

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

**ENYLDA MOTTA GONÇALVES ANTUNES**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOSSEXUAL,  
POR MEIO DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA,  
EM MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL ANTES E APÓS TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO COM *TRIBULLUS TERRESTRIS***

Belo Horizonte

2020

**Enylda Motta Gonçalves Antunes**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOSSEXUAL,  
POR MEIO DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA,  
EM MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL ANTES E APÓS TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO COM *TRIBULUS TERRESTRIS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Saúde da mulher em situação de violência.

Orientadora: Myrian Fátima de Siqueira Celani.

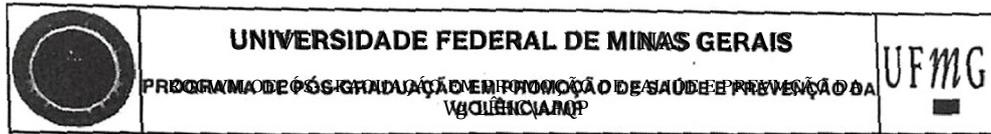
Belo Horizonte

2020

Antunes, Enylda Motta Gonçalves.  
AN636a Avaliação do perfil psicosssexual, por meio da abordagem centrada na pessoa, em mulheres com disfunção sexual antes e após tratamento medicamentoso com Tribulus Terrestris [manuscrito]. / Enylda Motta Gonçalves Antunes. - - Belo Horizonte: 2020.  
64f.: il.  
Orientador (a): Myrian Fátima de Siqueira Celani.  
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Disfunções Sexuais Fisiológicas. 2. Disfunções Sexuais Psicogênicas. 3. Orgasmo. 4. Desenvolvimento Psicosssexual. 5. Tribulus. 6. Dissertação Acadêmica. I. Celani, Myrian Fátima de Siqueira. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WP 610



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Avaliação do gerfM psicossexual através da Abozdateot €ezttzada usa Pessoa em mulheres com dlsrunção sexual feminina anter e agós **tratazezsEo osedtcamentoso coaa Trtbullus Te\*\*\*str!s**

### ENYLDA MOTTA GONÇALVES ANTUNES

Diss• ação submeúda à Bana laminadora ãeSigr\^d pelo Colegiado do Program 8^ ^-

Graduação em PRO/•FOÇÃO DE SA UDE E PREV ENÇÃO OA v IQLÊNcf A/M P, como requisito pam obtenção do grzu de Mesfre em PROMOÇÃO DE S Aúde E PREV ENÇÃO DA V IOLfHÇIA. Area de concentração PROMOÇÁ O DE SA ÚDE E PREV ENTAO DA VIOLÊNCIA

Aprovada em 15 de outubro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Myrjan raúma oe Siquera *Myrjan Siquera* Orientador  
FACULDADE MEDICINA UFMG

elr Ge r  
ufrng

p/g/(g) Paulo Roaa to Cecarelli  
UFMG

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2020-

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Reitora: Prof<sup>a</sup>. Sandra Regina Goulart Almeida**

**Vice-Reitor:** Prof. Alessandro Fernandes Moreira

**Pró-Reitor de Pós-Graduação:** Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

### **Faculdade de Medicina**

**Diretor:** Prof. Humberto José Alves

**Vice-Diretora:** Prof<sup>a</sup>. Alamanda Kfoury Pereira

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:** Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação:** Prof<sup>a</sup>. Eli lola Gurgel Andrade

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof<sup>a</sup>. Adalgisa Peixoto Ribeiro

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:** Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:** Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof<sup>a</sup>. Andrea Maria Silveira

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Prof<sup>a</sup>. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof. Tarcísio Marcio Magalhães Pinheiro

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

Prof<sup>a</sup>. Palmira de Fátima Bonolo

Prof<sup>a</sup>. Ulysses de Barros Panisset

Rômulo de Oliveira Radicchi - representante discente

ENYLDA MOTTA GONÇALVES ANTUNES

**Avaliação do perfil psicosssexual por meio da abordagem centrada na  
pessoa em mulheres com disfunção sexual feminina antes e após tratamento  
medicamentoso com *Tribulus Terrestris***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de mestre.

**Linha de pesquisa:** Saúde da Mulher em Situação de Violência

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Myrian Fátima de Siqueira Celani – UFMG (Orientadora)

Prof. Dr. Selmo Geber – UFMG (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Paulo Roberto Ceccarelli – UFMG (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Eduardo Siqueira Fernandes – PUC MINAS (Suplente)

A meu pai (*in memoriam*)  
e a minha mãe, Enilda,  
por serem para mim a essência  
que me possibilitou ser tudo que fui, que sou e que serei.  
A vocês todo o meu infinito amor, gratidão e respeito.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ser a minha fonte de amor e segurança.

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Myrian Celani, pelas noites de leituras, conversas, enriquecidas trocas e crescimento.

Às queridas Professoras Dr<sup>a</sup>. Elza Melo e Dr<sup>a</sup>. Myrian Celani, pelo lindo trabalho no Para Elas, Por Elas, Por Eles e Por nós, do qual tenho imenso orgulho em fazer parte, desenvolvendo-me como pessoa e profissional.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Fabiene Vale, amiga que ganhei ao longo deste trabalho, agradeço imensamente o aprendizado, o acolhimento e a oportunidade de aperfeiçoamento como pessoa e profissional.

Ao Professor Dr. Selmo Geber, pela oportunidade de crescimento profissional e diálogo multidisciplinar.

Ao Dr. Rodrigo D'Angelis, pelas longas horas de conversa sobre a abordagem centrada na pessoa e o meio médico, por me acolher e acreditar sempre no desenvolvimento do ser humano.

Ao Dr. Paulo Ceccarelli, por ter me apresentado a esse maravilhoso mundo acadêmico.

Ao Dr. Gerson Lopes, por me acolher de braços abertos e pelos ensinamentos.

Ao Dr. Eduardo Fernandes, pelo apoio e incentivo.

Aos residentes e acadêmicos de Medicina, pelas manhãs semanais com muito trabalho.

Ao José Carlos e Enzo Rafaell, pela orientação na estatística.

Mariana, Filipe e Hudson, grandes amigos que ganhei no mestrado, o meu muito obrigada sempre!

Aos meus grandes amores: meu marido, meus filhos, meus irmãos, meu tio, pela paciência, força e carinho quando tive que me ausentar.

Às pacientes, pela confiança e abertura à experiência.

“Saber realmente o que está acontecendo dentro de mim não é uma coisa simples, mas tenho me sentido encorajado a fazê-lo, pois percebo que durante todos esses anos esta minha capacidade tem melhorado. Estou convencido, no entanto, de que esta é uma tarefa para toda a vida e que nenhum de nós jamais está totalmente apto a entrar em contato, sem dificuldades, com o que está acontecendo no cerne de nossa própria experiência”.

(Carl Rogers)

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a saúde psicosssexual pela perspectiva humanista da abordagem centrada na pessoa (ACP) antes e após o uso de *Tribulus Terrestris* em mulheres com disfunção sexual feminina. **Métodos:** uma série consecutiva de 100 mulheres com disfunção sexual feminina foi recrutada para participar do estudo no serviço de Sexologia do Ambulatório Jenny de Andrade Faria/Hospital das Clínicas – UFMG-EBSERH. As pacientes foram submetidas à anamnese dirigida, ao rastreio do desejo sexual diminuído (DSDS) (*Decreased Sexual Desire Screener*) e à avaliação psicológica baseada na abordagem centrada na pessoa (ACP) antes e após 90 dias de uso do *Tribulus Terrestris*. **Resultados:** a idade média das pacientes na menacme era de 38 anos e as da pós-menopausa, de 55 anos. A idade média total das 100 pacientes era de 47 anos de idade. A interação medicamentosa foi benéfica às pacientes na menacme em relação aos domínios desejo espontâneo e responsivo, excitação subjetiva, excitação genital/lubrificação, orgasmo e satisfação sexual. Quanto aos outros domínios, os benefícios foram melhores para as pacientes na pós-menopausa, pois relataram melhora no desejo espontâneo, excitação subjetiva, excitação genital/lubrificação, orgasmo, dispareunia, satisfação sexual. Este estudo destaca a importância da avaliação psicológica humanística – abordagem centrada na pessoa (ACP) – em mulheres com a disfunção sexual feminina, antes e após tratamento com *Tribulus Terrestris*. A principal contribuição desta pesquisa é destacar os aspectos psicosssexuais sob a perspectiva humanística da saúde sexual em pacientes com disfunção sexual, antes e após tratamento medicamentoso. **Conclusão:** utilizando a ACP como instrumento obteve-se êxito, nesta pesquisa, em colher os dados sensíveis das pacientes, necessários para a avaliação psicosssexual. Concluiu-se que a interação medicamentosa foi preponderantemente benéfica às pacientes na menacme e pós-menopausa, com exceção dos domínios, respectivamente, dor e desejo responsivo.

**Palavras-chave:** Disfunção sexual feminina. Distúrbio do desejo sexual hipotativo. Distúrbio da excitação. Anorgasmia. Disfunção da dor sexual.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate psychosexual health from the humanistic perspective of the Person Centered Approach (PCA) – before and after the use of Tribulus Terrestris in women with female sexual dysfunction. **METHODS:** A consecutive series of 100 women with female sexual dysfunction were recruited to participate in the study in the Sexology service of the Ambulatory Jenny de Andrade Faria/Hospital das Clínicas – UFMG-EBSERH. **MAIN OUTCOME MEASURE:** Patients underwent anamnesis, Decreased Sexual Desire Screener (DSDS) and psychological assessment based on the Person Centered Approach (PCA) before and after 90 days using Tribulus Terrestris. **RESULTS:** The average age of patients at menopause was 38 years and post-menopausal women, 55 years. The total mean age of the 100 patients was 47 years old. The drug interaction was beneficial to patients in the menopause in relation to the spontaneous and responsive desire, subjective arousal, genital arousal/lubrication, orgasm and sexual satisfaction domains. About the other domains, the benefits were better for postmenopausal patients, as they reported improvement in spontaneous desire, subjective arousal, genital arousal/lubrication, orgasm, dyspareunia, sexual satisfaction. **CLINICAL IMPLICATIONS:** This study highlights the importance of humanistic psychological assessment – Person-Centered Approach (PCA) in women with female sexual dysfunction, before and after treatment with Tribulus Terrestris. **STRENGTH AND LIMITATIONS:** The main contribution of this research is to highlight the psychosexual aspects from the humanistic perspective of sexual health in patients with sexual dysfunction before and after drug treatment. **CONCLUSION:** Using PCA as an instrument, we were successful in collecting the sensitive data from patients, necessary for the psychosexual evaluation, which concludes that the drug interaction was predominantly beneficial to patients in the menopause and post menopause, with the exception of the domains, respectively, of pain and desire responsive.

**Keywords:** Female sexual dysfunction. Hypoactive sexual desire disorder. Arousal disorder. Anorgasmia. Sexual pain dysfunction.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACP	Abordagem centrada na pessoa
APA	Associação Psiquiátrica Americana
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
DP	Desvio-padrão
DSDS	Rastreo do Desejo Sexual Diminuído
DS	Disfunção sexual
DSF	Disfunção sexual feminina
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EVSB	Estudo da Vida Sexual do Brasileiro
FSH	Hormônio folículo-estimulante
GSSAB	<i>Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors</i>
HSDD	Distúrbio do desejo sexual hipoativo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUBMED	Publicações Médicas
QSF	Quociente Sexual Feminino
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH	Terapia Hormonal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WISHES	<i>Women's International Study of Health and Sexuality</i>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo da resposta sexual humana.....	18
Figura 2 - Modelo linear de ciclo de resposta sexual, proposto pela Associação Psiquiátrica Americana (APA).....	19
Figura 3 - Modelo circular do ciclo de resposta sexual adaptado por Basson.....	21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Característica das pacientes na menacme e pós menopausa.....	37
Tabela 2 - Características dos parceiros no grupo de pacientes na menacme e na pós menopausa.....	38
Tabela 3 - Rastreamento de desejo sexual hipoativo na menacme e na pós-menopausa.....	38
Tabela 4 - Fatores psicossocias que interferem na resposta sexual feminina no grupo de pacientes na menacme e na pós-menopausa.....	38
Tabela 5 - Comparação entre os resultados obtidos em cada domínio sexual nas pacientes na menacme e pós-menopausa, que utilizaram <i>Tribulus Terrestris</i> por meio da abordagem centrada na pessoa.....	40

## SUMÁRIO<sup>1</sup>

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Sexualidade feminina.....	16
1.1.2 Aspectos gerais.....	17
1.1.3 Aspectos históricos.....	17
1.2 Ciclo de resposta sexual masculina.....	19
1.3 Disfunção sexual feminina.....	21
1.3.1 Classificação das funções sexuais femininas.....	22
1.3.2 Etiologia da disfunção sexual feminina.....	24
1.3.3 Prevalência da disfunção sexual feminina.....	25
1.4 Aspectos psicológicos.....	27
1.4.1 Pressupostos fundamentais da abordagem centrada na pessoa.....	27
2 OBJETIVO.....	32
3 MATERIAL E MÉTODO.....	33
3.1 Critérios de inclusão.....	33
3.2 Critérios de exclusão.....	34
3.3 Metodos bibliográficos.....	36
4 RESULTADOS.....	37
5 DISCUSSÃO.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
7 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES E ANEXOS.....	61

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi revisado com base nas novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com a ABNT NBR 14724 de 2019.

## 1 INTRODUÇÃO

Participaram deste estudo mulheres com diversas queixas sexuais, atendidas no Serviço de Sexologia do Ambulatório Jenny de Andrade Faria/ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (UFMG-EBSERH.) Utilizou-se, neste estudo, para colher os dados, o instrumento “resposta reflexo”, da abordagem centrada na pessoa (ACP), o qual, por meio da interação acolhedora e/ou da relação terapêutica construtiva, favorece a manifestação de expressão dos sentimentos e das vivências, tornando possível traçar o perfil psicosssexual de pacientes com disfunção sexual submetidas à influência terapêutica do *Tribulus Terrestris* 280 mg/dia, ministrado por 90 dias.

A ACP é identificada como a terceira força em Psicologia ou Psicologia Humanista, devido a aspectos que correlacionam o pensamento de seu proponente, Carl Rogers, psicólogo norte-americano, aos pressupostos da Psicologia Humanista e da Filosofia Existencialista.

Carl Rogers embasou suas pesquisas no contexto clínico observacional e, com isso, enriqueceu o conceito do que é o ser humano, por meio de um novo olhar, o da subjetividade do cliente, em detrimento da doença, priorizando a relação intersubjetiva entre o cliente e o psicoterapeuta. O núcleo básico é a personalidade humana, pois todo organismo tem predisposição a evoluir por meio da saúde e do crescimento.

Há muitos trabalhos que estudam aspectos da sexualidade em outros campos teóricos, especialmente no campo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) e poucos com a ACP. Isso encorajou a pesquisar, no sentido de ampliar a terapêutica, abordando a sexualidade sob o foco da perspectiva da ACP, um tema tão delicado, por todos os contornos socioculturais que o cercam.

Pretende-se demonstrar, neste estudo, a relevância dos aspectos psicológicos relacionados ao ciclo de resposta sexual, apresentando os domínios sexuais prevalentes relacionados à disfunção sexual feminina (DSF), de acordo com o perfil psicosssexual traçado, discutindo os resultados e ressaltando a necessidade de proporcionar subsídios efetivos para o acolhimento dessas pacientes.

## 1.1 Sexualidade feminina

### 1.1.2 Aspectos gerais

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) referenda a sexualidade como um dos indicadores de qualidade de vida, sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social:

A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (OMS, 2006, p. 6).

Para a saúde sexual ser alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos, fazendo com que as experiências sexuais sejam seguras e prazerosas, livres de coerção, discriminação e violência. Dessa forma, por meio da integração dos aspectos sociais, afetivos, intelectuais e somáticos, chega-se a um enriquecimento e ao desabrochamento da personalidade humana, da comunicação e do amor, da sexualidade e da qualidade de vida.

A sexualidade então não é somente uma ação que desencadeia a função biológica reprodutiva. Ela é fundamental para o ser humano, pois inclui experiências físicas, socioculturais, emocionais e cognitivas. Engloba identidade sexual, papéis do gênero, orientação sexual, intimidade, afetividade, erotismo, prazer, sexo e também reprodução (VIEIRA *et al.*, 2016). Sendo considerada por diversos autores o aspecto central da vida, exerce elevada influência sobre os indivíduos, podendo definir comportamentos e costumes sociais.

No ponto de vista social, Figueiró (1996) cita que, para se compreender a sexualidade, é necessário ter clareza sobre a diferença do que é sexo e o que é a sexualidade. Sexo está relacionado ao ato sexual e à satisfação biológica de obter prazer, e sexualidade inclui sexo, carinho, prazer, afeto, amor, diálogo, intimidade, necessidades que todo ser humano traz consigo desde o nascimento.

Ao longo da história, a sexualidade feminina foi envolvida por preconceitos e discriminações relativas à submissão e à inferioridade em relação ao homem, que exerce o papel ativo nas relações sociais e sexuais.

As mulheres, somente por meio das organizações feministas no século XX, conseguiram que a atividade sexual tivesse alguma aceitação social e não fosse vista apenas como uma finalidade reprodutiva. Após os anos 1960, o surgimento da pílula anticoncepcional veio se associar às mudanças ideológicas. Com isso, as mulheres conseguiram penetrar em um espaço antes só ocupado por homens e passaram a desfrutar de relações sexuais também por prazer e não apenas para o ato de procriar.

### **1.1.3 Aspectos históricos**

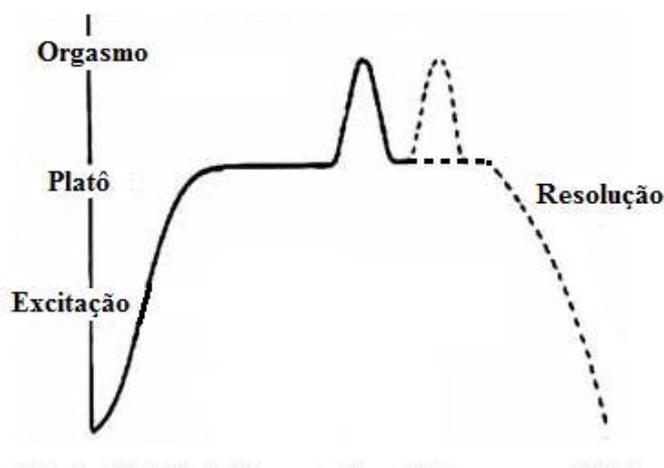
Os mistérios envolvendo a sexualidade sempre estiveram presentes na história da humanidade, desde as obras de arte da Antiguidade, desenhos pré-históricos que retratavam o corpo humano - muitos com ênfase nos órgãos genitais.

Alfred Charles Kinsey, 1894-1956, foi o primeiro investigador a explorar de forma sistemática a conduta sexual. Introduziu o método quantitativo na sexologia, cujos estudos até então eram escassos e parciais, conforme cita Pontes (2011). Seus estudos populacionais foram importantes para jogar luz em crenças, ao revelar outras realidades das práticas sexuais entre os americanos, como a de se considerar como atividade sexual “normal” apenas a conduta heterossexual; a de que a excitação provém exclusivamente dos órgãos sexuais primários. Abdo e Fleury (2006, p. 1) sintetizam: “uma vez reconhecida a multiplicidade dessas manifestações sexuais, critérios foram pouco a pouco sendo estabelecidos, de modo a definir o que seria ou não patológico, dando origem às primeiras classificações dos transtornos da sexualidade”.

Por outro lado, Masters e Johnson (1984) desenvolveram, na década de 1960, um modelo linear de resposta sexual como parte de um processo fisiológico e organizado, comum aos dois gêneros (feminino e masculino), constituído por quatro fases (excitação, platô, orgasmo e resolução). Esse modelo preconizava que o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), bem como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão), promove a excitação, identificada pela ereção (no homem) e pela vasocongestão vaginal e vulvar (na mulher). Durante essas fases a respiração, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras manifestações do organismo, tendem a se pronunciar. A continuidade do estímulo aumenta o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, à qual se segue, caso o

estímulo perdure, o orgasmo masculino e feminino. O orgasmo masculino é acompanhado de ejaculação. Na sequência, há para ambos um período refratário (resolução) – mais definido no homem do que na mulher –, quando o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais (ABDO, 2005).

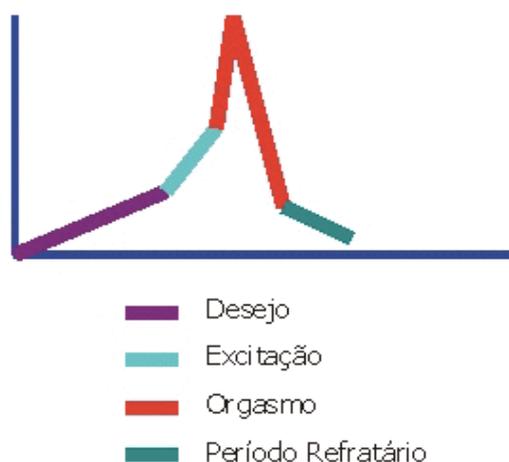
Figura 1 - Ciclo da resposta sexual humana



Fonte: Master e Johnson (1966).

Na década de 1970, a psiquiatra Helen Singer Kaplan definiu o desejo sexual “gatilho” como o início do ciclo de resposta sexual, antecedendo a fase da excitação. O desejo resulta de mudanças neurológicas e a excitação de mudanças vasogênicas. Kaplan (1997) percebeu a necessidade de acrescentar a esse ciclo o desejo sexual, fator que o diferencia das demais fases caracterizadas pelo impulso em direção ao sexo e manifesto antes ou durante o início da excitação, sendo o modelo composto de quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e período refratário (ABDO; FLEURY, 2006).

Figura 2 - Modelo linear de ciclo de resposta sexual, proposto pela Associação Psiquiátrica Americana (APA)



Fonte: Kaplan (1977).

Em 2002, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), baseada no modelo de Masters e Johnson e de Kaplan, estabeleceu critérios diagnósticos para os transtornos de sexualidade, os quais constam no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), no qual se define como resposta sexual saudável quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução, sendo (APA, 1994; 2002; 2014):

- a) Fase de desejo consiste em fantasias e vontade de ter relação sexual;
- b) na fase de excitação ocorrem o sentimento de prazer sexual e a repercussão fisiológica no organismo;
- c) fase de orgasmo, momento de ápice de prazer sexual; nas mulheres ocorrem contrações rítmicas do terço inferior da vagina e do esfíncter anal;
- d) fase de resolução, em que há sensação de bem-estar geral, relaxamento da musculatura.

## 1.2 Ciclo de resposta sexual feminina

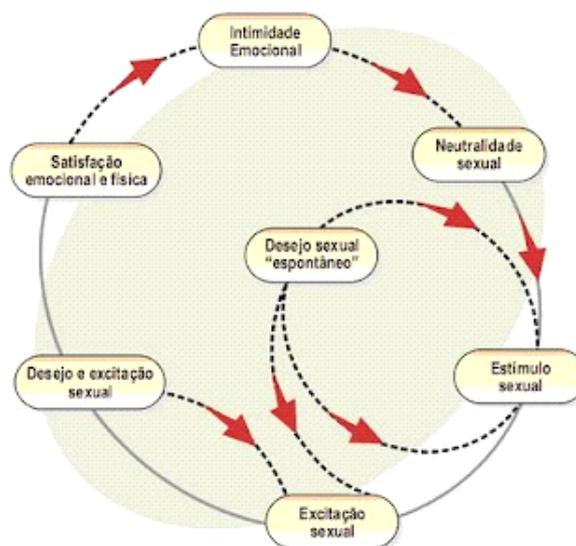
O modelo do ciclo de resposta sexual feminina proposto por Basson, Berman e Burnett (2000) sedimentou a percepção cada vez maior entre os estudiosos de que a atividade sexual não diz respeito apenas à erotização/ excitação da genitália, considerando que a motivação sexual pode ser desencadeada por fatores não necessariamente sexuais. Abdo (2009, p. 1) explicita:

A experiência sexual frequentemente começaria com uma atitude neutra, não havendo percepção de desejo, sendo a necessidade de intimidade o que motivaria para o envolvimento sexual. Os fatores interpessoais tornam-se mais relevantes e, como o modelo é circular, o comprometimento em qualquer ponto do círculo poderá levar à diminuição do desejo.

Nesse caso, o ato frequentemente se inicia com uma atitude neutra, não ocorrendo a percepção do desejo, mas sendo a necessidade da intimidade o que leva ao envolvimento sexual. Esse modelo circular começa a partir de uma motivação e tem quatro domínios principais: desejo, excitação, orgasmo e satisfação, cada um deles podendo se sobrepor negativa ou positivamente *a posteriori*.

- a) Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consequência do desejo espontâneo;
- b) excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeada pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado;
- c) sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo;
- d) ativação do desejo responsivo e gradativamente da excitação genital/lubrificação, atingindo ou não a sensação orgásmica;
- e) satisfação física e emocional, fortalecimento da intimidade emocional, resultando em receptividade para futuros atos.

Figura 3 – Modelo circular do ciclo de resposta sexual adaptado por Basson



O modelo cíclico enfatizava a importância da intimidade emocional e da satisfação como parte integrante do ciclo da RSF. No modelo cíclico, a RSF se inicia por um estado de neutralidade sexual e sofre alterações, dependendo de motivação, com base na intimidade. Retira-se o foco da genitalidade e enfatizam-se a satisfação sexual e a intimidade emocional. Basson (2001a) preleciona que cada vez mais se enfoca a sexualidade como um todo, em um contexto integral, principalmente em relação à RSF, e não só ao sexo genital.

### **1.3 Disfunção sexual feminina**

A DSF foi definida pelo Consenso de Paris em 2004 como uma alteração persistente e recorrente do desejo/interesse sexual, da excitação subjetiva e genital, do orgasmo e ou dor/dificuldade para permitir a relação sexual (BASSON, 2004). Diferentes sistemas de classificação para disfunções sexuais são propostos, como: a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1997), 10ª. edição (CID-10), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª. e 5ª. edições; DSM-1V-TR e DSM-5). No entanto, o Quarto Consenso Internacional de Medicina Sexual, realizado em 2015, mantém as definições descritas do DSF pelo Consenso de Paris de 2004.

A DSF refere-se a um transtorno sexual associado ao sofrimento pessoal. Ele assume diferentes formas, incluindo falta de desejo sexual, excitação prejudicada, incapacidade de atingir o orgasmo ou dor com a atividade sexual. Ela pode ser um problema desde o início da atividade sexual ou pode ser adquirida com o passar dos anos, depois de um período de funcionamento sexual normal.

#### **1.3.1 Classificação das disfunções sexuais femininas**

A partir do melhor entendimento da resposta sexual e o reconhecimento do modelo cíclico proposto por Basson, medidas subjetivas foram incluídas na classificação da DSF, no Consenso de Paris em 2004, e confirmadas no Quarto Consenso Internacional de Medicina Sexual, realizado em 2015, sendo classificadas em: disfunção do desejo sexual, disfunção da excitação, disfunção do orgasmo e disfunção da dor sexual (BASSON, 2004; BASSON, 2005; McCABE *et. al.*, 2016).

### **a) Disfunções do desejo sexual**

A disfunção sexual do desejo engloba o distúrbio de desejo sexual hipoativo (HSDD) e o distúrbio da aversão sexual. No HSDD, os sentimentos de interesse, pensamentos e/ou fantasia sexual estão diminuídos ou ausentes e/ou a receptividade à atividade sexual para tornar-se sexualmente excitado é escassa ou inexistente, causando angústia pessoal (*distress*). É importante ressaltar no diagnóstico de *distress* (ou angústia) que ele é sentido e relatado pela própria mulher e não pelo parceiro. Já no distúrbio da aversão sexual é observada extrema ansiedade ou repulsa na antecipação ou tentativa de qualquer atividade sexual, levando a dificuldades interpessoais. Essa fobia sexual pode ser ocasionada por fator psicológico, como história prévia de abuso sexual ou violência física.

### **b) Disfunções da excitação**

A disfunção da excitação sexual é a incapacidade persistente ou recorrente de alcançar ou manter os estímulos suficientes durante a excitação sexual. São classificados quatro subtipos: distúrbio da excitação subjetiva, distúrbio de excitação genital, distúrbio da excitação combinados e o distúrbio da excitação genital persistente.

- Distúrbio da excitação sexual subjetiva: sentimentos diminuídos ou ausentes de excitação sexual a qualquer estimulação sexual, diante de alterações físicas características de excitação, como a lubrificação e ingurgitamento vulvar;
- distúrbio da excitação sexual genital: diminuição ou ausência da resposta fisiológica da excitação, após qualquer tipo de estimulação sexual, seja física ou mental. A vasocongestão e a lubrificação vaginal ficam prejudicadas, reduzindo as sensações táteis prazerosas e favorecendo sensações insatisfatórias e até mesmo dolorosas durante a penetração;
- distúrbio da excitação combinado: sentimentos ausentes ou diminuídos de excitação sexual de qualquer tipo de estímulos sexuais (mental ou físico), associado à ausência ou à diminuição de excitação sexual genital;
- distúrbio da excitação genital persistente: na ausência de interesse consistente de desejo sexual, estão presentes sensações espontâneas e indesejáveis de

excitação genital, como vasocongestão, miotonias, formigamento, dormência e lubrificação. E a excitação não é aliviada por orgasmos e pode persistir por horas e ou dias.

### **c) Disfunções do orgasmo**

A disfunção do orgasmo é caracterizada quando após suficiente estimulação sexual surge dificuldade recorrente ou persistente em atingir as sensações orgásmicas ou há atraso marcante de orgasmo a qualquer tipo de estimulação.

### **d) Disfunções da dor sexual**

A dor referida na relação sexual pode ser definida como dispareunia ou vaginismo. Ambas podem existir no desejo, na excitação e no orgasmo.

A dispareunia caracteriza-se por algia coital recorrente ou persistente, que ocorre na tentativa de penetração do pênis ou durante todo o coito.

No vaginismo, além da dor, existe a dificuldade recorrente ou persistente, parcial ou total, da entrada vaginal de um pênis, dedo ou outro objeto, devido à contração espásmica e involuntária de toda a musculatura da pelve ao perceber uma possível introdução vaginal.

### **1.3.2 Etiologia da disfunção sexual feminina**

A etiologia da disfunção sexual é muitas vezes multifatorial e pode incluir problemas psicológicos, como depressão ou ansiedade; comorbidades e/ou uso de medicamentos; gravidez, puerpério e menopausa; conflito no relacionamento; fadiga e estresse; questões relacionadas a abuso físico ou sexual anterior. É provável que a existência de qualquer condição médica ou psíquica prejudique a função sexual devido não apenas à própria condição, mas, também, ao impacto associado ao bem-estar psicológico.

Vários sintomas e distúrbios psiquiátricos foram associados à disfunção sexual, à depressão e à ansiedade, em um correlato significativo de problemas sexuais angustiantes. Condições médicas como hipertensão, endocrinopatias (diabetes e hipotireoidismo), cardiopatias e doenças ginecológicas podem estar associadas à

disfunção sexual. A doença de base pode ser um fator de risco para disfunção sexual, mas ainda não está claro se isso está relacionado à própria doença ou se é um efeito adverso dos medicamentos usados para o controle da doença ou de uma intervenção médica, como, por exemplo, cirurgia.

A idade pode interferir na resposta sexual feminina, assim como durante o período da gravidez e do puerpério. O efeito da idade na função sexual das mulheres é controverso e é difícil diferenciar o efeito da própria idade daquele da menopausa. No estudo, problemas sexuais angustiantes estavam relacionados à idade; embora todos os problemas sexuais tenham aumentado com o avanço da idade, a prevalência de problemas sexuais associados ao sofrimento foi maior em mulheres de 45 a 64 anos (15%), mais baixa em mulheres de 65 anos ou mais (9%) e intermediária em mulheres de 18 a 44 anos (11%).

Por outro lado, a função sexual parece estar diminuída durante a gravidez e pode ser afetada durante o período pós-parto devido ao cansaço e ao estresse associados aos cuidados de um bebê e associados às alterações anatômicas e hormonais da puérpera. O relacionamento com um parceiro é o principal determinante da satisfação sexual. Os estudos mostram que o baixo desejo sexual com angústia foi associado às mulheres com conflitos conjugais com alto índice de angústia emocional e psicológica, menos satisfação sexual e diminuições no estado geral de saúde, incluindo aspectos de saúde mental e física. Assim como os problemas sexuais de um parceiro, geralmente a disfunção erétil também influencia a experiência sexual negativa de uma mulher.

A fadiga e o estresse não são frequentemente estudados como um fator de risco para a disfunção sexual feminina, mas com base na experiência clínica psicológica, pois eles têm grande impacto na libido das mulheres. A fadiga pode ser causada por alterações na vida e/ou no trabalho e/ou por problemas médicos, incluindo depressão. Na meia-idade, além das mudanças endocrinológicas, as mulheres são frequentemente envolvidas pelas necessidades familiares por mudanças na meia-idade de um parceiro e também por demandas da própria carreira. A melhoria típica no interesse e resposta sexuais nas férias reflete o impacto negativo da fadiga e do estresse na sexualidade feminina. História de abuso sexual ou físico é um importante fator de risco para problemas sexuais. Lutfey *et al.* (2008) realizaram estudo epidemiológico com base na comunidade de mais de 3.000 mulheres com idades entre 30 e 79 anos, que haviam sido abusadas na infância e/ou

na idade adulta, tendo sido encontrado o dobro das chances de disfunção sexual feminina.

### **1.3.3 Prevalência da disfunção sexual feminina**

A avaliação da prevalência de DSF é objeto de análise em vários países. No Brasil, Abdo (2004b) desenvolveu estudo com 3.148 mulheres de 13 estados, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), que demonstrou ser de 51,9% o número de mulheres brasileiras insatisfeitas com a vida sexual.

O levantamento de 2005, denominado *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* (GSSAB), analisou 13.882 mulheres de 29 países com idade entre 40 e 80 anos, constatando que entre 26 e 43% apresentavam baixo desejo sexual, 25% disfunção orgásmica, 15% dificuldades de lubrificação e 6% disfunção da dor sexual (LAUMANN *et al.*, 2005).

O *Women's International Study of Health and Sexuality* (WISHES), de 2006, avaliou a prevalência e os efeitos na qualidade de vida de mulheres americanas, entre 20 e 70 anos de idade, com distúrbio do desejo sexual hipoativo (HSDD), detectando que o baixo desejo sexual esteve presente entre 24 e 36% delas. Além disso, a porcentagem de mulheres jovens, 20 a 49 anos de idade, com menopausa cirúrgica e com HSDD, foi de 25%, sendo significativamente maior que as mulheres na mesma faixa etária que apresentavam pré-menopausa fisiológica (14%), concluindo que o HSDD é prevalente entre as mulheres de todas as idades, independentemente do estado reprodutivo (BARTON *et al.*, 2006).

O Comitê de Consulta Internacional de Medicina Sexual Internacional (*Consultation Committee for Sexual Medicine on Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction*), baseando-se nos grandes estudos de base populacional realizados nos anos de 2002 a 2009, publicou, em 2010, um resumo do relatório da taxa de prevalência das DSFs estratificadas por idade. Essa publicação contou com a opinião de oito especialistas de cinco países, a partir de 18 estudos epidemiológicos descritivos, sendo sete da Europa, quatro dos Estados Unidos, três da Austrália e um do Canadá, Irã, Marrocos e Porto Rico. A prevalência de disfunções sexuais das mulheres variou entre 17 e 55%; o desejo sexual diminuiu à medida que a idade aumentou, sendo que as queixas ocorreram em 10% das mulheres com até 49 anos, 22% na faixa de 50-65 anos e 47% entre 66-74 anos. O distúrbio de

excitação/lubrificação manifestou-se em 8-15% e a disfunção orgásmica em 16-25% de mulheres entre 18-74 anos de idade. A prevalência de disfunção da dor sexual foi relatada em 14-27% das mulheres (LEWIS *et al.*, 2010).

Revisão sistemática de 2017 investigou a prevalência da disfunção sexual feminina, que variou de 13,3 a 79,3% da população estudada no Brasil, identificando as seguintes incidências: a) do desejo sexual – de 11 a 75%; b) da disfunção da excitação – de 8 a 68,2%; c) da lubrificação – de 29,1 a 41,4%; d) do orgasmo – de 18 a 55,4%; e) da satisfação – de 3,3 a 42%; f) da frequência da atividade sexual – de 55,8 a 78,5%; g) e da dispareunia, de 1,2 a 56,1%. O artigo concluiu que existe alta prevalência de disfunção sexual feminina no Brasil (WOLPE *et al.*, 2017).

No estudo realizado por Vale (2017) randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, com 40 mulheres na pré-menopausa, com HSDD, apresentaram melhora na pontuação total do FSFI ( $p < 0,001$ ) e domínios "desejo" ( $p < 0,001$ ), "excitação sexual" ( $p = 0,005$ ), "Lubrificação" ( $p = 0,001$ ), "orgasmo" ( $p < 0,001$ ), "dor" ( $p = 0,030$ ) e "satisfação" ( $p = 0,001$ ). Tratamento com o placebo não melhorou os escores para "lubrificação" e "dor". Os escores QS-F mostraram que os pacientes o uso de T. terrestris apresentou melhorias em "desejo" ( $p = 0,012$ ), "excitação / lubrificação sexual" ( $p = 0,002$ ), "dor" ( $p = 0,031$ ), "orgasmo" ( $p = 0,004$ ) e "satisfação" ( $p = 0,001$ ). Mulheres tratadas com placebo não pontuaram melhorias. Mulheres que receberam T. terrestris tiveram níveis aumentados de livre ( $p = 0,046$ ) e biodisponível ( $p < 0,048$ ) testosterona. Portanto, conclui-se que sugere Tribulus terrestris pode ter eficácia para melhorar a função sexual.

Souza (2016) realizou uma pesquisa sobre mulheres na pós menopausa, sendo um estudo randomizado, duplo ensaio cego controlado por placebo, durante 18 meses, com 36 mulheres apresentou melhora em todos os domínios em ambos os grupos ( $P < 0,05$ ), exceto para a lubrificação que melhorou apenas no grupo de estudo. Os resultados de QS-F mostraram melhora significativa nos domínios do desejo ( $P < 0,01$ ), excitação / lubrificação ( $P \frac{1}{4} 0,02$ ), dor ( $P \frac{1}{4} 0,02$ ) e anorgasmia ( $P < 0,01$ ) em mulheres que usaram tribulus terrestris, enquanto nenhuma melhora foi observada no grupo de placebo ( $P > 0,05$ ). Além disso, os níveis de testosterona livre e biodisponível mostraram um aumento significativo no tribulus terrestris grupo ( $P < 0,05$ ). Portanto, esse estudo concluiu que tribulus terrestres é uma alternativa segura para o transtorno do desejo sexual hipoativo, com poucos efeitos colaterais, provavelmente pelo aumento dos níveis de testosterona livre e biodisponível.

## 1.4 Aspectos psicológicos

### 1.4.1 Pressupostos fundamentais da abordagem centrada na pessoa

As reflexões de Carl Rogers passaram por modificações e foram evoluindo ao longo de sua trajetória profissional. Em 1940, a Psicoterapia não diretiva ou aconselhamento não diretivo de Carl Rogers dava ênfase ao impulso individual para o crescimento. Posteriormente, com a terapia centrada no cliente, o terapeuta passou a ter função mais ativa, visando produzir atitudes que facilitassem o desenvolvimento do cliente. Finalmente, em 1976, ele descreveu a abordagem centrada na pessoa (ACP) e a elegeu como a mais adequada.

A principal alteração promovida entre a terapia centrada no cliente e a abordagem centrada na pessoa (ACP) se deu com a relação terapeuta-cliente. A ACP possui como principal premissa a visão do homem como sendo, em essência, um organismo de confiança (ROGERS, 1978). Ela abriu a possibilidade de se promover o crescimento, mesmo que não seja em *setting* terapêutico: deixou de ficar restrita apenas ao ambiente do consultório para abraçar outras fronteiras, como as instituições escolares, sociais e corporativas.

No Brasil, a ACP tornou-se mais conhecida em 1977 (Gobbi *et al.* (2005). E como o próprio nome sugere, defende a pessoa como o centro das preocupações, com o fim básico na ideia de que a pessoa é o que existe. E a partir desse ponto de vista, conforme cita Leitão (1986), busca resgatar o respeito e a ênfase no ser humano.

Moreira, Landim e Romcy (2014) salientam a importância libertadora do enfoque que a ACP dá ao incentivar a percepção da realidade como ela é, sem o filtro de crenças e tabus, motivando, assim, a interação sincera e o espírito de descoberta e criatividade.

As condições básicas facilitadoras que Rogers cita ao longo de sua trajetória profissional são três: congruência, consideração positiva incondicional e empatia.

A congruência é o estado de acordo interno: aceitar seus sentimentos, atitudes e experiências, ou seja, ser genuíno e autêntico na vivência e expressão dos sentimentos internos. No campo da relação profissional, a congruência é vivenciada pelo terapeuta quando ele orienta a dinâmica para o acolhimento da expressão dos sentimentos, como salientam Pinto, Carrenho e Tassinari (2010, p. 77):

Congruência significa a capacidade do psicoterapeuta em ser genuíno com a pessoa do cliente, levando em conta os seus sentimentos e suas percepções para que ele possa tentar contribuir com uma possível reflexão do cliente a respeito de si mesmo para quem sabe colaborar com o crescimento da pessoa. Serve também para que o profissional possa se esvaziar desses sentimentos para conseguir voltar a estar atento de forma inteira nessa relação.

As experiências que não estão de acordo com a noção de eu surgem como ameaçadoras e podem ser simbolizadas de maneira deformada na consciência, dando origem ao estado de incongruência (geralmente desassossegado) (WOOD, 1983).

A consideração positiva incondicional pressupõe considerar positivamente o outro, ou seja, vivenciar as experiências e sentimentos do outro, sem imposições que afetem seu ser, apreciando a profundidade e qualidade da relação terapêutica.

Quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades, passa a funcionar plenamente, favorecendo a conexão e a experiência. Para Rogers e Kinget (1975a; 1975b:

Quando duas pessoas estão em presença uma da outra e cada uma delas afeta o campo experiencial da outra numa forma ou percebida ou subliminar, dizemos que estas pessoas estão em contato. Em outras palavras, existe entre elas as condições mínimas necessárias à relação.

Por meio da capacidade empática, construída pela vivência do terapeuta e suas atitudes facilitadoras de congruência, empatia e aceitação positiva incondicional, cria-se a conexão com a percepção correta do ponto de referência de outra pessoa, suas nuances e valores pessoais, facilitando a compreensão. Rogers enfatiza que:

Perceber de maneira empática é perceber o mundo subjetivo do outro "como se" fôssemos essa pessoa — sem, contudo, jamais perder de vista que se trata de uma situação análoga, "como se". Em termos mais simples, é a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê (ROGERS; KINGET, 1975a, p. 179).

Finalmente, alguém compreende como é que é e parece estar do meu lado, sem querer analisar-me ou julgar-me. Agora posso florescer, crescer e aprender (ROGERS, 1985, p. 132).

Considera-se, assim, que todo ser humano tem potencial de crescimento pessoal natural que lhe é inerente e que ocorrerá desde que sejam dadas as condições psicológicas adequadas para tal. Rogers (1983, p. 38) ensina que "o

indivíduo possui dentro de si vastos recursos para a autocompreensão, para a modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo”.

É possível compor a importância das noções das palavras-chave que Rogers apresenta como parte significativa do processo terapêutico. A primeira consideração é a resposta reflexo, que é quando o psicólogo dirige os seus esforços para a escuta empática da realidade do cliente, na qual somente ele (cliente) pode expressar a realidade para si e para os outros, construindo pouco a pouco um canal de comunicação para contribuir no processo terapêutico (ROGERS; KINGET (1975a; 1975b). Com isso, o objetivo do terapeuta é participar da experiência do cliente em vez de julgar, avaliar, analisar, interrogar, como adverte Holanda (2009).

Outro termo-chave importante apresentado por Rogers no processo terapêutico é a *tendência* atualizante, que, segundo o autor, é uma tendência direcional ao crescimento do indivíduo, à realização das potencialidades do ser humano que são construtivas, o que, para ele, é o elemento motivador.

Pouco importa que estímulo venha de dentro ou de fora, quer o ambiente seja favorável ou desfavorável, os comportamentos de um organismo devem ser vistos como sendo na direção da manutenção, do enriquecimento e da reprodução própria. Esta é a natureza do processo que chamamos vida (ROGERS, 1983, p. 40).

Um terceiro termo, autenticidade ou acordo interno, refere-se a quando a pessoa, ao desenvolver as atitudes necessárias, auxiliadas pelas condições facilitadoras, consegue entrar em acordo com o seu eu. Para Rogers (1975a, p. 106) é o estado “de acordo” entre a experiência e a sua representação na consciência. A sinceridade consiste em falar ou em agir de acordo com a representação consciente, isto é, com a experiência tal como ela aparece na consciência – não necessariamente como é experimentada.

A noção de eu (*Self*) é um conjunto organizado e mutável de percepções relativas ao próprio indivíduo. Como exemplo dessas percepções citam-se: as características, atributos, qualidades e defeitos, capacidades e limites, valores e relações que o indivíduo reconhece como descritivos a si mesmo e que percebe constituindo sua identidade (ROGERS; KINGET, 1975a, p. 44). Os autores acrescentam que as características, atributos, qualidades e defeitos, capacidades e limites, valores e relações que o indivíduo reconhece como descritivos de si mesmo

constituem a identidade: a condição de consciência de si, os significados com os quais a pessoa se identifica e percebe sua realidade.

Brito e Moreira (2011) explicita que, com a pessoa critério, simboliza-se a situação em que a pessoa tem o outro como referência: aquele que representa um papel de relevância ou de muita importância na existência de um indivíduo, servindo de “critério” externo de avaliação para o sujeito, em que sua experiência é percebida de acordo com as condições às quais ele se submeteu para ser aceito pelas pessoas significativas em sua vida.

Com o crescimento pessoal o indivíduo se reconhece e se valoriza, tendo a si como pessoa critério. Rogers (1974) argumenta que, no entanto, qualquer que seja o conhecimento que um indivíduo tem de si mesmo e qualquer que seja o modo pelo qual o adquire, será incompleto e provisório.

Na liberdade experiencial, a pessoa se sente livre para elaborar sentimentos, atitudes, experiências como ela os percebe, em outras palavras: supõe “que o indivíduo não se sinta obrigado a negar ou a deformar suas opiniões e atitudes íntimas para manter a afeição ou o apreço das pessoas importantes para ele” (*his significant social others*) (ROGERS; KINGET, 1975a, p. 46).

A não diretividade é a atitude do terapeuta em se recusar a traçar uma direção, pensamentos, sentimentos, ações de maneira determinada, ou seja, o terapeuta confia que o cliente pode fazer as suas próprias escolhas, com abstenção de valores (Gobbi *et al.* (2005), com recurso internos.

O trabalho terapêutico facilitador do contato com o eu e a autenticidade favorecem a experiência, por meio da congruência, e permitem que a pessoa simbolize corretamente o estado *de acordo* em que se encontra.

O distanciamento entre o “eu” e a “experiência” representa o desacordo entre a imagem do eu e a vivência real. Para Rogers (1975a; 1975b), a pessoa fica sujeita à tensão e à confusão e o comportamento é validado ora com a imagem do eu, ora com o que o organismo exige.

A vulnerabilidade (desorganização psíquica em estado suscetível), ameaça e angústia (estado de mal-estar ou tensão cuja causa o indivíduo não conhece) promovem o desajustamento psíquico que representa o desacordo entre o eu e a experiência, considerando que esses elementos não são representados, ou o são incorretamente, dando lugar a conflitos, conforme salientam Rogers e Kinget (1975a).

Com a abertura à experiência e às vivências afetivas orientadas pelo processo terapêutico, a pessoa utiliza os sentimentos para atingir os fins, as necessidades do organismo.

Experimental seria entrar em contato com os acontecimentos do organismo, que seria o foco de toda experiência. A definição de experiência para Rogers é psicológica e não fisiológica. Tem um caráter global, pois o organismo, de que fala Rogers, está para além do corpo fisiológico (BRITO; MOREIRA, 2011, p. 204).

Rogers e Kinget (1975a; 1975b) nomeiam o termo maturidade psíquica para expressar a situação em que o indivíduo se percebe de maneira realista, não recorrendo à defesa, assumindo a responsabilidade da sua individualidade, a coragem para manter suas convicções, que se baseiam na própria observação, pois percebe os outros como individuais e diferentes dele próprio.

## 2 OBJETIVO

Avaliar e descrever o perfil psicosssexual de mulheres com disfunção sexual, após o uso do *Tribulus Terrestris*<sup>2</sup>, por meio da abordagem centrada na pessoa.

---

<sup>2</sup> Tribulus Terrestris é uma planta da família Zygophyllacea que tem a capacidade de influenciar nos hormônios sexuais.

### 3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo prospectivo realizado no Serviço de Sexologia do Ambulatório Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas UFMG-EBSERH, no período de janeiro de 2019 a setembro de 2019. Nesse período foram atendidas 105 mulheres com DSF incluídas no estudo, sendo que quatro foram perdidas durante o seguimento e uma mudou de cidade no decorrer da pesquisa. Os parâmetros sexuais, clínicos e psicológicos de todas as pacientes foram coletados seguindo o seguinte protocolo-padrão: anamnese dirigida, a partir do rastreio do desejo sexual diminuído (ANEXO A) (DSDS) (*Decreased Sexual Desire Screener*) e da avaliação psicosssexual não diretiva, baseada na ACP, antes e após o uso de *Tribulus Terrestris* 280 mg/dia, ministrado por 90 dias.

Todas as pacientes, após terem sido convidadas para participarem da pesquisa, terem os objetivos informados, o anonimato garantido e todas as dúvidas sanadas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (0447.0203.000-11) da UFMG (ANEXO C).

#### 3.1 Critérios de inclusão

- a) Pacientes saudáveis com idade variando de 18 a 65 anos, com vida sexual ativa;
- b) pacientes na menacme, que apresentavam ciclo menstrual regular, sem uso de contraceptivo hormonal nos últimos três meses;
- c) pacientes na pós-menopausa com amenorreia 12 meses ou hormônio folículo-estimulante (FSH) > 30 IU/L, sem uso prévio ou atual de terapia hormonal (TH);
- d) autorização por escrito e conscientização prévia da paciente sobre o presente estudo.

#### 3.2 Critérios de exclusão

- a) Pacientes na menacme com amenorréia e grávidas.
- b) Pacientes que realizaram ooforectomia bilateral.

- c) Paciente tabagista (mais de 10 cigarros ao dia) e/ou etilista e/ou em uso de drogas ilícitas
- d) Paciente com pressão arterial (PA) > 160/90 mm Hg, história de cardiopatia, diabetes descontrolada e /ou qualquer doença sistêmica.
- e) Paciente com história de câncer

Para melhor avaliação, distribuíram-se as pacientes em dois grupos. Um grupo com as pacientes na fase reprodutiva (menacme) e outro grupo com as pacientes na pós-menopausa.

Todas foram avaliadas por uma ginecologista e por uma psicóloga, ambas com especialidade em Sexologia. O diagnóstico de DSF foi feito em acordo com o 2º *International Consultation on Sexual Dysfunction* em Paris - 2004 (BASSON, 2004; 2005).

Inicialmente, por meio da anamnese (ANEXO B) promoveram-se a identificação, idade e informações sociodemográficas da paciente e de seus parceiros sexuais.

Foi aplicado em todas as pacientes o rastreamento de desejo sexual hipoativo (CLAYTON *et al.*, 2009), que inclui quatro perguntas específicas, sendo as respostas codificadas com variáveis (sim ou não).

- a) No passado, o seu nível de desejo ou interesse sexual era bom e satisfatório para você?
- b) Houve diminuição no seu nível de desejo ou interesse sexual?
- c) Você está incomodada com o seu nível diminuído do desejo ou interesse sexual?
- d) Gostaria que o seu nível de desejo ou interesse sexual aumentasse?

As perguntas para cada domínio da resposta sexual feitas na entrevista não diretiva baseada na ACP tiveram suas respostas codificadas como variáveis:

1- nunca; 2- raramente; 3- às vezes; 4- na maioria das vezes; 5- sempre.

E referiram:

- a) Desejo espontâneo (você pensa em fazer sexo [fantasia sexual] e/ou você procura espontaneamente o seu parceiro [interesse sexual] para participar de uma relação sexual com vontade?);
- b) desejo responsivo (após estímulos sexuais – como, por exemplo: carícia, beijos e afagos, etc. – você consegue se envolver em uma relação sexual?);
- c) excitação subjetiva (à medida que as carícias sexuais vão aumentando, você consegue ficar mais estimulada – excitada – durante a relação sexual?);
- d) excitação genital (você costuma vivenciar sensações genitais, como lubrificação/calor/formigamento durante a relação sexual?);
- e) orgasmo (você consegue experimentar e/ou atingir a intensidade de um orgasmo na relação sexual?);
- f) dor (você sente dor e/ou ardor durante a penetração do pênis na vagina?);
- g) satisfação sexual (você está atualmente satisfeita com a sua vida sexual?).

O ato de masturbar foi avaliado com as possíveis respostas:

- a) Nunca;
- b) sim, mas nega nos últimos seis meses;
- c) sim, mas nega nos últimos cinco anos.

"Com que frequência você fez sexo por semana?". As respostas possíveis foram de zero a sete vezes por semana.

Fatores psicossociais que interferem na RSF foram investigados, como:

- a) Violência sexual;
- b) abuso sexual;
- c) estupro;
- d) ansiedade;
- e) momentos de lazer/prazer.

Em relação à violência, ao abuso e ao estupro, as respostas foram codificadas em:

1-não; 2- sim na infância; 3- sim na adolescência; 4- sim na fase adulta.

A ansiedade e momentos de lazer e prazer foram codificadas em resposta:

1 - sim; 2 não.

Após o uso por 90 dias do *Tribulus Terrestris*, foi realizada nova entrevista não diretiva sobre os domínios da RSF, sistematizada de acordo com a abordagem centrada na pessoa, para acolher as particularidades e fatores sensíveis de cada paciente. Foram utilizadas, como instrumento de questionamento, a resposta reflexo, tendência atualizante, aceitação, congruência e empatia, preocupando-se em criar condições facilitadoras para que a paciente participasse de forma livre e sem ameaça ao “eu”. Assim, a avaliação de cada domínio sexual foi novamente realizada, baseado na ACP. O teste não paramétrico de Wilcoxon foi empregado para comparar a mesma paciente em cada domínio sexual avaliado em duas fases distintas, primeira avaliação (pré-tratamento) e após 90 dias (pós-tratamento).

Para o acolhimento direcionado para a ACP utilizamos:

- 1- Escuta qualificada, acolhimento e estrutura de vínculo;
- 2- Acolhendo a pessoa na sua história de vida sexual, familiar, social, ambiente de convívio ou seja pessoa – social – familiar – ambiente.
- 3- Execução das perguntas não diretivas, em forma de diálogo, baseada na resposta reflexo de Carl Rogers, onde somente a própria pessoa pode relatar a sua experiência;
- 4- Utilizando a empatia, congruência, consideração positiva incondicional como base nos atendimentos.

### **3.3 Metodos bibliográficos**

A redação desta tese e da bibliografia descrita foi consultada e seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (FRANÇA; VASCONCELLOS 2019). Os estudos e autores citados foram obtidos a partir da pesquisa de artigos médicos e científicos via Internet por meio das bibliotecas virtuais do *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE), Publicações Médicas (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e de livros-textos citados na bibliografia.

## 4 RESULTADOS

As 100 mulheres incluídas no estudo foram distribuídas em dois grupos: menacme (n=47) e pós-menopausa (n=53). A idade e as características socioeducacionais referente a escolaridade, estado civil, histórico social e religião de cada paciente estão descritas na TAB. 1. A idade média e as características socioeducacionais referentes à escolaridade e ao histórico dos parceiros de cada paciente estão descritas na TAB. 2.

Tabela 1 – Características das pacientes com DS na menacme e pós-menopausa que utilizaram Tribulus Terrestris e foram submetidas a ACP

Características das Pacientes		Total (n=100)	Menacme (n=47)	Pós- menopausa (n=53)
<b>Idade média</b>		47,7	38,3	55,9
<b>Escolaridade</b>	Fundamental completo	10	2	8
	Fundamental incompleto	7	2	5
	Médio completo	53	28	25
	Médio incompleto	4	0	4
	Superior completo	23	13	10
	Superior incompleto	3	2	1
<b>Estado Civil</b>	Casada	78	35	43
	União estável	5	4	1
	Solteira com parceiro (>2 anos)	17	8	9
<b>Filhos</b>	Sim	91	41	50
	Não	9	6	3
<b>Histórico social</b>	Tabagismo (<10 cigarros/dia)	4	0	4
	Etilismo social	6	4	2
	Drogas ilícitas	0	0	0
	Nega tabagismo e/ou etilismo	90	43	47
<b>Religião</b>	Católica	47	16	31
	Evangélica	34	21	13
	Espírita	6	4	2
	Outras	6	1	5
	Sem religião	7	5	2

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 - Características dos parceiros no grupo de pacientes com DS na menacme e pós-menopausa que utilizaram Tribulus Terrestris e foram submetidas a ACP

Características dos Parceiros		Total (n=100)	Menacme (n=47)	Pós- menopausa (n=53)
<b>Idade média</b>	Fundamental Completo	15	5	10
<b>Escolaridade</b>	Fundamental incompleto	10	2	8
	Médio completo	44	27	17
	Médio incompleto	3	2	1
	Superior completo	23	9	14
	Superior incompleto	2	2	0
	Não informado	3	0	3
<b>Histórico social</b>	Tabagismo	6	4	2
	Etilismo social	39	15	24
	Drogas ilícitas	0	0	0
	Nega tabagismo e/ou etilismo	55	28	27

Fonte: dados da pesquisa.

Ao analisar as repostas de cada pergunta do rastreamento do desejo sexual hipoativo foi evidenciado que: 85 pacientes apresentavam desejo sexual no passado, 92 pacientes apresentavam diminuição do desejo, 96 pacientes estavam incomodadas com o baixo desejo sexual e 98 pacientes gostariam de aumentar o desejo sexual.

Os fatores psicossociais analisados evidenciaram que: 54% das pacientes nunca se masturbaram; 56% das pacientes têm a frequência sexual em uma vez por semana; 67% das pacientes não sofreram violência; 64% não sofreram abuso sexual; e 72% relataram não ter sofrido estupro na infância, adolescência e fase adulta, que pode ser encontrado na tabela 3.

A TAB. 4 exhibe tal análise total e em cada grupo de pacientes na menacme e na pós-menopausa, fatores que podem interferir na RSF.

Tabela 3 - Rastreamento de desejo sexual hipoativo de pacientes com DS na menacme e pós-menopausa que utilizaram Tribulus Terrestris e foram submetidas a ACP

Perguntas		Total (n=100)		Menacme (n=47)		Pós-menopausa (n=53)	
		N	n	%	N	%	
<b>No passado, o seu nível de desejo ou interesse sexual era bom e satisfatório para você?</b>	Sim	85	37	79%	48	91%	
<b>Houve diminuição no seu nível de desejo ou interesse sexual?</b>	Sim	92	39	83%	53	100%	
<b>Você está incomodada com o seu nível diminuído do desejo ou interesse sexual?</b>	Sim	96	43	91%	53	100%	
<b>Gostaria que o seu nível de desejo ou interesse sexual aumentasse?</b>	Sim	98	45	96%	53	100%	
					0		

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Fatores psicossociais que interferem na resposta sexual feminina no grupo de pacientes com DS na menacme e pós-menopausa que utilizaram Tribulus Terrestris e foram submetidas a ACP

Variáveis		Total (n=100)		Menacme (n=47)		Pós-menopausa (n=53)	
		N	n	%	N	%	
<b>Masturbação</b>	Nunca	54	26	55%	28	53%	
	Sim, nega nos últimos 6 meses	28	11	24%	17	32%	
	Sim, nega nos últimos 5 anos	18	10	21%	8	15%	
<b>Frequência sexual</b>	Nenhuma	10	5	10%	5	9%	
	Uma	56	21	45%	35	66%	
	Duas	22	14	30%	8	15%	
	Três	8	5	11%	3	6%	
	Quatro	2	1	2%	1	2%	
	Cinco	1	1	2%	0	0%	
	Seis	1	0	0%	1	2%	
	Sete	0	0	0%	0	0%	
<b>Violência</b>	Não	67	35	75%	32	61%	
	Sim, infância	18	8	17%	10	19%	
	Sim, adolescência	9	3	6%	6	11%	
	Sim, adulto	6	1	2%	5	9%	
<b>Abuso sexual</b>	Não	64	34	72%	30	57%	
	Sim, infância	18	8	17%	10	19%	
	Sim, adolescência	11	3	7%	8	15%	
	Sim, adulto	7	2	4%	5	9%	
<b>Estupro</b>	Não	72	37	79%	35	66%	
	Sim, infância	17	7	15%	10	19%	

	Sim, adolescência	8	2	4%	6	11%
	Sim, adulto	3	1	2%	2	4%
<b>Ansiedade</b>	Sim	74	37	79%	37	70%
	Não	26	10	21%	16	30%
<b>Lazer e prazer</b>	Sim	30	12	26%	18	15%
	Não	70	35	74%	35	66%

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 5 - Comparação entre os resultados obtidos em cada domínio sexual nas pacientes na menacme e pós-menopausa, que utilizaram *Tribulus Terrestris* por meio da abordagem centrada na pessoa

Domínio Sexual	Menopausa		Pós menopausa	
	Média ± dp	P	Média ± dp	p
<b>Desejo espontâneo</b>				
Pré-tratamento	1,67±1,09	<b>0,036</b>	2,45 ±1,46	<b>0,006</b>
Pós-tratamento	2,45±1,52		3,41±1,34	
<b>Desejo responsivo</b>				
Pré-tratamento	1,95±1,50	<b>0,023</b>	2,86 ± 1,91	0,145
Pós-tratamento	3,00±1,55		3,68 ± 1,62	
<b>Excitação subjetiva</b>				
Pré-tratamento	2,77±0,94	<b>0,003</b>	3,51 ± 1,08	<b>0,002</b>
Pós-tratamento	3,71±0,94		4,01 ± 1,37	
<b>Excitação genital/ lubrificação</b>				
Pré-tratamento	2,77±0,94	<b>0,003</b>	3,51 ± 1,08	<b>0,002</b>
Pós-tratamento	3,71±0,94		4,01 ± 1,37	
<b>Orgasmo</b>				
Pré-tratamento	1,76±1,58	<b>0,004</b>	2,50 ± 1,82	<b>0,001</b>
Pós-tratamento	2,90±1,70		3,86 ± 1,49	
<b>Dor</b>				
Pré-tratamento	3,52±1,81	0,605	2,36 ± 2,17	<b>0,027</b>
Pós-tratamento	3,71±1,85		3,41 ± 2,13	
<b>Satisfação</b>				
Pré-tratamento	1,86±1,42	<b>0,010</b>	2,41 ± 1,79	<b>0,019</b>
Pós-tratamento	2,95±1,80		3,59 ± 1,74	

Nota: p Probabilidade de significância do teste de Wilcoxon; dp: desvio-padrão.

Fonte: dados da pesquisa.

A ansiedade e momentos de lazer/prazer antes e após o tratamento foram analisados de forma subjetiva. Na avaliação sobre a ansiedade, 10% das pacientes na menacme e 14% das pacientes na pós-menopausa relataram melhora; 19% na menacme e 26% na pós-menopausa declararam que permanecem; 6% na menacme e 0% na pós-menopausa descreveram piora; e 12% na menacme e 13% na pós-menopausa não informaram. Assim, das 100 pacientes, 24% obtiveram melhora.

A avaliação sobre o lazer e prazer apurou que 8% na menacme e 23% na pós-menopausa relataram melhora; 22% na menacme e 16% na pós-menopausa alegaram que permanece; e 17% na menacme e 14% na pós-menopausa não informaram. Assim, das 100 pacientes, 31% apresentaram melhora.

A análise de cada domínio sexual foi realizada na mesma paciente antes e após o tratamento em cada grupo. O acolhimento das pacientes foi feito com base na ACP e mostrou melhora significativa após o uso do *Tribulus Terrestris*, exceto no domínio de dor sexual no grupo de pacientes na menacme e no domínio do desejo responsivo nas pacientes do grupo da pós-menopausa (TAB. 5).

## 5 DISCUSSÃO

Os dados compilados foram analisados seguindo os princípios da ACP, com condições facilitadoras à abertura à experiência, antes e após 90 dias de uso de *Tribulus Terrestris*, atuando a Psicologia como elemento catalisador dos recursos próprios e inerentes à tendência atualizante das pacientes, instigando a percepção, a análise dos autoconceitos e a origem e desdobramentos da DSF.

É evidente que há significativas variações no conceito individual da qualidade das relações sexuais, existindo “desde aquelas em que o sexo é um mero contato físico, que tem praticamente a mesma natureza solitária da masturbação, até aquelas em que o aspecto sexual é a expressão de uma partilha cada vez maior de sentimentos, experiências e do próprio parceiro-sexual” (ROGERS, 1976, p. 55).

A subjetividade acerca da sexualidade atua juntamente com os aspectos clínicos sexuais para o diagnóstico da DSF. Nesse sentido, Abdo e Fleury (2006) salientam a importância do diagnóstico; se a dificuldade anteceder o quadro psiquiátrico é necessário diagnóstico adicional, pois o transtorno pode não ser de origem sexual ou, caso seja, uma dificuldade sexual pode gerar outra, devendo ser avaliados especificamente os transtornos envolvidos.

Aspectos característicos das pacientes coletados na TAB. 1, como idade, grau de escolaridade, estado civil, filhos, histórico social e religião, compõem a noção do “eu”. Isso é explicado por Rogers e Kinget (1975a, p. 44): “um conjunto organizado e mutável de percepções relativas ao próprio indivíduo”. São atributos pessoais percebidos pelas pacientes que se relacionam às qualidades, capacidades, valores e limites, os quais foram objeto de consideração neste estudo por meio da anamnese.

A função sexual, de acordo com Thomas *et al.* (2017), é exercida pelo indivíduo ao experimentar o prazer nos domínios físicos (excitação/lubrificação física, orgasmo, dor) e psicológico (excitação/desejo subjetivo, satisfação), sendo fundamental para o bem-estar e qualidade de vida. Assim, a disfunção sexual entre as pacientes, em sua maioria na meia-idade, tem significativo impacto negativo na qualidade de vida e nos relacionamentos.

A idade média das 100 pacientes estudadas foi de 47 anos, sendo de 38 anos na menacme e 55 anos na pós-menopausa. No estudo de Vale (2017) com 64 mulheres saudáveis sexualmente ativas na pré-menopausa, a idade média encontrada foi de  $37,3 \pm 2,5$  anos no Grupo *Tribulus terrestris* e  $42 \pm 2,5$  anos de idade

no placebo. Souza (2016) no estudo com 36 mulheres na pós-menopausa, a idade média das participantes de  $54 \pm 11$  anos. No estudo de Abdo (2004b), a idade média encontrada foi de 36,78 anos, com desvio-padrão de  $\pm 13,77$ .

Como se observa, há uma grande variação na idade média das mulheres pesquisadas, o que sugere o início da DSF a partir dos 37 anos.

Nosso estudo encontrou menor percentual de pacientes cursando ou que concluíram o ensino superior (26/100), ostentando o maior percentual das pacientes (74/100) menor grau de escolaridade, entre a faixa do fundamental incompleto e o ensino médio completo. O nível educacional das pacientes pesquisadas confirma o estudo de Laumann, Paik e Rosen (1999), ao relacionar o desenvolvimento da DSF a baixo grau de instrução. A questão, entretanto, é controversa. Silva *et al.* (2016), em estudo para verificar a prevalência de DSF em universitárias do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, com vida sexual ativa ( $n=37$ ), nos diferentes domínios da função sexual, apuraram que a maioria apresenta disfunção sexual. No entanto, no presente estudo, maior nível educacional foi fator favorecedor da percepção e compreensão do indivíduo em lidar com suas dúvidas e angústias relacionadas à saúde sexual.

O estado civil é um importante aspecto relacionado à DSF, conforme salienta Basson (2001b) acerca da maior tendência da mulher casada a desenvolver DSF, em consequência a fatores biológicos, psicológicos e sociais atrelados ao tempo de relacionamento conjugal e à monotonia da relação, o que sugere a perda do desejo espontâneo e responsivo, levando à dificuldade de excitação e orgasmo. Em nosso estudo, as pacientes casadas representam 78% e afirmaram que tinham bom relacionamento com seus parceiros. A menor ocorrência de DSF foi encontrada entre as pacientes solteiras (TAB. 1). O estudo apurou alto percentual de pacientes com filhos (91/100), superior ao referido por Abdo (2004b), no EVSB, que do total de 2.670 mulheres 62,9% tinham filhos.

Quanto ao histórico social, evidenciou-se percentual total (10/100) de pacientes com histórico de uso social de tabagismo e etilismo, o que se mostrou inferior ao encontrado por Abdo (2004b), no EVSB, que em pesquisa com 3.104 mulheres reportou o percentual de 15,7% de fumantes; e do total de 3.117 mulheres, 33,9% em uso de bebidas alcoólicas.

A transmissão de dogmas, expectativas e padrões de comportamento sobre sexo e sexualidade pelas instituições religiosas interfere na ocorrência de DSF. O alto percentual registrado neste estudo de pacientes que afirmaram ter religião (93%) mostra isso, o que está compatível com a pesquisa de Cavalcanti *et al.* (2014) realizada com 173 mulheres, na qual todas declararam seguir uma religião.

O estudo também coletou informações com as pacientes sobre os seus parceiros, obtendo a idade média de 49 anos no total, sendo que naqueles que se relacionavam com as pacientes na menacme a idade média era de 40 anos, e dos que se relacionavam com as pacientes na pós-menopausa, de 57 anos. Resultado compatível (em razão do desvio-padrão) com o descrito por Abdo (2004b) no EVSB, pesquisa desenvolvida com 3.775 homens, inferindo a idade média de 37,96 anos, com desvio- Estratégias Sexuais (TES), ocasião em que se avaliou a previsão de que as mulheres, em suas escolhas amorosas, buscam parceiros amorosos mais velhos do que elas.

O estudo demonstrou a semelhança entre do nível educacional dos parceiros com o das pacientes, enfatizando, igualmente, maior percentual entre os com o ensino médio completo e menor percentual entre os com ensino superior incompleto e completo (25/100). Brito, Silva Júnior e Henrique (2009) destacam em suas análises a prevalência das escolhas por parceiros com mais instrução, o que não ocorreu na presente investigação.

O histórico social dos parceiros das pacientes, tabagistas (6%) e etilistas sociais (39%) foi inferior ao encontrado por Abdo (2004b), no EVSB, que com 3.736 homens encontrou o percentual de 19% de fumantes e, do total de 3.742 homens, 54% faziam uso de bebidas alcoólicas.

Em relação ao RSF, 79% das pacientes na menacme e 91% das pacientes na pós-menopausa (85% do total) relataram que seu nível de desejo ou interesse sexual no passado era bom e satisfatório. Apenas no aspecto subjetivo, Rogers e Kinget (1975a; 1975b) afirmam que ignorar os sentimentos envolvidos na relação sexual com o parceiro pode sugerir a existência de um desacordo interno, afastamento do eu com a experiência, abrindo-se a possibilidade de desencadear piora ao longo do tempo, em nível de desejo ou interesse sexual.

Questionadas sobre se houve diminuição do nível de desejo ou interesse sexual, 39/47 (83%) das pacientes na menacme e 53/53 (100%) na pós-menopausa depuseram que sim, o que caracteriza uma possível disfunção sexual do desejo, na

qual os sentimentos de interesse, pensamentos ou fantasia sexual estão diminuídos ou ausentes e/ou a receptividade à atividade sexual, para tornar-se sexualmente excitado, é escassa ou inexistente, segundo Vale (2016), o que causa angústia pessoal (*distress*).

Nesse contexto, as pacientes, 43/47 (91%) na menacme e 53/53 (100%) na pós-menopausa responderam afirmativamente ao serem perguntadas se sentiam incômodo com esse nível diminuído de desejo ou interesse sexual. Pode-se entender esse incômodo como um estado de estado de desacordo interno (conflito entre o eu e a experiência), que pode causar angústia ou vulnerabilidade. Esses aspectos são causas de sofrimento e contribuem para o afastamento emocional entre os parceiros. Basson (2001 *apud* ABDO; FLEURY, 2006, p. 165 enfatiza o valor da intimidade como motivação feminina para o sexo. Desta feita, “entende-se que muitas mulheres iniciam o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse: na verdade, desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva”.

Perguntadas se gostariam de aumentar o nível de desejo ou interesse sexual, 45/47 (96%) das pacientes na menacme e 53/53 (100%) na pós-menopausa responderam afirmativamente, o que apresenta o estado de acordo interno por meio da simbolização da experiência no processo de constituição da identidade, autoconceito, possibilitando abertura às experiências. Fleury e Abdo (2012, p. 135) realçam a importância das barreiras de natureza psicológica “atenção (dificuldade em manter o foco ou identificar as sensações corporais), autojulgamento (autoavaliação negativa ou falta de autoaceitação) e sintomas clínicos (depressão, ansiedade)” na função sexual. Basson (2001c) explica a RSF introduzindo fatores variáveis como o contexto cultural, a diversidade feminina e o estágio da vida em que a mulher se encontra.

No tocante à masturbação, 54% das 100 pacientes afirmaram nunca se masturbar, 28% relataram se masturbar, mas não nos últimos seis meses, e 18% se masturbam, mas não nos últimos cinco anos. O baixo percentual de pacientes que afirma se masturbar com frequência em nosso estudo converge com o percentual encontrado na pesquisa utilizando o Quociente Sexual Feminino (QSF), que avaliou o desempenho sexual de 173 mulheres em Pernambuco, publicada em 2014. Nessa pesquisa, Cavalcanti *et al.* (2014) informam que apenas 13,8% das voluntárias mencionaram masturbar-se. A resistência em se considerar a masturbação feminina como um aspecto normal da sexualidade e os fatores relacionados são apresentados

por Baumel (2014). Em sua pesquisa os autores comprovaram a intensa correlação entre a masturbação e algum conflito psicológico, seus códigos morais, produzindo, como consequência, prejuízos de autoestima, no meio social e no relacionamento sexual.

A incidência da frequência sexual foi: a) relataram não ter nenhuma frequência sexual 5/47 (10%) das pacientes na menacme e 5/53 (9%) das pacientes na pós-menopausa; b) relacionam-se sexualmente uma a duas vezes por semana 35/47 (75%) das pacientes na menacme e 43/53 (81%) daquelas na pós-menopausa; c) descreveram a frequência de três a sete vezes por semana apenas 7/47 (15%) das pacientes na menacme e 5/53 (10%) das que se encontram na pós-menopausa. Maior percentual foi identificado entre as pacientes cuja frequência sexual é de uma a duas vezes por semana, o que demonstra o empenho para se promover a experiência, apesar da DSF.

O estudo realizado mostrou-se compatível com o EVSB, em que Abdo (2004b, p. 66), ao questionar 2.657 mulheres sobre a média das relações sexuais por semanas realizadas, referiram ter 2,3 relações sexuais, em média, por semana. A solidez na relação entre homem e mulher pressupõe o desenvolvimento da comunicação com vistas a satisfazer as necessidades emocionais, psicológicas, intelectuais e físicas, ou seja, a “união satisfatória”, como apresentado por Rogers (1976).

A diminuição do desejo e interesse sexual foi objeto de estudo de James (2009), que percebeu uma perspectiva decrescente na frequência de relações sexuais ao longo da vida do casal, com a redução de 50% no primeiro ano e de 25% nos posteriores 20 anos, originando o desenvolvimento da DSF. Segundo o autor, “não se sabe se uma mulher com disfunção sexual evita ter relações sexuais ou se a baixa frequência de relações sexuais leva alguém a manifestar uma disfunção sexual” (JAMES, 2009, s.p.).

Questionadas sobre a ocorrência de violência (física e/ou psicológica) que não se relacione com abuso sexual ou estupro, na infância, adolescência e vida adulta, 67% não a sofreram; 18% afirmaram ter sofrido na infância; 9% na adolescência; e 6% na vida adulta. Melo *et al.* (2007) esclarecem que a violência resulta da perda do reconhecimento pelo outro que é rebaixado à condição de objeto, mediante o uso do poder, da força física ou de qualquer forma de coerção. A violência pode ser a causa da DSF, na medida em que produz deformação na percepção relativa ao indivíduo,

na noção do eu (*self*), prejudicando o desenvolvimento do *self* na qual a pessoa reconhece e percebe a realidade.

Sobre a ocorrência de abuso sexual, 64% das pacientes afirmaram não ter sofrido, 18% o sofreram na infância; 11% na adolescência; e 7% na vida adulta. Perguntadas especificamente sobre o estupro, 72% das pacientes afirmaram não ter sofrido, 17% declararam ter sofrido na infância; 8% na adolescência; e 3% na vida adulta. Portanto, das 100 pacientes avaliadas com DSF, 67% não sofreram violência, 64% não sofreram abuso sexual e 72% não sofreram estupro em nenhuma das fases da vida. Abdo e Fleury (2006, p. 166) preconizam que “as mulheres com comprometimento psicológico devem ser indicadas para intervenção psicoterapêutica, em especial aquelas com história de abuso e violência sexual”.

Compromete-se, assim, a autoimagem e o vínculo conjugal, por meio de fantasias impositivas de manifestação mais livre da própria sexualidade e ansiedade excessiva, o que constitui indicação para o atendimento psicoterapêutico. Mello e Dutra (2008) pontuam que o abuso sexual pode produzir traumas como insegurança, perda de valores, dificuldade com intimidades e tomadas de decisões, o que faz com que se fique em posição de impotência frente à própria vida, o que pode levá-la a sentimentos de culpa, raiva, abandono, decepção. Em longo prazo, esses sentimentos podem evoluir para prognósticos de depressão, além de poderem acarretar comportamentos autodestrutivos e de autodesprezo.

Foram colhidos os seguintes dados, antes e após o uso do medicamento *Tribulus Terrestris* por 90 dias, dos aspectos da função sexual das pacientes: ansiedade antes da interação medicamentosa - 26% negaram ser ansiosas e 74% confirmaram; o uso do medicamento proporcionou relatos de interferência positiva em 24% das pacientes; 45% comentaram que o medicamento não interferiu; 25% não informaram; e 6% tiveram piora na ansiedade.

É de suma relevância o papel da ansiedade na resposta sexual e, conseqüentemente, na DSF, uma vez que afeta os elementos da resposta sexual e as fases do modelo linear de Master e Johnson. A preocupação com o desempenho prejudica a qualidade subjetiva da satisfação sexual, como alerta Silva (2015, p. 158).

Lucena e Abdo (2013), em estudo sobre o papel da ansiedade na disfunção sexual das mulheres, citando um estudo turco, enfatiza que, na fase da excitação, a ansiedade se relaciona à dor pélvica crônica/dispáreunia e ao transtorno do desejo sexual, embora, também, influencie a disfunção de orgasmo. Para Rogers (1983), a

pessoa forma uma imagem de si de acordo com as expectativas dos outros, rejeitando ou distorcendo as que não se adéquam a esse modelo de eu. Segue-se, então, o fenômeno das experiências e comportamentos opostos, causando sofrimento, ansiedade e insegurança.

Questionadas se tinham lazer e prazer, 70% das pacientes afirmaram que não e 30% que sim. A pergunta instigou-as a refletir sobre o seu papel em criar diferentes experiências e que podem afetar positivamente a vida sexual. Após o uso do medicamento *Tribulus Terrestris*, 31% apresentaram melhora. Rogers explica que, a partir da experiência e da noção da realidade, a pessoa detém condições facilitadoras para perceber como vive e lida com problemas, estando apta a enfrentar questões futuras diante da maior compreensão da experiência. A importância de o indivíduo se permitir ter momentos de lazer e prazer é um processo de compreensão empática. Ao explicar sobre a experiência, percebe-se que a pessoa é um processo e não um conjunto fixo de hábitos, provocando mudanças e aumento de opções de comportamento.

As pacientes na fase da menacme apresentaram melhora nos domínios sexuais do desejo espontâneo e responsivo, excitação subjetiva, excitação genital/lubrificação, orgasmo e satisfação sexual e piora no domínio da dor. As mulheres na fase pós-menopausa, por sua vez, tiveram melhora nos domínios sexuais do desejo espontâneo, excitação subjetiva, excitação genital/lubrificação, orgasmo, dor e satisfação sexual e piora no desejo responsivo.

Abdo (2010) afirma que:

O desejo sexual espontâneo é referido com pouca frequência. Motivada por uma ou várias razões, a mulher preocupa-se com o estímulo sexual. Se a estimulação for apropriada, resultará em excitação subjetiva [...] Mesmo quando inicialmente ausente, o desejo é disparado durante a experiência, caso a mulher se torne subjetivamente/sexualmente excitada.  
[...]

A variação dos resultados das pacientes em relação ao desejo responsivo demonstra o que o eu e o organismo estão buscando. Conforme salientam Rogers e Kinget (1975a), um tipo de comportamento que se conforma ora com a imagem do eu, ora com as exigências do organismo.

O estudo sobre a excitação subjetiva e genital não converge com os achados de Abdo (2004a), que, em pesquisa realizada com 2.734 mulheres, referiu percentual

inferior: 26,6% apenas relataram possuir dificuldade de excitação durante o ato sexual, enquanto 73,4% das mulheres pesquisadas não possuem essa dificuldade. Basson (2000 *apud* SILVA (2011) enfatiza a importância dos fatores externos, tais como “cultura, educação, aspectos da intimidade do relacionamento com o parceiro”.

Com a melhora relatada em nosso estudo, entre pacientes dos dois grupos o percentual encontrado ficou superior ao de Abdo (2004a, p, 129), que, acompanhando 2.791 mulheres, abstráiram que 26,2% possuíam dificuldade em atingir o orgasmo. A melhora constatada no estudo confirma o que propõem Rogers e Kinget (1975a; 1975b), ao dispor que a pessoa valoriza ou enriquece as potencialidades, que são construtivas, independentemente de ser física ou experiencial.

As pacientes informaram a melhora do ressecamento vaginal. No caso de dor física, a mulher pode entender o ato de relação sexual como uma ameaça. No caso de dor de origem psicológica, a história de vida da paciente, seus pensamentos, autocrítica, percepção baseando-se em múltiplos critérios, a dificuldade de comunicação com o parceiro, educação rigorosa, medos do sexo, da gravidez, da dor, tristezas e pressões do dia a dia podem afetar a realidade e intensificar a percepção dos vários e amplos critérios, com diversos níveis de abstrações em relação à dor. Para Gerin. (2008, p. 46):

Aquelas que se enquadram como portadoras de dispareunia primária são condenadas a conviver eternamente com a dor, pois as possibilidades de tratamento propostas, como uso de lubrificantes ou estimulação sem penetração, podem não contar com a aceitação do parceiro ou inibir ainda mais a mulher.

Para North e Pickersgill (2005 *apud* GERIN, 2008), a dor pode inibir as relações sexuais, mas um longo período de estimulação pode tornar a experiência agradável.

A insatisfação sexual pode ou não existir, independentemente de DSF, mesmo naquelas mulheres em que a atividade sexual é bem desenvolvida, havendo excitação e orgasmo, conforme apresentam Pechorro, Diniz e Vieira (2009). Rogers (1975a, p. 198) discorre que “o processo de satisfação da necessidade de consideração positiva é bilateral. O indivíduo se dá conta de que satisfaz esta necessidade no outro, satisfaz, desde modo, a sua própria necessidade”. A satisfação é manifestada por uma pessoa que comunica as considerações experimentadas em relação ao outro.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se (TAB. 3), por meio do perfil psicossocial das pacientes, que a diminuição do desejo sexual é motivo de insatisfação e incômodo, razão pela qual quase a totalidade das pacientes gostaria de aumentar o desejo sexual.

A utilização dos instrumentos da ACP facilitou muito na elaboração e avaliação do perfil psicossocial das pacientes com disfunção sexual, ao proporcionarmos um ambiente no qual a relação entre o psicoterapeuta e o paciente fosse diferenciada, empática, permissiva, acolhedora, facilitadora e no qual não houvesse atitude intromissora, agressora, invasiva ou superior. Assim, estabeleceu-se uma relação adequada. A paciente pode vir até nós com o mínimo de barreiras possíveis, como preconizado por Holanda (2009), o que promoveu a autenticidade da comunicação real por ela vivenciada.

Essa audição empática, além ser congruente com as descrições de Rogers (1978), ajudou a ter entendimento a respeito da paciente, além do seu exterior, e também a compreender os seus estados internos sem algum julgamento de valor sobre a subjetividade do outro.

As questões vivenciadas pelas pacientes, como as angústias, vivências, sofrimentos e sintomas relatados, foram acolhidas com empatia e autenticidade. Essas questões são cercadas de componentes culturais e sociais que dificultam ou, às vezes, até mesmo impossibilitam comunicação eficiente, sendo que, nessas circunstâncias, há que se respeitar a autonomia da noção do eu como algo digno de confiança.

O estudo salientou a importância da dimensão psicológica no acompanhamento e na investigação de disfunções sexuais femininas, sendo algumas das causas que comprometem a função sexual: a falta de conhecimento sobre o seu próprio corpo, falta de diálogo, tabus, crenças, inibição, medo e insegurança.

Conforme o perfil psicossocial baseado na acp, observou-se que:

a) Os domínios que atendem a todos os critérios de confiabilidade estatística são:

- **Menacme:** desejo responsivo; excitação subjetiva; excitação genital;
- **pós-menopausa:** desejo espontâneo; orgasmo; dor; satisfação sexual.

b) Os domínios que atendem a quase todos os critérios, mas que tiveram o desvio-padrão elevado entre o pré e o pós-tratamento são:

- **Menacme:** desejo espontâneo; orgasmo; satisfação sexual;

- **pós-menopausa:** excitação subjetiva; excitação genital.
- c) Não atenderam aos critérios de confiança estatística ( $p < 0,05$ ):
- **Menacme:** dor;
  - **pós-menopausa:** desejo responsivo.

A avaliação dos domínios sexuais permitiu apreender que o estado de desacordo - a “incongruência” relacionada a aspectos sexuais - é mais frequente entre as pacientes na pós-menopausa, grupo de maior percentual na apresentação da DSF.

Finalmente, concluiu-se que os objetivos propostos neste presente estudo foram alcançados. Entretanto, sabe-se que o assunto é amplo e não foi esgotado, mas o primeiro passo foi dado.

## **7 CONCLUSÃO**

Nossos resultados sugerem que a ACP foi um instrumento eficaz juntamente com Tribullus Terrestris na avaliação dos domínios sexuais com exceção da dor no menacme e o desejo responsivo na pós menopausa.

## REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 220-222, 2005.
- ABDO, C.H.N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2010.
- ABDO, C.H.N. **Descobrimento sexual do Brasil**. São Paulo: Summus, 2004a.
- ABDO, C.H.N. **Estudo da vida sexual do brasileiro**. São Paulo: Prosex, 2004b.
- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev Psiquiatr Clín**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.
- ABDO, C.H.N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 47-51, 2009.
- ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM- V). 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014
- ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 1994.
- ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**, 4. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARTON, I. *et al.* Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: U.S. results from the women's international study of health and sexuality (WISHeS). **Menopause**, EUA, v. 13, n. 1, p. 46-56, 2006.
- BASSON, R; BERMAN, J; BURNETT, A. Report the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. **J Urol**, EUA, v. 163, n. 3, p. 888-93, 2000.
- BASSON, R. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **J Sex Med**, Wormerveer, v. 1, n. 1, p. 24-34, 2004.
- BASSON, R. Human sex-response cycles. **J Sex Marital Ther**, Reino Unido, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001a.
- BASSON, R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. **J Sex Marital Ther**, EUA, v. 27, p. 395-403, 2001b.
- BASSON, R. The female sexual response: a different model. **J Sex Marital Ther**, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2001c.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definition's. **CMAJ**, Canadá, v. 172, n. 10, p. 1327-1333, 2005.

BAUMEL, S.W. **Investigando o papel da masturbação na sexualidade**. Tese (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

BINIK, Y.M. *et al.* The female sexual pain disorder: genital pain or sexual dysfunction? **Arch Sex Beh**, v. 31, n. 5, p. 425-429, oct. 2002.

BRITO, R.C.S.; SILVA JÚNIOR, M.D.; HENRIQUES, A.L. Critérios de escolha de parceria amorosa em mulheres climatéricas e menopausadas. **Rev Nufen**, Belém, v. 1, n. 2, p. 55-74, 2009.

BRITO, R.M.M.; MOREIRA, V. “Ser o que se é” na psicoterapia de Carl Rogers: um estado ou um processo? **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 20, p. 201-210, 2011.

CAVALCANTI, I.F. *et al.* Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres na pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.

CLAYTON, A.H. *et al.* Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). **PublMed**, v. 6, n. 3, p. 730-738, Mar., 2009.

FIGUEIRÓ, M.N.D. Educação sexual: Problemas de conceituação e terminologias básicas adotadas na produção acadêmico-científica brasileira. **Semina: Ciênc Soc Hum**, Londrina, v. 17, n. 3, p. 286-293, 1996.

FLEURY, H.J; ABDO, C.H.N. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. **Medicina Sexual**, v. 17, n. 3, p. 133-137, 2012.

FRANÇA, J.L.; VASCONCELLOS, A.C. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 10. ed. rev. e ampl., Belo Horizonte: UFMG, 2019. (Aprender).

GERIN, L. **A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2008.

GOBBI, S.L. *et al.* **Vocabulário e noções básicas da abordagem centrada na pessoa**. São Paulo: Vetor, 2005.

HOLANDA, A.F. A perspectiva de Carl Rogers acerca da resposta reflexa. **Rev NUFEN**, São Paulo, v. 1, n. 1, São Paulo, 2009.

JAMES, G.P. Pathways of sexual desire. **J Sex Med**, EUA, v. 6, n. 6, p. 1506-153, 2009.

KAPLAN, H.S. Hypoactive sexual desire. **J Sex Marital Ther**, v. 3, p. 1, p. 3-9, 1977.

LAUMANN, E.O. *et al.* Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **Int J Impotense Res**, v. 17, n. 1, p. 39-57, 2005.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A.; ROSEN, R.C. **Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors.** **Am J Med Assoc**, EUA, v. 281, n. 6, p. 537-44, 1999.

LEITÃO, V.M. A abordagem centrada na pessoa na história da psicologia no Brasil: da psicoterapia à educação, ampliando a clínica. **Rev Psicol**, Fortaleza, v. 4, n. 1, 1986.

LEWIS, R.W. *et al.* Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. **J Sex Med**, v. 7, n. 4, p. 1598-607, 2010.

LUCENA, B.B; ABDO, C.H.N. O papel da ansiedade na (dis)função sexual. **Diagn Trat**, Brasil, v. 18, n. 2, p. 94-8, 2013.

LUTFEY, K.E. *et al.* An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. **Fertil Steril**, Países Baixos, v. 90, n.4, p.957-64, 2008.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **A resposta sexual humana.** São Paulo: Roca, 1984.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Human sexual response.** Little, Brow and company, Boston, MA, USA, 1966.

McCABE, M.P. *et al.* Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. **J Sex Med**, EUA, v. 13, n. 2, p. 135-143, 2016.

MELLO, L.C.A.; DUTRA, E. Abuso sexual contra crianças: em busca de uma compreensão centrada na pessoa. **Rev Abord Gestalt**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 39-47, 2008.

MELO, E.M. *et al.* A violência rompendo interações: as interações superando a violência. **Rev Bras Saude Mater Infant**, Recife, v. 7, n. 1, p. 89-98, 2007.

MOREIRA, V.; LANDIM, L.B.; ROMCY, G.S. John Keith Wood e a abordagem centrada na pessoa no Brasil. **Rev Abord Gestalt**, Goiânia, v. 20, n. 1, p. 63-70, jun. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672014000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. rev., São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Department of Reproductive Health and Research. **Defining sexual health:** report of a technical consultation on sexual health, 28–31 - January 2002. Geneva: World Health Organization, 2006.

PAGÈS, M. **Orientação não diretiva em Psicoterapia e em Psicologia Social**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; São Paulo: Universidade de São Paulo, 1976.

PECHORRO, P.; DINIZ, A.; VIEIRA, R. Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. **Anál Psic**, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 99-108, mar., 2009.

PINTO, M.A.; Carrenho, E.; Tassinari, M. **Praticando** a abordagem centrada na pessoa: dúvidas e perguntas frequentes. São Paulo: Carrenho, 2010.

PONTES, Â.F. **Sexualidade**: vamos conversar sobre isso? 2011. Tese (Doutorado em Ciências de Saúde Mental) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Lisboa, 2011.

REEVE, C.D.C. Platô on friendship and Eros. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**. USA: Spring Edition, 2011.

ROGERS, Carl. **A terapia centrada no paciente**. Lisboa: Moraes, 1974.

ROGERS, C.R.; KINGET, G.M. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, v. 1, 1975a.

ROGERS, C.R.; KINGET, G.M. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, v. 2, 1975b.

ROGERS, C.R. **Novas formas do amor**: o casamento e suas alternativas. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1976.

ROGERS, C.R. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

ROGERS, C.R. **Tornar-se pessoa**. Lisboa: Moraes, 1985.

ROGERS, C.R. **Um jeito de ser**. São Paulo: E.P.U., 1983.

SILVA, F.R.C.S. Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. **Diagn Trat, Brasil**, v. 20, n. 4, p. 157-60, 2015.

SILVA, J.B. *et al.* Prevalência de disfunções sexuais femininas em universitárias. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE FISIOTERAPIA, 21., 2016, Pernambuco. **Anais...**, Pernambuco: Cobraf, 2016.

SILVA, S.L.F.G. **Neuropsicofisiologia do desejo sexual**: alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual. 2011. Monografia (Especialização em Neurociência e Comportamento) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SOUZA, Z.D et al. Efficacy of Tribulus terrestris for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: A randomized, doubleblinded, placebo-

controlled trial. **Menopause: The Journal of The North American Menopause Society** Vol. 23, No. 11. by The North American Menopause Society. 2016

THOMAS, H.N. *et al.* Patient-centered outcomes and treatment preferences regarding sexual problems: A qualitative study among midlife women. **J Sex Med**, v. 14, Issue 8, p. 1011–1017, 2017.

VALE, F.B.C. **Avaliação dos efeitos do Tribulus Terrestris em mulheres na menacme com distúrbio do desejo sexual hipoativo**. 2016. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

VALE, F.B.C. *et al.* Efficacy of Tribulus Terrestris for the treatment of premenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a randomized double-blinded, placebo-controlled trial. Department of Obstetrics and Gynecology, Universidade Federal de Minas Gerais. *Gynecological Endocrinology*, 2017.

VIEIRA, K.F.L. *et al.* Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. **Psicol: Ciênc Prof**, v. 36, n. 2, p. 329-340, 2016. Doi:10.1590/1982-3703001752013.

WOLPE, R.E. *et al.* Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Reino Unido, v. 211, p. 26-32, 2017.

WOOD, J.K. **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: EDUFES, 2008.

WOOD, J.K. *et al.* **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, UFES, 1994.

WOOD, J.K. Sombras da entrega: tendências na percepção interior nas abordagens centradas na pessoa. *In*: ROGERS, C.R.; WOOD, J.K.; O'HARA, M.M. (orgs.). **Em busca de vida**: da terapia centrada na pessoa à abordagem centrada na pessoa. Trad. de Fonseca, A.H.L. São Paulo: Summus, PP. 23-44, 1983. (Original publicado em 1977). (1983)

## ANEXOS E APÊNDICE

### Anexo A - *Decreased Sexual Desire Screener*

<b>DECREASED SEXUAL DESIRE SCREENER</b> BRIEF DIAGNOSTIC ASSESSMENT FOR GENERALIZED, ACQUIRED HSDD		
THE DECREASED SEXUAL DESIRE SCREENER (DSDS) IS INTENDED TO ASSIST YOUR CLINICIAN IN THE ASSESSMENT OF YOUR DECREASED SEXUAL DESIRE. PLEASE ANSWER EACH OF THE FOLLOWING QUESTIONS BY CIRCLING EITHER YES OR NO.		
1	In the past, was your level of sexual desire or interest good & satisfying to you?	Yes / No
2	Has there been a decrease in your level of sexual desire or interest?	Yes / No
3	Are you bothered by your decreased level of sexual desire or interest?	Yes / No
4	Would you like your level of sexual desire or interest to increase?	Yes / No
5	Please circle all of the factors that you feel may be contributing to your current decrease in sexual desire or interest:	
	a. An operation, depression, injuries, or other medical condition	Yes / No
	b. Medications, drugs, or alcohol you are currently taking	Yes / No
	c. Pregnancy, recent childbirth, menopausal symptoms	Yes / No
	d. Other sexual issues you may be having (pain, decreased arousal or orgasm)	Yes / No
	e. Your partner's sexual problems	Yes / No
	f. Dissatisfaction with your relationship or partner	Yes / No
	g. Stress or fatigue	Yes / No

#### ORIGINAL RESEARCH—OUTCOMES ASSESSMENT

#### Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A Brief Diagnostic Instrument for Generalized Acquired Female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD)

Anita H. Clayton, MD,\* Evan R. Goldfischer, MD, FACS,<sup>†</sup> Irwin Goldstein, MD,<sup>‡</sup>  
Leonard DeRogatis, PhD,<sup>§</sup> Diane J. Lewis-D'Agostino, RN, BS<sup>¶</sup>, and Robert Pyke, MD, PhD<sup>||</sup>

\*Department of Psychiatry and Neurobehavioral Sciences, University of Virginia, Charlottesville, VA, USA; <sup>†</sup>Hudson Valley Urology, Poughkeepsie, NY, USA; <sup>‡</sup>Sexual Medicine, Alvarado Hospital, San Diego, CA, USA; <sup>§</sup>Center for Sexual Medicine at Sheppard Pratt, Baltimore, MD, USA; <sup>¶</sup>Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc., Ridgefield, CT, USA

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.01153.x

## ANEXO B – Ambulatório de Sexologia HC

Ambulatório de Sexologia HC - 1a consulta - Data \_\_\_\_\_ Encaminhada: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ - Tel \_\_\_\_\_  
 DN \_\_\_\_\_ ( Idade: \_\_\_\_\_ ) Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: ( ) casada ( ) união estável ( ) solteira com parceiro Tempo de relacionamento: \_\_\_\_\_ anos  
 Filhos: ( ) não ( ) sim - no \_\_\_\_\_

<b>PARCEIRO:</b> Nome _____ Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Doença atual / medicação: _____ Tabagismo: ( ) não ( ) sim Etilista: ( ) não ( ) sim Drogas Ilícitas: ( ) não ( ) sim - _____
--

QP: \_\_\_\_\_

**História sexual:** Motivação: ( ) não ( ) sim  
 Desejo Espontâneo: ( ) não ( ) sim // Desejo Responsivo: ( ) não ( ) sim  
 No passado, o seu nível de desejo ou interesse sexual era bom e satisfatório para você? Sim ou Não  
 Houve uma diminuição no seu nível de desejo ou interesse sexual? Sim ou Não  
 Você está incomodado com o seu nível diminuído do desejo ou interesse sexual? Sim ou Não  
 Gostaria que o seu nível de desejo ou interesse sexual aumentasse? Sim ou Não  
 Circule todos os fatores que pode estar contribuindo para a sua diminuição atual do desejo sexual ou interesse: uma condição médica ( hipertensão arterial, diabetes, tireoideopatia, cardiopatia, pneumopatia, depressão ou outras), cirurgia ou lesão // medicação, drogas ou álcool // gravidez, parto recente, menopausa e sintomas do climatério // outras questões sexuais que você pode estar tendo (dor, diminuição da excitação ou orgasmo) // problemas sexuais do seu parceiro // insatisfação com seu relacionamento ou parceiro // stress ou fadiga

Excitação subjetiva: ( ) não ( ) sim // Excitação genital: ( ) não ( ) sim  
 Orgasmo: ( ) não ( ) sim - Tipo \_\_\_\_\_  
 Dispareunia: ( ) não ( ) sim -Tipo \_\_\_\_\_ Vaginismo : ( ) não ( ) sim  
 Freqüência sexual ( semana): \_\_\_\_\_ Satisfação sexual ( 0 a 10): \_\_\_\_\_  
 Masturbação: ( ) nunca ( ) sim, nega nos últimos 5 anos ( ) sim, nega nos últimos 6 meses

**HGO:** Menarca: \_\_\_\_\_ Coitarca: \_\_\_\_\_ N parceiros: \_\_\_\_\_ Paridade: \_\_\_\_\_  
 Ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ MAC: \_\_\_\_\_  
 DST: ( ) nunca ( ) sim \_\_\_\_\_  
 Menopausa: \_\_\_\_\_ sem TH ou com TH \_\_\_\_\_  
 CTO: \_\_\_\_\_ MMG: \_\_\_\_\_

**HPP:** Doença atual:  
 Medicação:  
 Cirurgia:  
 Alergia medicamentosa:

**H. Soc:** Tabagismo: ( ) não ( ) sim Etilismo ( ) não ( ) sim Drogas Ilícitas ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

**H. Fam:** CA mama, ovário ou intestino ( ) não ( ) sim TVP ( ) não ( ) sim

**Episódio relevante:**

HD:  
 CD:

## ANEXO C – Parecer ético

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IMPACTO DO USO DO TRIBULUS TERRESTRIS NA FUNÇÃO HORMONAL E NA VASCULARIZAÇÃO CLITORIANA DE MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL

**Pesquisador:** Selmo Geber

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 86444717.7.0000.5149

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFMG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.625.016

#### Apresentação do Projeto:

A disfunção sexual feminina (DSF) é atualmente classificada em três categorias: transtorno sexual de interesse/excitação; transtorno do orgasmo feminino e transtorno de dor/penetração genito-pélvica, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V). A DSF é causada por um desequilíbrio de uma complexa interação de fatores anatômicos, endócrinos, neuronais, vasculares, psicológicos e sociais que podem levar a um efeito negativo significativo na saúde sexual e na qualidade de vida da mulher. A DSF é prevalente, pesquisas epidemiológicas dos Estados Unidos e da Europa relataram que cerca de 19% a 50% das mulheres em algum momento da vida manifestam uma disfunção sexual. Desta forma, vários tratamentos tem sido proposto para as mulheres com DSF. Nosso grupo demonstrou que a utilização de Tribulus terrestris aumenta os níveis corporais de testosterona natural e, assim, melhora os parâmetros específicos da função sexual, da libido e da frequência da atividade sexual (Souza et al, 2016). O Tribulus terrestris é uma planta originária da Índia, recomendada no tratamento da infertilidade, da baixa libido e da impotência sexual. Seu princípio ativo principal é a protodioscina, que tem sido atribuída a um aumento nos níveis de testosterona e melhoria da vascularização clitoriana com melhoria da função sexual. O objetivo do presente estudo é avaliar os efeitos do Tribulus terrestris, a eficácia e a segurança de duas diferentes concentrações de Tribulus terrestris (280 mg e 94 mg) no perfil hormonal e na vascularização da artéria clitoriana de mulheres no menacme e no climatério com

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.625.016

diagnóstico de disfunção sexual feminina. Serão estudadas pacientes hígdas, sem uso de medicação, atendidas no ambulatório de sexologia ginecológica do Hospital das Clínicas da UFMG, com DSF.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Avaliação da melhora na regulação hormonal em mulheres no menacme e climatério com disfunção sexual feminina.

Objetivo Secundário: Avaliação da melhora da vascularização da artéria clitoriana, avaliação do Quociente Sexual Feminino (Q-SF), Índice de Função Sexual feminina (IFSF), avaliação da adesão ao tratamento do estudo através do diário do paciente, avaliação da aceitabilidade do produto, além da avaliação de segurança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: gastrite e refluxo.

Benefícios: serão aqueles advindos dos resultados da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para área de Ciências da Saúde. Texto bem fundamentado e bem delineado. Projeto com início em março de 2018 e previsão de término em março de 2020.

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

Foram apresentados os seguintes documentos:

Projeto detalhado;

Informações básicas do projeto;

Folha de rosto;

Parecer fundamentado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG;

Declaração de recepção e aprovação do projeto emitido pela Secretária da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/Ebserh;

Parecer de aprovação do projeto emitido pela Unidade Funcional Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia do HC-UFMG/Ebserh;

TCLE.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.625.016

**Recomendações:**

Não há.

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

S.M.J. sou a favor da aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1056922.pdf	24/04/2018 18:30:35		Aceito
Outros	RespostaCOEPCAAE86444717700005149.docx	24/04/2018 18:30:04	Selmo Geber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETTDoppler3.pdf	24/04/2018 18:28:55	Selmo Geber	Aceito
Outros	GEPTTDoppler.pdf	23/03/2018 11:31:19	Selmo Geber	Aceito
Outros	respostadiligencia.docx	23/03/2018 11:29:27	Selmo Geber	Aceito
Outros	GEPEhc.pdf	15/02/2018 08:24:40	Selmo Geber	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETTDoppler2.docx	15/02/2018 08:23:12	Selmo Geber	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTTDoppler.pdf	26/12/2017 16:08:20	Selmo Geber	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicaoTTDoppler.pdf	26/12/2017 16:06:23	Selmo Geber	Aceito
Outros	AprovacaoDepartamentoTTDoppler.	26/12/2017	Selmo Geber	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente termo de consentimento informa o desenvolvendo de uma pesquisa no Ambulatório de Sexologia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, de responsabilidade da médica ginecologista e professora adjunta GOB/UFMG, Dra Fabiene Vale, orientada pelo Dr Selmo Geber, com o objetivo de avaliar os efeitos do *Tribulus Terrestris 280mg X 94mg* (medicamento *Androsten Uno®* e *Androsten®*, ambos do Laboratório Herbarium, aprovados pela ANVISA) em mulheres na idade reprodutiva (menacme) e no climatério que apresentam diagnóstico de disfunção sexual feminina.

A participação da paciente consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista (anamnese dirigida) e dois questionários sexuais (Quociente Sexual Feminino - Q-SF, e, Índice de Função Sexual feminina – IFSF) à pesquisadora do projeto. A entrevista e os questionários serão realizados no ambulatório, garantindo a privacidade das pacientes estudadas. Posteriormente, as participantes da pesquisa deverão fazer exame de sangue (prolactina, TSH, testosterona total, SHBG e testosterona livre e biodisponível) para avaliação hormonal, exame clínico (doppler de artéria clitoriana) para avaliação da vascularização clitoriana, no Laboratório do Hospital das Clínicas, bem como responder a avaliação da adesão ao tratamento do estudo através do diário do paciente, avaliação da aceitabilidade do produto, além da avaliação de segurança. Os exames a serem realizados não causarão riscos e nem interferirão no bem-estar das pacientes. Todos os detalhes sobre os exames a serem realizados serão explicados. Em seguida, as pacientes objeto do estudo deverão utilizar os medicamentos em estudo, *Androsten Uno®* ou *Androsten®*, de acordo com o grupo em que forem alocadas, por um período de 90 dias corridos e deverão retornar mensalmente para consultas (3 retornos, 1 a cada 30 dias) durante este período, portando o diário do paciente devidamente preenchido e a caixa do medicamento, mesmo que vazia. Não existem riscos conhecidos com as dosagens administradas além dos efeitos adversos já observados, gastrite e refluxo, que poderão ocorrer durante o período de tratamento e deverão ser notificados à médica (Dra. Fabiene Vale) caso ocorram. Caso ocorra qualquer outro efeito adverso, este também deverá ser notificado à médica (Dra. Fabiene Vale).

A paciente estará sob os cuidados da responsável pelo estudo durante todo este período, podendo recorrer à mesma sempre que julgar necessário. Caso a paciente não deseje mais manter o uso das medicação, essa não será obrigada a manter o uso independente de qual seja o motivo.

Serão resguardadas a identidade e a privacidade das participantes desta pesquisa, sendo consideradas confidenciais todas as informações pessoais das pacientes estudadas. Serão divulgadas apenas os resultados da pesquisa, em eventos ou publicações científicas, sem qualquer identificação das participantes.

Eu (nome completo), \_\_\_\_\_, após a leitura deste documento, declaro que conversei com a pesquisadora responsável, Dra Fabiene Vale, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estando suficientemente informada a respeito dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e de esclarecimentos sempre que desejar. Declaro estar ciente de que a participação no estudo é voluntária e que não farei jus a nenhum tipo de remuneração ou indenização ao final da pesquisa, sendo a revogação deste consentimento permitida a qualquer tempo, por escrito, mediante recibo, sem qualquer penalidade. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo e permito a pesquisadora a utilização dos dados obtidos, para serem incluídos na pesquisa, sem que isso implique na minha identificação.

ASSINATURAS:

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Investigadora Principal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dra. Fabiene Bernardes Castro Vale

Belo Horizonte - MG