

Influência do desejo sexual na função sexual em mulheres com dispareunia

Influence of sexual desire the sexual function in women with dyspareunia

DOI:10.34117/bjdv7n4-091

Recebimento dos originais: 07/03/2021

Aceitação para publicação: 05/04/2021

Cibele Nazaré Câmara Rodrigues

Fisioterapeuta, Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Universidade Federal do Pará

R. Augusto Corrêa, 1- Campus Universitário José da Silveira Neto – Guamá, Belém
- PA

E-mail: cibelecâmara@hotmail.com

Carla Iasmin Lima Lemos

Fisioterapeuta, Especializada em Fisioterapia Pélvica
Universidade Federal de São Paulo

R. Botucatu, 821 – Vila Clementino, São Paulo - SP

E-mail: carla.lemos@unifep.br

Ananda Silveira Baptista dos Santos

Fisioterapeuta

Universidade Federal do Pará

R. Augusto Corrêa, 1 - Campus Universitário José da Silveira Neto – Guamá, Belém
- PA

E-mail: anandabaptista22@gmail.com

Laura Giovanna Cunha Lôla da Silva

Discente do curso de Fisioterapia

Universidade Federal do Pará

R. Augusto Corrêa, 1 - Campus Universitário José da Silveira Neto – Guamá, Belém
- PA

E-mail: lauralolafisio@gmail.com

Hellen Vivianni Veloso Corrêa

Psicóloga, Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Universidade Federal do Pará

R. Augusto Corrêa, 1 - Campus Universitário José da Silveira Neto – Guamá, Belém
- PA

E-mail: hevyan@gmail.com

Erica Feio Carneiro Nunes

Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Reabilitação

Tv. Perebebuí, 2621 – Marco, Belém - PA

Universidade do Estado do Pará

E-mail: erica@perineo.net

RESUMO

INTRODUÇÃO: Dispareunia é definida como a presença de dor genital durante a relação sexual, a qual gera angústia ou dificuldade interpessoal. A dispareunia pode se manifestar de várias formas, podendo ser classificada pela localização, tempo e natureza da dor pélvica experimentada. **OBJETIVO:** Avaliar se o desejo sexual terá influência na função sexual de mulheres com dispareunia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, no qual participaram 24 mulheres com idade entre 18 e 39 anos com sintomas de dispareunia. As pacientes foram avaliadas quanto o nível de dor através da Escala Visual Analógica (EVA) e a função sexual pelo Questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)*. Foi utilizada estatística descritiva e Coeficiente de Correlação de *Spearman* para avaliar a associação entre as duas variáveis, adotando um nível de significância de $p \leq 0,05$. **RESULTADOS:** Houve correlação positiva e moderada entre o domínio desejo e o escore total do *FSFI*, não houve correlação do EVA e o escore total do *FSFI*, houve correlação positiva e moderada entre o domínio dor e idade. **CONCLUSÃO:** Foi verificada uma associação significativa da diminuição do domínio do desejo na resposta sexual feminina, avaliada pelo questionário do *FSFI*, contudo, a gravidade e a extensão das consequências da dispareunia dependem de particularidades advindas da experiência de cada paciente.

Palavras-chave: Dispareunia, Disfunção Sexual, Desejo sexual, Função sexual

ABSTRACT

INTRODUCTION: Dyspareunia is defined as the presence of genital pain during sexual intercourse, which generates distress or interpersonal difficulty. Dyspareunia can manifest itself in several ways, so it can be classified by the location, time and nature of the pelvic pain experienced. **OBJECTIVE:** To assess whether sexual desire will influence the sexual function of women with dyspareunia. **MATERIALS AND METHODS:** This is an cross-sectional study. 24 women aged between 18 and 39 years with symptoms of dyspareunia participated. Patients were assessed for pain level using VAS (Visual Analogue Scale) and sexual function using the Female Sexual Function Index (FSFI). Descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient were used to assess the association between the two variables, adopting a significance level of $p \leq 0.05$. **RESULTS:** There was a positive and moderate correlation between the desire domain and the total FSFI score, there was no correlation between the EVA and the total FSFI score, there was a positive and moderate correlation between the pain and age domain. **CONCLUSION:** There was a significant association of decreased desire domain in female sexual response, assessed by the FSFI questionnaire, however, the severity and extent of the consequences of dyspareunia depend on the particularities of each patient's experience.

Keywords: Dyspareunia, sexual dysfunction, sexual desire, sexual function.

1 INTRODUÇÃO

O ciclo da resposta sexual foi descrito pela primeira vez por Masters e Johnson¹, posteriormente, aperfeiçoado por Kaplan² que abordou a relevância do desejo sexual, como uma fase cerebral prévia, e utilizado como base para o diagnóstico das Disfunções

Sexuais (DS). O ciclo divide-se em quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

A fase de desejo consiste em fantasias e desejo em relação à atividade sexual. A excitação fundamenta-se em uma sensação subjetiva de prazer e acompanha modificações fisiológicas. O orgasmo é descrito como o pico de prazer sexual, seguido da libertação da tensão sexual e da contração rítmica da musculatura do períneo e dos órgãos reprodutores. A resolução é definida em uma sensação generalizada de relaxamento muscular e bem estar².

As DS são definidas como qualquer perturbação no ciclo da resposta sexual ou dor associada à relação sexual, que resulta em sofrimento pessoal e pode interferir tanto na qualidade de vida quanto nas relações interpessoais da mulher³. As DS foram divididas em três grupos pela Associação Americana de Psiquiatria, presentes no mais recente Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-2013)⁴: transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno do orgasmo feminino e transtorno da dor gênito-pélvica/penetração⁴.

O Transtorno de Dor Gênito-Pélvica/Penetração (DGPP) se caracteriza por dificuldades durante a relação sexual, como a incapacidade total de realizar a penetração de qualquer natureza e/ou situação ou em situações específicas; por dor que acomete diferentes locais, na área gênito-pélvica, de forma superficial ou profunda; medo ou ansiedade intensa, levando à dor vulvovaginal ou pélvica, em antecipação a, durante ou como resultado de penetração vaginal; tensão ou contração de maneira acentuada dos músculos do assoalho pélvico, durante tentativas de penetração vaginal⁴. Em suma, a DGPP considera os seguintes sintomas: dor gênito-pélvica, dificuldade à penetração vaginal, medo associado à penetração vaginal, tensão da musculatura do assoalho pélvico à tentativa de penetração⁵, englobando, portanto, a dispareunia e o vaginismo.

A dispareunia é definida como a presença de dor genital durante a relação sexual, que pode estar relacionada a fatores físicos e psicológicos⁶ e é classificada como superficial e profunda. A dispareunia superficial relaciona-se à dor percebida em região vulvovestibular no início da penetração, ou durante a relação sexual, com o movimento do pênis dentro da vagina. Esta condição está relacionada com vários fatores como infecções, hipoestrogenismo, infecção no trato urinário, lubrificação vaginal inadequada, prolapso, entre outros⁷. Na dispareunia profunda a dor se localiza na vagina proximal e no hipogástrio estando, constantemente, associada à dor pélvica crônica⁸.

Dificuldades sexuais relacionadas com o desejo apresentam causa multifatorial. Visto que, o desejo sexual é comprometido por uma série de influências inibitórias e excitatórias. Sabe-se que a diminuição do desejo pode estar relacionada a distúrbios da excitação sexual, dispareunia e anorgasmia⁹. O conceito de transtorno do desejo sexual hipoativo sofreu modificação depois do novo modelo circular para a resposta sexual feminina, sendo atualmente caracterizado por ausência ou diminuição de interesse ou desejo, pensamentos ou fantasias e ausência de desejo responsivo^{4,10}.

A extensão real do problema de dispareunia e desejo ainda é desconhecida. Os trabalhos publicados sobre dispareunia feminina propõem uma prevalência na população mundial de 34% a 46%¹¹. Uma pesquisa realizada em dezoito cidades brasileiras com 3.148 mulheres evidenciou uma prevalência de 17,8%, para essa disfunção¹². Considerando-se que existe escassez de estudos, o objetivo deste estudo é verificar a influência do desejo sexual na função sexual e a correlação da dor e função sexual de mulheres com dispareunia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com análise quantitativa, realizado no período de agosto de 2019 a julho de 2020. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará (parecer: 2.361.617).

Foram incluídas mulheres com sintomas de dispareunia, idade superior a 18 anos, sexualmente ativas e alfabetizadas. Foram excluídas as que apresentaram alterações cognitivas, lesões neurológicas, grávidas, puérperas, com diagnóstico endometriose. A amostragem foi por conveniência, composta por vinte e quatro mulheres. As participantes foram oriundas de encaminhamentos, realizados por médicos ginecologistas, com diagnóstico de dispareunia, ou recrutadas por livre demanda, por meio de divulgação de anúncio em redes sociais. Todas as voluntárias passaram pela etapa de anamnese e avaliação fisioterapêutica. A partir disso, foi realizada a delimitação do estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão supracitados.

Os dados foram coletados por meio de uma ficha de avaliação fisioterapêutica adaptada, no qual contêm perguntas abertas e fechadas, sobre perfil sociodemográfico, obstétrico, sintomas urinários, proctológicos, abuso físico e emocional, sendo utilizadas para obter a história clínica da paciente. A Escala Visual Analógica (EVA) foi utilizada para avaliação do nível de dor e para avaliação da função sexual foi aplicado o Questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)*, versão em português.

A EVA é uma escala numerada de 0 a 10, na qual o indivíduo marca o nível em que considera a sua dor, sendo 0 considerado sem dor e 10 considerado uma dor insuportável pelo paciente. Já o *FSFI* é um questionário auto aplicado, composto por 19 questões que analisa a resposta sexual feminina nas últimas quatro semanas. É dividido em domínios (desejo sexual, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor). Os resultados variam de 2 a 36 pontos pontuações altas indicam um melhor grau de função sexual, sendo o ponto de corte sugestivo para disfunção sexual 26,55^{13,14}. Quando somado os escores de cada domínio são multiplicados por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio, e ao final chega-se ao escore total, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1- Escores de avaliação do *Female Sexual Function Index*.

Domínio	Questões	Variação do Escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore Máximo
Desejo	1, 2	1 a 5	0,6	1,2	6
Excitação	3, 4, 5, 6	0 a 5	0,3	0	6
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 a 5	0,3	0	6
Orgasmos	11, 12, 13	0 a 5	0,4	0	6
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) a 5	0,4	0,8	6
Dor	17, 18, 19	0 a 5	0,4	0	6
Total				2	36

Fonte: Thiel et al¹⁴. *Questão 14 varia de 0 a 5. Questões 15 e 16 variam de 1 a 5.

Utilizou-se o teste de correlação de *Spearman*, com nível de significância de $p \leq 0,05$ para verificar se havia correlação entre as variáveis descritas na tabela 4, abaixo. O programa estatístico utilizado foi o *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.

3 RESULTADOS

Foram avaliadas 24 mulheres, que tinham média de idade de 25 anos, DP=4,96. Na tabela 2 são apresentados o restante dos dados socioeconômicos e aspectos clínicos.

Tabela 2. Características sociodemográficas e aspectos clínicos da amostra. (n= 24).

Variáveis	n (%)
Estado civil	
Solteira	13 (54,2)
Casada	6 (25)
Namorando	5 (20,8)
Nível de escolaridade	
Médio completo	7 (29,2)
Superior incompleto	10 (41,7)
Superior completo	7 (29,2)
Antecedentes de abuso sexual e emocional	
Abuso sexual e/ou emocional	12 (50)
Nega	12 (50)
Antecedentes urinários	
Apresenta	12 (50)
Não apresenta	12 (50)
Antecedentes proctológicos	
Apresenta	8 (33,3)
Não apresenta	16 (66,7)
Uso de contraceptivos hormonais	
Apresenta	10 (41,66)
Não apresenta	14 (58,33)
Antecedentes obstétrico	
Apresentam	5 (20,83)
Não apresentam	19 (79,17)

Abaixo segue quadro descritivo da média e desvio padrão dos escores totais do *FSFI*, seus domínios e escores de EVA.

Tabela 3. Média e desvio padrão dos escores total de *FSFI* e seus domínios e da escala EVA.

	Média	Desvio padrão (±DP)	Mínimo	Máximo
Desejo	2,95	1,04	1,2	4,8
Excitação	3,46	1,36	1,2	3,6
Lubrificação	3,7	1,56	0	6
Orgasmo	3,51	2,35	1,2	11,2
Satisfação	3,69	1,39	1,2	6
Dor	1,81	1,04	0	3,6
Escore total do <i>FSFI</i>	19,11	6,01	7,2	29,6
Escala EVA	7,5	1,58	4	10

Houve correlação positiva e moderada entre o domínio desejo e o escore total de *FSFI*. Portanto, pode se inferir que quanto maior o desejo, maior o escore total de *FSFI*. Por extensão, cerca de 36% da variação no escore total de *FSFI* está associado ao domínio desejo, com o restante decorrente de outros fatores. Não houve correlação entre o nível de dor verificado pela escala visual analógica e os domínios desejo e dor. Também não houve correlação entre EVA e o escore geral da função sexual feminina (tabela 4).

O teste de *Speraman* também foi realizado com as variáveis descritas para cada um dos domínios, como variáveis dependentes. Houve correlação positiva e moderada entre o domínio dor e idade (ver tabela 4, abaixo), $r_s=0,465$, $p=0,025$, $r^2=0,216$. Portanto, quanto mais jovem a participante for, menor será o domínio dor. Por extensão, cerca de 21% da variação no escore do domínio dor está associado à idade, com o restante decorrente de outros fatores.

Tabela 4. Relação entre FSFI e domínios do FSFI; Relação entre EVA e FSFI/Domínios do FSFI; Relação entre FSFI e dados gerais das participantes; Relação entre Domínios do FSFI e dados gerais das participantes.

Variáveis	r_s	p	r^2
Escore total de FSFI x Domínio Desejo	0,607	0,002*	0,368
Escore total de FSFI x Domínio Excitação	0,841	0,001*	0,707
Escore total de FSFI x Domínio Lubrificação	0,856	0,001*	0,732
Escore total de FSFI x Domínio Orgasmo	0,722	0,001*	0,521
Escore total de FSFI x Domínio Satisfação	0,802	0,001*	0,643
Escore total de FSFI x Domínio Dor	0,107	0,627	-
EVA x Domínio Desejo	-0,255	0,240	-
EVA x Domínio Excitação	-0,346	0,106	-
EVA x Domínio Lubrificação	-0,222	0,309	-
EVA x Domínio Orgasmo	0,015	0,948	-
EVA x Domínio Satisfação	-0,195	0,373	-
EVA x Domínio Dor	-0,199	0,362	-
EVA x Escore total de FSFI	-0,213	0,329	-
Escore total de FSFI x idade	-0,103	0,639	-
Escore total de FSFI x escolaridade	-0,143	0,516	-
Escore total de FSFI x Status do Relacionamento	0,197	0,368	-
Escore total de FSFI x Antecedentes Urinários	0,052	0,812	-
Escore total de FSFI x Antecedentes Proctológicos	-0,124	0,573	-
Escore total de FSFI x Abuso emocional/sexual	-0,052	0,812	-
Domínio Desejo x idade	-0,181	0,409	-
Domínio Desejo x escolaridade	-0,047	0,831	-
Domínio Desejo x Status do Relacionamento	0,355	0,097	-
Domínio Desejo x Antecedentes Urinários	-0,033	0,879	-
Domínio Desejo x Antecedentes Proctológicos	-0,049	0,824	-
Domínio Desejo x Abuso emocional/sexual	-0,141	0,522	-
Domínio Excitação x idade	-0,099	0,652	-
Domínio Excitação x escolaridade	-0,004	0,985	-
Domínio Excitação x Status do Relacionamento	0,303	0,159	-
Domínio Excitação x Antecedentes Urinários	0,079	0,720	-
Domínio Excitação x Antecedentes Proctológicos	-0,118	0,593	-
Domínio Excitação x Abuso emocional/sexual	0,059	0,788	-
Domínio Lubrificação x idade	-0,217	0,319	-
Domínio Lubrificação x escolaridade	-0,245	0,260	-
Domínio Lubrificação x Status do Relacionamento	0,191	0,382	-
Domínio Lubrificação x Antecedentes Urinários	-0,079	0,720	-
Domínio Lubrificação x Antecedentes Proctológicos	-0,083	0,707	-
Domínio Lubrificação x Abuso emocional/sexual	-0,073	0,742	-
Domínio Orgasmo x idade	-0,064	0,771	-
Domínio Orgasmo x escolaridade	-0,255	0,240	-
Domínio Orgasmo x Status do Relacionamento	-0,166	0,449	-
Domínio Orgasmo x Antecedentes Urinários	0,060	0,787	-
Domínio Orgasmo x Antecedentes Proctológicos	-0,111	0,613	-
Domínio Orgasmo x Abuso emocional/sexual	0,113	0,608	-

Domínio Satisfação x idade	0,113	0,609	-
Domínio Satisfação x escolaridade	-0,114	0,605	-
Domínio Satisfação x Status do Relacionamento	0,211	0,334	-
Domínio Satisfação x Antecedentes Urinários	0,184	0,399	-
Domínio Satisfação x Antecedentes Proctológicos	0,062	0,778	-
Domínio Satisfação x Abuso emocional/sexual	0,171	0,434	-
Domínio Dor x idade	0,465	0,025*	0,216
Domínio Dor x escolaridade	0,026	0,908	-
Domínio Dor x Status do Relacionamento	-0,293	0,176	-
Domínio Dor x Antecedentes Urinários	-0,073	0,740	-
Domínio Dor x Antecedentes Proctológicos	0,230	0,291	-
Domínio Dor x Abuso emocional/sexual	0,027	0,904	-

4 DISCUSSÃO

Este estudo investigou a influência do desejo sexual e do nível de dor na resposta sexual em mulheres com dispareunia. Os resultados mostraram que o desejo e dor tiveram influência sobre a resposta sexual e pode ser comprometido por uma série de influências inibitórias e excitatórias, podendo estar relacionada a distúrbios da excitação sexual, dispareunia e anorgasmia. Da mesma forma as disfunções sexuais do parceiro podem afetá-lo¹⁵.

Vários critérios devem ser considerados em pessoas com disfunção sexual, o DSM-V considera: fatores do parceiro (parceiro com problema sexual, estado de saúde do parceiro); fatores no relacionamento (falta de comunicação, discrepância no desejo); fatores de vulnerabilidade, comorbidade psiquiátrica ou estressores; fatores culturais religiosos, fatores médicos relevantes, tanto para o prognóstico, como o curso da disfunção e seu tratamento⁴.

Nesse estudo sugere-se que quanto mais jovem a participante, menor será o domínio dor. Conforme a interpretação da escala do *FSFI*, é inversamente proporcional. Por extensão, cerca de 21% da variação do domínio dor, nesta escala está associado à idade, com o restante decorrente de outros fatores. Com o aumento progressivo da idade ocorre grande variabilidade nos parâmetros sexuais, demonstrando que a atividade sexual de mulheres menopausadas e pós-menopausa dependem progressivamente de condições básicas como bem-estar, saúde física e mental, qualidade do relacionamento e circunstâncias de vida¹⁶.

Mulheres menopausadas referem diminuição da libido, que pode ser atribuída a diminuição hormonal. Apesar da menopausa levar a diversos fatores que influenciaram na resposta sexual como atrofia e secura vaginal, a dispareunia é uma questão complexa e multifatorial¹⁷. Neste estudo, a variável menopausa não pode ser avaliada, pois as participantes estavam em uma faixa etária jovem.

O status de relacionamento das mulheres eram 54,2% solteiras e 45,8% em um relacionamento estável dividido entre namorando ou casadas. Estudos indicam associação entre grau de intimidade com parceiro sexual, intimidade emocional e satisfação sexual com o parceiro. Entretanto relacionamento com maior duração mostrou efeitos adversos na sexualidade em estudo realizado com mulheres de meia idade. Algumas possíveis explicações incluem a habituação, rotina, papéis de gênero, assim como concentração de interesses, e outros problemas como conflitos e dificuldades de comunicação um com o outro¹⁸.

Em relação ao nível educacional, nesse estudo 70,9% das mulheres apresentaram nível de escolaridade superior dividido entre completo e incompleto. Em um estudo que comparou a função sexual de universitárias brasileiras e italianas e apresentou como resultado, alta taxa de disfunção sexual. Cerca de 51,4% das mulheres apresentaram pontuação total do *FSFI* abaixo de 26¹⁹. Não está clara esta relação, porém sugere-se que mulheres com maiores níveis educacionais buscam ajudas profissionais diante deste quadro.

Também observamos que 50% das participantes relataram antecedentes de abuso sexual e emocional. Segundo um estudo que investigou as queixas ginecológicas e disfunção sexual em mulheres com histórico de violência sexual, aproximadamente uma de cada sete mulheres com histórico de sexo contra a vontade e uma de cada cinco com histórico de estupro relataram dispareunia sempre ou quase sempre, ao passo que uma de cada doze mulheres sem história de violência sexual mencionaram esse sintoma²⁰. Demonstrando que histórico de abuso sexual pode estar relacionado a esta disfunção.

Em relação ao uso de contraceptivos hormonais, 41,66% das participantes relataram fazer uso. Um estudo relata que os anticoncepcionais, em específicos os que apresentam baixa concentração de estrogênios, podem ocasionar diminuição da lubrificação vaginal e alterações no trofismo da parede vaginal, levando a dispareunia, com repercussões negativas na fase da excitação genital²¹.

Outro estudo encontrou uma associação entre a contracepção hormonal e a desordem do desejo. Mulheres que usavam contraceptivo hormonal tinham 2 vezes mais chance de ter diminuição do desejo sexual, em comparação com as que usavam outro método contraceptivo ou nenhum²². A diminuição primária do desejo sexual é rara. Sendo fundamental para o desejo sexual a atração pelo parceiro e a não existência de algumas desordens psiquiátricas como ansiedade e depressão. Visto que, a diminuição

do desejo sexual é um sintoma de diversas patologias, com origem associada a fatores fisiológicos e/ou psicológicos²³.

Neste estudo, verificou-se uma correlação positiva e moderada entre o domínio desejo sexual e escore total do questionário de função sexual feminina. Para tanto, sugere-se que quanto maior o desejo, maior o escore total de *FSFI*. Portanto, se o desejo sexual estiver diminuído paralelamente a função sexual estará prejudicada. Porém, a média do escore geral foi de 19,11, abaixo do escore ideal para uma boa função sexual. Sendo que as pacientes apresentaram valores abaixo da média em todos os domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação sexual.

Então, sugere-se que experiência de relação sexual dolorosa afeta o desejo sexual e conseqüentemente todos os domínios da função sexual feminina. Em um estudo é dito que uma causa comum da diminuição do desejo sexual é a presença de outra disfunção sexual. O estudo sugere que uma mulher com anorgasmia pode se sentir suficientemente frustrada com sua disfunção primária e desenvolver secundariamente uma perturbação do desejo sexual²⁴.

Então, ressalta-se a importância em analisar o desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Entretanto, o estudo realizado apresentou limitações relacionadas ao número reduzido de participantes. Destaca-se a dificuldade em recrutar participantes, pois, as mulheres tiveram receio de participar devido ao medo de fazer qualquer exame físico na genitália.

5 CONCLUSÃO

Os resultados sugerem associação da diminuição do domínio do desejo na resposta sexual em mulheres com dispareunia, sendo mais evidenciado em mulheres jovens que estão dentro de relacionamentos estáveis. Paralelamente não houve correlação entre nível de dor e a função sexual.

REFERÊNCIAS

1. Matters William H., Johnson Virginia E. *A Conduta Sexual Humana*. 3th ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.
2. Kaplan HS. *A nova terapia do sexo*. v. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983.
3. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Female sexual dysfunction prevalence in a family planning clinic at a university hospital located in Recife. *Pernambuco Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007; 7: 143–50.
4. American Psychiatry Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Lahaie MA, Amsel R, Khalife S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Archives of sexual behavior*. 2015 Aug; 44(6): 1537-50.
6. Morris, D. E.; Mukhopadhyay, S. Dyspareunia in gynecological practice. *CurrObstetGynaecol*, v. 16, p. 226-233, 2006.
7. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of sexual behavior*. 2010 Apr; 39(2): 292-303.
8. Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *American family physician*. 2001 Apr 15; 63(8):1535-44.
9. Parish Sharon, Hahn Steven. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, v.4:103-120. 2016.
10. DeRogatis Leonard, et al. Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for Assessing Distress in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Sexual Medicine [Internet]*. 2008. Vol.5:357-364.
11. Marin M, King R, Stameni S, Dennrstein, G. (2000). Adverse behavioral and sexual factors in chronic vulvar disease. *Am J ObstetGynecol*, 183 (1),34-38.
12. Abdo CH. *Estudo da vida sexual do Brasileiro*. São Paulo:Bregantini 2004.
13. Gerstenberger EP, Rosen RC, Brewer JV, Meston CM, Brotto LA, Wiegel M, et al. Sexual desire and the Female Sexual Function Index (FSFI): a sexual desire cutpoint for clinical interpretation of the FSFI in women with and without hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2010; 7(9): 3096–103.
14. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para o português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008 out; 30(10): 504-10.
15. Carey JC. Disorders of sexual desire and arousal. *ObstetGynecolClin North Am*. 2006;33(4):549-64
16. Camilo, S. N.; Conto, C. L.; Carneiro Nunes, E. F.; Latorre, G. F. S.. Alterações sexuais no climatério do ponto de vista cinesiológico-funcional - revisão. *Revista de Pesquisa em Fisioterapia*, v. 9, p. 1-7, 2019.
17. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Rüffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*. 2004;11(6 Pt 2):726-40
18. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. The sexuality of middle-aged women with a sexual partner: a population-based study. *Menopause*. 2008; 15(4 Pt 1):706-13.
19. Machado VSS, Valadares ALR, Costa-Paiva L, Morais SS, Pinto-Neto AM. Morbidity and associated factors in climacteric women: a population based study in women with 11 or more years of formal education. *Rev Bras GinecolObstet* 2012; 34(5):215-20.

20. Faúndes, A., Hardy, E., Osis, M. J., & Duarte, G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2000; 22(3), 153-157.
21. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005; 11(6):440-7.
22. Ribeiro, Bárbara, Ana Teresa Magalhães, and Ivone Mota. "Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados." *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2013; 29(1): 16-24.
23. Cranney S. The temporal stability of lack of sexual attraction across young adulthood. *Arch Sex Behav*. 2016; 45(3):743–49.
24. Clayton A. Sexual function and dysfunction in women. *Psych Clin of North Am* 2003; 26:202-19.