

## É POSSÍVEL MEDICAR? QUAIS DISFUNÇÕES?

*Jorge José Serapião<sup>1</sup>*

### *YOU CAN MEDICATE? WHICH DYSFUNCTIONS?*

**Resumo:** O autor conceitua os termos terapia sexual e psicoterapia sexual. Denomina terapia sexual as diversas técnicas que buscam melhorar a qualidade dos relacionamentos interpessoais de natureza sexual. . Essas técnicas incluem a utilização de drogas ( farmacoterapia) , de técnicas de fisioterapia, de processos cirúrgicos e de diversos modelos de psicoterapia sexual. Assim a psicoterapia sexual é uma parte do conjunto dos processos a serem utilizados na condução das inadequações sexuais No presente artigo o autor descreve as técnicas de terapia sexual utilizadas em terapia sexual feminina distintas da técnicas de psicoterapia. Após uma breve introdução histórica o autor apresenta as bases da farmacologia sexual, das técnicas cirúrgicas utilizadas nas inadequações sexuais assim como a utilização de técnicas de fisioterapia nesse tipo de tratamento. Conclui chamando a atenção para a indissociável condição de um complexo bio-psico-social que é a sexualidade humana.

**Palavras-chave:** Terapia sexual. Psicoterapia sexual. Disfunção sexual feminina.

**Abstract:** The author focus on the concepts of sexual therapy and psychotherapy. He calls as sexual therapy a variety of techniques that aim to improve the quality of the interpersonal relationships of a sexual nature. These techniques include the use of drugs (pharmacotherapy) and physiotherapy as well as surgical procedures and several models of sexual psychotherapy. Thus the sexual psychotherapy is part of the set of proceedings (processes) to be used in the treatment of sexual inadequacies. In this article the author describes the sexual therapy techniques used in female sexual therapy which are different from psychotherapy techniques. After a brief historical introduction the author presents the basis of sexual pharmacology, the surgical techniques used in sexual inadequacies and the use of physiotherapy techniques in this kind of treatment. The author concludes calling attention to the fact that the human sexuality is a bio-psycho-social complex.

**Keywords:** Sexual therapy. Sexual psychotherapy. Female sexual dysfunction

Até a metade do século passado não havia nenhum tratamento para as disfunções sexuais, senão a abordagem psicanalítica de longa duração. A partir dos trabalhos clássicos de Masters e Johnson (1966), Helen Kaplan (1974), Lopiccolo (1976), Lazarus (1976) e tantos outros, a sexologia ampliou suas áreas de abordagem e atuação.

---

<sup>1</sup> Professor Responsável pela disciplina de Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina da UFRJ. e-mail: serapius@uninet.com.br

Tradicionalmente o termo terapia sexual define um conjunto de estratégias para tratar disfunções do desempenho sexual quando não há uma etiologia médica ou como complemento ao tratamento médico. Na atualidade, o termo terapia sexual tem sido utilizado para descrever uma grande variedade de ações visando a lidar com as queixas e desconfortos decorrentes de disfunções e inadequações sexuais.

Assim, além das disfunções clássicas (disfunções do desejo, da excitação e do orgasmo bem como a dor na relação sexual) as técnicas de terapia sexual buscaram lidar com as chamadas inadequações sexuais. Inadequações sexuais que decorrem desde uma simples discordância sobre a frequência sexual (quando um do par tem mais apetite sexual que o outro), até a necessidade de adequação cirúrgica da genitália externa à identidade de gênero do indivíduo (cirurgias de transgenitalização em transexuais).

A terapia sexual, portanto, busca melhorar a qualidade do relacionamento como um todo, incluindo o sexual, uma vez que trabalha desde a auto-estima do casal até os bloqueios que impedem a livre expressão da sexualidade, passando por conflitos de identidade sexual, orientação sexual etc. É dessa maneira que o termo será tomado no presente artigo.

Reconhecida a dinâmica bio-psico-social da sexualidade humana, essas ações buscam, hoje, atender a cada uma dessas três vertentes. Assim, na vertente biológica, predominam as medidas farmacoterapêuticas e cirúrgicas; na vertente psicológica e social, as técnicas utilizadas são as psicoterápicas e as de intervenção social. Somente para fins didáticos nessa mesa divido com uma psicóloga o tema e dessa forma abordaremos, através de diversos itens, a farmacoterapia sexual, as intervenções cirúrgicas, as técnicas de fisioterapia deixando a psicoterapia sexual e as intervenções sociais para o outro participante da mesa.

### **Farmacoterapia sexual**

Entende-se por farmacoterapia sexual a utilização de medicamentos para o tratamento das disfunções e inadequações sexuais. Basicamente são empregadas substâncias dos grupos: hormônios, substâncias psicoativas e substâncias vaso ativas.

#### **Hormônios**

**Estrogênios** - Entre os animais, a atratividade está condicionada aos níveis de estrogênio (odores e aparência vulvar). Durante o cio, por exemplo, observam-se modificações circumpereais (pele sexual) nas macacas e nas fêmeas dos gorilas. Nas mulheres, ainda que não se possa estabelecer

uma receptividade como a observada entre os animais, podemos afirmar que os estrogênios são elementos importantes para a manutenção do trofismo vaginal normal.

**Androgênios** - Os androgênios são importantes na sexualidade e no bem-estar geral do homem e da mulher. Níveis séricos reduzidos parecem contribuir para um declínio da libido em ambos os sexos. O principal androgênio circulante é a testosterona.

Nos seres humanos, a testosterona é principalmente produzida pelas células de Leydig dos testículos e, em menor quantidade, pelas suprarenais. Nos homens, o dado mais contundente da importância dos androgênios na manutenção do desejo sexual é a relação entre essa queixa e os quadros de hipogonadismo. A testosterona relaciona-se também com o grau de agressividade masculina.

Nas mulheres, a testosterona é primariamente responsável pela manutenção da motivação e do interesse sexual e os níveis reduzidos desse hormônio estão associados com o declínio desses parâmetros (Fernandes, 2006). Demonstrou-se uma melhora mais acentuada da sexualidade em mulheres climatéricas tratadas com reposição hormonal contendo testosterona, quando comparadas com mulheres usando reposição apenas com estrogênio

A prova mais convincente do papel dos androgênios na função sexual feminina vem de estudos controlados, prospectivos, de mulheres que foram submetidas à menopausa cirúrgica (ooforectomia), mostrando que a utilização de androgênios manteve o interesse sexual depois da cirurgia, enquanto que estrogênios e placebo, não.

Há quem acredite que as alterações da libido tenham relação com os androgênios, mas não guarda direta proporção com a concentração plasmática dos mesmos e sim com a forma com que agem nos órgãos alvos.

Os valores normais de testosterona total para o sexo masculino são de 240 a 820 ng/dl. Esses valores podem variar de um laboratório para outro. Considera-se que a concentração normal de testosterona circulante nas mulheres (10 a 100 ng/dl) seja equivalente a uma décima parte dos níveis dos homens.

A maioria de métodos para medir testosterona em mulheres é bastante imprecisa e esses valores tornam-se mesmo não confiáveis quando os níveis sanguíneos de testosterona são baixos. Pesquisas recentes descritas em Fonseca (2010) mostraram que, por essa imprecisão, não há uma relação direta entre níveis de testosterona e perda de libido e disfunção sexual.

Conseqüentemente, esses valores não podem ser usados para diagnosticar a insuficiência dos androgênios, mas serão válidos tão somente para assegurar que esses níveis não estejam elevados. Assim, a dosagem de testosterona não poderia guiar uma reposição androgênica na mulher.

Por outro lado, todas as mulheres deveriam ter seus níveis de testosterona plasmática dosados, antes de serem submetidas a tratamento de reposição androgênica, principalmente para excluir aquelas com níveis normais ou elevados da testosterona. Afinal, se não se tenha, atualmente, definido um nível abaixo do qual se deva sugerir ou implementar uma reposição, é essencial que as mulheres com níveis normais ou elevados e não diagnosticados não sejam tratadas com os androgênios.

A terapia de reposição hormonal parece estar indicada em mulheres que se queixam, de forma persistente, de baixa da libido, com comprometimento de sua qualidade de vida e de seu relacionamento interpessoal e nas quais o componente psicológico possa ser nulo ou desprezível. Isto é especialmente verdadeiro para aquelas que foram ooforectomizadas. Essas diretrizes estão de acordo com o estabelecido no Consenso de Princeton cujo resultado foi registrado em Bachmann (2002).

Por outro lado uma das razões pelas quais esse tratamento não tem sido mais difundido são as conseqüências: virilização (insulinismo, acne, calvície tipo masculino, aumento do clitóris, alteração da voz). No Brasil, os sais de testosterona são comercializados em forma de comprimidos, injetáveis ou manipulados em cremes. Na Europa, (porém nem no Brasil nem nos EEUU), foi autorizado o uso do Adesivo Intrinsa, cujas informações de *marketing* dão conta de ser “um tratamento hormonal que ajuda as mulheres que sofrem de disfunção sexual feminina (DSF). A substância ativa nos Adesivos Intrinsa é a testosterona, que é libertada em pequenas quantidades diretamente na corrente sanguínea através da pele”.

Finalmente, deve-se considerar que esse tipo de hormonioterapia exige estudos mais cuidadosos em relação a:

- uma definição mais clara das características da insuficiência androgênica em mulheres;
- desenvolvimento de métodos apropriados para aferição dos pequenos valores de testosterona encontradas entre elas;
- disponibilidade de preparações de testosterona apropriadas para mulheres; e
- dados sobre a segurança do uso no mais longo prazo.

**Progestagênios** - Como o nome indica, a progesterona é o hormônio protetor da gravidez. Tem muitas vezes uma ação sinérgica ao estrogênio, embora ocasionalmente tenha um efeito oposto a ele.

A utilização clínica dos agentes progesteracionais inclui: preservação do corpo lúteo, quando a produção da progesterona natural da fase lútea é inadequada; anticoncepção; reposição hormonal pós menopausa; como antiandrogênico, para o tratamento da acne; inibição do crescimento prostático e controle de comportamento sexual masculino desviante.

Hoje existe um número grande de progesteronas sintética às quais são atribuídos diferentes efeitos fisiológicos, alguns dos quais comprometendo direta ou indiretamente a função sexual. Entre esses efeitos, podemos citar: efeito sedativo; depressão; redução de sensibilidade; redução da atividade física; ganho de peso; retenção hídrica; desconforto geral; inibição orgásmica; diminuição do interesse sexual; diminuição da sensibilidade dos neurônios hipotalâmicos para refletir estímulos na área genital; sangramento vaginal irregular; comprometimento da imagem corporal etc.

Particularmente, é importante a ação depressora da progesterona, que é explicada pelo aumento da atividade de MAO; redução da dopamina; aumento dos níveis de opióides cerebrais; antagonismo a ação da ocitocina.

Diversos progestágenos sintéticos com diferentes efeitos fisiológicos compõem a fórmula dos contraceptivos orais, o que faz com que modernamente se deva individualizar sua prescrição de acordo com as necessidades de cada paciente.

Por outro lado, há quem defenda o uso de alguns tipos de progesterona com leve ação androgênica, como a noretistona (NETA) ou a Tibolona, como capaz de atuar favoravelmente na libido feminina.

Finalmente, alguns tipos de progesterona poderão ser empregados por sua ação anti-androgênica. A ciproterona, por exemplo, pura ou entrando na composição de contraceptivos orais, tem sido muito empregada no controle da acne e do hirsutismo, nos quadros de hiperandrogenismo feminino conseqüente à síndrome de ovários policísticos. Também em alguns países da Europa e nos EEUU tem sido autorizada a utilização de medroxiprogesterona em altas doses (300 a 500 mg), no controle e supressão de comportamentos sexuais masculinos desviantes, incluindo estupro, exibicionismo, pedofilia, voyeurismo e outras parafilias.

**Anti-hormônios** – Ocasionalmente, substâncias consideradas anti-hormônios poderão ser úteis em farmacoterapia sexual. Um exemplo é a utilização da bromocriptina nos casos de hiperprolactinemia. Ela é útil no tratamento de disfunção sexual em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise, nos quais se identifica uma elevação dos níveis de prolactina.

### **Substâncias psicoativas**

Algum resultado positivo nos homens é obtido com o uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos, fracos como a ioimbina e mais efetivos, como a fenitolamina. A ioimbina e talvez a mais antiga droga usada como sendo capaz de estimular a resposta sexual, mas para cujo uso não temos provas seguras. Tudo indica que a ação deste medicamento assemelha-se à de placebos.

A fenitolamina parece dar razoáveis resultados em alguns clientes. Usam-se também agonistas serotoninérgicos, como o trazodone, e agonistas dopaminérgicos, como a bupropiona. O cloridrato de trazodone é um antidepressivo derivado da triazolopiridina, que difere dos atuais antidepressivos atualmente disponíveis. É indicado na depressão mental com ou sem episódios de ansiedade; na dor neurogênica (neuropatia diabética) e outros tipos de dores crônicas; e no tratamento da depressão maior. A trazodone pode causar priapismo, mas pode ter alguma utilidade terapêutica nas mulheres com desejo sexual hipotivo.

A bupropiona é de aminocetônico que foi liberado como um antitabagístico. Tem leve ação antidepressiva e tem pouco efeito adverso sobre a sexualidade, quando comparado com os antidepressivos serotoninérgicos, tais como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina.

### **Substâncias vaso ativas**

As substâncias vaso ativas podem atuar em nível periférico ou por ação central.

Entre os vasodilatadores de ação periférica, a droga mais importante produzida e lançada com sucesso no mercado é o citrato de sildenafil, comercializado em comprimidos de 25, 50 ou 100mg a serem ingeridos uma hora antes do coito. A dose pode, dependendo da resposta, ser reduzida a 25mg, ou aumentada para 100mg.

A ação do sildenafil faz-se pela liberação de óxido nítrico nos corpos cavernosos, ativando a guanilatociclase, que aumenta os níveis de monofosfato de guanosina cíclico, o que

relaxa a musculatura dos corpos cavernosos, permitindo o acúmulo de sangue necessário à ereção. Sua utilização no sexo feminino não apresentou nenhum resultado benéfico.

Numerosas pesquisas (PFAUS et col, 2004; KING et col, 2007) concentram-se nas chamadas drogas de ação central, que intensificariam também o desejo sexual e, entre elas, o bremelanotide. O bremelanotide foi desenvolvido a partir do Peptide Melanotan II, como um agente de bronzeamento artificial. Nos testes iniciais, Melanotan II induziu bronzeamento, mas, além disso, causou excitação sexual e ereções espontâneas como efeitos colaterais inesperados em nove dos dez grupos de voluntários do sexo masculino. Foi utilizado no tratamento da disfunção sexual, mas esta autorização foi temporariamente interrompida em 2008, depois de terem sido levantadas preocupações sobre os efeitos adversos do aumento da pressão arterial

A farmacoterapia sexual lida com substâncias para as quais há uma forte demanda, pois todos querem melhorar o desempenho sexual e obter mais prazer e a indústria farmacêutica não desconhece a importância deste filão de consumo, capaz de proporcionar substanciais lucros. Objetivamente todas as terapias medicamentosas tem resultados incertos, posto que não atendem à policausalidade das disfunções sexuais, dentre as quais está o fator psicológico primário ou secundário ao sintoma.

### **Intervenções cirúrgicas**

O profissional responsável por lidar com problemas na área da sexualidade deve se familiarizar com técnicas cirúrgicas que possam ser utilizadas na condução dos problemas sexuais. Pela multiplicidade desses problemas, a cirurgia é executada, na maioria das vezes, por diferentes especialistas. Para o terapeuta sexual, em geral, basta que conheça as chances de que essas intervenções possam ser úteis a seus clientes e como eles lidam com essa possibilidade.

As anormalidades anatômicas são muitas vezes um fator impeditivo de um bom relacionamento sexual. Algumas delas, entretanto, nem sempre prejudicam a interação sexual, mas comprometem de tal forma a auto-imagem, que a eliminação ou atenuação dessas anomalias pela cirurgia pode representar um importante recurso terapêutico.

Na tentativa de enumerarmos aquelas que mais freqüentemente se relacionam a problemas sexuais, dividiremos essas intervenções em:

**Cirurgias de correção de malformações congênitas** - As chamadas genitálias dúbias, isto é, genitálias externas que apresentam características masculinas e femininas ao mesmo tempo; estas são, dentre as malformações congênitas, as que mais nitidamente se relacionam com a questão sexual.

Naturalmente que a criança recém-nascida com genitais ambíguos necessita de uma atribuição de gênero que permita a máxima realização de seu papel sexual no futuro. Isto orientará as decisões sobre a cirurgia plástica à qual deverá ser submetida. Não temos espaço para discutir detalhes, mas estas condutas, na prática, deverão considerar os seguintes aspectos:

I – a avaliação dessas crianças deve ser cuidadosa, incluindo história detalhada; exame físico cuidadoso; estudo do cariótipo; exame radiológico e ultrassonográfico; avaliação bioquímica; endoscopia; laparoscopia, biopsia gonadal etc.

II – a decisão quanto à atribuição do sexo desse recém-nascido (sexo de anúncio) deve ser considerada uma emergência social.

III – deve ser rigorosamente evitado atribuir-se sexo masculino a um recém-nascido quando o pênis for obviamente inadequado. Todas as tentativas de aumento do tamanho do pênis se mostraram insatisfatórias e as tentativas de faloplastias são, até o momento, fadadas ao insucesso funcional.

Ainda dentro das cirurgias de correção de malformações, vale referir os casos de agenesia de vagina. Embora o problema fundamental seja anatômico, seu significado psicológico e fisiológico não pode ser subestimado. A ausência da menstruação e a inviabilidade da realização do coito vaginal são também motivos de muita frustração.

As causas são muito variadas e não seria oportuno um detalhamento. Exemplificamos somente com os casos de Síndrome de Turner, de Rokitansky, de Morris etc.

A confecção de uma neo vagina admite técnicas cirúrgicas variadas, sendo a mais conhecida a que preconiza, após a confecção de um túnel entre o reto e a uretra, a colocação de um molde envolvido por enxerto de pele. Mais recentemente se tem optado por técnicas que visam a criar uma neo vagina sem intervenção cirúrgica, através de repetidas e graduais compressões com moldes sólidos na discreta depressão junto à fúrcula vulvar que, em pacientes motivadas, acaba por desenvolver uma cavidade perfeitamente similar a uma vagina funcional.

Poderíamos citar ainda diversas questões ligadas a malformações que conferem, a seus portadores, graves danos em sua auto-imagem, comprometendo sua função sexual. Casos que

podem se beneficiar por intervenções cirúrgicas plásticas: hipertrofia de clitóris; agenesia, assimetria ou hipertrofia de mamas; hímen imperfurado etc.

**Cirurgias de transgenitalização** - O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (2002) da Associação Americana de Psiquiatria caracteriza o transtorno de identidade de gênero como:

“Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, ou seja, não um mero desejo de obter qualquer vantagem cultural atribuída ao fato de ser do sexo oposto.”

“Desconforto persistente ou sentimento de inadequação ao papel de gênero do seu sexo.”

“A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.”

“A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.” (DSM – 2002, pág. 552.)

A esse quadro denomina-se transexualidade e a cirurgia proposta para a adequação da genitália à identidade de gênero do indivíduo denomina-se de cirurgia de transgenitalização.

No Brasil, a realização dessas cirurgias, que são consideradas de caráter experimental, é regida pela Resolução nº 1482 / 1997 do CFM- Conselho Federal de Medicina.

A transformação de uma genitália masculina em feminina é feita em um único tempo e passa sucintamente pelas seguintes etapas básicas, após a reposição estrogênica para crescimento de caracteres sexuais secundários femininos e atrofia da próstata: neovaginoplastia (confecção de uma vagina), orquidectomia (retirada dos testículos) e emasculação (amputação do pênis).

A transformação da anatomia feminina em masculina é mais complexa, exige a concomitância de utilização de hormônios masculinos para desfeminização e virilização e, com frequência, deve ser realizada em vários tempos que obrigam a uma série de operações: em primeiro tempo: adenectomia mamária bilateral (retirada do tecido mamário e excesso de gordura); em segundo tempo: ooforectomia bilateral (retirada dos ovários), histerectomia (retirada do útero); em terceiro tempo: colpectomia (retirada da vagina) e fechamento da fenda vulvar (colpocleise) e quarto tempo: neofaloplastia (confecção de um pênis) . Há inúmeras técnicas para confecção da genitália masculina, todas experimentais e de resultado duvidoso.

### **Outras intervenções cirúrgicas**

Além dessas situações anteriormente citadas, há outras que, muito frequentemente, relacionam-se a problemas sexuais: são as cirurgias plásticas de variados tipos, incluindo as modernas técnicas de embelezamento genital com seus controvertidos aspectos éticos.

### **Fisioterapia sexual**

Algumas técnicas de fisioterapia podem ser muito úteis na condução dos problemas sexuais.

Os exercícios de Kegel pode ser um bom exemplo. Trata-se de um determinado tipo de exercício físico que foi criado por Arnold Kegel, na década de 1940, e que tem como finalidade fortalecer o músculo pubococcígeo.

Este exercício consiste na contração e descontração destes músculos, que são por vezes nomeados músculos de Kegel, numa referência ao exercício. O objetivo deste é restaurar o tônus muscular e força do músculo já referido, de modo a prevenir ou reduzir problemas do pavimento pélvico (incontinência urinária e prolapso genital) e aumentar a gratificação sexual.

Também com a finalidade de aumentar a gratificação sexual, tem sido divulgado outro tipo de exercício, denominado pompoarismo. O pampoarismo é uma antiga técnica oriental, derivada do tantra, que consiste na contração e relaxamento dos músculos circunvaginais, buscando como resultado o prazer sexual. Para o domínio da técnica são realizados exercícios com o auxílio dos *ben-wa*, que consistem em pequenas bolas ligadas através de um cordão de nylon, conhecidas também como bolinhas tailandesas.

### **Considerações Finais**

A partir do reconhecimento da dinâmica bio-psico-social da sexualidade humana, cremos na necessidade de se ter um novo entendimento do conceito de Terapia Sexual, que não mais poderá ser tomado com um tipo de psicoterapia, como era tradicionalmente.

Acreditamos que as ações da Terapia Sexual devam atender a cada uma das três vertentes que compõe essa dinâmica. Assim, na vertente biológica, hão de predominar as medidas farmacoterapêuticas, cirúrgicas e fisioterápicas; na vertente psicológica as técnicas psicoterápicas em seus diversos modelos e na vertente social as ações de intervenção social.

Elas não se contrapõem. Ao contrário, se bem utilizadas, representam a melhor forma de se abordar as questões sexuais de nossas clientes. Nem sempre, ou quem sabe nunca, um único profissional poderá manejá-las o que, por si só, justifica a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no sentido de otimizá-las.

## Referências

- BACHMANN, G. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. **Fertil Steril**, 77(4):660-5, 2002.
- BANCROFT, J. **Human sexuality and its problems**. London: Churchill Livingstone, 1989.
- CRENSHAW, T. L. & GOLDBERG, J.P. **Sexual Pharmacology**. New York: W.W. Norton & Company, 1996.
- ELMER-DEWITT, P. Sex in America. **Time**, 144 (16), p. 44-50, 1994.
- FERNANDES, C.E. e col. Síndrome de insuficiência androgênica. Critérios diagnósticos e terapêuticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol 33(3), p. 152-161, 2006.
- FONSECA, H. P. e col. Deficiência androgênica na mulher. **Rev Assoc Med Brás**, 56(5), p. 579-82, 2010.
- FREUD, S. **Obras completas**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
- HEIMAN, J.; LOPICCOLO, L. & LOPICCOLO, J. **Descobrimo o Prazer**. São Paulo: Ed Summus, 1981.
- KAPLAN, H. S. **A nova terapia do sexo**. Vol II : O desejo sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.
- KING, S.H.; MAYOROV, A.V.; BALSE-SRINIVASAN, P.; HRUBY, V.J.; VANDERAH, T.W.; WESSELLS, H. Melanocortin receptors, melanotropic peptides and penile erection. **Current Topics in Medicinal Chemistry**, 7 (11), p. , 2007.
- KINSEY, A. C.; MARTIN, C.E.; POMEROY, W.B. & GEBHARD, P. H. **Conduta sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- LAZARUS, A. A. **A terapia multimodal do comportamento**. São Paulo: Ed. Manole, 1980.
- MASTER , W.H. & JOHNSON, V. E. **Inadequação sexual humana**. São Paulo: Roca, 1985.
- MEYER, JON K. **Tratamento clínico dos distúrbios sexuais**. São Paulo: Editora Manole, 1977.

PFAUS, J.G.; SHADIACK, A.; VAN SOEST, T.; TSE, M.; MOLINOFF, P. Selective facilitation of sexual solicitation in the female rat by a melanocortin receptor agonist. **Proc. Natl. Acad. Sci.** 101 (27), p. , 2004.

RICOEUR, P. **Interpretação e Ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

YAZLLE, M. E. H. D. Mitos Sexuais Femininos (Editorial). **Revista de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia**, 5 (5), p. 244-248, 1993.