

Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista

Women's sexual dysfunction: the importance of the gynecologist's knowledge

Imacolada Marino Tozo¹, Sônia Maria Rolim Rosa Lima², Nelson Gonçalves³, José Cássio de Moraes⁴,
Tsutomu Aoki⁵

Resumo

A Organização Mundial de Saúde referenda a sexualidade como sendo uns dos indicadores de qualidade de vida. Sexualidade é uma experiência total sensorial envolvendo tanto aspectos mentais quanto corporais – não somente genitais. A Sexualidade é moldada pelos valores individuais, atitudes, comportamentos, aparência física, crenças, emoções, personalidade, empatia, aversão e crenças espirituais, assim como as diferentes influências exercidas pelo meio social. Ela é dinâmica e mutável, variando com o tempo e com o grupo social, sendo que muito do que fora proibido ou considerado anormal em épocas anteriores, hoje passou a ser permitido e absolutamente normal. A sexualidade não pode ser entendida dicotomizando-se os componentes biológicos, psicológicos e socioculturais. As mulheres esperam que seus ginecologistas tenham indispensável embasamento para oferecer informações e agenciar resoluções de suas queixas sexuais. A grande maioria dos ginecologistas, no entanto, não foi preparada adequadamente em sua formação acadêmica para atender queixas sexuais.

Métodos: Análise de artigos relevantes onde foram

estudadas a disfunção sexual feminina, sua prevalência e impacto na qualidade de vida da mulher analisando os aspectos psicológicos das disfunções sexuais, as expectativas da mulher frente a consulta ginecológica e a abordagem do ginecologista.

Conclusão: As disfunções sexuais femininas têm alta prevalência entre os transtornos da sexualidade, acometendo cerca de 20% a 40% das mulheres com idade de 18 a 59 anos. Há poucos estudos relacionados a abordagem diagnóstica e ao tratamento inicial pelo ginecologista. Quando o manejo desta problemática na consulta ginecológica não é adequado acarreta uma série de reveses vivenciados pelas mulheres como rai-va, desamparo, angústias, medos, diminuição da auto-estima comprometendo o exercício da sua sexualidade e conseqüentemente o relacionamento do casal. Compreender e abordar este tema deve fazer parte da rotina de atendimento à saúde da mulher, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Disfunções sexuais psicogênicas/diagnóstico, Sexualidade/psicologia, Ginecologia.

Abstract

Introduction: Sexual healthy is an important part of quality of life as well recognized by World Health Organization. Sexuality is a total sensory experience, involving the whole mind and body - not just the genitals. Sexuality is shaped by a person's values, attitudes, behaviors, physical appearance, beliefs, emotions, personality, likes and dislikes, and spiritual selves, as well as all the ways in which one has been socialized. The definition of what is normal varies with different cultures and societies. Female sexuality is a complex behavior that is poorly understood; emotional, psychological, and physiological factors seem to influence the sexual function. Women hope that gynecologists have knowledge to understand and treat their sexual dysfunctions, but unfortunately they are not usually prepared adequately.

1. Psicóloga; Pós-graduanda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

2. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. (Departamento de Ginecologia e Obstetrícia)

3. Professor Instrutor Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Chefe do Setor de Sexologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

4. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. (Departamento de Medicina Social)

5. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
Trabalho realizado: Introdução parcial do trabalho desenvolvido para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Design: We analyze several studies on prevalence, quality of life, psychological aspects and gynecologist approaching on female sexual dysfunction.

Conclusions: Female sexual dysfunction is of high prevalence and affecting 20% to 40% of women between ages 18 and 59. There are few publications in initial approaching by gynecologists. As result of an inadequate treatment there might occur serious sexual and psychological problems, such as anger, sadness, fears and low self-esteem, compromising their sexuality and relationship. Health care providers need to be aware of the problems associated with sexual function and provide appropriate counseling and unbiased support.

Key words: *Sexual dysfunctions, psychological diagnosis; Sexuality/psychology; Gynecology*

Introdução

A sexualidade é um dos indicadores de qualidade de vida. Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações, portanto, a saúde física e mental. A saúde sexual é a relação dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira com influência direta positiva na personalidade e a capacidade de comunicação com outras pessoas. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como direito humano básico (World Health Organization, 2002).

Durante o 14º Congresso Mundial de Sexologia realizado em Hong Kong em 1999, a Assembléia Geral da WAS (World Association for Sexology), aprovou várias emendas para a Declaração de Direitos Sexuais, propostas em Valência, no 13º Congresso Mundial de Sexologia, em 1997. Dentre elas o direito à saúde sexual que deve estar disponível para a prevenção e o tratamento de todos os problemas, inquietações e transtornos sexuais.

A resposta sexual é controlada por uma interação delicada e equilibrada entre todas as partes do sistema nervoso, podendo facilmente ser interrompida por afetos negativos ou por conflitos e inibições de ordem física ou psicológica. O ciclo sexual é constituído por componentes distintos ou fases em seqüência, sendo que cada fase tem sua própria neurofisiologia, havendo, no entanto, um órgão central comum, o cérebro, coordenador e integrador das diversas fases. O sistema nervoso parassimpático, regula o aumento do fluxo sanguíneo durante a excitação sexual. O sistema nervoso simpático controla principalmente o orgasmo. Uma anormalidade do fluxo sanguíneo à vagina, como por exemplo, uma lesão física de qualquer um dos órgãos genitais, um desequilíbrio hormonal ou o uso de certos medicamentos pode interferir na respos-

ta sexual (Kaplan, 1978; Masters, Johnson 1984; Cavalcanti, Cavalcanti, 2006).

A disfunção sexual pode ser decorrente de fatores físicos, psicológicos ou sociais; sendo que muitos problemas sexuais são resultantes de uma combinação desses fatores.

A disfunção sexual pode ser entendida como síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas sexuais, que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica, evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo. A mulher pode experimentar também a dificuldade ou mesmo a impossibilidade da penetração vaginal, nos casos de vaginismo ou dispareunia (Gonçalves, 2005).

O Manual de diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais – DSM-IV (American Psychiatry Association, 2002), e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, Organização Mundial da Saúde (1993) consideram a resposta sexual humana na associação entre os modelos de Kaplan, (1977), Masters, Johnson (1984) e enfatizando que a resposta sexual consiste em uma seqüência temporal e coordenada de um conjunto de quatro etapas e que envolvem componentes psicológicos e somáticos: Desejo ou Apetência, excitação, orgasmo e resolução ou relaxamento.

O desejo ou apetência é a vontade de participar da atividade sexual. Ele pode ser desencadeado por pensamentos ou por sinais verbais ou visuais, sendo um estágio mais subjetivo, onde entram as características individuais. Os demais estágios apresentam manifestações orgânicas mais objetivas, manifestadas pelo binômio vasocongestão/ reação miotônica. A fase de excitação sexual corresponde a um estado de agitação ou inquietação sexual crescente, havendo predominância de ação do sistema nervoso parassimpático, o qual determina vasodilatação generalizada e, sobretudo pélvica. Assim, o fluxo sanguíneo na área genital aumenta, caracterizando um aumento do volume clitoriano, congestão dos lábios genitais e aumento da transudação vaginal. O orgasmo é o pico ou clímax da excitação sexual, sendo objetivamente caracterizado pelo quadro miotônico das contrações musculares reflexas. Subjetivamente é marcado pela grande sensação de prazer sexual, calor e perda fugaz da acuidade dos sentidos com sensação de desligamento do meio externo. No campo neurológico, há predominância de ação do sistema nervoso simpático. O estágio de relaxamento ou resolução caracteriza-se pelo progressivo retorno do organismo às condições basais. Há uma constatação objetiva do relaxamento muscular e da descongestão sanguínea, enquanto subjetivamente é marcada pela sensação de alívio e cansaço, com retorno à plenitude sensorial. Masters, Johnson (1984).

Basson (2001) apresentou uma nova alternativa à resposta sexual feminina, considerando a seqüência do modelo tradicional tetrafásico aplicável apenas às mulheres no início de seu relacionamento sexual, enfatizando que as mulheres valorizam mais a intimidade do que propriamente a estimulação sexual física. Muitas mulheres iniciam o ato sexual, com neutralidade, sem suficiente entusiasmo e interesse; desejando apenas aproximação física e carinho, e quando isto ocorre, a mulher vai experimentando satisfação emocional e se tornando disponível e desperta para o sexo.

Disfunções Sexuais: Causas

A Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição (CID-10) caracteriza a resposta sexual como um processo psicossomático e ambos os processos, psicológico e somático, estão usualmente envolvidos na causa de disfunção sexual, sendo esta última definida como: “os vários modos em que o indivíduo é incapaz de participar da relação sexual como ele desejaria”; seja por falta de interesse, falta de prazer, por falha das respostas fisiológicas necessárias para a interação sexual efetiva (ereção) ou, ainda, por incapacidade de controlar ou experimentar o orgasmo. O diagnóstico é clínico, baseado na anamnese e exame ginecológico. (Organização Mundial da Saúde, 1993).

As disfunções sexuais podem ser causadas por fatores de ordem orgânica ou psicossocial, sendo que o componente de origem orgânica representa menor percentual (3% a 20%) do que o componente de origem psicossocial, incidindo mais em homens e em indivíduos de idade mais avançada (Kaplan, 1977). Podem ser divididas em subtipos, conforme a natureza de seu início e o contexto em que ocorrem.

Quanto ao início da disfunção, pode ser:

Tipo ao longo da vida: está presente desde o início da vida sexual.

Tipo adquirido: desenvolve-se só após um período de funcionamento normal.

Quanto ao contexto em que ocorre, pode ser:

Tipo generalizado: não está limitada a certo tipo de estimulação, situação ou parceiros.

Tipo situacional: está limitada a certos tipos de estimulação, situação ou parceiros.

Na maior parte dos casos as disfunções ocorrem durante a atividade sexual com o parceiro, sendo apro-

priado identificar situações em que a problemática sexual não ocorre, como na masturbação, determinado local, e mesmo com outro parceiro.

Outros fatores podem ser considerados para indicar aspectos etiológicos associados com a disfunção:

Fatores psicológicos: aplicam-se quando existem bloqueios emocionais, recentes ou remotos, que impedem a boa performance sexual, resultando freqüentemente em inadequações sexuais, caracterizadas pela desarmonia consigo própria ou com o parceiro.

Fatores combinados: aplicam-se quando ocorrem fatores psicológicos que supostamente desempenham papel no início, na gravidade, na exacerbação ou na manutenção da disfunção sexual e existe uma condição médica geral ou uso de medicamento concomitante.

Considerando-se a natureza mista da resposta sexual humana e, conseqüentemente, das disfunções sexuais, em outubro de 1999, durante Congresso Internacional de Disfunção Sexual Feminina*, realizado em Paris, estabeleceu-se um consenso para classificar os distúrbios sexuais femininos em:

- I. Distúrbios do desejo sexual
 - A. Desejo sexual hipoativo
 - B. Aversão sexual
- II. Distúrbios da excitação sexual
- III. Anorgasmia
- IV. Distúrbios de Dor durante o ato sexual
 - A. Dispareunia
 - B. Vaginismo
 - C. Dor sexual não-coital

O sistema de definição e classificação resultante desse Consenso segue a mesma estrutura geral do DSM-IV e do CID-10, preservando as quatro categorias principais de disfunções: distúrbios do desejo, excitação, orgasmo e dor sexual. Porém houve importantes modificações nas definições e nos critérios diagnósticos e foi acrescentada uma nova categoria de distúrbio de dor não originário do coito (Basson et al, 2000).

Assim, disfunção sexual implica em alguma alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente. O termo “persistente ou recorrente” nos critérios de diagnósticos indicam a necessidade de julgamento clínico, levando-se em con-

* WHO. International Union Against Cancer, Societe Internationale d’Urology, 1st International Conference on Erectile Dysfunction, Member of Female Sexual Dysfunction Committee, 1999 APUD Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000; 163:888-93.

sideração fatores como: a idade e experiência do indivíduo, frequência e cronicidade do sintoma, sofrimento subjetivo e efeito sobre outras áreas do funcionamento (Abdo, Fleury, 2006).

Prevalência das Disfunções Sexuais Femininas

As disfunções sexuais femininas apresentam elevadas taxas de prevalência na população, tendendo a aumentar conforme a idade, já alcançando "status" de importante problema de saúde da mulher, com repercussões significativas na qualidade de vida, constituindo problema multidimensional, uma vez que abrange fatores biológicos, psicológicos e interpessoais. As mais frequentes disfunções sexuais femininas são a falta de desejo sexual e a disfunção orgásmica (Berman et al, 1999; Scanavino, 2006).

Segundo *National Health and Social Life Survey*, um terço das mulheres relata falta de interesse sexual, e quase um quarto das mulheres não experimenta orgasmo. Pouco menos de 20% tem dificuldades de lubrificação vaginal e mais de 20% acham o sexo desagradável. A soma desses números mostra a ampla prevalência de queixas sexuais femininas (Laumann et al, 1999).

Estudos epidemiológicos nos EUA, Reino Unido e Suécia indicam que cerca de 40% das mulheres com idades entre 18-59 anos apresentam queixas sexuais significativas, assim divididas: 33% envolvem manifestações de déficit de desejo sexual; 24% descrevem anorgasmia; 19% relatam dificuldade de excitação/lubrificação; 15% queixam-se de dispareunia; e 9% referem outras queixas. A prevalência e intensidade dos transtornos sexuais femininos são extremamente elevadas, e sem dúvida são superiores à prevalência das disfunções sexuais masculinas (Ballone, 2004).

Apesar da disfunção sexual feminina ter alta prevalência entre os transtornos da sexualidade, atingindo 20% a 40% das mulheres e tendo impacto importante na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais, ao contrário do enorme interesse nas pesquisas sobre as disfunções sexuais masculinas, os problemas femininos têm recebido menor atenção; tanto no que se refere aos estudos de investigação dos aspectos psicológicos e fisiológicos da disfunção sexual como na disponibilidade de métodos terapêuticos (Basson et al, 2000).

O ginecologista e a queixa sexual da mulher: análise dos estudos relevantes

Quando falamos em sexualidade, queremos demonstrá-la como a forma do indivíduo se apresentar no meio em que vive e se relacionar com os demais, caracterizando-se essencialmente pela forma de

sentir e reconhecer o próprio corpo, manifestar afeto, comunicar e expressar sentimentos e emoções vivenciadas durante a vida, variando em frequência e intensidade conforme as circunstâncias e particularidades individuais, em determinados momentos. Discutir sexualidade, portanto, implica em entendê-la como multideterminada, expressando fatores sociais, históricos, culturais, afetivos e ambientais.

Abdo, (2004) em estudo realizado sobre a vida sexual do brasileiro, encontrou entre 3.148 mulheres pesquisadas em 18 cidades brasileiras, 32.4% de queixas sexuais, não relatadas ao seu ginecologista, relacionando este fato à vergonha da mulher e a falta de habilidade e preparo do profissional em abordar o assunto.

Costa e Rodrigues Jr. (1997) apontam que há um despreparo dos ginecologistas para o atendimento na área da sexualidade, tendo implicações, por um lado na falta da relevância dos aspectos emocionais, demonstrando que o preparo técnico sempre prevalece sobre a formação humanística, sendo a própria formação universitária brasileira discordante das necessidades da população. No caso do ensino médico há excessiva valorização dos aspectos técnicos de cada especialidade, deixando de lado as implicações pessoais e psicológicas dos portadores de "doenças". Os autores realizaram estudo enviando 900 questionários a ginecologistas de todo o país objetivando o conhecimento na área da sexualidade. Dos 537 (59.67%) questionários recebidos em resposta, ressaltam que apesar do interesse em relação à sexualidade (fato consolidado pela boa margem de resposta de referências a leitura sobre o assunto), ocorreu defasagem encontrada na formação acadêmica em relação ao estudo da sexualidade (ouviram falar sobre o exercício da sexualidade apenas em uma palestra ou uma aula). Outra observação interessante foi o aumento do interesse pela leitura e atualização (Congressos) o que demonstrou a necessidade sentida pelo profissional no aprendizado do assunto para seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Gonçalves (2006) salienta que as queixas sexuais, no consultório médico, são incontáveis, podendo a princípio serem ocultas, mas tornam-se evidentes dependendo da escuta do ginecologista. Mesmo as mulheres levando suas queixas expressas nos ambulatórios, muitos médicos sentem-se pouco à vontade em abordar a temática, justificando tal fato pela própria formação médica que ainda hoje, em pleno terceiro milênio, não inclui um estudo mais amplo e melhor da sexualidade humana.

Diversos sentimentos têm sido relacionados à disfunção sexual feminina, a felicidade e o sucesso conjugal podem ser altamente dependentes da satisfação sexual do casal, inclusive à capacidade orgásmica

da mulher. É importante que a mulher na consulta ginecológica seja vista como um todo, não apenas como um corpo que apresenta leucorréia, dor pélvica ou hemorragias, mas também como uma parte importantíssima; a da sexualidade, cujo papel jaz por trás de tantas queixas ginecológicas (Diamantino et al, 1993).

Mesmo as disfunções sexuais femininas sendo conhecidas, deixam de ser diagnosticadas; vale ressaltar que o diagnóstico dos quadros de disfunção sexual é de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida, além de estarem geralmente associados a questões de saúde geral. Analisar a função sexual da mulher auxilia ainda, na identificação da causa de muitos conflitos psíquicos e relacionais e/ou quadros psiquiátricos (Abdo, Fleury, 2006).

As mulheres de forma geral sentem-se pouco à vontade em levar a queixa sexual na consulta ginecológica. Gonçalves (2006) aponta que todo ser humano é um ser histórico, tem sua biografia de vida. Para compreender a queixa sexual, deve-se compreender o contexto existencial de cada um. A única maneira de compreender o indivíduo é observá-lo na dinâmica de sua época, sua cultura e seu círculo familiar e social. A queixa sexual invariavelmente carrega consigo outras queixas que não sexuais e compreender isto implica em enveredar por caminhos próprios conforme a vida de cada pessoa.

Mesmo quando as queixas sexuais são formuladas de modo explícito, nota-se que ocorrem quase no final da consulta, com postura e tom de voz que denotam vergonha, como se apresentá-las não fosse um direito (Vitiello, 1988). O contexto cultural continua a marginalizar a sexualidade feminina e apesar das mulheres apresentarem inúmeras queixas, elas não sabem a quem recorrer, e em algumas vezes quando se reportam aos profissionais da área, estes demonstram falta de interesse, passando a sensação de que a sexualidade não faz parte da saúde (Gozzo et al, 2000).

Numa consulta ginecológica, a mulher, além de buscar alívio para suas queixas orgânicas, freqüentemente busca auxílio para suas dificuldades emocionais. O ginecologista tem como característica médica o foco situado para o alívio do sofrimento, através do manejo clínico instrumental, com prioridade para os aspectos orgânicos relacionados ao aparelho genital feminino (Viscomi, 1985). É de vital importância na prática atual da ginecologia que os profissionais tenham conhecimento da fisiologia e patologia sexual para caracterizar distúrbios somáticos que interfiram na resposta sexual da mulher, realizando diagnóstico e encaminhando para psicoterapia os casos em que fatores emocionais estejam associados (Vitiello, 1988; Lopes, Nascimento, 1996).

Rodrigues Jr. e Costa (1997) referem em relação a

abordagem da sexualidade da mulher na consulta ginecológica, diferenças de atitudes relacionadas entre os ginecologistas do sexo masculino e feminino, ressaltando que **as** ginecologistas pesquisam rotineiramente a sexualidade em 68% das consultas, e em 41,4% das vezes a própria mulher traz espontaneamente o problema; enquanto que **os** ginecologistas referem ser comum fazer perguntas sobre problemas sexuais das mulheres em 58%, mas em apenas 4,8% dos casos elas trazem o assunto espontaneamente nas consultas. **Os** ginecologistas referem estar menos preparados para o trabalho com os aspectos sexuais, referindo fazer valer mais sua experiência pessoal e religiosa enquanto que **as** ginecologistas citam utilizar mais a moral social vigente na abordagem sexual. Quanto ao encaminhamento especializado a um terapeuta sexual, **os** ginecologistas referem utilizar deste recurso em 18,2% dos casos enquanto **as** ginecologistas o fazem em 22% dos casos.

Conclusão

Os estudos mostram que há uma alta prevalência de disfunções sexuais femininas (20% a 40%) das mulheres com idade de 18 a 59 anos, entretanto, elas são pouco diagnosticadas. Há poucos trabalhos relacionados à abordagem diagnóstica e ao tratamento inicial pelo ginecologista. Os textos avaliados somente ressaltam a importância dos ginecologistas no diagnóstico e tratamento não apontando de forma conclusiva as repercussões na qualidade de vida. Quando o manejo desta problemática na consulta não é adequado pode acarretar série de reveses vivenciados pelas mulheres como raiva, desamparo, angústias, medos, diminuição da auto-estima, comprometendo o exercício da sua sexualidade e conseqüentemente o relacionamento do casal.

De forma geral os profissionais da área da saúde não se encontram adequadamente preparados na abordagem de queixas sexuais. A razão pode estar relacionada ao pouco conhecimento e a atitudes preconceituosas frente ao assunto. Observa-se também a falta de disciplinas na grade curricular dos cursos de graduação que abordem a sexualidade humana de forma desvinculada da função da reprodução, não ocorrendo assim suporte necessário para a formação profissional. Compreender e abordar este tema deve fazer parte da rotina de atendimento à saúde da mulher, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004. 202p.

- Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2006; 33:162-7.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Texto revisado. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Ballone GJ. Disfunção sexual feminina – frigidez. 17/12/2004. [on line] Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/?art=91&sec=23> [15 maio 2006]
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163:888-93.
- Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001; 27:33-43.
- Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment option. *Urology*. 1999; 54:385-91.
- Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2006. 320p.
- Costa M, Rodrigues Jr OM. O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. *Reprodução*. 1987; 1:114-9.
- 13º Congresso Mundial de Sexologia e Direitos Humanos; 1997; Valencia (Espanha).
- 14º Congresso Mundial de Sexologia; 1999; Hong Kong (China). (Promovido pela Assembléia Geral da World Association for Sexology (WAS), a fim de emendar a Declaração de Direitos Sexuais, decidida em Valência, no XIII Congresso Mundial de Sexologia, em 1997).
- Diamantino EMV, Clímaco FMS, Ajzman JC, Nowak LD, Oliveira LDP, Barreto RHA, et al. Aspectos básicos da sexualidade humana na prática clínica: parte II. *Femina*. 1993; 21:1152-80.
- Gonçalves N. Disfunções sexuais. In: Piato S. *Terapêutica endócrina em ginecologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2005. p. 193-8.
- Gonçalves N. A abordagem da sexualidade na consulta ginecológica. In: Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico*. São Paulo: LMP – Livraria Médica Paulista; 2006. p. 153-6.
- Gozzo TO, Fustinoni SM, Barbieri M, Roehr WM, Freitas IA. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2000; 8:84-90.
- Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. 493p.
- Kaplan HS. A natureza e as causas das disfunções sexuais. In: Kaplan HS. *Manual ilustrado de terapia sexual*. São Paulo: Manole; 1978. p.11-6.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res*. 1999; 11(Suppl)1:S60-4.
- Lopes GP, Nascimento LG. Tratamento das disfunções sexuais feminina. *Ginecol Obstet Atual*. 1996; 3:55-7.
- Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984. 296p.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Rodrigues Jr. OM, Costa M. O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana-II: a abordagem da sexualidade da paciente. *Reprodução*. 1987; 3:235-9.
- Scanavino MT. Disfunção sexual feminina. In: Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico*. São Paulo: LMP – Livraria Médica Paulista; 2006. p.55-64.
- Viscomi FA. Aspectos psicológicos em uma consulta ginecológica. *Femina*. 1985;13:618-22.
- Vitiello N. O ginecologista e as queixas sexuais. *Femina*. 1988; 16:830-5.
- World Health Organization. Gender and reproductive rights. Glossary. [on line] Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html> [16 junho 2007]

Data de recebimento: 05/07/2007

Data de Aprovação: 16/08/2007