



Bianca Silva da Cruz<sup>1</sup>, Christian Pacheco de Almeida<sup>2</sup>, Carla Daniela Santiago Oliveira<sup>2</sup>,  
Laís Socorro Barros da Silva<sup>2</sup>, Lorena Jarid Freire de Araújo<sup>2</sup>, Regina da Rocha Corrêa<sup>2</sup>,  
Késsya Alves da Costa<sup>3</sup>, Tereza Cristina dos Reis Ferreira<sup>4</sup>

---

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres atendidas no centro de saúde da Francilândia no município de Abaetetuba-Pará. **Métodos:** Estudo do tipo observacional, transversal e quantitativo, realizado com 34 mulheres, atendidas no centro de saúde da francilândia, com idades entre 18 e 61 anos, sexualmente ativas. As informações foram coletadas por meio de questionários, preenchidos de forma individual, escrita e anônima, abordando características sociodemográficas, obstétricas e ginecológicas. Para análise da função sexual foi utilizado o quociente sexual versão feminina. Os dados foram armazenados nos sistemas Microsoft Excel e no Software MINITAB 14.0, e os testes utilizados foram o teste de variância Anova, Anova de Kuskal – Wallis, com nível de significância de 5%. **Resultados:** De acordo com os resultados a disfunção sexual mais prevalente foi do orgasmo (P: 0,002), sendo a mediana do escore total da função sexual igual a 58,59, classificada como desfavorável a regular. **Conclusão:** Conclui-se que as mulheres deste estudo apresentaram alta prevalência do comprometimento sexual.

**Palavras-chave:** Sexualidade. Disfunções Sexuais Psicogênicas. Qualidade de vida.

---

## ABSTRACT

**Objective:** To verify the prevalence of sexual dysfunctions amongst women tended to at the Francilândia Health Care Center in Abaetetuba-Pará. **Methods:** Observational, transverse and qualitative study of 39 women cared for at Francilândia Health Care. The study included sexually activated women between the ages 18-61 years old. The information was gathered through questionnaires, filled out individually and anonymously by handwriting, including socio-demographic, obstetrics and gynecological aspects. It also included a Brazilian validated questionnaire called “the Quociente Sexual Versao Feminina”. The data was stored in the Excel® platform for processing and for data analysis we implemented the use of Microsoft Excel, the MINITAB Software 14.0. For tests we used the Variance Analysis Anova, the Kuskal – Wallis Anova and the with a 5% significance level. **Results:** According to the results the most prevalent sexual dysfunction was the orgasm, and the median obtained was 58,59. It showed that the global sexual performance of the interviewed women was classified as unfavorable to regular. **Conclusion:** the women show prevalence of sexual dysfunction.

**Keywords:** Sexuality. Sexual Dysfunctions, Psychological. Quality of life

---

1 Fisioterapeuta Mestre em Saúde na Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

2 Graduandos em Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

3 Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA).

4 Fisioterapeuta Doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE).

DOI: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n2-30>

### Autor de correspondência

Christian Pacheco de Almeida - Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS II)

Endereço: Travessa Perebebuí, 2623 – Marco CEP: 66095-661 Belém-Pará

E-mail: christianpacheco134@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A função sexual é um aspecto que faz parte da qualidade de vida das mulheres e está relacionada ao bem-estar pessoal<sup>1</sup>. Dessa forma, a atividade sexual adequada apresenta quatro fases, classificadas como: Desejo, excitação, orgasmo e resolução. Logo, alterações ou presença de dor nestas fases, são consideradas disfunção sexual (DS)<sup>2,3</sup>.

Estudos demonstram alta prevalência de DS em mulheres brasileiras, em diferentes fases, como climatério, gravidez e puerpério<sup>4,5,6,7</sup>. Sabe-se que vários fatores estão associados à presença desta insatisfação, sejam eles orgânicos, sociais ou até mesmo culturais, sendo, portanto de causa multifatorial<sup>8</sup>.

Assim, o diagnóstico desse quadro apresenta ampla importância, uma vez que auxilia na identificação de muitos problemas psíquicos e relacionais<sup>9</sup>. Desse modo, recomenda-se que o tratamento apresente uma abordagem multidisciplinar, pois apenas o tratamento medicamentoso não é suficiente, visto que existem vários fatores intrínsecos à função sexual<sup>8</sup>.

Nesse sentido, a abordagem terapêutica pode ser iniciada pela identificação dos aspectos e sintomas gerais das mulheres e orientações sobre estimulação sexual<sup>10</sup>. As intervenções fisioterapêuticas também podem contribuir para melhorar a função sexual, atuando por

meio do fortalecimento do assoalho pélvico, melhorando as sensações de percepção durante o ato sexual, ou proporcionando o relaxamento vaginal em casos de vaginismo<sup>11</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve objetivou avaliar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres atendidas no centro de saúde da Francilândia no município de Abaetetuba-Pará.

## METÓDOS

Foi realizado um estudo de caráter observacional, transversal, quantitativo com mulheres atendidas no centro de saúde da Francilândia no município de Abaetetuba-Pará, em julho a setembro de 2015. O projeto foi previamente aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Estado do Pará (UEPA) sob o parecer de número 1.258.387, e está de acordo com as normas de pesquisa envolvendo seres humanos ( Res. CNS 466 / 12).

Foram incluídas na pesquisa mulheres com idade entre 18 e 61 anos, sexualmente ativas e foram excluídas mulheres grávidas. Dessa forma, participaram do estudo 34 mulheres, e todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários que foram preenchidos de forma individual, escrita e anônima. Foram coletados dados sócio-demográficos

(idade, escolaridade, renda mensal, estado civil e religião) e ainda dados ginecológicos e obstétricos (idade de iniciação sexual, uso de anticoncepcional oral, número de gravidez, tipo de parto, presença de episiotomia, realização de pré natal, e realização de tratamento fisioterapêutico para fins ginecológico ou obstétrico).

Em seguida as pacientes responderam o quociente sexual, versão feminina (QS-F), questionário para avaliação da função sexual, elaborado e validado no Brasil, composto por 10 questões que analisam a função sexual

levando em consideração os últimos seis meses, Investiga cada ciclo de resposta sexual e outros aspectos da atividade sexual<sup>12</sup>. Na análise deste questionário destaca-se que os itens a serem avaliados foram divididos em cinco blocos, onde cada bloco dispõe de um número de fatores a serem avaliados (Quadro 1). Dessa forma o QS-F permite analisar disfunções específicas do desejo, excitação, orgasmo, dispareunia e vaginismo<sup>12</sup>.

**Quadro 1:** Listagem dos blocos e questões do Questionário quociente sexual-versão feminina

Bloco	Fatores
1 - Desejo	1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?
	2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?
	8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?
2 - Preliminares	3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?
3 - Excitação pessoal e sintonia com parceiro	4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?
	5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?
4 - Conforto	6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?
	7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?
5 - Orgasmo e satisfação	9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?
	10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

Cada pergunta oferece alternativas com pontuações que variam de zero a cinco, sendo que escores  $\leq 2$  indica comprometimento do domínio, exceto para a questão número 7 que é analisada de forma diferente onde escores

$\geq 2$  indica comprometimento do domínio<sup>12</sup>. O resultado do desempenho sexual global é avaliado pelo escore final, computado pela soma dos dez escores multiplicado por dois, este resultado é interpretado por meio de uma

escala que varia de 0 (mínimo) a 100 (máximo) pontos, assim distribuída: 82-100 pontos (bom a excelente); 62-80 (regular a bom); 42-60 (desfavorável a regular); 22-40 (ruim a desfavorável); 0-20 (nulo a ruim) <sup>12</sup>.

Após a coleta os dados foram armazenados em planilha eletrônica Excel<sup>®</sup> para o processamento. Com relação à análise, foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema Microsoft Excel e Software MINITAB 14.0, todos em ambiente Windows 7, e os testes utilizados foram o teste de variância Anova, Anova de Kuskal-Wallis, com nível de significância

de 5%. Já para identificação do tipo de distribuição dos dados, foram aplicados dois testes: Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors e ainda outro teste de ajustamento desenvolvido especialmente para a lei normal, teste de Shapiro-Wilk.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 34 mulheres, com média de idade de  $27,62 \pm 13,26$ , variando de 18 a 61 anos (Tabela 1). A maioria das mulheres afirmou ter o ensino básico (32,35%) e o ensino médio (32,35%), juntas perfazem mais de 60% da amostra (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características socioeconômicas das participantes da pesquisa.

Variável	n = 34	
Faixa Etária	n	%
$\bar{X}$	<b>27,62 ± 13,26</b>	
18-21	18	52,94
22-29	6	17,65
30-37	2	5,88
38-45	4	11,76
46-53	1	2,94
54-61	3	8,82
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
Escolaridade	n	%
Ensino básico	11	32,35
Ensino fundamental	6	17,65
Ensino médio	11	32,35
Sem escolaridade	6	17,65
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
Renda Mensal (Salário Mínimo)	n	%
< 1 salário mínimo	21	61,76
1 a 3 salários mínimos	1	2,94
Sem renda	12	35,29
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
Religião	n	%
Católica	22	64,71
Evangélica	8	23,53
Sem Religião	4	11,76
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
Estado Civil	n	%
Solteira	17	50,00
Separada	1	2,94
Casada	16	47,06
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>

Quanto à renda mensal, foi observado que 61,76% das mulheres possuía renda menor que um salário mínimo. A Tabela 1 mostra ainda, que a maior parte das entrevistadas afirmou ser da religião católica (64,71%), já em relação ao estado civil 50 % são solteiras, 47,06% casadas, e 2,54 % separadas.

Os dados obstétricos e ginecológicos

mostrados na Tabela 2 apontaram que a maioria das mulheres iniciou a atividade sexual no período de 13 a 14 anos, sendo a média de idade de iniciação sexual de 14,41  $\pm$  2,11, sendo evidenciado ainda, que a maior parte não faz uso de anticoncepcional oral, compondo 67,65% da amostra e que 76,47% já vivenciaram período gestacional.

**Tabela 2:** Características obstétricas e ginecológicas das participantes da pesquisa

Variável	n = 34	
	n	%
<b>Idade de iniciação sexual</b>		
$\bar{x}$	<b>14,41 <math>\pm</math> 2,105</b>	
11-12	5	14,71
13-14	18	52,94
15-16	5	14,71
17-19	6	17,65
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
<b>Uso de Anticoncepcional</b>	n	%
Não	23	67,65
Sim	11	32,35
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
<b>Já ficou grávida</b>	n	%
Não	8	23,53
Sim	26	76,47
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>
<b>Parto Normal</b>	n	%
<b>Número de partos normais</b>	<b>1,47 <math>\pm</math> 1,66</b>	
0	4	15,38
1	9	34,62
2	5	19,23
3	5	19,23
4	1	3,85
5	1	3,85
7	1	3,85
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Número de Parto Cesário</b>	n	%
0	21	80,77
1	5	19,23
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Parto com episiotomia</b>	n	%
Não	12	46,15
Sim	14	53,85
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Realizou pré-natal</b>	n	%
Não	8	30,77
Sim	18	69,23
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Já realizou fisiouroginecológica</b>	n	%
Não	34	100,00
Sim	0	0,00
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>

Quanto à história do parto, verificou-se que 53,85% das mulheres tiveram partos com presença de episiotomias e apenas 69,23% realizaram o pré-natal. Quando questionadas se já tinham realizado procedimento fisioterapêutico para fins obstétricos ou ginecológicos, todas afirmaram que não.

Em relação às respostas do QS-versão feminina, analisando inicialmente a Tabela 3, verifica-se que a questão cinco do bloco três, relacionada à excitação sexual, apresentou

mediana igual a 4, o que significa dizer que 50% das mulheres sentem-se excitadas a maioria das vezes, já em relação ao orgasmo e satisfação a mediana foi igual a 2, indicando disfunção para este bloco. Quanto a dispareunia relatada no bloco de conforto, na questão sete, apontou uma mediana igual a 2, o que implica dizer que o grau de disfunção sexual no que refere a dispareunia é baixo, pois para esta questão valores menores indicam ausência de dor durante a relação sexual.

**Tabela 3:** Estatística descritiva das respostas e escore total, por Questão e bloco, de acordo com os achados do quociente sexual-versão feminina.

BLOCO	Questão	N	Moda	Mín.	Máx.	Percentil		
						25º	50º (Mediana)	75º
1 - Desejo	Questão 1	3/4	4	0	4	2	3	4
	Questão 2	3/4	4	1	5	2	3	4
	Questão 8	3/4	4	0	5	2	3	4
2 - Preliminares	Questão 3	3/4	4	1	5	3	3	4
3 - Excitação pessoal e sintonia com parceiro	Questão 4	3/4	3	2	5	3	3	4
	Questão 5	3/4	4	1	5	3	4	4
4 - Conforto	Questão 6	3/4	2	0	5	2	2	3
	Questão 7	3/4	2	0	4	2	2	3
5 - Orgasmo e satisfação	Questão 9	3/4	2	1	5	2	2	3
	Questão 10	3/4	2	1	5	2	2	3
Escore total (Disfunção Sexual)		3/4	58,59	22	90	50,00	58,00	64,00

O escore geral de DS apresentou mediana de 58,59  $\approx$  59 (Tabela 3), o que mostra que o resultado do desempenho sexual global das mulheres entrevistadas está no intervalo de 42-60 (desfavorável a regular),

com pontuação mínima de 22 e máxima de 90.

Foi realizada também a análise de consistência interna do questionário utilizado, para tanto, foi aplicado o Alpha de Cronbach, cujo valor obtido foi de 0,855,

sendo considerado um instrumento confiável. Além disso, os dados foram testados, para certificação de normalidade, antes de uma análise mais aprofundada e da criação de informações baseadas neles. Assim, verificou-se que distribuição das variáveis é significativamente diferente da curva normal o que é um pressuposto para uso de testes não paramétricos para os dados desta pesquisa.

Destaca-se na Tabela 4 que os blocos que indicam disfunção sexual são os relacionados ao orgasmo (p: 0,002) (questão 9) e satisfação (p: 0,000) (questão 10) já que 20 mulheres relataram dificuldade para atingir estas fases, além destas, na fase do desejo (questão 8) (p: 0,016), relacionada a distração durante a relação sexual, 18 mulheres referiram falta de concentração nesse momento.

**Tabela 4:** Ranking Médio e Percentual de Disfunção Sexual das Respondentes para cada questão apresentada no instrumento.

Bloco	Questões	≤ 2 (0 a 2)		> 2 (3 a 5)		Mediana (Escore Total)	Ranking Médio (Questão)	Média Ranking (Bloco)	Sig. (p-valor) <sup>1</sup>
		Qtd.	%	Qtd.	%				
1 - Desejo	1	11	32,35	23	67,65	101	5,00	6,00	0,001
	2	11	32,35	23	67,65	106	7,00		0,001
	8	18	52,94	16	47,06	104	6,00		0,016
2 - Preliminares	3	5	14,71	29	85,29	112	9,00	9,00	0,006
3 - Excitação pessoal e sintonia com parceiro	4	7	20,59	27	79,41	110	8,00	9,00	0,001
	5	12	35,29	22	64,71	122	10,00		0,000
4 - Conforto	6	3	8,82	31	91,18	83	2,00	1,00	0,000
	7	23	67,65	11	32,35	81	1,00		0,049
5 - Orgasmo e satisfação	9	20	58,82	14	41,18	88	3,00	3,50	0,002
	10	20	58,82	14	41,18	89	4,00		0,000

<sup>1</sup>Teste de Kruskal-Wallis. Nível de significância: 0,05. P-valor = 0.000.

Já os menores índices de disfunção foram relacionados ao bloco do conforto, composto por perguntas sobre vaginismo, onde 31 indivíduos não relataram este distúrbio (p: 0,000) (questão 6) e dispareunia que foi negado por 23 pacientes (p: 0,049) (questão 7); e também o bloco das preliminares, para esta questão 29 mulheres referiram satisfação a maioria das vezes (0,006) (questão 3).

Ainda analisando a Tabela 4, afirma-se que a disfunção sexual mais prevalente foi a do orgasmo (p: 0,002), encontrada em 58,82% das pacientes, apresentando um valor médio no ranking de 3,50, numa escala de 0 a 10, onde 0 é disfunção grave e 10 ausência de disfunção. O P-valor = 0.000 implica dizer que, no geral, as diferenças para o grau de disfunção sexual entre as mulheres, são estatisticamente significativas, considerando as diferentes questões.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que vários fatores podem interferir na função sexual<sup>8</sup>. Características ginecológicas, obstétricas e socioeconômicas são importantes achados estão relacionados à presença destes distúrbios<sup>8,9</sup>.

Neste estudo a média de idade das pacientes foi de 27,62 anos, menor do que o relatado pela literatura atual, quando relacionado à disfunção sexual, pois referências mencionam redução da função sexual em mulheres mais velhas, principalmente as que estão no período do climatério, devido às respostas fisiológicas em decorrência da redução do estrogênio, causando diminuição da lubrificação vaginal, perda da elasticidade vaginal e redução do desejo sexual<sup>13</sup>.

No que diz respeito à escolaridade, a maioria afirmou ter ensino básico e ensino médio. Em uma pesquisa realizada com 211 mulheres não ficou evidente diferenças significativas em relação à escolaridade e sua associação com a função sexual, porém a prevalência de DS foi superior nas mulheres que frequentaram apenas o ensino fundamental em relação as do grupo de ensino superior, mostrando uma possível relação entre a DS e a baixa escolaridade, o que pode ser explicado pela desinformação sobre questões relacionadas ao funcionamento do corpo e instruções sobre a função sexual<sup>14</sup>.

Já em relação à renda mensal, 61,76% das mulheres deste estudo possui renda menor que um salário mínimo. As referências não apresentam uma concordância em relação ao nível socioeconômico e a função sexual, em um estudo realizado com mulheres de diferentes níveis socioeconômicos não foi encontrado diferenças significativas em relação a esta questão, o que pode estar relacionado ao fato destas mulheres apresentarem semelhanças em fatores que ocasionam cansaço físico além de estresse emocional<sup>14</sup>.

Na questão do estado civil, 16 pacientes afirmaram ser casadas e 17 solteiras. Segundo a literatura, as mulheres casadas apresentam mais chances de desenvolver DS, pois relacionamentos de baixa qualidade podem ser prejudiciais e interferir de forma negativa na função sexual, uma vez que situações como a falta de comunicação entre o casal, e a ausência de desejo de um dos parceiros também pode interferir na vida sexual<sup>15</sup>.

Na descrição da religião, a mais prevalente nas entrevistadas foi a católica, o que condiz com uma pesquisa realizada com mulheres entre terceiro e sexto mês pós-parto, em que foi evidenciado que as mulheres católicas ou evangélicas manifestaram maiores riscos de apresentar DS, quando comparadas às mulheres sem religião, talvez devido as possíveis proibições ou inibições de atividades

sexuais relacionadas às crenças religiosas<sup>5,15</sup>.

Em relação ao anticoncepcional oral, a maioria das mulheres deste estudo não utiliza. Estudos demonstram que o uso deste medicamento está relacionado a efeitos negativos na função sexual, pois acarreta na diminuição da testosterona que influi na redução da libido sexual<sup>16</sup>.

Abordando as fases de respostas sexuais, no presente estudo ocorreram alterações principalmente nas fases do orgasmo e resolução. Vale ressaltar que o orgasmo é a fase de excitação máxima, seguida de relaxamento, momento chamado de resolução, podendo então explicar a alteração de ambas, já que a ausência do orgasmo interfere na fase de relaxamento<sup>17</sup>.

Os menores índices de disfunção sexual foram relacionados ao bloco do conforto, (vaginismo e dispareunia) e no bloco de preliminares, corroborado com estudos que mostram que as prevalências de disfunções relacionadas ao conforto são infrequentes, porém deve-se considerar a carência de estudos na literatura sobre este tema<sup>14,18</sup>.

Índices de disfunções menores para estas respostas sexuais podem estar relacionada ao fato das preliminares desenvolverem a excitação sexual, apresentando como resposta a lubrificação vaginal, o que facilita a penetração vaginal e diminui a presença de dor durante a

relação sexual<sup>17</sup>.

Já o escore do desempenho sexual global das mulheres entrevistadas foi classificado como desfavorável a regular, isso pode ser ocasionado pelo fato das DS ainda serem pouco diagnosticadas, pois as mulheres não relatam as suas insatisfações sexuais e não procurarem um tratamento especializado, além disso, os profissionais de saúde pouco questionam as pacientes a respeito deste assunto<sup>19</sup>.

Ademais, neste estudo as indivíduos nunca realizaram tratamento fisioterapêutico com fins obstétricos ou ginecológicos, sendo que a maioria já passou por eventos como gravidez, partos e presença de episiotomias, que poderiam danificar as funções dos músculos do assoalho pélvico e ocasionar alterações sexuais<sup>19,20,21</sup>.

Em relação à prevalência de DS, a disfunção do orgasmo foi a mais identificada, dados que concordam com um estudo realizado em mulheres com idade reprodutiva. A ausência do orgasmo apresenta um número significativo e sua etiologia é variável, podendo se relacionar a falta de concentração durante a atividade sexual, fato que foi relatado pelas mulheres deste estudo<sup>8,17</sup>.

Vale ressaltar que a disfunção do orgasmo é caracterizada como ausência de orgasmo após excitação persistente, esta situação pode alertar as mulheres para a

presença de outros problemas orgânicos, como deficiência hormonal, depressão, diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo <sup>22,23</sup>.

## CONCLUSÃO

Portanto, estes temas apresentam grande importância na saúde geral das mulheres, por se relacionarem com a qualidade de vida e alertarem as pacientes para demais problemas de saúde, dessa forma, é importante o incentivo a ações na área de saúde e educação, além da criação de mais estudos sobre a função sexual, para aumentar o conhecimento sobre este assunto, e sua abordagem nos serviços de saúde.

Além disso, conclui-se, que a disfunção mais encontrada neste estudo foi a do orgasmo, e que todas as pacientes tiveram pelo menos uma alteração nas fases de respostas sexuais, mostrando grande prevalência e DS nas mulheres deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- Ribeiro CM, Nakamura UM, Abdo NHC, Torloni RM, Scanavino TM, Mattar R. Gravidez e diabetes gestacional : Uma combinação prejudicial a função sexual feminina? Rev. Bras. Ginecol. 2011; 33(5): 219-224. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n5/a03v33n5.pdf>
- Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 5º ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
- Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. 1º ed. São Paulo: Roca; 1984.
- Lima CA, Dotto GM, Mamede VM. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil [internet]. Caderno de saúde pública = Rep. public health;29(8): 1544-1554. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2013000800007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000800007&lng=pt)
- Holanda LB, Abuchaim VS, Coca PK, Abrão VF. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. Acta paul. Enf. 2014; 27(6): 573-578. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0573.pdf>
- Cavalcanti IF; Farias PN, Ithamar L, Silva VM, Lemos A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. Rev. Bras. Ginecol. 2014; 36(11): 497-502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140004985>
- Silva BM, Rêgo LM, Galvão MA, Florêncio TMMT, Cavalcante JC. Incidência de disfunção sexual em pacientes com obesidade e sobrepeso. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(3): 196-202. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912013000300006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000300006&lng=en)
- Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. Rev Port Med Geral Fam. 2013; 29(1): 16-24. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732013000100004&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000100004&lng=pt)
- Abdo NHC. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: Uma nova proposta de entendimento. Diagnostico tratamento. 2010; 15(2): 88-90. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a88-90.pdf>
- Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Ossid NJ. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32 (5): 234-244. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01007203201000500006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01007203201000500006&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Aveiro CW, Garcia PA, Driusso P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: Uma revisão da literatura. Fisioter. Pesq. 2009; 16(3): 279-283. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180929502009000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502009000300016)
- Abdo NHC. Quociente sexual feminino: Um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher [internet]. Diag. tratamento. 2009; 14(2): 89-90. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-552570>
- Cabral P, Canário A, Spyrides M, Uchôa S, Júnior J, Amaral L. et al. Influência dos sintomas do climatério sobre a função sexual de mulheres de meia-idade [internet]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(7): 329-34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032012000700007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032012000700007&script=sci_arttext)
- Prado SD, Mota PL, Lima AT. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos [internet]. Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia. 2010; 32(3): 139-143. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032010000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032010000300007&script=sci_arttext)
- Sérgio P. Endometriose. 1º ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
- Wallwiener CM, Wallwiener LM, Seeger H, Muck AO, Bitzer J, Wallwiener M. [Prevalence of sexual

dysfunction and impact of contraception in female german medical students]. *J sex med*; 2010; 7(6): 2139-2148. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-20487241>

17. Mendonça CR, Silva TS, Arrudai JT, Zapata MT, Amaral WN. Função sexual feminina: Aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Feminina*. 2012; 40(4): 195-202. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>

18. Moreira RLB. Vaginismo [internet]. *Rev. méd. Minas Gerais*. 2013; 23(3): 336-342. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=702906&indexSearch=ID>

19. Ferreira CC, Mota LMH, Oliveira ACV, Carvalho JF, Lima RAC, Simaan CK et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev. Bras. Reumatol*. 2013; 53(1): 41-46. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042013000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042013000100004&lng=en)

20. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Rev. bras. fisioter*. 2012; 16(2): 102-107. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552012000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000200004&lng=en)

21. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2014; 14(2): 147-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292014000200147&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000200147&lng=en)

22. Fleury HJ, Abdo CHN. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. *Revista Diag. tratamento*. 2012; 17(3): 133-137. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n3/a3107.pdf>

23. Bedonel RMV, Abdo CHN. Síndrome metabólica como fator de risco para disfunção sexual feminina. *Diag. tratamento* 2013; 18(1): 45-48. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3445.pdf>

**OBSERVAÇÃO:** Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.