 (\_\_\_\_)    4 (\_\_\_\_)    5 (\_\_\_\_)

03. O componente sexual mais importante é a afeição.

1 (\_\_\_\_)    2 (\_\_\_\_)    3 (\_\_\_\_)    4 (\_\_\_\_)    5 (\_\_\_\_)

04. A maior virtude que uma mulher precisa levar para o casamento é a sua virgindade.

1 (\_\_\_\_)    2 (\_\_\_\_)    3 (\_\_\_\_)    4 (\_\_\_\_)    5 (\_\_\_\_)

05. Após a menopausa as mulheres perdem o desejo sexual.

1 (\_\_\_\_)    2 (\_\_\_\_)    3 (\_\_\_\_)    4 (\_\_\_\_)    5 (\_\_\_\_)

06. As mulheres que tem fantasias sexuais são pervertidas.

1 (\_\_\_\_)    2 (\_\_\_\_)    3 (\_\_\_\_)    4 (\_\_\_\_)    5 (\_\_\_\_)

07. A masturbação não é uma atividade apropriada para mulheres de respeito.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

08. Após a menopausa as mulheres não têm orgasmo.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

10. Mulheres que não são fisicamente atraente não podem se satisfazer sexualmente.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

11. No quarto quem manda é o homem.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

12. Uma boa mãe não pode ser sexualmente ativa.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

13. Ter orgasmo é aceitável para homens, mas não para mulheres.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

14. O homem deve tomar a iniciativa de começar a atividade sexual.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

15. Sexo é sujo e pecaminoso.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

17. O orgasmo só é possível por meio da penetração vaginal.

1 (\_\_\_) 2 (\_\_\_) 3 (\_\_\_) 4 (\_\_\_) 5 (\_\_\_)

18. O objetivo do sexo é satisfazer o homem.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

20. A medida que a mulher envelhece o seu prazer sexual diminui.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

22. O sexo é uma atividade bela e pura.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

23. Sexo sem amor é como comida sem sabor.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

24. Desde que ambos os parceiros consentam, tudo é permitido.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

26. O objetivo do sexo é apenas a procriação.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

27. Atividade sexual durante a menstruação pode causar problemas de saúde.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

28. Sexo oral é uma grande perversão.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

30. Ser gentil e sorridente para homens pode ser perigoso.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

31. A maior emoção que a mulher pode experimentar é a maternidade.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

32. Sexo anal é uma atividade pervertida.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

33. No quarto a mulher é quem manda.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

34. Sexo deve acontecer apenas com um homem com experiência.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

35. Há apenas uma maneira aceitável de fazer sexo (o homem por cima da mulher).

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

36. Experimentar prazer durante o sexo não é aceitável para uma mulher de respeito.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

37. Uma boa mãe tem que controlar seus desejos sexuais.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

38. Uma mulher feia não é capaz de satisfazer sexualmente o seu parceiro.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

39. Uma mulher que só tem prazer sexual através da estimulação do clitóris é doente.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)

40. Meninas decentes não se envolvem em atividade sexual.

1 (\_\_\_)    2 (\_\_\_)    3 (\_\_\_)    4 (\_\_\_)    5 (\_\_\_)





## APÊNDICE A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Cod. Pesquisa:

### Ficha de Identificação

Nome:		Prontuário:	
Contato:		Município:	
<b>Estado civil:</b> 0 - ( ) Solteiro 1 - ( ) Casado / relacionamento estável 2 - ( ) Divorciado / separado 3 - ( ) Viúvo		<b>Filhos:</b> 0 - ( ) Não 1 - ( ) Sim Quantos: _____	
<b>Nascimento:</b>		<b>Idade:</b>	
<b>Gênero:</b> 0 - ( ) Masculino 1 - ( ) Feminino		<b>Renda Mensal:</b> Individual: _____ Familiar: _____	
<b>Escolaridade:</b> 2 - ( ) Ensino fundamental incompleto 3 - ( ) Ensino fundamental completo 4 - ( ) Ensino médio incompleto 5 - ( ) Ensino médio completo 6 - ( ) Ensino superior Anos de estudo: _____		<b>Religião/ Crenças:</b> 0 - ( ) Não possui 1 - ( ) Católico 2 - ( ) Evangélico 3 - ( ) Espírita 4 - ( ) Outros	
<b>Profissão / Ocupação:</b>		<b>Situação ocupacional:</b> 0 - ( ) Estudante ou “do lar” 2 - ( ) Desempregado 3 - ( ) Trabalhando 5 - ( ) Afastamento - Licença médica 6 - ( ) Aposentado	

<b>Tratamento psicológico ou psiquiátrico:</b> 0 - (    ) Não 1 - (    ) Sim, no passado 2 - (    ) Sim, atual	<b>Comorbidades clínicas:</b> 0 - (    ) Hipertensão 1 - (    ) Diabetes 3 - (    ) Cardiopatia 4 - outros
<b>Utilização de medicamentos</b> <b>(se possível, especificar qual e dosagem):</b> 0 - (    ) BDZ _____ 1 - (    ) ISRS _____ 2 - (    ) ADT _____ 3 - (    ) Outros _____	<b>Hábitos de vida:</b> 0 - (    ) Tabagismo 1 - (    ) Etilismo 2 - (    ) Prática regular de atividades físicas
<b>Pressão Arterial</b>	<b>Índice de Massa Corporal</b>
Outras informações relevantes:	

## **APÊNDICE- B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

As pacientes do Centro de Atendimento a Mulher (CEAM), localizado no Centro Especializado Municipal (CEM), estão sendo convidadas, como voluntárias, sem receber nenhum tipo de remuneração, para participar de um estudo intitulado “Abordagem Cognitiva Comportamental para A Disfunção Sexual na Menopausa.” As pesquisas possibilitam avanços no conhecimento do perfil de pacientes com deficiências androgênicas e na investigação das alternativas de tratamento para esta população, por isso sua participação é fundamental para a construção de novos conhecimentos nesse campo. O principal objetivo desse estudo é comprovar a eficácia das técnicas cognitivo comportamental no tratamento da disfunção sexual feminina após a menopausa. Os benefícios principais que poderão advir deste estudo são o exame diferenciado de questões psicológicas, cognitivas e sexuais e a identificação de uma síndrome pouco diagnosticada em exames de rotina abrindo possibilidade de tratamento adequado.

A fim de conhecer a metodologia da pesquisa, antes de aceitar participar do estudo, serão fornecidas explicações específicas sobre o objetivo da pesquisa, a fase em que esta se encontra e como os resultados serão usados e analisados após as entrevistas, atendimentos e tratamento. Os pesquisadores estarão a disposição para esclarecer possíveis dúvidas sobre a metodologia ou qualquer outro tema relacionado a pesquisa, antes, durante e depois das entrevistas, atendimentos e tratamento. Aceitando participar do estudo, será realizada uma entrevista inicial, de duração média de duas horas, com base em roteiro semi-estruturado de identificação da paciente, escalas de avaliação da sexualidade, do humor, da sensação de bem-estar e testes neuropsicológicos, assim como coleta de sangue para dosagem hormonal. Estas informações possibilitarão analisar a existência ou ausência da Insuficiência Androgênica Feminina. Os resultados das escalas, testes e exames laboratoriais serão analisados e arquivados pelos pesquisadores, prestando atenção ao sigilo destas informações. Após esta primeira entrevista e exames as pacientes diagnosticadas com a Insuficiência receberão atendimentos psicoterápicos breves. Qualquer dúvida sobre os procedimentos de entrevista, atendimentos e tratamentos perguntar ao pesquisador para que este possa lhe fornecer mais informações.

Cabe ainda informar, que os resultados serão utilizados para publicações apenas no meio acadêmico e científico respeitando o sigilo dos nomes dos entrevistados assim como dos conteúdos das entrevistas e atendimentos.

A participação nesta pesquisa pode gerar algum desconforto relacionado a necessidade de entrar em contato com questões íntimas na entrevista inicial e nos atendimentos psicoterápicos. Se, no decorrer das entrevistas e atendimentos, você sentir qualquer desconforto poderá interrompe-la assim que decidir. Você pode retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Não haverá nenhum custo relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

Esta pesquisa obedece às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esse estudo está sendo realizado pela Psicóloga Maria de Jesus Siqueira de Almeida Correa, Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Psicólogo Clayton Peixoto de Souza, Psicóloga Gislene de Campos Soares Pereira da Universidade Anhanguera UNIDERP em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Telefones para contato (67) 8142-0462, (67) 9223-4915, (67)9983-4336, sob a coordenação e orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras, telefone (67)9922-8119. Em caso de dúvidas os pesquisadores podem ser contatadas por telefone ou de segunda a sexta 09:00 às 18:00 na Coordenação do Curso de Psicologia da UNIDERP, Rua Ceará, 333, Miguel Couto, Campo Grande – MS ou na coordenação da UCDB - coordenação e orientação do Prof. Dr. André Barciela Veras, telefone (67)9922-8119

Eu, \_\_\_\_\_, estou ciente da natureza e objetivos do estudo que fui convidada a participar, dos benefícios que podem ser obtidos, assim como das formas de tirar possíveis dúvidas em relação a minha participação ou ao estudo. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, podendo interromper a minha participação a qualquer momento, sem ter que prestar explicações e sem prejuízo nenhum a minha pessoa. Declaro que fui informado que os dados fornecidos por mim, serão tratados de forma confidencial.

Eu concordo voluntariamente em participar desse estudo. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente

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

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável pela coleta de dados

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