

## **Abordagem clínica da sexualidade: impacto da relação médico-paciente na saúde das mulheres**

*Cassiane Nunes  
Gabriel Veloso  
Isadora Andreotti  
Luca Massutti  
Marina Kessler  
Matheus Fossá  
Taís Vieira  
Vinícius Maurício  
Renata Fogaça Borges  
Janete Vettorazzi*

### **Sexualidade e saúde sexual feminina**

A sexualidade é um termo amplo que abrange aspectos de atração física e emocional, os quais ganham sentido através de processos inconscientes e de formas culturais, não se restringindo apenas ao corpo e ao ato sexual (1). Por conta de diversos costumes sociais, durante muito tempo a sexualidade fora inexplorada, sendo conhecida apenas a finalidade do sexo para fins reprodutivos. Atualmente, sabe-se que a sexualidade é influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos e culturais, sendo que cada pessoa tem a sua maneira de expressá-la (2). Além disso, existem algumas diferenças marcantes entre a sexualidade masculina e a feminina: a primeira é majoritariamente voltada ao ato sexual, para o qual fatores como conquista e orgasmo apresentam grande importância; a segunda, centrada na sedução, no afeto e em diversos fatores que geram desejo e resposta sexual (3).

Em contrapartida, segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde sexual é o estado físico, emocional e mental de bem estar em relação à sexualidade, não se restringindo apenas a ausência de doenças e disfunções (4). A saúde sexual exige uma abordagem respeitosa e positiva, objetivando-se que os sujeitos

vivenciem experiências sexuais seguras e prazerosas, livres de coersão, de discriminação e de violência. Nesse panorama, o seu reconhecimento e o de todas suas facetas, além da efetiva abordagem clínica, tornam-se fundamentais componentes da saúde geral dos indivíduos.

### ***Mecanismos fisiológicos da resposta sexual feminina***

Rosemarie Basson, psiquiatra canadense, elaborou um modelo circular com o intuito de evidenciar as questões acerca da resposta e do desejo sexual feminino, abordando aspectos que vão além do estímulo e do desejo sexuais (Figura 1). Segundo esse modelo, a mulher pode iniciar a experiência sexual com ou sem desejo e, através de estímulos subjetivos e respostas físicas, aumentar a sua excitação (3). Esse modelo mostra uma complexidade ressaltada da resposta feminina através de fatores que vão além do puro impulso biológico e podem causar satisfações que, não necessariamente, expressam-se através do orgasmo. Embora existam diversas vias que possibilitem o prazer, muitas mulheres diariamente não se satisfazem com suas vivências relacionadas à sexualidade, pois a desinformação, o desacato médico e a pressão social atingem negativamente variados pontos desse complexo ciclo (3).

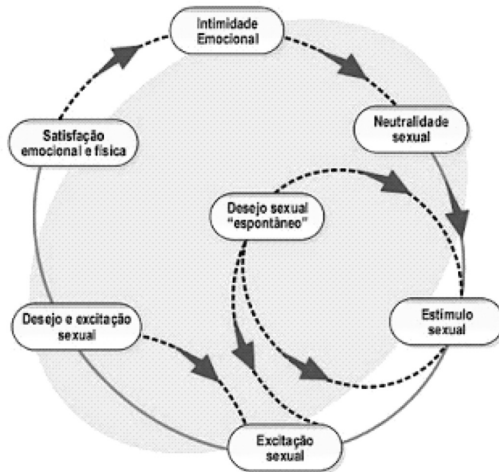


Figura 1: Ciclo da resposta sexual feminina (Basson, 2002) .

## **Disfunções sexuais femininas**

### **Conceito**

A disfunção sexual pode ser caracterizada como uma síndrome clínica, transitória ou permanente (5). É definida por queixas ou sintomas que resultam em insatisfação sexual, decorrendo tanto de um bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica - evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo - quanto da dificuldade, ou até mesmo impossibilidade, de penetração vaginal. Dentre as principais preocupações listadas pelo estudo mencionado estão: a falta de desejo sexual, a excitação diminuída, a inabilidade de chegar ao orgasmo e a dor durante a relação sexual (dispareunia).

Apesar disso, não são muitas as mulheres que abordam essas questões em suas consultas médicas (6), visto que esse tópico pode ser uma questão delicada ou, até mesmo, não ser considerado uma condição médica - pois inúmeros fatores podem as levar a não acreditar que sua situação seja, de fato, um problema real. Dessa forma, barreiras como a falta de informação, os padrões culturais e o constrangimento são fatores que ainda estão muito presentes nos atendimentos médicos e necessitam ser mais explorados (7) .

### **Epidemiologia**

Atualmente, estima-se que até 45% das mulheres cis acima de 18 anos possuam algum tipo de queixa sobre disfunção sexual (8). Em um estudo realizado com cerca de quatro mil mulheres adultas voluntárias a respeito da sua experiência em procurar ajuda com seus problemas sexuais em consultas médicas (6), 77% relataram baixo desejo ou interesse em atividade sexual, 62% baixa excitação e 56% dificuldade ou inabilidade de atingir o orgasmo.

### **Etiologia**

Tendo em mente a evidente complexidade da resposta sexual feminina e a alta prevalência dessas disfunções, é importante entender os fatores que parecem contribuir para a ocorrência da disfunção sexual nas mulheres. Nesse sentido, vários aspectos envolvendo questões psíquicas e fisiológicas têm sido explorados na literatura científica a fim de compreender melhor esse tema (3).

Alguns exemplos de fatores psíquicos são a utilização de certas classes de fármacos que podem gerar desejo sexual hipoativo, como antidepressivos e anticoncepcionais e, até mesmo, uma rotina estressante. Dentre as questões fisiológicas estão as doenças sistêmicas, como diabetes e hipotireoidismo, doenças ginecológicas e alterações anatômicas. Além disso, vale mencionar que, recorrentemente, a disfunção está, na verdade, no parceiro ou parceira sexual da paciente.

### ***Prevenção a desfechos precários relacionados à saúde sexual***

A prevenção de desfechos desfavoráveis à saúde sexual baseia-se, majoritariamente, em aspectos como educação sexual e cumplicidade entre profissionais da saúde e seus pacientes - ambos objetivos que podem ser alcançados a partir de uma adequada e reforçada relação médico-paciente. Mulheres bem orientadas e confortáveis com quem as ajuda nos cuidados à saúde tendem a buscar significativamente mais por apoio e, assim, fazer ajustes pontuais em questões comportamentais, psicológicas e funcionais que poderiam estar as atrapalhando em se tratando da sua sensação geral de bem-estar (7).

No entanto, esse vínculo muitas vezes não ocorre de maneira adequada a proporcionar os aconselhamentos médicos necessários para atender às necessidades do público feminino - seja por fatores como vergonha por parte da paciente, ou, ainda, por experiências anteriores negativas ao abordar questões relacionadas a sua sexualidade. Por outro lado, outra óptica predisponente a essa inadequação é a evasão - por parte dos próprios profissionais - de discussões sobre o assunto e o despreparo destes para tratar uma variedade tão diversa de queixas sexuais (7).

Visa-se, a partir dessa perspectiva de proteção, a garantir uma abordagem do tema de forma confortável a todas as mulheres que, em algum momento de suas vidas, necessitem de tal amparo, independentemente da forma como essas expressam e interpretam sua sexualidade e dentro do contexto de autopercepção de cada uma.

## A relação médico-paciente e as barreiras na abordagem da sexualidade feminina

A relação médico-paciente se trata de uma relação humana que, como qualquer outra do gênero, não está livre das complicações (9). Todavia, a busca pela valorização do envolvimento entre o médico e o paciente vem trazendo, nos últimos anos, para a superfície, o debate sobre a importância da sabedoria e do humanismo na prática médica - sendo a ideia central a que profere que, acima de qualquer atitude, o médico precisa focar menos na doença e mais no indivíduo.

Esse envolvimento de confiança e responsabilidade é a base para que a assistência médica resulte em alívio de sofrimento e promoção de saúde (10). Para que se tenha uma base adequadamente estruturada para a criação de um vínculo estável, os médicos devem reproduzir valores da profissão e tomar condutas a partir de fundamentos éticos (11). Dispõem-se, nesse sentido, a compreender que cada relação estabelecida com um paciente é única - sendo difícil conhecer as mais diversas fontes da dor e da angústia sem perguntar a ele -, e que a natureza desse relacionamento possui uma profunda influência no bem-estar do indivíduo, na satisfação desse com os cuidados médicos prestados e no prognóstico das adversidades em relação à sexualidade de cada pessoa que busca por ajuda.

Estudos apontam que relações que chegam a se desenvolver a longo prazo são benéficas à saúde do paciente e que, portanto, devemos manter esta perspectiva enquanto uma prioridade (12), desde o primeiro contato. Percebe-se, a partir dela, o enriquecimento da conexão humana e a possibilidade do estabelecimento de uma verdadeira "aliança terapêutica" (13) em que o paciente e o médico trabalham juntos. Todavia, uma relação longa pode criar armadilhas para o médico, devendo este sempre se manter atento e vigilante em relação ao quadro do paciente.

Essa literatura científica também demonstra que, a fim de conseguir construir uma boa e duradoura interação e, com isso, chegar ao mais adequado resultado da prática médica, os profissionais precisam entender e não julgar suas pacientes, ensiná-las a assimilar sua condição de saúde e demonstrar de forma empática compreensão sobre as questões relatadas (10). Estudos mostram que experiências negativas com profissionais

da saúde mal preparados para tratar questões tão pessoais das pacientes podem influenciar ainda mais na resistência das mulheres em buscar ativamente por ajuda quando necessário, já que essas podem esperar que suas preocupações sejam consideradas irrelevantes (7).

Então, no contexto da comunicação sobre questões envolvendo a sexualidade de mulheres, uma boa relação médico-paciente é o ponto chave para que as pacientes se sintam em um ambiente apropriado, naturalmente convidativo, para relatar seus medos e suas inseguranças e pedir por aconselhamento e esclarecimento em relação a sua saúde sexual.

Com o intuito de estabelecer e manter a confiança da paciente, tem-se um enfoque no reforço da informação de que tudo que será discutido permanecerá confidencial e de que suas queixas são condições comuns e que tudo dentro do possível será feito para ajudá-las. Com isso em perspectiva, recomenda-se que as perguntas sobre a saúde sexual das pacientes sejam feitas com a mesma facilidade com que seriam a outras questões de saúde. As conversas sobre saúde sexual devem ser iniciadas sem quaisquer suposições sobre atividade sexual, orientação sexual, status de relacionamento ou quaisquer outros tópicos que impeçam uma conexão com as pacientes ou possam fazê-las se sentir julgadas ou envergonhadas (7).

Em um estudo com uma amostra voluntária de 3.807 mulheres acima de 18 anos (6), feito a partir de uma plataforma de coleta online, o qual abordou a experiência dessas em procurar ajuda médica para queixas de função sexual, dados demonstram que mais da metade das entrevistadas relatou que o médico as ouviu atentamente (52%) e pouco menos da metade achou que o médico não parecia relutante em abordar e tratar o problema (49%) e estava realmente disposto a ouvi-la (48%). Além disso, apenas 39% acreditava que o médico foi sincero em considerar a importância de seu problema e somente 24% concordou que o médico tentou de fato reduzir seu nervosismo. Em relação aos sentimentos vivenciados com a busca de ajuda, consideravelmente menos da metade das participantes experimentou sentimentos de validação, esperança, alívio, segurança, otimismo, confiança e satisfação. A partir da análise desse estudo referido, infere-se que, embora a saúde sexual deva ser considerada um marcador de saúde geral, várias são as barreiras que ainda impedem que as mulheres recebam seus devidos cuidados médicos. Dentre as

possíveis causas para essa desconexão entre a teoria e a prática, destacam-se a evasão de conversas sobre sexualidade - tanto por parte das pacientes quanto dos médicos -, a falta de treinamento para abordagem médica sobre o assunto ou, até mesmo, a distorção da importância apresentada pela saúde sexual feminina devido a questões culturais específicas (7).

Infelizmente, o estigma social em relação à sexualidade feminina faz com que muitas mulheres não se sintam confortáveis em trazer suas dúvidas e preocupações às consultas, dado que, durante séculos, a saúde sexual feminina fora entendida como algo inexistente - pois a mulher era vista apenas com princípios reprodutivos (14). Algumas pesquisas realizadas com pacientes do sexo feminino nos Estados Unidos relatam que as mesmas geralmente ficam apreensivas em discutir sexo e saúde sexual com profissionais de saúde (15,16), sendo o desconforto e/ou constrangimento em ter essa discussão frequentemente citado como motivo para evitar a conversa.

Ainda, a falta de conhecimento sobre o assunto e seu manejo pelos profissionais da saúde também deve ser considerada como uma barreira à abordagem da sexualidade no contexto médico (7). Com o intuito de abordar o ensino da sexualidade em escolas americanas, um estudo de McCance et al (17). observou que menos de 25% dos médicos da atenção primária perguntavam durante exames de rotina sobre o bem-estar sexual dos seus pacientes. O principal motivo para isso foi que os médicos se sentiam inadequadamente preparados para abordar e avaliar a sexualidade da maneira mais correta (17). No que tange ao Brasil, ainda existem poucos relatos na literatura de como a sexualidade é ensinada nas escolas médicas brasileiras. Dentre esses está estudo de Rufino et al (18), no qual foi abordada a visão de professores de medicina no quesito do ensino da sexualidade, a partir da qual se percebeu que, de 207 professores que responderam ao questionário da pesquisa - dos quais 93,5% ministravam disciplinas clínicas -, todos afirmaram ensinar acerca da sexualidade humana entre o 3º e o 4º ano da faculdade, mas apenas 14,5% afirmaram que também ensinavam nas disciplinas do 1º e do 2º ano e 29,5% durante o 5º e o 6º ano. Nesse mesmo estudo, entre as atividades educativas realizadas, o modelo de aula expositiva foi o principal utilizado por 59% dos professores, enquanto seminários e grupos de discussão foram o segundo mais realizado (14,4%) - apesar de ainda existirem muitas dúvidas

acerca do método que seria mais eficaz para cada aluno. Além disso, a maioria dos professores relatou integrar a sexualidade e atividades práticas voltadas à clínica (53.6%).

Esses dados nos apontam que uma considerável parcela dos médicos, assistentes e enfermeiros recebe treinamento formal limitado em saúde sexual - muito embora a medicina sexual tenha crescido substancialmente, no que tange a aspectos clínicos e científicos, nos últimos 20 anos -, sendo poucas as residências médicas que possuam esse campo de ensino no seu currículo de forma ampla e inclusiva (19). Essa lacuna de conhecimento abre margem para que alguns profissionais de saúde adotem abordagens inconsistentes e/ou evasivas em se tratando das preocupações de saúde sexual de suas pacientes. Estudos realizados pela Sociedade Internacional de Medicina Sexual (20), evidenciam que significativa parcela das condutas médicas ainda são estabelecidas a partir de crenças antiquadas, como heterossexualidade normativa e a suposição de que a qualidade da resposta sexual feminina é menos relevante ao se transpassar a idade reprodutiva - realidade que atrapalha a relação médico-paciente construída nos hospitais, nos consultórios e nas unidades básicas de saúde. Portanto, todos os médicos, independentemente da sua especialidade, devem ter familiaridade com o conceito diverso de sexualidade e suas opções de abordagem, educação e tratamento, a partir do aprimoramento da educação nas faculdades e nas escolas.

Uma consequência drástica dessa perceptível falha no preparo médico atribuído a conduzir as queixas trazidas pelas mulheres é a criação de uma janela omissa na realização de diagnósticos de distúrbios na saúde sexual feminina - o que torna a tarefa de tratar essas mulheres ainda mais difícil. Estudos observaram que, se o paciente percebe que seu médico é incapaz de tratar os seus problemas sexuais, ele ou ela terá menor probabilidade de consultar o médico sobre esses assuntos (6). Aliado ao despreparo profissional está a percepção errônea que muitas pacientes têm sobre as opções, a eficácia e a segurança dos tratamentos tidos como adequados para tratar questões de saúde sexual. Muitas recebem informações inadequadas ou incompletas que apenas tornam a busca pelo alívio do sofrimento um caminho ainda mais fatigante.

Tendo isso em vista, a conseqüente falta de discussões informativas sobre sexualidade feminina e o constante despreparo



médico para tratar assuntos considerados tão delicados muitas vezes leva a percepções gerais errôneas sobre a saúde sexual das mulheres, o que pode induzir a população feminina que sofre por questões de disfunção sexual a não perceber sua condição e, conseqüentemente, não procurar os cuidados de que precisam, o que implica em obstáculos para sua orientação e tratamento adequados.

Portanto, considerando-se que atualmente o potencial de mudança que médicos podem promover com relação a questões de sexualidade humana é exponencialmente maior do que em qualquer outro momento da história (15,21) , é de extrema relevância que, já na formação, os estudantes da área da saúde recebam propicia orientação sobre as ferramentas para a estruturação de uma boa abordagem e manejo de questões relacionadas à sexualidade. Assim, cria-se uma boa compreensão acerca da construção de uma relação duradoura com as pacientes, deixando-as mais seguras e orientadas, alcançando, a partir disso, melhores índices de satisfação sexual.

## **Ferramentas para uma abordagem dinâmica da sexualidade e conseqüente conquista da saúde sexual positiva**

Dentre as ferramentas essenciais para uma completa e pertinente abordagem clínica relacionada a dúvidas e queixas sexuais estão as competências clínicas de entrevista (22,23). A capacidade de manejar o tempo adequadamente - prestando atenção em detalhes e envolvendo a paciente nas eventuais decisões a serem tomadas na consulta - e de prestar uma escuta ativa - percebendo possíveis sinais de desconforto da paciente e sabendo como agir, dando a ela o tempo necessário para se sentir confortável - favorece o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o médico e indivíduo atendido. Além disso, valorizar a comunicação não-verbal - tranquilizando a paciente a partir de uma entonação adequada de voz e de um contato visual empático dentro de um espaço que garanta privacidade - e iniciar uma conversa direta e concisa - demonstrando completa abertura para tratar do assunto e utilizando palavras de fácil compreensão - estão relacionadas a uma maior aquisição de conhecimento acerca das vivências e angústias da mulher que as relata. Ainda, estimular a curiosidade da paciente dá um enfoque na ênfase do cuidado centrado na pessoa, auxiliando em decisões terapêuticas.

Ademais, para se somar à abordagem clínica, existem diversos testes psicométricos voltados a quantificar a satisfação sexual feminina (24) - o que facilita o processo de entendimento, por parte do profissional da saúde, da atual situação da paciente. Vale ressaltar que a satisfação sexual, assim como a sexualidade em si, inclui muito mais do que apenas a ausência de disfunção ou capacidade de excitação - englobando diversos outros fatores, como bem-estar, felicidade física, emocional e cognitiva - seja com masturbação seja com relação sexual (25). Dentre diferentes escalas, pode-se citar: "Derogatis Sexual Functioning Inventory" (26), "Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction" (27), "Brief Index of Sexual Functioning for Women" (28), "Female Sexual Function Index" (29), "Index of Sexual Satisfaction" (30), "Global Measure of Sexual Satisfaction" (31), "Sexual Satisfaction Scale-Women" (32) and the New Sexual Satisfaction Scale (33). Além dessas escalas, já difundidos na literatura até a data atual, há também o "Sexual Satisfaction Comprehensive Index" (34), que procura abordar a satisfação sexual de modo mais abrangente, incluindo tanto a satisfação às sós quanto as relações com parceiros(as), desde sem parceiro fixos até com um ou mais. Os escores dos domínios e a escala geral de escores do FSFI são calculados como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Escores dos domínios do FSFI (Hentschel H et al, 2007).

Domínio	Questão	Varição do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1, 2	1 - 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 - 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 - 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1 - 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) - 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 - 5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36,0

\*Variação para o item 14 = 0-5; variação para os itens 15 e 16 = 1-5.

Para isso, faz-se necessário que os médicos compreendam a anatomia e a resposta sexual feminina (6) - além da sexualidade como um conjunto de comportamentos que concernem à satisfação da necessidade e do desejo sexual a partir de sentimentos e percepções individuais de cada paciente.

Ademais, a compreensão do mecanismo das técnicas que compõem uma estratégia inicial de cuidado adequada a cada paciente faz-se essencial. Para isso, os médicos devem estar atualizados sobre os tipos de tratamento das queixas sexuais para envolver medidas gerais de controle dos sintomas somáticos, psíquicos, locais e medidas específicas que contemplem as queixas individuais. Nessa última estão inclusas terapias hormonais - ainda em discussão pela literatura (3) - e medicamentos que agem no sistema nervoso central - estudos clínicos e laboratoriais já identificaram áreas cerebrais que afetam a resposta sexual e são controladas por neurotransmissores (35).

Ainda, os profissionais da saúde devem ter como artifício a habilidade de empoderar e educar as mulheres para que essas sintam-se capacitadas para discutir aspectos críticos da sua saúde, os quais são sua saúde sexual (7), valorizando sua sexualidade e apreciando todas as possibilidades de se sentirem bem consigo mesmas. Se de interesse da paciente, ferramentas educacionais explicando anatomia, fatores biológicos e etiológicos e o funcionamento da resposta sexual devem esclarecer equívocos e enfatizar que as condições relacionadas à saúde sexual são comuns e reais.

O uso dessas escalas e modelos educacionais, quando aliados a um acompanhamento clínico de boa qualidade (abordagens e direcionamentos com fundamentos de coparticipação e ética), é capaz de proporcionar ao profissional da saúde uma conduta mais qualificada, de modo a permitir a constatação de disfunções e a observação de mudanças no nível de satisfação sexual da paciente com as condutas orientadas. A partir dessas ferramentas, chega-se, então, mais próximo ao que se define como "conceito positivo de saúde" (22) - conceito no qual o foco é no autocuidado, com ênfase na saúde, e não na doença, e em abordagens que abrangem cuidado, prevenção, qualidade e acessibilidade.

## Discussão

Como mencionado anteriormente, a sexualidade é uma experiência humana presente durante toda a vida, sendo importante para a saúde física e mental dos indivíduos e para a criação de conexões e de vínculos sociais. Ao final desse trabalho, tendo em mente que o ensino da sexualidade segue uma tendência de valorização desde os anos 1960 nas escolas médicas

ao redor do mundo - apesar de ainda apresentar inúmeras lacunas (36) - e sabendo que a forma como esse tópico é abordado é pouco documentada na literatura, percebe-se ser imprescindível que os sistemas de educação e de saúde invistam no protótipo da qualidade de relação médico-paciente durante as consultas. Imagina-se que, com esse propósito, os estudantes devam se dedicar a essa responsabilidade - a eles e aos seus futuros colegas de profissão atribuída - desde o início da formação - tanto em se tratando do aprendizado de aspectos relacionados ao poder de educar para transformar a partir do conhecimento médico, quanto relacionados às formas de se sentir integralmente essa comunicação interpessoal. Nesse sentido, identifica-se a importância da formação de profissionais capacitados, aptos a desenvolver uma relação médico-paciente eficaz e satisfatória ao público feminino.

## Conclusões

A partir da análise de diversos estudos ao longo da formulação do trabalho, pode-se inferir que a disponibilidade do médico e sua conduta inicial no atendimento a qualquer tipo de paciente influencia de forma significativa a qualidade de vida de mulheres que sentem a necessidade de sanar dúvidas e de relatar obstáculos em se tratando de sua saúde sexual. Ainda, conclui-se que, sob a evidente necessidade de melhoria no cenário de educação sobre sexualidade e saúde sexual a profissionais de saúde, a aquisição de conhecimento básico acerca das questões que envolvem saúde sexual e de habilidades fundamentais de comunicação mostra-se de extremo valor desde a fase inicial da formação.

## Referências

1. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação. 1997; Available from: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5746708/mod\\_resource/content/4/G%C3%AAnero%2C%20Sexualidade%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20-%20uma%20perspectiva%20p%C3%B3s-estruturalista%20-%20Guacira%20Louro.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5746708/mod_resource/content/4/G%C3%AAnero%2C%20Sexualidade%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20-%20uma%20perspectiva%20p%C3%B3s-estruturalista%20-%20Guacira%20Louro.pdf)
2. Gozzo T de O, Fustinoni SM, Barbieri M, Roher W de M, Freitas IA de. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000 Jul;8(3):84–90.
3. Lara LA da S, Silva ACJ de SR e., Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(6):312–21.
4. Sexual health [Internet]. [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

5. Tozo, Lima. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. Hospitais e da ... [Internet]. Available from: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/447>
6. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. 2003 Mar;79(3):572–6.
7. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, et al. Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient–Clinician Communications. *J Womens Health* . 2019 Apr 1;28(4):432–43.
8. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2004;1(1):35–9.
9. Ana. A importância da Relação Médico-Paciente [Internet]. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigos/2526-a-importancia-da-relacao-medico-paciente>
10. Epstein RM. The patient-physician relationship. In: *Fundamentals of Clinical Practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2005. p. 403–29.
11. Holleman WL. Medical Ethics. In: *Fundamentals of Clinical Practice*. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2005. p. 575–604.
12. Cifu AS. Long-term Physician-Patient Relationships-Persevering in a Practice. *JAMA Intern Med*. 2019 Feb 1;179(2):141–2.
13. Peres RS. Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estud psicol (Campinas)*. 2009;26(3):383–9.
14. Lima de Oliveira E, Martins Rezende J, Peres Gonçalves J. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. *Rev Ártemis*. 2018 Dec 21;26(1):303.
15. Kingsberg SA, Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S. The Women's EMPOWER Survey: Identifying Women's Perceptions on Vulvar and Vaginal Atrophy and Its Treatment. *J Sex Med*. 2017 Mar;14(3):413–24.
16. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *J Sex Med*. 2013 Jul;10(7):1790–9.
17. McCance KL, Moser R Jr, Smith KR. A survey of physicians' knowledge and application of AIDS prevention capabilities. *Am J Prev Med*. 1991;7(3):141–5.
18. Rufino AC, Madeiro A, Girão MJBC. Sexuality education in Brazilian medical schools. *J Sex Med*. 2014 May;11(5):1110–7.
19. Eardley I, Reisman Y, Goldstein S, Kramer A, Dean J, Coleman E. Existing and Future Educational Needs in Graduate and Postgraduate Education. *J Sex Med*. 2017 Apr;14(4):475–85.
20. Shindel AW, Parish SJ. CME Information:Sexuality Education in North American Medical Schools: Current Status and Future Directions (CME). *J Sex Med*. 2013 Jan 1;10(1):3–18.

21. Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *J Womens Health* . 2014 Oct;23(10):817–23.
22. Principios [Internet]. *Slow Medicine*. 2022 [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://www.slowmedicine.com.br/principios/>
23. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS de, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev Bras Educ Med*. 2011 Mar;35(1):52–7.
24. Sánchez-Fuentes M del M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Health Psychol*. 2014 Jan 1;14(1):67–75.
25. Ford JV, Corona-Vargas E, Cruz M, Fortenberry JD, Kismodi E, Philpott A, et al. The world association for sexual health's declaration on sexual pleasure: A technical guide. *Int J Sex Health*. 2021 Oct 2;33(4):612–42.
26. Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther*. 1979 Autumn;5(3):244–81.
27. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol*. 1985 Feb;24 ( Pt 1):63–4.
28. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Arch Sex Behav*. 1994 Dec;23(6):627–43.
29. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 Apr;26(2):191–208.
30. Hudson WW, Harrison DF, Crosscup PC. A short form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *J Sex Res*. 1981 May 1;17(2):157–74.
31. Lawrance KA, Byers ES. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Pers Relatsh*. 1995 Dec;2(4):267–85.
32. Meston C, Trapnell P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *J Sex Med*. 2005 Jan;2(1):66–81.
33. Stulhofer A, Busko V, Brouillard P. Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *J Sex Res*. 2010 Jul;47(4):257–68.
34. Ogallar-Blanco AI, Lara-Moreno R, Godoy-Izquierdo D. Going beyond “With a Partner” and “Intercourse”: Does Anything Else Influence Sexual Satisfaction among Women? The Sexual Satisfaction Comprehensive Index. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Aug 17;19(16). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph191610232>
35. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female Sexual Dysfunction-Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med*. 2017 Dec;14(12):1463–91.
36. Sadovsky R, Nusbaum M. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J Sex Med*. 2006 Jan;3(1):3–11.