

## **ANORGASMIA EM MULHERES COM PARCERIAS ESTÁVEIS: REVISÃO DE LITERATURA**

**OLIVETI, E. M. P.**

Trabalho de monografia apresentado ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo para obtenção do título de Especialista em Sexualidade Humana.  
Orientadora: Profª Heloisa Junqueira Fleury

### **Introdução**

A saúde sexual é hoje considerada pela Organização Mundial de Saúde como um dos pilares que define qualidade de vida das pessoas. Questões não resolvidas e dificuldades nesta área podem refletir no bem-estar pessoal e inter-pessoal dos seres humanos. Estudos populacionais têm demonstrado altas taxas de disfunções sexuais, entre elas a anorgasmia feminina, e, denotam a imperiosa necessidade de se voltar a atenção aos cuidados da área sexual das pessoas de todas as idades.

Profissionais da saúde, pesquisadores e educadores devem estar atentos e engajados na busca de soluções dos problemas que envolvem esta área.

Várias são as abordagens das dificuldades sexuais e de modo particular, a educação sexual pode ser um método importante de prevenção e tratamento dessas questões.

### **Objetivos**

Revisar literatura acerca do orgasmo feminino e anorgasmia em parcerias estáveis.

- Pesquisar fatores de risco para anorgasmia feminina;
- Pesquisar recomendações atuais para tratamento da anorgasmia;
- Investigar influência da comunicação nas parcerias estáveis.

### **Justificativa**

A demanda de dificuldades sexuais na população suscita investigação de fatores de risco para problemas sexuais na população feminina e mais pesquisas desta área.

Na sexualidade humana, as atitudes dos outros, definem comportamentos específicos e o aprendizado produz importante impacto de forma negativa ou positiva na resposta sexual.

Este trabalho pretende ajudar a entender mais profundamente os fatores que geram os problemas sexuais, em especial a anorgasmia feminina e com isso, apontar soluções na busca da prevenção e conduta de questões sexuais para os profissionais envolvidos nesta importante área da vida humana.

### **Metodologia**

Revisão de literatura em base de dados: busca eletrônica (Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline, Cochrane, Dedalus) e busca manual. Foram selecionados 89 estudos.

### **ORGASMO FEMININO**

Orgasmo é um fenômeno complexo que envolve SNC e periférico e respostas sensorio-motoras dos órgãos envolvidos. Pela medula descem as conexões nervosas que através do sistema simpático e parassimpático provocam mudanças no corpo.

Estruturas intactas (4) para desencadear o orgasmo (REDELMAN, 2006):

- Conexão corticomedular, fibras S2, S3 e S4 e nervos pudendos.
- Estrutura cavernosa com nervos intactos
- Adequada força muscular pélvica.
- Adequada excitação e congestão genital

**Resposta orgástica** (MESTON, 2004): após adequado envolvimento na relação, desejo e excitação eficaz, persistindo o estímulo, ocorre nos genitais contrações rítmicas no terço inferior da vagina, contrações uterinas, contração do esfíncter retal e uretral. Outras reações gerais são: eritema na pele, taquicardia e hiperventilação respiratória, espasmos musculares voluntários e involuntários (membros e face).

A experiência do orgasmo é física e subjetiva (BASSON, 2007) A intensidade, o prazer é variável e dependem do contexto, qualidade e quantidade da estimulação sexual. (REDELMAN,2006).

**Biológicas** – integridade física, influências principalmente hormonais e neurotransmissores (ABDO, 2007), doenças, cirurgias, estados de menopausa etc. (BASSON, 2007).

### **ORGASMO FEMININO – INFLUÊNCIAS**

A sexualidade feminina possui características próprias que devem ser conhecidas para se estabelecer um bom diagnóstico, pois a disfunção sexual feminina é um problema médico, multicausal e multidimensional que tem componentes biológicos e psicológicos (BARACAT *et al.*, 2004).

**-Psicológicas** – desenvolvimento sexual (FREUD,2002), aprendizado (BANCROFT,2002), questões relacionais (BASSON, 2000), traumas, experiências sexuais negativas (KAPLAN, 1979) etc.

**-Sócio-culturais** – tabus (CAVALCANTI,2006), questões educacionais, religião (REDELMAN, 2006), aceitação social (idoso, pessoas doentes, aceitação social do orgasmo feminino).

### **DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

- Definição:- são alterações no processo próprio do ciclo de resposta sexual, provocando sofrimento pessoal ou interpessoal (APA, 2002).

- Classificações:- OMS – CID 10

- APA – DSM-IV-TR

- Disfunção do orgasmo:-

- APA – 302.73. – Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.

- CID 10 – F 52.3 – Anorgasmia psicogênica

- Inibição do orgasmo

- Subtipos – Primária e Secundária

- Situacional (sexo, conflitos c/parceiro, privacidade, álcool) ou generalizada (médicas e drogas) - (ABDO, 2000).

## **Anorgasmia feminina**

Anorgasmia é uma disfunção sexual que se caracteriza como um atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual (DSM-IV-TR).

É uma das disfunções sexuais mais prevalentes da mulher e comum a todas as regiões do mundo como mostrou estudo de Laumann *et al*, em 2005, podendo variar de 18 a 41% de prevalência. No Brasil, um estudo populacional (ABDO,2004), mostrou 26,2% desta disfunção.

## **Influências da anorgasmia**

- **Biológicas** - entre as causas fisiológicas da disfunção orgástica incluem-se: lesões vasculares que diminuem a circulação da pelve, lesão dos nervos espinhais na área pélvica, efeitos colaterais de medicamentos, entre outras (2007).

- **Psicorelacionais** - Estudos mais recentes da função sexual feminina têm mostrado forte componente psicorelacional. Abdo (2004b) menciona que a investigação da anorgasmia primária remete muito ao passado pessoal e relacional, e deve-se entre outras questões, investigar:

- doenças pessoais e familiares, hospitalização durante a infância;
- experiências sexuais infantis;
- atitudes e crenças dos pais e educadores sobre sexo;
- conflitos pessoais.

Em termos psicodinâmicos, conforme Abdo (2000) afirma, podemos entender a disfunção de orgasmo como devida a várias causas, a seguir:

- Falta de técnica do parceiro, associada a sentimentos de culpa em relação ao sexo, por parte da mulher;
- Deficiência feminina em assumir um "papel erótico", ou seja, evidenciar sua sexualidade, sensualidade;
- Temor à satisfação plena;
- Não resolução da evidência da "perda do pênis";

- Mecanismos de defesa do ego (conversão, somatização, racionalização etc.);
- Traumas sexuais.
- Situações existenciais (falta de atração, fadiga, conflitos conjugais, depressão, coito interrompido etc.)

- **Sócio-culturais** - Mitos culturais e crenças religiosas influenciam a sexualidade, por exemplo, a dificuldade de aceitação da sexualidade no idoso e na doença. (GONZÁLES, 2004; BASSON, 2007). Ainda vemos como fatores de influência a baixa escolaridade e educação sexual inadequada ou ausente.

**Anorgasmia e Comunicação** – mulheres com queixa de anorgasmia têm frequentemente dificuldades na comunicação como mostram alguns autores em trabalhos que se seguem:

\* Delamater e Friedrich (2002) - satisfação com a relação é um componente importante da saúde sexual e envolve três fatores:

- aceitação da própria sexualidade
- escutar o parceiro e entender o que gosta ou não.
- conversar aberta e honestamente com o parceiro.

\* Hartmann (2004) - satisfação com a relação e sentimentos positivos em relação ao parceiro, tem poderoso efeito na libido e bem-estar.

\* Kaplan (1979) – habilidade de um casal enfrentar com inevitável vicissitude um relacionamento de longo tempo, depende, em grande parte, dos seus métodos de comunicação.

\* Zimmer (1983) – disfunções sexuais associados à comunicação.

\* Heiman (1989) – déficit e falta de confiança na comunicação e inibição para comunicar-se, estão relacionados à disfunção de orgasmo na mulher

**Diagnóstico:** é Clínico.

Redelman (2006) propõe um questionamento prático:

- 1- Histórico médico (doenças, drogas, tipo de parto, uso de pílula etc.)
- 2- Histórico social (posição na família, traumas, comunicação etc.)
- 3- Histórico psicológico (emoções gerais, depressão, uso de medicamentos)

4- Histórico sexual (detalhado, da queixa sexual atual, aprendizado sexual anterior, educação etc.)

**Comorbidades e associação com outras disfunções** - Especialmente nos casos de disfunções sexuais femininas é possível haver a associação e superposição, ou seja, um quadro disfuncional pode eclodir por causa orgânica, mas será agravado por repercussão emocional. Caso a origem seja psíquica, as doenças próprias da idade acentuarão os sintomas da dificuldade sexual, respondendo por sua cronificação (ABDO e FLEURY, 2006).

### **Impacto na qualidade de vida**

O transtorno do orgasmo pode afetar a imagem corporal, a auto-estima ou a satisfação com o relacionamento.

Na concepção de Cavalcanti e Cavalcanti (2006), de todas as disfunções sexuais, é provável que a anorgasmia deixe marcas mais sensíveis na mulher: no corpo, a dor pélvica; na alma, a destruição do auto-conceito. A mulher anorgásmica tende a se sentir diminuída, inferiorizada, humilhada, incompetente.

## **RESULTADOS**

Foram distribuídos em 4 tabelas à seguir:

- Tabela 1 – Fatores de risco para DSF.
  
- Tabela 2 – Fatores de risco para anorgasmia
  
- Tabela 3 – Terapia da anorgasmia
  
- Tabela 4 – Comunicação e anorgasmia

### **Tabela 1: Fatores de risco para Disfunções Sexuais**

- |   |
|---|
| ■ Basson e Schultz: 2007 - Doenças gerais (crônicas); fatores psicológicos e sócio-relacionais. |
|---|

■ Moreira J et al.: 2005 - Doenças gerais. Destaca depressão, hipertensão arterial e doenças da próstata.
■ Laumann et al.: 2005 - População pesquisada entre 40 a 80 anos de idade. Fatores físicos (DE e lubrificação na mulher); fator idade; emocionais (depressão e sócio-relacionais).
■ Lewis, Fugl-Meyer et al: 2004 - Doenças gerais (hipertensão arterial, incontinência urinária e desordens psiquiátricas); fatores emocionais e sócio-demográficos.
■ Abdo : 2004 - Destaca maus hábitos de vida associados à D.S.
■ Çayan et al.: 2004 - Baixo nível educacional, desemprego, doenças crônicas, multiparidade – Turquia e estado de menopausa associados à D.S.
■ Sidi, Puteh et al.: 2007 - D.S.F. associadas com mulheres mais velhas, casadas há mais tempo - Malásia (14 anos), com maior número de filhos, parcerias com homens mais velhos (>42anos), poucas relações sexuais e baixo nível educacional.
■ Laumann: 1999 - Estados de saúde e psico-social

**Tabela 2:- Fatores de risco para anorgasmia feminina**

■ Hartmann: 2004 - Stress; fatores contextuais e relacionais; experiência sexual anterior; problemas de saúde e saúde mental.
■ Pauls: 2005 - Fatores médicos (distúrbios musculares, neurológicos, endócrinos, menopausa, cirurgias e uso de drogas); fatores psicológicos e relacionais.
■ Laumann: 2005 - Anorgasmia relacionou-se à depressão, fatores sócio-relacionais (problemas financeiros e baixa expectativa quanto ao futuro da relação), sexo infrequente e problemas de saúde.
■ Basson: 2007 - Causas orgânicas: problemas pélvicos e gerais (neuromusculares, hormonais e uso de drogas); fatores psicorelacionais,

**Tabela 3:- Terapia da anorgasmia**

■ Redelman: 2006 - Suporte médico; Exercícios fisioterápicos; Técnicas psicoterápicas (psicoeducacional),cognitivo-comportamental, terapia sexual, terapia individual e do casal.
■ Cavalcanti e Cavalcanti: 2006 - Medidas gerais; esclarecimento e educação sexual, Psicoterapia cognitivo-comportamental; Terapia sexual (Kegel, autofocagem, biblioterapia, etc.)
■ Abdo e Fleury: 2006 - Equipe multidisciplinar; Tratamento médico e farmacológico individual; Psicoterapia individual e terapia grupal (TTTL).
■ Pauls et al.: 2005 -Psicoterapia: cognitivo-comportamental da mulher, do parceiro, Zestra e Eros; Terapia sexual (na anorgasmia primária); Exercícios pélvicos e farmacoterapia individual.
■ Meston et al: 2004 - Tratamento médico e farmacológico (sem comprovação); Psicoterapia: psicanalítica e cognitivo-comportamental.

**Tabela 4: - Anorgasmia e Comunicação**

■ Kelly: 2004 - Anorgasmia feminina esteve relacionada à dificuldade de comunicação do casal, principalmente quanto à estimulação genital clitoriana.
■ Kelly : 2006 - Dificuldade de comunicação relacionou-se com menos receptividade e mais culpa nos casais com anorgasmia feminina.
■ Byers: 2005 - Pobre comunicação esteve associada à baixa satisfação conjugal e sexual.
■ Litzinger e Gordon: 2005 - Comunicação e satisfação sexual são variáveis independentes de satisfação conjugal.

## **DISCUSSÃO**

- Objetivo da pesquisa foi investigar os fatores de risco para disfunções sexuais femininas e para anorgasmia e o seu impacto nos relacionamentos estáveis e os aspectos da comunicação nestes casais.
- A **Tabela 1** mostra os fatores de risco para disfunções sexuais femininas – todos os autores enfocam as causas multifatoriais das disfunções: biológicas, psicológicas e sócio-relacionais.

\* Cada autor destacou aspectos particulares de certas doenças (BASSON,2007e MOREIRA J,2005), e outros destacam aspectos psico-relacionais (LEWIS e MEYER,2004).

\* Çayan (Turquia) não observou diferenças de disfunções nas mulheres casadas e não casadas, porém, Sidi (Malásia) observou mais disfunções sexuais em mulheres casadas há mais tempo, com mais filhos e com menor frequência sexual e, quanto a este último tópico, também concorda Laumann.

- A **Tabela 2** enfoca fatores de risco ligados à anorgasmia feminina. Observam-se que causas orgânicas são em menor número e estão ligadas à anorgasmia secundária.

\*Todos os autores mencionam a depressão e uso de drogas como causa de anorgasmia. Anorgasmia primária esteve mencionada com aspectos psicológicos.

\*Aspectos sócio-culturais – baixo nível educacional.

\* Problemas financeiros – Çayan e Laumann.

\* Aspectos culturais – todos mencionam. Redelman questiona.

- Na **Tabela 3**, todos os autores mencionam tratamento das questões médicas, uso de fármacos e psicoterapia.

\* Quanto à psicoterapia, cada autor menciona, particularmente, algumas técnicas usadas. Vários autores mencionam psicoeducacional como tratamento das disfunções.

Redelman, Pauls e Meston citam cognitivo-comportamental. Cavalcanti e Redelman citam terapia sexual. Abdo e Fleury terapia grupal.

\* Uso de fármacos: Redelman, Pauls, Abdo e Fleury citam uso de medicamentos e concordam que há necessidade de mais pesquisas. Meston questiona uso de fármacos.

- Na **Tabela 4**, todos os autores concordam com a importância da comunicação no relacionamento estável de longa duração e observam dificuldades de comunicação entre casais com anorgasmia feminina.

\* Kelly não pode concluir que problemas de comunicação causam disfunções sexuais. Já Bayer conclui que comunicação interfere na satisfação sexual. Laumann concorda que comunicação efetiva é baixo risco para disfunções sexuais.

\* Todos os autores mencionam necessidade de mais estudos enfocando satisfação sexual, satisfação com a relação e comunicação nos casais disfuncionais.

## **CONCLUSÃO**

- Os fatores de risco para disfunções sexuais femininas são: problemas físicos, psicorelacionais e sócio-culturais.
- Os fatores de risco para anorgasmia feminina são: doenças orgânicas e fatores psicorelacionais.
- As recomendações terapêuticas atuais para anorgasmia incluem: tratamento das co-morbidades médicas, psicoterapia (incluindo orientações psicoeducacionais), e farmacologia específica.
- Dificuldade de comunicação está relacionada com anorgasmia feminina nas parcerias estáveis.

## REFERÊNCIAS

- Abdo CHN (org.). Sexualidade Humana e Seus Transtornos. 2a ed. São Paulo: Lemos; 2000.
- Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004a.
- Abdo CHN. Depressão e Sexualidade. São Paulo: Lemos; 2004b.
- Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Rev Psiq Clín. 2006. v.33, p.161-166.
- Abdo, CHN. Da Depressão à Disfunção Sexual (e vice-versa). São Paulo: Vizzo Editora; 2007.
- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Bancroft J. Biological factors in human sexuality. The Journal of Sex Research. 2002 Feb. v.39, p.15-21.
- Baracat F, Monttelato NDI, Mitre AI, Arap S. Aspectos fisiológicos da sexualidade feminina. Revista CAU. 2004 Jun. v.6(2):11-12.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000 Mar;163(3):888-93. Review
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, LAAN e, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. Journal of Sex & Marital Therapy. 2001. v.27, p.83-94.
- Basson R. Human sex-response cycles. Journal of Sex & Marital Therapy. 2001. v.27, p.33-43.
- Basson R. A Model of Women's Sexual Arousal. Journal of Sex & Marital Therapy. 2002; 28:1-10.
- Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomized controlled trial. Br Obstet Gynaecol. 2003;110:1014-1024.
- Basson R. Recent progresses in the women's sexual function and organic deficiency - Menopause: The Diary of The North Society of American Menopause. 2004. vol.11(6), p.714-725

Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007. v.369, p.409-424.

Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double blind, placebo controlled study. *J Urol*. 2003; 170:2333-8.

Byers ES. Relationship Satisfaction and satisfaction: A sexual longitudinal study of individuals in long term relationships. *Sex Research's Newspaper*. 2005 May; 42:113-118.

Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr. J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Ver Psiqu Clin*. 2006 33(3):124-133.

Çayan S, Akbay Erdem, Bozly M, Canpolat B, Acar D. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*. 2004; 72:52-57.

Cavalcanti AL. Efeitos do citrato de sildenafil na circulação do clitoris em mulheres pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por doppler [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

Cavalcanti R, Cavalcanti M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 3a ed. São Paulo: Roca; 2006.

Cordás TA; Laranjeiras M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Rev Psiqu Clín*. 2006; 33 (3):167-172.

Costa M. Aspectos da sexualidade do homem, nos tempos atuais. In: Paranhos M. Srougi M. Disfunção sexual – diagnóstico e tratamento. São Paulo: Manole; 2007, p.64-65.

Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause*. 2002;9:162-70.

Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther*. 2004;30(3):173-83.

Delamater J, Friedrich WN. Human sexual development. *The Journal of Sex Research*. 2002 Feb. v.39, p.10-14.

Dunn KM, Cherkas LF, Spector TD. Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study. *Biol Lett*. 2005 Sep 22.1(3):260-3.

Fernandes CE; Rennó Jr.; Nahas EAP; Melo NR; Ferreira JAS; Machado RB; Peixoto S. Síndrome de insuficiência androgênica – critérios diagnósticos e terapêuticos. *Rev Psiqu Clín*. 2006; 33(3): 152-160.

Fleury HJ. Estudo comparativo entre dois modelos de intervenção sobre as manifestações da sexualidade na peri-menopausa: modelo fitoterápico e modelo fitoterapêutico associado ao fitoterápico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

- Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago; 2002.
- Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res.* 2002 Dec;14(6):487-93.
- Gonzales M, Viafara G, Caba F, Molina T, Ortiz C. Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas.* 2006 Jan 10;53(1):1-10.
- Graziottin A. Libido: the biologic scenario. *Maturitas.* 2000;34:9-16.
- Gurit EB. The Meaning of Heterosexual Intercourse Among Women with Female Orgasmic Disorder. *Archives of Sexual Behavior.* 2003 Feb; 32(1):61-71.
- Haning RV, O'Keefe SL, Randall EJ, Kommor MF, Baker E, Wilson R. Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *J Sex Marital Ther.* 2007 Mar-Apr.33(2):93-113.
- Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Ruffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society.* 2004. vol.11(6), p.726-740.
- Hensley PL, Nurnberg G. SSRI sexual dysfunction: a female perspective. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2002. v.28, p.143-153.
- Kaplan H. A nova terapia do sexo: Tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1977.
- Kaplan HS. Disorders of sexual desire. and other new concepts and techniques. New York; 1979.
- Kelly MP, Strassberg DS, & Kircher JR. Attitudinal and experimental correlates of anorgasmia. *Archives of Sexual Behavior.* 1990; 19:165-177.
- Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2004. v.30, p.263-276.
- Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Behavioral Assessment of Couple's Communication in Female Orgasmic Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2006; 32:81-95.
- Kenneth M. Are Orgasms in the Mind or the Body? *Diary of Sex & Matrimonial Therapy.* 2005; 31:187-200.
- Koste A & Garde K. Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. *Maturitas.* 1993; 16:49-60.
- Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, & Michaels S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press; 1994.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537-44.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A. Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2004. vol1(1), p.35-39.

Litzinger S, Gordon KC. Exploring Relationships Among Communication Sexual Satisfaction and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005;31:409-424.

Lopes GP. Disfunções sexuais femininas. *International Braz J Urol*. 2003. v.29, p.29-34.

Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*. 2001. v.21, p.823-856.

Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clin Psychol Rev*. 2001 Aug;21(6):823-56. Review.

Mah K, Binik YM. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2005 May-Jun;31(3):187-200.

Masters WH, Johnson VE. *A resposta sexual humana*. 2a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.

McCabe MP. The interrelationship between intimacy, relationship functioning, and sexuality among men and women in committed relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 1999. v.8(1), p.31-38.

Meston CM, Frohlich PF. Update on female sexual function. *Current Opinion in Urology*. 2001. 11:603-609.

Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res*. 2004. v.15, p.173-257.

Meston CM, Buss DM. Why Humans Have Sex. *Arch Sex Behav*. 2007; 36:477-507.

Nicolson P, Burr J. What is "normal" about women's (hetero) sexual desire and orgasm?: a report of an in-depth interview study. *Social Science & Medicine*. 2003. v.57, p.1735-1745.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Pauls RN, Kleeman SD, Karram MM. *Female Sexual Dysfunction: Principles of Diagnosis and Therapy*. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2005. v.60(3), p.196-205.

Penteado SRL. *Avaliação da sexualidade em mulheres na pós-menopausa [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnoli VR, Assis JS, Pinotti JA. Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. Rer Assoc Med Bras. 2004; 50(4):444-50.

Raboch J Jr, Raboch J, Sindlar M. Coital anorgasmia in marriage. Zentralbl Gynakol.1994;116(2):102-6. German.

Redelman M. A general look at Female Orgasm and Anorgasmia – Sexual Health. 2006. v. 3, p.143-153.

Reich W. A função do orgasmo. 15a ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1975.

Saadeh A. Disfunção sexual feminina – conceito, diagnóstico e tratamento. In: Abdo CHN (org.). Sexualidade humana e seus transtornos. 2a ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 53-68.

Sarrel PM. Sexually and menopause. Obstet. Gynecol. 1990;75:26-30.

Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. J Sex Med. 2007 Mar.4(2):311-21.

Sprecher S. Sexual Satisfaction in Premarital Relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. The Journal of Sex Research. 2002 Aug.39(3):190-196.

van Lunsen RHW, Laan E. Genital vascular responsiveness and sexual feelings in midlife women: psychophysiological, brain, and genital imaging studies. Menopause. 2004; 11(6Pt2):741-8.

Zimmer D. Interaction patterns and communication skills in sexually distressed, maritally distressed, and normal couples: two experimental studies. J Sex Marital Ther. 1983 Winter;9(4):251-65.

**Dados do autor:** Elza Maria Panka Oliveti- formação em Medicina pela UFPr ,  
Título de especialista em ginecologia e obstetrícia pela Febrasgo, Especialização em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo( USP).

E-mail de contato: [elzaoliveti@hotmail.com](mailto:elzaoliveti@hotmail.com)