

# Disfunção sexual em endometriose: uma revisão sistemática

## *Sexual dysfunction in endometriosis: a systematic review*

Alessandra B. Trovó de Marqui<sup>1</sup>, Maria Paula C. Silva<sup>2</sup>, Gabriela R. F. Irie<sup>3</sup>

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a função sexual das pacientes com endometriose, bem como a participação de fatores de risco. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no PubMed, em março de 2014, empregando os seguintes descritores: *quality of sex life and endometriosis*, *sexual life and endometriosis*, *female sexual dysfunction and endometriosis* e *sexual functioning and endometriosis*. Foram encontrados 152 artigos e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, 20 foram selecionados. Treze estudos investigaram a contribuição do tratamento na disfunção sexual feminina. Ansiedade e depressão são fatores que também influenciam a função sexual, mas foram investigadas em apenas três estudos. As pacientes com endometriose exibem comprometimento da função sexual e, portanto, a investigação sobre sua vida sexual deve ser averiguada, tendo em vista os prejuízos causados pela disfunção na qualidade de vida das mulheres.

**Palavras-chave:** Disfunção Sexual Fisiológica. Endometriose. Fatores de Risco. Sexualidade. Saúde da Mulher.

### ABSTRACT

This study aimed to evaluate the sexual function of patients with endometriosis, as well as the involvement of risk factors. A literature search was performed in PubMed, in March 2014, using the following key words: *quality of sex life and endometriosis*, *sexual life and endometriosis*, *female sexual dysfunction and endometriosis* e *sexual functioning and endometriosis*. 152 articles were found, according to the inclusion and exclusion criteria previously established, 20 were selected. Thirteen studies investigated the contribution of treatment in female sexual dysfunction. Anxiety and depression are factors that also influence sexual function, but has been investigated in only three studies. Patients with endometriosis exhibit impaired sexual function and, therefore, research into your sex life should be investigated, in view of the damage caused by dysfunction in the quality of life of women.

**Keywords:** Sexual Dysfunction, Physiological. Endometriosis. Risk Factors. Sexuality. Women's Health.

1. Professora Associada da Disciplina de Genética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba/MG.
2. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM, Uberaba/MG.
3. Acadêmica do Curso de Graduação em Biomedicina da UFTM, Uberaba/MG.

Correspondencia  
Alessandra Bernadete Trovó de Marqui  
UFTM, Instituto de Ciências Biológicas e Naturais/ICBN,  
Departamento de Patologia, Genética e Evolução  
Disciplina de Genética  
Campus I - Praça Manoel Terra, nº 330  
CEP: 38015-050 - Uberaba-MG.

Artigo recebido em 27/06/2014  
Aprovado para publicação em 12/02/2015

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) referencia a sexualidade humana como sendo um dos indicadores de qualidade de vida (QV). Nesse sentido, uma vida sexual satisfatória é parte integrante da saúde global do ser humano e do bem-estar individual. A resposta sexual saudável é baseada no modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo, o qual é a base de classificação das disfunções sexuais femininas (DSF). A disfunção sexual (DS) é definida como uma situação na qual o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro. É considerada problema de saúde pública que afeta significativamente a vida das mulheres e de seus parceiros.<sup>1,2</sup>

A DSF é definida como qualquer alteração ou dor em uma ou mais etapas do ciclo da resposta sexual. Nesse sentido, as disfunções sexuais são classificadas em quatro categorias: transtornos ou distúrbios de desejo sexual (desejo sexual hipoaetivo e aversão sexual), transtornos ou distúrbios da excitação sexual, transtornos ou distúrbios do orgasmo e transtornos ou distúrbios sexuais dolorosos (onde se inclui a dispareunia e o vaginismo). A dor associada à relação sexual gera sofrimento, angústias ou dificuldade interpessoal tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria.<sup>1,3,4</sup>

A dispareunia é definida como dor genital que ocorre antes, durante ou após o coito, o que pode levar a mulher a evitar o sexo. Ela é um dos sintomas da endometriose, uma condição ginecológica crônica que afeta mulheres em idade reprodutiva. Os sintomas clínicos da doença compreendem dor pélvica crônica (DPC), dismenorréia, disquezia, disúria, infertilidade e dispareunia.<sup>5</sup> A frequência de dispareunia em mulheres com endometriose variou de 54,7% a 86%.<sup>6</sup> Com o objetivo de avaliar o impacto da dispareunia na vida e relacionamento das mulheres com endometriose, Denny & Mann<sup>6</sup> realizaram um estudo qualitativo com 30 mulheres com a doença. Os resultados mostraram que, a experiência da dor limitou a atividade sexual para a maioria das mulheres investigadas e isso resultou em baixa auto-estima com consequente efeito negativo na relação com o parceiro. Nessa direção, apesar da dispareunia ser um problema sexual comum em pacientes com endometriose, o impacto na sexualidade, identidade feminina e relacionamento dessas pacientes tem sido raramente alvo de investigação.<sup>11</sup> Um estudo sobre sexualidade em 26

pacientes com endometriose, através de uma abordagem psicossomática e sexológica, mostrou que a resposta clínica da dor foi satisfatória em todas as pacientes na vigência do tratamento e isso promoveu uma melhoria na sexualidade em 21 pacientes, incluindo um melhor relacionamento com os parceiros.<sup>12</sup>

O diagnóstico das DSF é clínico e baseado em uma anamnese detalhada e exame físico efetuado por um ginecologista. Esse profissional deve ter amplo conhecimento da fisiologia e patologia sexual para caracterizar distúrbios somáticos que interfiram na resposta sexual da mulher. O critério diagnóstico inclui o período mínimo de seis meses de sintomatologia e na consulta médica, seria importante a presença do casal para que seja excluída algum distúrbio relacionado ao parceiro. Ainda, caso fatores emocionais estejam associados, a paciente com DSF deve ser encaminhada à psicoterapia.<sup>13</sup>

Apesar do ginecologista ter um papel fundamental no diagnóstico das queixas sexuais relatadas pelas mulheres, há uma falha no ensino da sexualidade nos cursos médicos do Brasil. Duas pesquisas independentes com estudantes de Medicina dos estados do Piauí e São Paulo mostraram uma visão da sexualidade centrada nos aspectos biológicos e patológicos, com pequeno destaque para a construção social da sexualidade.<sup>14,15</sup> Ainda, uma delas mostrou um significativo percentual de respostas equivocadas sobre sexualidade feminina.<sup>14</sup> Ambos os estudos mostraram que a formação médica recebida foi limitada para responder às diretrizes que norteiam a assistência em saúde sexual e reprodutiva das políticas públicas de saúde, não abrangendo a sexualidade em seus múltiplos aspectos.<sup>14,15</sup>

Dois fatores interferem no diagnóstico das DSF. Um deles é que uma pequena parcela das mulheres relata suas dificuldades sexuais ao ginecologista por inibição, vergonha ou frustração ou o próprio médico não investiga por constrangimento ou desconhecimento da resposta sexual humana.<sup>1</sup> Ainda, caso o tema sexualidade seja abordado, as queixas das mulheres são baseadas no seu autorrelato. O ideal seria a utilização de instrumentos de auto-avaliação que contemplem todas as dimensões do funcionamento sexual.<sup>16</sup>

A aplicação de questionários tais como o SHOW-Q (*Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire*), o SAQ (*Sexual Activity Questionnaire*), o GRISS (*Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*), o FSFI (*Female Sexual Function Index*), o MFSQ (*McCoy Female Sexuality Questionnaire*),

o DSFI/GSSI (*Derogatis Sexual Functioning Inventory/Global Sexual Satisfaction Index*) auxiliaria o ginecologista no diagnóstico das DSF. No entanto, tais questionários são administrados apenas em pesquisas clínicas. Tais instrumentos permitiriam o conhecimento da extensão dos problemas sexuais o que possibilitaria o oferecimento de abordagens terapêuticas mais eficazes já que a DS é um dos principais determinantes de redução da QV.

Ainda, vale destacar que a endometriose é uma doença crônica e essa exerce influência na QV sexual. Somado a isso, a dispareunia constitui um distúrbio sexual doloroso e um dos sintomas mais frequentes da endometriose. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a função sexual em pacientes com endometriose, bem como a participação de fatores de risco.

## Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no PubMed, em março de 2014, sem limite de período, empregando os seguintes descritores: *quality of sex life and endometriosis*, *sexual life and endometriosis*, *female sexual dysfunction and endometriosis* e *sexual functioning and endometriosis*. O PubMed foi a base de dados escolhida por ser amplamente utilizada em pesquisas na área da saúde. Os critérios de inclusão foram estarem intimamente relacionados ao tema e no idioma inglês. Foram excluídos artigos do tipo revisão, carta ao editor, relato de caso, aqueles sem relação direta com o tema e publicados em outro idioma que não fosse o inglês. Os artigos repetidos foram contados apenas uma vez. A seleção dos artigos foi feita por dois autores, de forma independente, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Nos

casos em que houve discordância entre eles, a opinião de terceiro autor foi empregada. O **Quadro I** apresenta o resultado da busca no PubMed por estudos que abordaram função sexual em endometriose.

## Resultados

Na presente revisão da literatura, foram incluídos 20 artigos científicos que abordaram função sexual em mulheres com endometriose. Os principais resultados desses estudos constam apresentados no **Quadro II**.

## Discussão

A análise da função sexual feminina (FSF) é influenciada por vários fatores, dentre eles: ansiedade, depressão, escolaridade, idade, renda, alterações hormonais fisiológicas como gestação, amamentação e menopausa, doenças crônicas, infertilidade, medicação (anticoncepcionais orais e antidepressivos), abuso sexual, raiva, estresse, baixa auto-estima, fatores culturais e religiosos, aspectos do relacionamento conjugal, cirurgia, paridade e doenças neurológica, endócrina, vascular e uroginecológica.<sup>35-40</sup> Em endometriose, os seguintes fatores merecem destaque: infertilidade, medicação, cirurgia, ansiedade e depressão. Os anticoncepcionais orais e a cirurgia constituem opções terapêuticas para o tratamento da dor pélvica e infertilidade associada à endometriose.<sup>41</sup> Cerca de 30 a 50% das mulheres com endometriose são inférteis<sup>42</sup> e a infertilidade está associada com DS.<sup>43</sup> Dos vinte estudos apresentados no **Quadro II**, apenas um deles avaliou oito fatores associados a DS (idade, renda, nível educacional, estado civil, infertilidade, intensidade da dor pélvica, endometriose

**Quadro I: Resultados da busca eletrônica realizada em 19/03/2014 no PubMed.**

Descritores	Nº de artigos encontrados	Nº de artigos selecionados para leitura
Quality of sex life and endometriosis	16	7
Sexual life and endometriosis	58	9
Female sexual dysfunction and endometriosis	63	3
Sexual functioning and endometriosis	15	1
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>20</b>

**Quadro II – Síntese dos principais resultados dos 20 estudos que avaliaram FS em pacientes com endometriose.**

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Casuística</b>	<b>Instrumento usado para avaliar a fs</b>	<b>Principais resultados sobre ds</b>
Garry et al <sup>17</sup>	Avaliar o efeito da endometriose e da excisão laparoscópica radical na QV de mulheres com essa condição ginecológica	Estudo prospectivo	57 pacientes que sofreram excisão laparoscópica de endometriose invasiva	SAQ	Os domínios prazer, desconforto e hábito/frequência do SAQ foram avaliados no pré e pós-operatório (4 meses após excisão laparoscópica). Se- gundo apresentado a pontuação mediana (IQR) para cada domínio: prazer [11 (6-13) versus 13 (9-16), p=0,002], desconforto [3 (1-5) versus 1 (0-3), p<0,05] e hábito [1 (0-1) versus 1 (1-2), p=0,02]. A endometriose prejudicou profundamente a FS e a excisão laparoscópica radical promoveu uma melhora significativa em todos os domínios da FS.
Abbott et al <sup>18</sup>	Investigar a eficácia da excisão laparoscópica para endometriose após 5 anos	Estudo de coorte, prospectivo, observacional	135 pacientes com endometriose	SAQ	Os valores para FS foram medidos antes e 2-5 anos após a cirurgia e estão expressos como mediana (IQR). Houve uma melhora significativa no prazer [10 (5-12) versus 12 (9-15), p=0,001] e hábito [1 (0-1) versus 1 (1-1), p=0,012] e um decréscimo no desconforto [3 (1,5-5) versus 2 (1,5-3), p=0,001] até cinco anos após a excisão laparoscópica para endometriose.
Abbott et al <sup>19</sup>	Examinar o efeito da cirurgia laparoscópica comparado com cirurgia placebo na dor e QV de mulheres com endometriose	Estudo cross-over, cego, randomizado	39 mulheres com endometriose	SAQ	A FS foi avaliada antes, 6 e 12 meses após a cirurgia. Houve uma melhora nas escalas prazer, hábito e desconforto.
Ferrero et al <sup>20</sup>	Caracterizar FS nas mulheres com endometriose e DP	Estudo cross-sectional	76 mulheres com USLE (grupo U) 20 mulheres sem USLE (grupo E) 40 controles (grupo C)	GSSI	Quando o grupo U foi comparada com o E e C, os escores de dor foram mais altos, o número de intercursos por semana foi reduzido, o orgasmo foi menos satisfatório e as pacientes se sentiam menos relaxadas e realizadas após o sexo. O GSSI foi significativamente mais baixo no grupo U que no C (3,3 ± 1,5 e 4,8 ± 1,0, respectivamente, p <0,05); grupo E teve um GSSI de 3,9 ± 1,4 que foi mais baixo que o grupo C, mas a diferença não foi estatisticamente significativa. Entre as mulheres com DP, aquelas com DIE do ligamento uterosacral exibiram maiores prejuízos na FS.

(continuação) **Quadro II** – Síntese dos principais resultados dos 20 estudos que avaliaram FS em pacientes com endometriose.

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Casuística</b>	<b>Instrumento usado para avaliar a fs</b>	<b>Principais resultados sobre ds</b>
Lyons et al <sup>21</sup>	Descrever o efeito da excisão laparoscópica para manter a fertilidade em endometriose e ressecção intestinal nos resultados clínicos e de QV	Estudo de coorte, prospectivo, observacional (estudo piloto)	7 pacientes com endometriose intestinal	SAQ	Os domínios prazer, desconforto e hábito/frequência do SAQ foram avaliados antes e 12 meses após a cirurgia. Após a cirurgia, houve um aumento no prazer [13 (IQR 6-14) versus 15 (IQR 13-16), p =0,21]; uma diminuição no desconforto [1 (IQR 0-2) versus 0 (IQR 0-0,5), p=0,10] e não houve mudanças no hábito [1 (IQR 0,75-1) versus 1 (0-1), p=1,0]. Houve uma melhora, embora não estatisticamente significante na FS.
Ferrero et al <sup>22</sup>	Avaliar o efeito da excisão laparoscópica da endometriose sobre a DP e na QV sexual	Estudo de coorte, prospectivo, observacional	casuística inicial: 68 44 mulheres com USLE 24 sem USLE casuística final: 52 (após 12 meses)	GSSI	Foram observadas melhoras significativas no GSSI nas pacientes com e sem USLE, 6 e 12 meses após a cirurgia (p<0,001). Antes da cirurgia, 57,4% das pacientes interrompiam com frequência o intercurso sexual por causa da dor, após 12 meses apenas 7,7% relatavam essa complicação (p<0,001).
Ferrero et al <sup>23</sup>	Avaliar o efeito da excisão laparoscópica da endometriose combinada com a administração pós-operatória de triptorelina sobre a DP e na QV sexual em mulheres com endometriose.	Estudo de coorte, observacional	98 mulheres: 64 com USLE e 34 sem	GSSI	O GSSI apresentou pontuação significativamente mais alta após um ano da cirurgia quando comparado com antes da cirurgia (5,4±1,8 versus 3,7±1,7, respectivamente; p<0,001). Antes da cirurgia: - 83,7% não satisfeitas com o orgasmo - 61,2% não relaxadas e realizadas após o sexo - 41,8% interrompiam frequentemente o sexo por causa da dor - 31,6% tinham dificuldade de relaxar durante o sexo Após a cirurgia: - 68,3% apresentavam orgasmo satisfatório - 71,1% relaxadas e realizadas após o sexo - 17% ainda interrompiam o sexo por causa da dor - 77,4% relaxavam durante o intercurso sexual

(continuação) **Quadro II** – Síntese dos principais resultados dos 20 estudos que avaliaram FS em pacientes com endometriose.

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Casística</b>	<b>Instrumento usado para avaliar a fs</b>	<b>Principais resultados sobre ds</b>
Guzick et al <sup>24</sup>	Comparar a eficácia de leuprolide e COCs no tratamento da dor associada à endometriose	Estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego, controlado	47 mulheres 26 - COCs 21 - leuprolide	ISS	As mulheres foram avaliadas quanto a FS antes, 4, 12, 24, 36 e 48 semanas de tratamento. Não houve diferença global do efeito do medicamento na satisfação sexual entre os dois tratamentos usados.
Meuleman et al <sup>25</sup>	Testar a hipótese de que o baixo índice de complicação e um bom resultado clínico podem ser alcançados dentro de dois anos com a cirurgia multidisciplinar apropriada	Estudo de coorte, retrospectivo	45 mulheres com endometriose profunda e invasão colo-retal	SAQ	O SAQ mostrou uma melhora pós-operatória significativa no prazer sexual (p=0,009) e na frequência de atividade sexual (p=0,003) e uma redução significativa no desconforto durante o intercurso sexual (p=0,026).
Tripoli et al <sup>26</sup>	Avaliar a QV e satisfação sexual em mulheres que sofrem de DPC com ou sem endometriose	Estudo cross-seccional	134 mulheres divididas em três grupos: 49 (grupo I) - pacientes com DPC e diagnóstico de endometriose 35 (grupo II) - pacientes com DPC e outra condição ginecológica 50 (grupo III) - pacientes saudáveis (grupo controle)	GRISS	O GRISS apresentou diferenças significativas nas questões gerais (p=0,001) e nas cinco áreas (FR, p=0,010; SS, p=0,009; SA, p=0,004; LES, p=0,003; VAG, p=0,013) quando os grupos I e II foram comparados com o controle. Foram observadas reduções significativas na FR (p=0,031 e 0,004) e SS (p=0,044 e 0,006), bem como aumento significativo na SA (p=0,002 e 0,022), LES (p=0,001 e 0,020) e VAG (p=0,006 e 0,035) quando os grupos I e II foram comparados com o III. A avaliação global do GRISS evidenciou que o grupo I (39,27) e II (43,21) tiveram piores escores quando comparados com o grupo III (29,79).
Mabrouk et al <sup>27</sup>	Avaliar o impacto da excisão laparoscópica completa da endometriose e administração pós-operatória com COCs sobre a FS em pacientes com DIE e comparar os resultados de FS das mulheres submetidas à ressecção intestinal e excisão de nódulos	Estudo de coorte, prospectivo	106 mulheres com DIE, tratadas por laparoscopia e subseqüente terapia com COCs por seis meses	SHOW-Q	Uma melhora significativa foi observada seis meses após a cirurgia e tratamento com COCs nos domínios interferência de problemas pélvicos, satisfação sexual e desejo (p<0,05). Não houve mudança na escala orgasmo (p=0,7). Não houve diferença significativa na pontuação do SHOW-Q entre as pacientes submetidas à ressecção intestinal (n=22) e a excisão de nódulo (n=38) (p>0,05)

(continuação) **Quadro II** – Síntese dos principais resultados dos 20 estudos que avaliaram FS em pacientes com endometriose.

<b>Estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Casuística</b>	<b>Instrumento usado para avaliar a fs</b>	<b>Principais resultados sobre ds</b>
Vercellini et al <sup>28</sup>	Avaliar o impacto da endometriose reto-vaginal na dor durante o intercursos sexual e na FS	Estudo de caso-controle	260 mulheres: 93- endometriose reto-vaginal 86 - endometriose peritoneal e/ou ovariana 81- mulheres sem endometriose (grupo controle)	SRS	A pontuação geral mediana foi de 56 no grupo com endometriose reto-vaginal, 62 no grupo com endometriose peritoneal e/ou ovariana e 60 no grupo controle. Nenhuma diferença significativa no escore SRS geral foi detectada nas mulheres dos grupos com endometriose. Os grupos de mulheres com a doença tiveram pior desempenho em diversos domínios SRS quando comparado ao grupo controle.
Setälä et al <sup>29</sup>	Avaliar FS, QV e dor pélvica após a cirurgia para endometriose, incluindo ressecção vaginal	Estudo prospectivo, observacional	22 pacientes com endometriose, avaliadas antes e 12 meses após a cirurgia	MFSQ	Doze meses após a cirurgia houve aumento significativo na satisfação sexual ( $p=0,03$ ) e diminuição nos problemas sexuais ( $0,04$ ) comparado com antes da cirurgia.
Kóssi et al <sup>30</sup>	Avaliar a QV e FS em pacientes que foram submetidos à ressecção retossigmoide para endometriose	Estudo prospectivo	26 pacientes que sofreram ressecção intestinal para endometriose colorretal	MFSQ	Doze meses após a cirurgia foi observado aumento significativo na satisfação sexual ( $p=0,01$ ). As sub-escalas problemas sexuais e satisfação com o parceiro não exibiram mudanças significantes ( $p=0,1$ ).
Jia et al <sup>31</sup>	Estimar a prevalência e fatores associados de DSF em endometriose	Estudo cross-sectional	111 mulheres com endometriose	FSFI	Das mulheres analisadas, 73% apresentavam DS. Os dados mostraram que dor pélvica severa e endometriose estágio avançado foram significativamente associados com a DSF.
Montanari et al <sup>9</sup>	Avaliar FS em mulheres com DIE e estudar o impacto dos sintomas da endometriose e tipo de lesão na FS das pacientes	Estudo cross-sectional	168 mulheres sexualmente ativas	SHOW-Q	61,5% das pacientes relataram uma baixa frequência de intercursos sexual 71,4% relataram que os problemas pélvicos interferem substancialmente na atividade sexual A pontuação média do SHOW-Q mostrou redução na FS (escore total médio SHOW-Q: 56,38 ± 22,74)

(continuação) **Quadro II** – Síntese dos principais resultados dos 20 estudos que avaliaram FS em pacientes com endometriose.

Estudo	Objetivo	Tipo de estudo	Casuística	Instrumento usado para avaliar a fs	Principais resultados sobre ds
Fritzer et al <sup>11</sup>	Avaliar a prevalência e o impacto da DS, angústia sexual e relacionamento interpessoal em pacientes com endometriose	Estudo de coorte	125 pacientes com endometriose e dispareunia	FSFI	<p>A escala satisfação foi a mais afetada (55,66 ± 34,55), seguida por orgasmo (56,90 ± 33,77)</p> <p>Houve uma correlação significativa entre os escores SF-36 e SHOW-Q (p&lt;0,0001).</p> <p>78% angústia sexual                      32% DS                      30% DS e angústia sexual simultaneamente</p> <p>41% das mulheres interrompiam o intercurso sexual quase sempre ou frequentemente devido à dor</p> <p>66% tinham medo da dor antes/durante o intercurso sexual</p> <p>30% motivação primária para o intercurso sexual foi conceber</p> <p>46% sofriram de dor durante o intercurso para satisfazer o parceiro e evitar conflitos</p>
Vercellini et al <sup>32</sup>	Avaliar se o tratamento cirúrgico e o tratamento com baixa dosagem de progestina afetam diferencialmente a DP associada à endometriose em termos de funcionamento sexual, estado psicológico e QV relacionada à saúde	Estudo de coorte	129 pacientes sendo 47 do grupo cirúrgico e 82 do grupo em uso de progestina	FSFI	<p>O escore FSFI total e os seis domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) foram medidos antes do início dos tratamentos, 3, 6 e 12 meses após os tratamentos. O escore FSFI total melhorou imediatamente após a cirurgia, mas piorou com o tempo, enquanto que o efeito durante o uso de progestina aumentou mais gradualmente. O aumento do escore total FSFI foi observado em ambos os grupos, com uma tendência a uma leve melhora na pontuação total após a cirurgia no final do período de estudo.</p> <p>Apesar da melhora no escore FSFI total, ambos os grupos apresentaram pontuação FSFI abaixo da normalidade (26,5) mos-</p>

(continuação) **Quadro II** – Síntese dos principais resultados dos 20 estudos que avaliaram FS em pacientes com endometriose.

Estudo	Objetivo	Tipo de estudo	Casuística	Instrumento usado para avaliar a fs	Principais resultados sobre ds
Van den Broeck et al <sup>33</sup>	Avaliar se há diferenças entre mulheres com endometriose que realizaram cirurgia laparoscópica com ou sem ressecção intestinal em relação aos sintomas depressivos, satisfação no relacionamento e funcionamento sexual	Estudo de coorte prospectivo	203 mulheres com endometriose estádios moderado ou severo (III = 67 e IV = 136)	SSFS	trando que a DS observada antes do início do tratamento não foi corrigida por nenhum dos tratamentos empregados (cirúrgico versus medicamentoso). A FS foi medida antes, 6, 12 e 18 meses após a cirurgia. Quatro categorias de DS (dor durante o intercurso, orgasmo, excitação sexual e desejo sexual) foram avaliadas e comparadas entre o grupo com e sem ressecção intestinal. A única diferença significativa encontrada foi a alta proporção de mulheres que indicaram problemas severos com orgasmo no grupo que não realizou ressecção intestinal (10%, p<0,05) comparada com o grupo de ressecção intestinal (0%).
Evangelista et al <sup>34</sup>	Avaliar a FS em mulheres com DIE	Estudo observacional, cross seccional, prospectivo	57 mulheres com DIE (casos) e 38 mulheres saudáveis (controle)	FSFI	Não foi encontrada diferença significativa na pontuação geral do FSFI entre os casos (23,4±8,7) e controles (24,3±6,5). Entretanto, houve diferença significativa entre os dois grupos no domínio dor (caso: 3,4±1,8 e controle: 4,5±1,7).

FS= Função sexual; DS= Disfunção sexual; QV= qualidade de vida; SAQ = Sexual Activity Questionnaire; IQR= interquartile range;

DP= Dispaurenia de profundidade; USLE=Endometriose no ligamento útero-sacral; GSSI= Global Sexual Satisfaction Index; DIE= Endometriose infiltrante profunda; COCs= contraceptivos orais contínuos/combinados; ISS= Index of Sexual Satisfactor; DPC= Dor pélvica crônica; GRISS=Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfactor; FR=frequência de relações; SS=satisfação sexual; SA=aversão sexual; LES=falta de expressão de sensualidade; VAG=vaginismo; SHOW-Q= Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire; SRS= Revised Sabbatsberg Sexual Self-Rating Scale; MFSQ= McCoy Female Sexuality Questionnaire; FSFI= Female Sexual Function Index; SF-36: Short Form 36; SSFS: short sexual functioning scale

infiltrante profunda e estadiamentos da endometriose).<sup>31</sup> Treze estudos investigaram a contribuição do tratamento na DSF sendo que nove avaliaram o efeito da cirurgia,<sup>17,18,19,21,22,25,29,30,33</sup> um o papel do medicamento<sup>24</sup> e três a combinação de ambos os tratamentos.<sup>23,27,32</sup> A análise da contribuição do medicamento para a função sexual ficou restrita. Ferrero et al.<sup>23</sup> sugerem que sejam realizados tratamento clínico ou cirúrgico isolado para se determinar a contribuição de cada um na função sexual. Os sete estudos restantes não analisaram o efeito do tratamento na DSF.<sup>9,11,20,26,28,31,34</sup> Ainda, a avaliação da função sexual foi o objeto principal de estudo em 14 artigos científicos<sup>9,11,20,22,23,26-34</sup> e em seis deles, foi investigada secundariamente à QV e dor.<sup>17,18,19,21,24,25</sup>

Um achado que despertou a atenção foi que apenas quatro<sup>20,26,28,34</sup> dos sete estudos que não investigaram o efeito do tratamento na DSF, utilizaram grupo controle, ou seja, compararam a função sexual nas mulheres com e sem endometriose. Ainda, um desses estudos destacou como limitação a ausência de grupo controle.<sup>9</sup> A presença do grupo controle permite uma comparação entre indivíduos com a doença com aqueles saudáveis e, portanto, pode-se estabelecer um valor de normalidade para a característica a ser avaliada. É importante o pareamento entre os grupos com características sociodemográficas semelhantes.

A aplicação de instrumentos de auto-avaliação tem se mostrado eficaz na análise da FSF. Os questionários SAQ, FSFI e GSSI foram os mais utilizados, sendo empregados em 60% dos estudos. Em virtude da ampla heterogeneidade de questionários aplicados para análise da FSF, como apresentado no **Quadro II**, a comparação dos resultados tornou-se limitada.

Os estudos que empregaram o SAQ<sup>17,18,19,21,25</sup> mostraram que a cirurgia promoveu um aumento no prazer, uma diminuição no desconforto e em três deles houve também elevação na frequência/hábito de intercurso sexual<sup>18,19,25</sup>. O domínio desconforto do SAQ corresponde à presença de ressecamento vaginal e dor ou desconforto durante a penetração. A diminuição da dor após a cirurgia também foi relatada por Ferrero et al.<sup>22</sup>. Dois outros estudos<sup>29,30</sup> empregaram o mesmo instrumento e observaram aumento da satisfação sexual e apenas um deles, diminuição dos problemas sexuais.<sup>29</sup> Essa última categoria avalia lubrificação insuficiente e relações sexuais dolorosas, ou seja, corresponde aos domínios desconforto e dor do SAQ e GSSI, respectivamente.

O instrumento FSFI foi empregado em quatro estudos.<sup>11,31,32,34</sup> Esse questionário avalia seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as pesquisas consideraram que um escore FSFI  $\leq 26,5$  indicou disfunção sexual. No estudo de Evangelista et al.<sup>34</sup> o grupo de estudo e o controle apresentaram escores de  $23,4 \pm 8,7$  e  $24,3 \pm 6,5$ , respectivamente, ou seja, não houve diferença significativa nos escores FSFI total e ambos exibiram disfunção sexual. Apesar do grupo controle não apresentar nenhuma complicação ginecológica ou outra comorbidade, a explicação para esse achado é indefinida. Segundo os autores, uma possível justificativa é que as pacientes com endometriose, embora apresentassem dispareunia profunda, minimizam esse sintoma devido ao desejo de engravidarem. Isto poderia aumentar os escores individuais de alguns domínios do FSFI, elevando o escore total do grupo controle. Nos outros dois estudos publicados em 2013 os autores não informaram a pontuação geral do FSFI para comparação.<sup>11,31</sup> Jia et al.<sup>31</sup> relataram que a prevalência de DSF em mulheres com endometriose foi 73%, e no estudo de Fritzer et al.<sup>11</sup>, a incidência foi muito mais baixa (32%). Quatro estudos realizados no Brasil em mulheres saudáveis relataram que a prevalência variou de 35,9% a 53%.<sup>44-47</sup> Outro estudo realizado com 214 mulheres portuguesas em idade reprodutiva (18 e 57 anos) evidenciou que a prevalência de DSF foi ainda mais elevada (77,2%).<sup>40</sup>

Na ausência de tratamento para endometriose<sup>9,26</sup>, as pacientes afetadas relataram um aumento da aversão sexual ocasionando uma diminuição na frequência de relações sexuais com satisfação sexual comprometida devido a dispareunia. Esses dados coincidem com aqueles publicados previamente por Denny & Mann<sup>6</sup> que mostraram que 86% das pacientes relataram dispareunia e dessas 69% apresentavam dor após o intercurso por algumas horas; 69% evitavam o sexo devido à dor e 19% não estavam ativas por causa da dor. Outro estudo mostrou que a dispareunia esteve presente como fator de esquivas sexuais em parte da amostra e que somente os graus mais avançados de endometriose comprometeram a sexualidade.<sup>48</sup> Nesse sentido, a dor constituiu fator limitante para o intercurso sexual e isso destaca a importância do tratamento farmacológico e cirúrgico no controle dessa variável. A dor pode ser tratada por excisão peritoneal dos implantes, nódulos profundos e cistos ovarianos ou induzindo supressão da lesão

por abolir ovulação e menstruação através da manipulação hormonal com progestinas, contraceptivos orais e agonistas de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH $\alpha$ ). Esses fármacos criam um ambiente hipoestrogênico (GnRH $\alpha$  – acetato de nafarelina, acetato de leuprolida, triptorelina), hiperandrogênico (danazol, gestrinona) ou hiperprogestogênico (contraceptivos orais, progestágenos – acetato de noretisterona, dienogest, sistema intrauterino com levonorgestrel/SIU-LNg, acetato de medroxiprogesterona/DMPA), com supressão da proliferação celular endometrial.<sup>41,49</sup> Na escolha do medicamento deve-se considerar os efeitos colaterais e grau de satisfação das pacientes com o tratamento. Em relação ao tratamento cirúrgico para dor associada à endometriose, uma revisão recente conclui que esse parece ser a terapia definitiva para as mulheres com sintomas dolorosos exacerbados.<sup>50</sup> No entanto está associado a complicações e alta taxa de recorrência.<sup>49</sup> Uma revisão sistemática da literatura mostrou que a recorrência de dor foi relatada por 45 das 189 mulheres com endometriose profunda e recorrência necessitando de reintervenção ocorreu em 61 de 314 mulheres. A recorrência da endometriose foi relatada em 37 de 267 mulheres.<sup>51</sup> Ainda em relação a dispareunia e função sexual, há um trabalho do tipo revisão que mostrou que a ressecção cirúrgica diminuiu a intensidade da dor e melhorou a QV sexual das pacientes com endometriose.<sup>52</sup>

Apesar dos sintomas psicológicos estarem associados com DS, dos 20 estudos inclusos nessa revisão, apenas três deles avaliaram ansiedade e/ou depressão e função sexual em pacientes com endometriose.<sup>24,32,33</sup> A depressão<sup>53,54,55</sup> e a ansiedade<sup>55</sup> afetam cerca de 90% das pacientes com essa doença. A primeira está associada com redução da libido e da autoestima, e conseqüentemente, leva à diminuição da frequência e do interesse sexual. Ainda, o uso de antidepressivos tais como tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e inibidores da monoaminooxidase que auxiliam no tratamento da depressão, intensificam a redução da libido interferindo negativamente na QV sexual da paciente.<sup>38,56</sup> Com relação à ansiedade, Lucena & Abdo<sup>39</sup> concluem que níveis leve ou moderado de ansiedade podem auxiliar na excitação sexual, enquanto graus mais graves pre-

judicam o funcionamento sexual. Uma maneira de minimizar os sintomas de ansiedade e depressão e melhorar a QV sexual das mulheres com endometriose seria o uso da Terapia Comportamental Cognitiva.<sup>57,58</sup> Essa seria uma opção viável tendo em vista que a medicação com antidepressivos pode provocar DSF. Outros métodos disponíveis para as DSF incluem tratamento medicamentoso e fisioterapêutico.<sup>2,3,4</sup>

Considerando a íntima relação endometriose, depressão, ansiedade e DS, seria conveniente a participação de profissionais da psicologia, fisioterapia e terapia sexual na rotina de atendimento das pacientes com essa doença. Essa equipe poderia oferecer às pacientes estratégias terapêuticas voltadas para o tratamento holístico, tirando o foco do tratamento convencional (cirúrgico e medicamentoso) voltado para DPC e infertilidade. Em suma, a endometriose é uma doença crônica e complexa que necessita de uma abordagem holística e interdisciplinar.

De nosso conhecimento, os artigos sobre prevalência e fatores associados à DSF em endometriose são escassos<sup>11,31</sup>, o que sugere a necessidade de estudos adicionais voltados para essa temática. Um estudo recente em mulheres em idade reprodutiva mostrou que a dispareunia foi o segundo subtipo de DSF mais prevalente (40,9%). A aversão sexual foi estatisticamente relacionada com existência de uma história prévia de abuso sexual ( $p=0,001$ ) e a ingestão de anticoncepcionais hormonais foi associada a uma diminuição do desejo ( $p=0,003$ ).<sup>40</sup>

## Conclusão

Os estudos apresentados nessa revisão mostraram que as pacientes com endometriose exibem comprometimento da função sexual e o tratamento farmacológico e/ou cirúrgico foi eficaz na melhora dessa variável. Deste modo, o impacto da doença sobre a sexualidade da paciente é significativo.

Sugerimos que, a investigação sobre a vida sexual de pacientes com endometriose deve ser averiguada, ou seja, uma atenção especial deve ser dada às queixas sexuais das pacientes durante a consulta ginecológica, tendo em vista os prejuízos causados pela disfunção sexual na QV das mulheres.

## Referências

1. Lara LA, Rosa e Silva AC, Romão AP, Junqueira FR. [The assessment and management of female sexual dysfunction]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30:312-21.
2. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurocienc.* 2010;18:267-74.
3. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, García-Zapata MTA, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina.* 2012;40:195-202.
4. Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril.* 2013;100:905-15.
5. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2009;360:268-79.
6. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007;33:189-93.
7. Bellelis P, Dias JA Jr, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis—a case series. *AMB rev Assoc Med Bras.* 2010;56:467-71.
8. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orenge JC, Abac S, Ruiz A, et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertil Steril.* 2010;93:2424-8.
9. Montanari G, Di Donato N, Benfenati A, Giovanardi G, Zannoni L, Vicenzi C, et al. Women with deep infiltrating endometriosis: sexual satisfaction, desire, orgasm, and pelvic problem interference with sex. *J Sex Med.* 2013;10:1559-66.
10. Smorgick N, Marsh CA, As-Sanie S, Smith YR, Quint EH. Prevalence of pain syndromes, mood conditions, and asthma in adolescents and young women with endometriosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26:171-5.
11. Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;169:392-6.
12. Montgomery M, Pereira DHM. Uma abordagem psicossomática e sexológica da endometriose. *Reprod. Clim.* 1995;10:129-31.
13. Tozo IM, Lima SMRR, Gonçalves N, Moraes JC, Aoki T. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2007;52:94-9.
14. Lima MCP, Cerqueira ATAR. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32:49-55.
15. Rufino AC, Madeiro AP, Girão MJBC. O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37:178-85.
16. Lima AC, Dotto LM, Mamede MV. [Prevalence of sexual dysfunction in primigravidae in Rio Branco, Acre State, Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2013;29:1544-54.
17. Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG.* 2000;107:44-54.
18. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod.* 2003;18:1922-7.
19. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 2004;82:878-84.
20. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril.* 2005;83:573-9.
21. Lyons SD, Chew SS, Thomson AJ, Lenart M, Camaris C, Vancaillie TG, et al. Clinical and quality-of-life outcomes after fertility-sparing laparoscopic surgery with bowel resection for severe endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13:436-41.
22. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22:1142-8.
23. Ferrero S, Abbamonte LH, Parisi M, Ragni N, Remorgida V. Dyspareunia and quality of sex life after laparoscopic excision of endometriosis and postoperative administration of triptorelin. *Fertil Steril.* 2007;87:227-9.
24. Guzik DS, Huang LS, Broadman BA, Nealon M, Hornstein MD. Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain. *Fertil Steril.* 2011;95:1568-73.
25. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Buyens A, Van Cleynenbreugel B, Fieuws S, et al. Clinical outcome after CO laser laparoscopic radical excision of endometriosis with colorectal wall invasion combined with laparoscopic segmental bowel resection and reanastomosis. *Hum Reprod.* 2011;26:2336-43.
26. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* 2011;8:497-503.
27. Mabrouk M, Montanari G, Di Donato N, Del Forno S, Frascà C, Geraci E, et al. What is the impact on sexual function of laparoscopic treatment and subsequent combined oral contraceptive therapy in women with deep infiltrating endometriosis? *J Sex Med.* 2012;9:770-8.
28. Vercellini P, Somigliana E, Buggio L, Barbara G, Frattaruolo MP, Fedele L. "I can't get no satisfaction": deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril.* 2012;98:1503-11.
29. Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kössi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:692-8.
30. Kössi J, Setälä M, Mäkinen J, Härkki P, Luostarinen M. Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Dis.* 2013;15:102-8.
31. Jia SZ, Leng JH, Sun PR, Lang JH. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2013;121:601-6.
32. Vercellini P, Frattaruolo MP, Somigliana E, Jones GL, Consonni D, Alberico D, et al. Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. *Hum Reprod.* 2013;28:1221-30.
33. Van den Broeck U, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Wolthuis A, Van Cleynenbreugel B, et al. Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: comparison of patients with and without bowel resection. *Hum Reprod.* 2013;28:2389-97.
34. Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *J Sex Med.* 2014;11:140-5.

35. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
36. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004;72:52-7.
37. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1:35-9.
38. Lucena BB, Abdo CHN. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. *Diagn Tratamento*. 2012;17:82-5.
39. Lucena BB, Abdo CHN. O papel da ansiedade na (dis)função sexual. *Diagn Tratamento*. 2013;18:94-8.
40. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013; 29:16-24.
41. Nácúl AP, Spritzer PM. [Current aspects on diagnosis and treatment of endometriosis]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32:298-307.
42. Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A. Endometriosis and infertility. *J Assist Reprod Genet*. 2010;27:441-7.
43. Davari Tanha F, Mohseni M, Ghajarzadeh M. Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. *Int J Impot Res*. 2014; 26:132-4.
44. Abdo CHN. Perfil sexual da população brasileira: resultado do estudo do comportamento sexual (ECOS) do Brasileiro. *RBM Rev Bras Med*. 2002; 59:250-7.
45. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16:160-6.
46. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. Recife 2007; 7:143-50.
47. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics*. (São Paulo) 2008;63:775-82.
48. Pereira HGS, Canella PR. Avaliação da satisfação sexual e fertilidade em mulheres com endometrioses. *Femina*. 2006; 34:175-82.
49. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014; 10:261-75.
50. Kondo W, Zomer MT, Amaral VF. Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. *Femina*. 2011;39:143-8.
51. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG*. 2011;118:285-91.
52. Fritzer N, Tammaa A, Salzer H, Hudelist G. Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;173:1-6.
53. Lorençatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain]. *AMB rev Assoc Med Bras*. 2002; 48:217-21.
54. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85:88-92.
55. Sepulcri R de P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 142:53-6.
56. Lee KU, Lee YM, Nam JM, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, et al. Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction among Newer Antidepressants in a Naturalistic Setting. *Psychiatry Investig*. 2010; 7:55-9.
57. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin N Am*. 2010; 33: 595-610.
58. Hou Y, Hu P, Zhang Y, Lu Q, Wang D, Yin L, et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36:47-52.