



ATUALIZAÇÃO

---

## Resposta sexual humana

### *Human sexual response*

Florence Zanchetta Coelho MARQUES<sup>1</sup>

Simone Braga CHEDID<sup>1</sup>

Gibrahm Chedid EIZERIK<sup>2</sup>

### RESUMO

A sexualidade humana, apesar de exaustivamente explorada pela mídia, que acaba ditando padrões de comportamento ditos "liberais", continua sendo um tema cercado por desconhecimento e tabus, que frequentemente estão envolvidos na gênese e na manutenção das disfunções sexuais. Nessa revisão, os autores trazem a conceituação de sexualidade dentro do tripé biopsicossocial, abordam a fisiologia da resposta sexual humana segundo os estudos de Masters e Johnson e Kaplan, e classificam as disfunções sexuais mais prevalentes entre homens e mulheres, citando suas causas multifatoriais, bem como as possíveis condutas terapêuticas, com base nos principais estudiosos no assunto. Os autores procuram enfatizar também a importância da relação médico-paciente, que muitas vezes é negligenciada pelos profissionais da saúde, e que contribui de maneira fundamental para o estabelecimento de um vínculo adequado, criando um importante canal de comunicação entre as partes e colaborando, conseqüentemente, para a obtenção de um resultado mais satisfatório na abordagem realizada.

**Termos de indexação:** Condutas terapêuticas. Disfunções sexuais. Sexualidade.

### ABSTRACT

*Human sexuality, despite having been thoroughly explored by the media, which ends up attributing so-called "free" patterns of behavior, remains, as time passes,*

---

<sup>1</sup> Faculdades Monteiro Lobato, Curso de Pós-Graduação em Educação Sexual. R. Andradas, 1180, 90020-007, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: F.Z.C. MARQUES. E-mail: <florzcm@terra.com.br>.

<sup>2</sup> Acadêmico, Fundação Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Medicina. Porto Alegre, RS, Brasil.

*a subject surrounded by lack of knowledge and taboos, which are often among the main causes of sexual dysfunction. In this review, the authors introduce the concept of Sexuality within the ambit of bio-psychosocial indicators and explore the physiology of Human Sexual Response according to the studies of Masters and Johnson and Kaplan and classify the most prevalent Sexual Dysfunctions among men and women, quoting their multifaceted causes, as well as the possible therapeutic approaches, based on the main experts on the subject. The authors also attempt to emphasize the importance of the doctor-patient relationship, which is frequently forgotten by health professionals, creating an important channel of communication between the parties involved, and which, undoubtedly, contributes to the establishment of a suitable bonding and, consequently, to obtaining more satisfactory results in the management of patient complaints.*

**Indexing terms:** *Therapeutical Approaches. Sexual Dysfunctions. Sexuality.*

## INTRODUÇÃO

A sexualidade humana, diferentemente da encontrada em outros mamíferos, transcende o mero componente biológico, pois gera prazer independentemente do ciclo reprodutivo. Pode-se então pensar a resposta sexual humana (RSH) em três dimensões: a biológica, a psicológica e a social, todas elas entrelaçadas entre si<sup>1</sup>.

Para Gerson Lopes, a RSH constitui um “conjunto de modificações fisiológicas que ocorrem após estímulo sexual positivo”<sup>2</sup>.

Já segundo Kaplan, “A RSH é uma sucessão altamente racional e ordenada de ocorrências fisiológicas cuja função é preparar os corpos de dois parceiros para a união reprodutora. A resposta sexual feminina transforma o espaço potencial da vagina, apertada e seca, num receptáculo bem lubrificado e aberto para o pênis”<sup>3</sup>.

Sexualidade envolve um processo fisiológico, bem como dimensões subjetivas do ser humano, como a capacidade de confiar, de sentir-se valorizado, aproximar-se e separar-se sem ansiedade excessiva, manter um padrão de relacionamento com o parceiro diferente da relação filial-parental e vivenciar a própria agressividade sem muita ansiedade<sup>4</sup>.

Como define a Organização Mundial de Saúde, saúde sexual é a integração dos elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, por meios que sejam positivamente enri-

quecedores e que potencializem a personalidade, a comunicação e o amor<sup>5</sup>.

A vida sexual de pessoas sadias, ou seja, com “saúde sexual”, é coordenada pela inter-relação de três sistemas: o neurológico, o vascular e o endócrino-lógico. Qualquer alteração em algum destes sistemas pode, potencialmente, gerar descompassos na resposta sexual<sup>6-8</sup>.

## Resposta sexual humana

A relação sexual bem sucedida depende de uma sequência complexa de ocorrências hormonais e fisiológicas altamente vulneráveis aos efeitos de excitações emocionais, tanto intensas quanto crônicas.

Masters & Johnson<sup>9</sup>, em 1970, descreveram o “ciclo de resposta sexual completo”, subdividindo-o em quatro fases:

- 1) Excitação: duração de minutos a horas. É a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato. Corresponde à lubrificação vaginal na mulher e à ereção peniana no homem. Caracteriza-se basicamente por dois fenômenos: vasocongestão e miotonia, culminando na formação da plataforma orgástica;
- 2) Platô: excitação contínua; prolonga-se de 30 segundos a vários minutos;
- 3) Orgasmo (*orge*, do Latim, significa agitação, irritação). É uma descarga de imenso prazer, representada no homem pela ejeção peniana.

Segundo Wilhelm Reich<sup>10</sup>, é “Tensão que aumenta, atinge o auge, e é descarregada, gerando relaxamento corporal”. É a fase de excitação máxima, com grande vasocongestão e miotonia rítmica da região pélvica, acompanhada de grande sensação de prazer, seguida de relaxamento e involução da resposta (resolução). É o clímax da resposta sexual e constitui uma série de contrações rítmicas (3 a 15) da plataforma orgástica, com intervalo de 0,8 segundos;

4) Resolução: Também chamada fase de detumescência, é um estado subjetivo de bem-estar que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular, a lassidão e certo torpor. Tem duração de minutos a horas. Nos homens, caracteriza-se por um período refratário no qual o organismo necessita estar em repouso, não aceitando mais estimulação.

A fase de desejo ou apetência só foi descrita por Kaplan em 1977, e corresponderia à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial (audição, visão, olfato etc.), assim como pela memória de vivências eróticas e de fantasias. O novo esquema considerava o ciclo de resposta sexual, então, composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução<sup>11,12</sup>.

Em 2002, a psiquiatra canadense Rosemarie Basson descreveu o “Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina”, no qual, nos relacionamentos de longo prazo, a mulher iniciaria a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando estimulada pelo parceiro, atingiria graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo<sup>13,14</sup>. O desejo se desenvolveria posteriormente, sendo uma consequência e não a causa do ato sexual<sup>13,14</sup>. Este modelo valoriza a resposta e a receptividade femininas, postulando que, para muitas mulheres, é o desejo de intimidade, ao invés de um impulso biológico, o desencadeador do ciclo de resposta sexual<sup>13-14</sup>.

## Disfunções sexuais

Quando ocorrem dificuldades em uma das fases da resposta sexual, tem-se aquilo que é deno-

minado disfunções sexuais. Segundo Kaplan, são desordens psicossomáticas que tornam impossível para o indivíduo ter coito e/ou gozar de prazer durante o mesmo<sup>3</sup>.

Em 1987, a Associação Psiquiátrica Americana lançou o Terceiro Manual Diagnóstico e Estatístico revisado o (DSM III = R)<sup>15</sup>, que já apresentava as disfunções sexuais classificadas segundo o ciclo de resposta sexual, incluindo a fase de desejo e suprimindo a de platô.

Na décima edição do Código Internacional das Doenças<sup>16</sup>, os transtornos sexuais encontram-se no capítulo 5, correspondente à área da psiquiatria. As disfunções sexuais fazem parte das síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos.

Ambos priorizam os aspectos fisiológicos das disfunções sexuais, o que acabou comprometendo o desenvolvimento de terapêuticas para as disfunções femininas, comparativamente às disponíveis para o sexo masculino<sup>17</sup>.

As disfunções sexuais constituem entidades de alta prevalência, já que afetam 43% das mulheres e 31% dos homens, e causam importante impacto no funcionamento interpessoal e na qualidade de vida dos atingidos<sup>12,18,19</sup>, são, no entanto, frequentemente subdiagnosticadas e negligenciadas<sup>13,20</sup>. Nos Estados Unidos, segundo estudos recentes, as disfunções sexuais atingem taxas de 10% a 52% nos homens e 25% a 63% nas mulheres. Não correspondem a doenças; são termos empregados para descrever um sintoma complexo, que pode ter múltiplas causas<sup>19</sup>.

A etiologia das disfunções sexuais é multifatorial (fatores psicossociais e fisiológicos) e pode estar relacionada a<sup>21-25</sup>:

a) causas orgânicas: doenças crônicas (arteriosclerose, doenças neurológicas, diabetes etc.), câncer, gestação e puerpério, agentes farmacológicos e uso de drogas, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas subclínicas, outros fatores médicos, cirúrgicos ou traumáticos;

b) causas psicológicas: fatores individuais (personalidade, baixa autoestima, educação, história de vida, abuso sexual, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, medo, frustração, culpa, conflitos intrapsíquicos, crenças religiosas), fatores interpessoais (comunicação pobre, relação conflituosa, pouca confiança, traições, medo de intimidade) e fatores psicossociais (aprendizado e atitudes negativos sobre a sexualidade, ansiedade de desempenho, traumas sexuais, desconhecimento da resposta sexual, expectativas de resposta surreais).

As disfunções sexuais são classificadas em quatro categorias<sup>12,22,26</sup>:

1) Disfunções de desejo (desejo sexual hipotativo, desejo sexual hiperativo e aversão sexual).

2) Disfunções de excitação (na mulher: alterações relacionadas à excitação e à lubrificação, no homem: disfunção erétil).

3) Fase de orgasmo (na mulher: anorgasmia; no homem: ejaculação precoce, retardada, retrógrada e ausência de ejaculado).

4) Disfunções sexuais relacionadas à dor (na mulher: dispareunia e vaginismo, no homem: prostatites, uretrites, fimose, doença de Peyronie etc.).

As disfunções podem ser primárias (quando ocorrem desde o início) ou secundárias (surgidas após um período de funcionamento sexual normal); transitórias ou permanentes; situacionais (quando ocorrem somente em determinadas situações) ou gerais (quando ocorrem em qualquer situação)<sup>27</sup>.

Os conceitos de adequação e inadequação sexual também precisam ser considerados. Adequado é aquele casal que, funcional ou disfuncional, está satisfeito com sua interação na relação sexual, e inadequado é aquele que não está<sup>27</sup>. Por exemplo, em uma mulher com vaginismo, cujo parceiro apresenta disfunção erétil, apesar de ambos terem uma disfunção, eles são muito convenientes um ao outro, pois ela não permitiria a penetração, e ele não conseguiria penetrá-la. Se somente um dos dois recebesse tratamento, este casal poderia se tornar inadequado, pois o parceiro que permanecesse disfuncional não suportaria a demanda do outro.

Para o diagnóstico de uma disfunção sexual, esta deve estar presente há pelo menos seis meses<sup>28</sup>, ser persistente ou recorrente (e não ocasional) e causar sofrimento inter ou intrapessoal<sup>19,25,29</sup>. Deve-se investigar se realmente consiste em uma disfunção sexual<sup>30</sup> ou se está havendo estímulo inadequado ou insuficiente<sup>28</sup>. A identificação da etiologia psicogênica ou orgânica deve ser realizada por meio de uma completa história médica e sexual, minucioso exame físico, exames laboratoriais e complementares (quando necessários), bem como possíveis reações adversas decorrentes de doenças ou de medicamentos<sup>12,20,29,31,32</sup>.

### Disfunções sexuais femininas

Basson *et al.*<sup>33</sup>, em consenso realizado durante conferência internacional na Fundação Americana de Doenças Urológicas, definiu disfunção sexual feminina como o comprometimento do desejo e da excitação sexual, do orgasmo e/ou dor sexual que provoquem desconforto pessoal significativo.

Estas disfunções costumam acentuar-se com a idade, afetam de 20% a 50% das mulheres e podem causar impacto considerável na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais. Mulheres que procuram atendimento especializado devido a disfunções sexuais costumam apresentar instabilidade do humor e baixa autoestima. Adicionalmente, tendem a ser mais ansiosas e introvertidas, quando comparadas a mulheres com funcionamento sexual normal<sup>34</sup>.

Tradicionalmente, disfunções sexuais em mulheres eram atribuídas somente a fatores psicológicos, porém recentes pesquisas têm demonstrado várias causas biológicas, psicossociais<sup>32</sup> e físicas para estes problemas, entre as quais constam<sup>35</sup>: 1) dificuldades na comunicação com o parceiro; 2) ansiedade e depressão; 3) sentimento de culpa e vergonha em relação ao sexo; 4) medo de sentir dor, de contrair infecções ou de engravidar; 5) história de abuso sexual; 6) falta de estimulação adequada; 7) falta de lubrificação; 8) mudanças corporais e/ou orgânicas relacionadas à menopausa; 9) danos

neurológicos devidos a cirurgia ou trauma; 10) drogas; 11) doenças infecciosas do trato genital.

A sexualidade feminina também deve ser considerada no contexto em que um casal está inserido. Costumes sociais da sua comunidade, aspectos culturais e religião determinam seus conceitos de saúde e realização sexual<sup>36</sup>.

O desejo sexual hipoaetivo é a mais comum das disfunções sexuais femininas, e consiste na diminuição ou ausência de interesses e de fantasias sexuais. Não existe nenhuma motivação para que o ato sexual aconteça<sup>37</sup>.

A disfunção de excitação consiste na ausência ou marcada redução da excitação (sentimentos relacionados à excitação sexual, à sensação de prazer) e de lubrificação vaginal frente a qualquer tipo de estímulo<sup>37</sup>.

A disfunção do orgasmo (anorgasmia) ocorre quando há desde a diminuição de intensidade do orgasmo até sua ausência na vigência de um estímulo adequado<sup>37</sup>.

As disfunções sexuais femininas não vinculadas ao ciclo de resposta sexual, mas sim relacionadas ao elemento "dor", são a dispareunia e o vaginismo. Dispareunia é a dor no intercurso sexual, geralmente com causas orgânicas como vulvovaginite, bartholinite, vestibulite vulvar, cistite intersticial, sequelas de partos transpélvicos traumáticos, endometriose, hipoestrogenismo, doenças dermatológicas, como líquen, e doenças sexualmente transmissíveis, como HPV e Chlamydia<sup>37</sup>. O vaginismo é caracterizado por um espasmo involuntário da musculatura paravaginal à simples menção ou tentativa de coito, de origem psicogênica, que causa impedimento total ou parcial à penetração<sup>37</sup>.

## Disfunções sexuais masculinas

Muitos homens estão vulneráveis a apresentar disfunções sexuais devido à ignorância, inibições, expectativas supradimensionadas e ansiedade de desempenho<sup>38</sup>. Laumann *et al.*<sup>39</sup>, em 1999, analisaram uma coorte de homens jovens entre 18 e 59

anos e observaram que 31% deles sofriam de alguma disfunção sexual.

Em comparação com as mulheres, os homens com disfunção sexual parecem ter mais dificuldade para buscar ajuda, pelo estigma de serem menos potentes e pelo constrangimento em exporem sua intimidade<sup>40</sup>. Quando finalmente o fazem, existem grandes barreiras na comunicação entre o paciente e o profissional<sup>41</sup>. Também por insegurança, muitas vezes surge descrença do paciente na efetividade do tratamento, desmotivando-o a continuar o acompanhamento médico<sup>41</sup>.

É difícil identificar a etiologia e os fatores desencadeantes e mantenedores das disfunções sexuais masculinas ouvindo somente um dos cônjuges. Obter a história dos respectivos parceiros colabora bastante para a identificação de três fatores que contribuem para sua ocorrência<sup>42</sup>: 1) fatores predisponentes (criação rígida, questões relacionais, experiências sexuais traumáticas), que podem tornar um homem mais suscetível a apresentar alguma disfunção sexual; 2) fatores precipitantes (disfunção da parceria, depressão, ansiedade), que podem ter desencadeado o problema em questão; 3) fatores mantenedores (ansiedade de desempenho, discórdias na relação, medo de intimidade, baixa autoestima, comunicação pobre), que podem manter o problema.

A disfunção erétil é a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para uma função sexual satisfatória<sup>43</sup>.

As disfunções da ejaculação são divididas em quatro grupos: ejaculação precoce, ejaculação retardada, ejaculação retrógrada e ausência de ejaculação (anorgasmia masculina)<sup>44</sup>.

A ejaculação precoce, segundo a Academia Internacional de Sexologia Médica, é uma condição persistente ou recorrente na qual o homem não consegue perceber e ou controlar as sensações proprioceptivas que precedem o reflexo ejaculatório, provocando constrangimento pessoal e perturbando o relacionamento com a parceira<sup>45</sup>.

Ejaculação retardada é a persistente dificuldade ou inabilidade de ejacular, apesar de adequado estímulo, desejo e ereção<sup>44,46</sup>.

A ejaculação retrógrada ocorre quando o sêmen é direcionado retrogradamente para a bexiga, em vez de ser expulso pelo meato uretral<sup>44</sup>. Está associada a anormalidades estruturais do colo da bexiga (tais como operações da próstata e do colo vesical), a traumas uretrais ocasionados por fratura pélvica e à ação de medicamentos<sup>43</sup>.

A anejaculação ou ausência de ejaculado ocorre quando estão presentes as sensações orgâsmicas normais, entretanto sem haver a expulsão do sêmen (situações em que o sêmen não é produzido ou quando os canais que conduzem o fluido seminal do testículo ao pênis estão ocluídos)<sup>43</sup>.

### Tratamento das disfunções sexuais

O diagnóstico precoce e a intervenção adequada são essenciais para a efetividade do tratamento<sup>24</sup>. O manejo de disfunções primárias ou crônicas geralmente difere do modo como se deve lidar com as disfunções adquiridas ou recentes, e é mais dispendioso<sup>41</sup>.

Assim como as disfunções sexuais são geralmente causadas por fatores orgânicos e psicológicos, as estratégias terapêuticas também devem combinar opções farmacológicas, quando disponíveis, com terapia sexual<sup>31</sup>. O tratamento pode ser feito de forma multidisciplinar, dependendo da etiologia e do tipo de disfunção, e consiste de educação, informação e aconselhamento sobre a resposta sexual (o que, em muitos casos, já é efetivo)<sup>47</sup>, psicoterapia, terapia sexual ou ainda farmacoterapia<sup>32</sup>. O incentivo à comunicação do casal, o coito não exigente e a permissão para que os parceiros se entreguem ao prazer são pontos importantes a serem abordados<sup>48</sup>. Além disso, deve-se estimular a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, tratar patologias orgânicas ou psiquiátricas coexistentes, modificar os esquemas terapêuticos que eventualmente estejam interferindo no desempenho sexual e considerar a possibilidade de terapia de casal<sup>49</sup>. Esta última, além de melhorar a comunicação diádica, pode solucionar conflitos relacionais<sup>20</sup>.

O casal deve investir mais tempo em atividades conjuntas, incluindo romance no relaciona-

mento e não somente nos momentos das relações sexuais propriamente ditas. Além disso, os cônjuges devem estimular a assertividade, conversando mais abertamente sobre a vida em comum, e avaliar com seu parceiro como tornar sua comunicação conjugal e sexual melhor<sup>42</sup>.

Existem várias opções terapêuticas para o manejo das disfunções sexuais masculinas, que aqui não serão exploradas. Entretanto, não existe medicação aprovada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para o tratamento de disfunções femininas<sup>50</sup>. A eficácia de várias medicações, como L-arginina, yohimbina, fentolamina, apomorfina, prostaglandina E1 e testosterona, ainda está sob investigação<sup>25</sup>. O tratamento medicamentoso inclui a prescrição de agentes farmacológicos que corrijam alterações endócrinas<sup>20</sup>.

A típica relação terapeuta-paciente precisa se transformar em relação terapeuta-casal. Parafraseando Masters e Johnson, quando alguma forma de inadequação sexual está presente, o casal é o paciente. Assim, o problema sexual passa a ser abordado sob nova perspectiva, amenizando a pressão e a ansiedade pelo desempenho. Simultaneamente, a intimidade e a satisfação mútua são promovidas<sup>42,51</sup>.

A terapia sexual utiliza métodos baseados em Masters e Johnson, como "focagem de sensações" e exercícios orientados. Terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento, treino de fantasias e terapias em grupo também promovem significativa melhora no tratamento das disfunções sexuais. Técnicas específicas, como a automanipulação, o *stop-star*, *squeeze*, dessensibilização sistemática e exercícios de Kegel, são instituídas na terapia quando necessárias<sup>20,47</sup>.

A escolha do tratamento deve ser feita baseada na perspectiva do paciente, de acordo com suas necessidades e preferências, e discutida também com sua parceira<sup>52,53</sup>.

O tratamento de um paciente com disfunção sexual melhora sua autoestima, qualidade de vida, satisfação pessoal e conjugal e possíveis sintomas

de depressão<sup>42</sup>. A principal meta do tratamento é que o casal tenha mais satisfação e prazer, e não somente um perfeito desempenho genital<sup>48</sup>; a remissão do sintoma é um objetivo de menor importância<sup>47</sup>.

### Prognóstico das disfunções sexuais

O prognóstico varia conforme o tipo da disfunção e sua causa. Geralmente bons resultados (80% a 95% satisfação) são obtidos quando se trata de vaginismo, dispareunia, disfunção erétil e anorgasmia feminina. O sucesso é menor (40% a 80% de satisfação) nos casos de anejaculação e ejaculação precoce. O menor índice de resolução refere-se ao desejo sexual hipotativo<sup>20</sup>.

### CONCLUSÃO

Sexo, afora os aspectos reprodutivos e prazerosos, é forma de expressar afetividade. Homens e mulheres sentem-se valorizados pelo desejo despertado e sua autoestima diminui quando isto não mais ocorre<sup>54</sup>. Indivíduos com rigidez afetiva, que não conseguem demonstrar carinho, são fortes candidatos a apresentar mais dificuldades sexuais que as pessoas que lidam mais facilmente com suas emoções e sentimentos.

As disfunções e inadequações sexuais, além de criarem um ambiente sexual destrutivo, com frequência generalizam-se a outras áreas de comunicação do casal, colocando em risco a integridade do relacionamento.

Como os sintomas sexuais muitas vezes podem sinalizar uma séria doença orgânica subclínica, destacou-se a importância de incluir a anamnese sexual como parte integrante da consulta médica<sup>42</sup>. Muitas doenças sistêmicas apresentam efeitos negativos sobre o desejo, a excitação, o orgasmo e a ejaculação, e podem causar dor durante o ato sexual. Doenças crônicas também interferem indiretamente na função sexual, por prejudicarem as relações conjugais e a autoimagem, causando fadiga, dor, diminuição da atratividade e dependência.

A educação médica tradicional não prepara os profissionais para discutir sexualidade. As dificuldades, muitas vezes, devem-se a emoções negativas dos próprios profissionais, que frequentemente alegam incapacidade e falta de tempo, ou, por vezes, acreditam que a abordagem e o manejo destas disfunções são extremamente dispendiosos e não viáveis em uma consulta rotineira.

Os profissionais envolvidos na promoção da saúde devem lembrar que não precisam ser sexólogos, com perfeita relação pessoal e sexual ou os mesmos princípios e valores de seus pacientes para deixá-los mais confortáveis neste tipo de discussão. Eles precisam, sim, ser bons entrevistadores, sempre dispostos a ouvir o paciente, sem julgá-lo e sem projetar sua ansiedade e insegurança. Assim, o paciente ficará à vontade para expor seus questionamentos e dúvidas e, conseqüentemente, uma relação aberta e de confiança será estabelecida.

Aconselhamento e ajuste do estilo de vida, bem como intervenção adequada nos fatores de risco, são os primeiros passos para uma abordagem holística em relação ao tratamento eficaz das disfunções sexuais.

### REFERÊNCIAS

1. Vitiello N, Rodrigues Jr OM. As bases anatômicas e funcionais do exercício da sexualidade. São Paulo: Iglu; 1997.
2. Lopes G. Manual diagnóstico das doenças em sexologia. São Paulo: Medsi; 1994.
3. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 6a ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1974.
4. Fleury H. As novas abordagens e teorias sobre a resposta sexual feminina. Arq H Ellis [periódico online]. 2004; 1(1). Disponível em: <www.arquivoshellis.com.br>.
5. Organização Mundial da Saúde. Instrução e assistência em questões de sexualidade humana: formação de profissionais da saúde. Genebra: OMS; 1975.
6. Conselho Federal de Medicina. Desafios éticos. Brasília; 1993.
7. Penson RT, Gallagher J, Gioiella ME, Wallace M, Barden K, Duska LA. Sexuality and cancer: conversation comfort zone. Oncologist. 2000; 5(4):336-44.

8. Projeto Sexualidade (ProSex). São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.
9. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Lippincott Williams & Wilkins; 1966.
10. Reich W. Die function des orgasmus: psicopatologie et sociologie de la vie sexuelle. Viena: Editions de Nouveau Monde; 1984.
11. Abdo CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. 2a.ed. São Paulo: Lemos; 2000. p.31-2.
12. Verit FF, Yeni E, Kafali H. Progress in female sexual dysfunction. *Urol Int.* 2006; 76(1):1-10.
13. Luria M, Hochner-Celnikier D, Mock M. Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. *Harefuah.* 2004; 143(11):804-10, 38.
14. 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(3):888-93.
15. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 3a. ed. São Paulo: Manole; 1989.
16. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). São Paulo: Edusp; 1994.
17. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000; 163(3):888-93.
18. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatric Rep.* 2000; 3(2):189-95.
19. Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv.* 2005; 60(3):196-205.
20. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction, Part II: diagnosis, management, and prognosis. *J Am Board Fam Pract.* 1992; 5(2):177-92.
21. Perelman MA. A new combination treatment for premature ejaculation: a sex therapist's perspective. *J Sex Med.* 2006; 3(6):1004-12.
22. Halvorsen JG, Metz ME. Sexual dysfunction, Part I: classification, etiology, and pathogenesis. *J Am Board Fam Pract.* 1992; 5(1):51-61.
23. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol.* 2002; 20(2):79-88.
24. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician.* 2000; 62(1):127-36, 41-2.
25. Marthol H, Hilz MJ. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2004; 72(3):121-35.
26. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med.* 2007; 4(1): 241-50.
27. Holmes M, Letourneau E, Vermillion S. A Psychiatrist's guide to sexual dysfunction in woman. *Med Update Psychiat.* 1998; 3(8):105-12.
28. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clin.* 2006; 33(3):162-67.
29. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2004; 1(1):24-34.
30. Buffat J. Investigation of sexual disorders. *Rev Med Suisse.* 2006; 2(58):798-801.
31. Hartmann U, Ruffer-Hesse C. Sexuality and pharmacotherapy. Medication-induced disorders of sexual response and pharmacotherapeutic options for the treatment of sexual dysfunctions. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2007; 50(1):19-32.
32. Amato P. Categories of female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006; 33(4):527-34.
33. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(1):51-65.
34. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol.* 2002; 20(2):79-88.
35. Fourcroy JL. Customs, culture, and tradition: what role do they play in a woman's sexuality? *J Sex Med.* 2006; 3(6):954-9.
36. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 10(10):1327-33.
37. Golden J. Psychiatric aspects of male sexual dysfunction. *Postgrad Med.* 1983; 74(4):221-9
38. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 282(13):1229.
39. Shabsigh R, Anastasiades A, Cooper KL, Rutman MP. Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction. *World J Urol.* 2006; 24(6):653-6.
40. Althof SE. Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. *J Urol.* 2006; 175(3 Pt 1):842-8.
41. Reunião de diretrizes básicas em disfunção erétil e sexualidade da Sociedade Brasileira de Urologia e Il



- Consenso Brasileiro de Disfunção erétil. São Paulo: BG Editora e Produções Culturais; 1998.
42. Wolters JP, Hellstrom WJ. Current concepts in ejaculatory dysfunction. *Rev Urol.* 2006; 8(Suppl 4):S18-25.
43. Cavalcanti R, Serrano R, Lopes G. Ejaculação precoce/rápida: A consenso da academia internacional de sexologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
44. Munjack DJ, Kanno PH. Retarded ejaculation: a review. *Arch Sex Behav.* 1979; 8(2):139-50.
45. Kockott G. Psychotherapy for sexual dysfunctions and desire disorders. *Bundes Gesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2007; 50(1):11-8.
46. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol.* 2002; 20(2):127-36. Epub 2002 May 15.
47. Warnock JJ. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs.* 2002; 16(11):745-53.
48. Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. *Sexual, Reprod Menopause.* 2004; 2(4):199-203.
49. Rosing D, Klebingat KJ, Beier KM. Sex therapy for male sexual dysfunction. *Urologe A.* 2006; 45(8):975-80.
50. Singh JC, Devasia A, Gnanaraj L, Chacko KN. Erectile dysfunction. *Natl Med J India.* 2005; 18(3):139-43.
51. Wespes E. Erectile dysfunction, physiologic approach, diagnosis and therapy. *Bull Mem Acad R Med Belg.* 2006; 161(3-4):151-8.
52. Lima CP, Lopes GP, Brendler J, Lima RP. Sexualidade e climatério. *Femina.* 2002; 30(8):577-78.
53. Steinke EE. Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: a comparison of two studies. *J Adv Nurs.* 1994; 19(3):477-85.
54. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet.* 2007; 369(9559):409-24.

Recebido em: 12/9/2008  
Aprovado em: 3/12/2008

