

REDUÇÃO DO DESEJO SEXUAL: TRÊS ENFOQUES PARA UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA

Daniela Aiello D'alkimin¹

REDUCTION IN SEXUAL DESIRE: THREE APPROACHES FOR A CRITICAL EVALUATION OF THE CLINICAL PRACTICE

Resumo: Por ser, atualmente, um problema que acomete elevado número de pessoas, a diminuição do desejo sexual é um tema em evidência na prática clínica, nos estudos científicos e mesmo nas revistas e programas femininos. Discorrer sobre o desejo não é tarefa fácil, uma vez que as formas de abordagem deste assunto são inúmeras. A proposta, no presente artigo, é analisar três diferentes enfoques: orgânico, psicossocial e filosófico, a partir dos quais será possível uma reflexão crítica sobre as práticas clínicas relacionadas às disfunções do desejo. As avaliações aqui apresentadas não são segmentadas nem excludentes, mas apenas um princípio para abordagem de tão minucioso tema.

Dada a importância da investigação orgânica em caráter preliminar nos consultórios, o ponto de partida deste artigo também será sob esse enfoque.

Palavras-chave: Inapetência; libido; desejo hipoativo; disfunção sexual

Abstract: Considering that this is a problem that affects a large number of people, the reduction in sexual desire is a very important theme for the clinical practice, for scientific studies and even on magazines and feminine programs. It is not an easy task to describe sexual desire, considering that there are several approaches for this subject. The aim of the present article, is to analyze three different aspects: organic, psychosocial and philosophical, then it will be possible to make a critical evaluation about the clinical practices related to dysfunctions. The evaluations presented here are neither segmented nor excluding, but simply a principle for the approach of such a specific theme. Due to the importance of the organic investigations in the professionals offices, the starting point of this article will also focus on this.

Keywords: Loss of sexual desire, libido, hypoactive desire, sexual dysfunction

¹ Psicóloga. Especialista em Sexualidade Humana pela FAMERP. Terapeuta Cognitiva; e-mail: daniaiello@hotmail.com

Enfoque Orgânico

São variadas as causas anatômicas, biológicas e fisiológicas que motivam as alterações no desejo sexual. Cavalcanti (1992) enumera algumas das principais: síndrome de klinefelter, distrofia miotônica, anorquia congênita, síndrome de Turner masculina, síndrome de Kallmann, atrofia testicular, acromegalias, tumores suprarrenais feminilizantes, doença de Addison, hiper e hipotireoidismo, parkinsonismo, transtornos psíquicos em geral e depressão, dentre outras. Presentes quaisquer dessas anomalias ou doenças, a conduta do terapeuta deve ser dirigida ao tratamento da própria doença em conjunto com a inapetência sexual, não sendo possível, entretanto, desconsiderar os efeitos da primeira em relação à segunda.

Como é intimamente relacionado aos impulsos e aos instintos, o desejo é, também, fortemente influenciado pelos hormônios. A redução hormonal é freqüente causa do declínio libidinal. No homem, o desejo é determinado basicamente pela testosterona e a sua redução causa inapetência. Na mulher, existe, também, a ação do estrogênio, tornando-a “atrativa” ao parceiro, enquanto a testosterona transforma-a em “responsiva”. Assim, havendo a redução de ambos pode ocorrer a inapetência. Para os dois sexos, a falta de desejo também pode ser causada pelo aumento da prolactina e da progesterona (KAPLAN, 1999, p.44).

Cavalcanti (1992) desenvolveu o conceito de inapetência por eventualidade. Fez referência aos estados fisiológicos ou patológicos presentes momentaneamente na vida das pessoas, como o puerpério, o climatério, entre outros, responsáveis pela redução do desejo naquela determinada circunstância. Trata-se, aliás, de disfunção muito comum, uma vez que os indivíduos, ao longo da vida, apresentam enorme variação hormonal.

No mesmo sentido, os medicamentos relacionados a alterações hormonais ou de neurotransmissão podem causar inapetência, sendo mais comuns os antidepressivos e antihipertensivos (ZAMPIERI, 2003, p.33)

Sobre os neurotransmissores, a inapetência pode estar relacionada à ausência ou queda da dopamina e à não regulação da serotonina, que deve estar presente, mas não em demasia (ZAMPIERI, 2003, p.33).

Kaplan (1999) propõe o interessante conceito de que a inapetência é *a regulação disfuncional* da motivação sexual. Por este entendimento, o desejo seria um impulso normal de sobrevivência do indivíduo, que deve ser vivido e administrado, mas que, nos casos de inapetência, passa a estar desregulado, excessivamente reprimido. A autora faz um paralelo com outros apetites do indivíduo, os quais, com frequência, são, também, controlados de forma anormal, para mais ou para menos, como, por exemplo, a fome. Diz:

Mais uma vez, de acordo com este paradigma, os transtornos do desejo sexual e os transtornos alimentares são análogos, já que podem ser conceituados como resultantes de defeitos em importantes sistemas reguladores (KAPLAN, 1999, p.36) [...]

Ressalte-se, também, que as outras disfunções de natureza sexual podem contribuir para a inapetência, pois, para os indivíduos com quaisquer transtornos dessa espécie, o ato sexual deixa de ser uma experiência agradável e reforçadora, passando a não ser mais desejável; como exemplos, nos casos de dispareunia (dor), anorgasmia, vaginismo, disfunção erétil, etc. Daí a importância dessa investigação no diagnóstico.

Não se pode deixar de citar que o consumo de drogas tem intensa relação com alterações dos desejos, não sendo necessário, para isso, uma completa dependência química.

Para finalizar este enfoque orgânico, resta elencar a classificação proposta pelo DSM IV- TR para os transtornos do desejo:

- Transtorno do Desejo Hipoativo (F52.0): sua característica essencial é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.
- Transtorno de Aversão Sexual (F52.1): suas características são a aversão e a esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.

Ambos os transtornos podem, ainda, ser classificados como: ao longo da vida ou adquiridos; generalizados ou situacionais; devido a fatores psicológicos ou a fatores combinados (com uma condição médica geral ou induzidos por substância).

Enfoque Psicossocial

Neste tópico, a ênfase incidirá sobre o indivíduo inserido em seu meio social. Sob esse prisma, as mais freqüentes causas da diminuição do desejo são: a repressão sexual; a educação sexual inadequada; os relacionamentos interpessoais inapropriados e a habituação. (VITIELLO, 1994, p. 137)

Quanto à repressão sexual, faz-se necessário certa retomada histórica. Valem os ensinamentos propostos por Chauí (1984) que evidencia a existência de momentos diferenciados: primeiro, uma repressão moral/religiosa, que impedia a prática sexual, exceto para fins de reprodução; após, com o advento da ciência, uma repressão científica, que procurou administrar as práticas sexuais alertando para os perigos à saúde e imprimindo classificações sobre condutas saudáveis X doentes, normais X anormais. Diz esta autora:

Se, no contexto moral, fala-se para que seja estabelecida a fronteira entre o lícito e o ilícito, e no contexto religioso para a demarcação dos limites entre o pecaminoso e o não pecaminoso, no contexto científico, onde parecem desaparecer os juízos de valor e as condenações, fala-se para que o sexo possa ser administrado. Pertence ao campo da saúde pública. Nessa perspectiva, teremos que admitir que a mudança não significou um avanço na liberação sexual ou uma diminuição da repressão, mas a passagem a outras formas repressivas que servem ao propósito da normalização. (CHAUÍ, 1984, p.18)

Mas estas não são as únicas formas de repressão existentes. Mais recentemente, impera também um outro tipo de repressão, intensamente relacionado com a organização socioeconômica, cujas prioridades são a produção, competição e consumo, massificando o indivíduo, suas condutas e padronizando suas ações, inclusive as sexuais. É a repressão do: *faça conforme se espera que você deva agir*. Exemplificando, ainda por Chauí (1984, p. 21): “o orgasmo passa, de um direito, a um dever, o dever de orgasmos”. Trataremos mais profundamente desta nova forma de repressão no enfoque filosófico.

A educação sexual, a qual se relaciona à repressão, também se constitui um elemento limitador do desejo. Primeiro, impeditiva da ação, pregava o sexo matrimonial com fins exclusivamente reprodutivos, após, sob a justificativa científica e médica, classificava o saudável e o não saudável, o normal e o anormal, amedrontando os

indivíduos ante a ação. Ainda hoje, os projetos de educação e orientação sexual apenas enfatizam as DSTs , Aids e contracepção, não abordando o sentido prazeroso e feliz do sexo, das opções sexuais e da vida afetiva.

Finalmente, as duas mais visíveis causas sociais de inapetência sexual serão abordadas: os relacionamentos inadequados e a habituação.

Casais inadequados com relacionamentos destrutivos geralmente apresentam queda ou extinção do desejo sexual aliados a todos os outros comprometimentos da vida conjugal e afetiva. Para estes casos, é recomendável a terapia de casal, uma vez que a terapia sexual abordaria apenas um dos fragmentados problemas.

Mas não é só, casais com relacionamentos de longa duração, mesmo com a afetividade preservada, também vivenciam esta crise. Tal evento é denominado, segundo Cavalcanti (1992, p.329), por habituação. Diz:

O apetite vai minguando, se diluindo no desgaste diário do contato permanente. O entusiasmo dos primeiros tempos vai sendo substituído por uma amizade cada vez mais assexuada.

Zampieri (2003, p.136) também relata tal fato: “um dos maiores paradoxos da vida erótica é que, apesar do desejo ansiar por satisfação, esta o refreia”.

Trata-se da ação do tempo sobre o amor, há muito tempo já foi identificada na literatura, como exemplo, no discurso do ano de 1643 do Padre Antonio Vieira (p.2):

[...] tudo cura o tempo, tudo faz esquecer, tudo gasta, tudo digere, tudo acaba. Atreve-se o tempo a colunas de mármore, quanto mais a corações de cera. [...] Por isso sabiamente os antigos pintaram o amor menino, porque não há amor tão robusto que chegue a ser velho. De todos os instrumentos com que o armou a natureza o desarma o tempo. [...] A razão natural de todas estas diferenças, é porque o tempo tira a novidade às coisas, descobre-lhes os defeitos, enfastia-lhes o gosto, e basta que sejam usadas para não serem as mesmas. Gasta-se o ferro com uso, quanto mais o amor?

Embora rudes e, em certa medida, tristes, as palavras acima e, sem juízo sobre sua veracidade, hoje, é fato incontestável a enorme demanda de casais com inapetência sexual, mesmo os que possuem a afetividade preservada.

Kaplan (1999), pesquisando mais detalhadamente sobre as causas psicossociais da redução do desejo, desenvolveu os conceitos de *comportamentos contra-sexuais* ou *defesas sexuais*, utilizados pelo indivíduo para evitar a exposição ao contato sexual. Como variantes destas, a autora cita: a) o *foco seletivo nos aspectos negativos do parceiro, com negação simultânea das qualidades positivas*; que são usados como esquiva ou justificativa para a inapetência; b) a *evitação ou bloqueio da estimulação erótica*, tanto física como psicológica, muitas vezes impedindo o toque; c) a *supressão da fantasia*; como forma de bloquear a estimulação; d) a *adoção de comportamentos não atraentes*, com o intuito de repelir o parceiro, dentre outros. (p. 118)

Enfoque Filosófico

Neste tópico, busca-se analisar a redução do desejo a partir de uma perspectiva mais coletiva, menos focada no indivíduo. Trata-se, aliás, de uma reflexão sugerida por Marcuse (1968, p. 25):

[...] a perturbação particular reflete mais diretamente do que antes a perturbação do todo, e a cura dos distúrbios pessoais depende mais diretamente do que antes da cura de uma desordem geral.

Cabe esclarecer que, embora não correspondam exatamente às mesmas propriedades, os termos libido, desejo e impulso serão tomados por sinônimos, uma vez que o objetivo do presente artigo é simplificar o pensamento filosófico a fim de aproximá-lo da prática clínica e não, precisamente, aprofundá-lo.

Ao se falar em libido, há que se tomar como ponto de partida as idéias de Freud. Dentre todos os conceitos por ele elaborados, talvez os mais importantes para o estudo do desejo sejam: o **princípio de prazer** e o **princípio de realidade**.

De forma bastante resumida, pode-se dizer que o princípio de prazer é a busca incessante do id por satisfação. É postulado de Freud (1856-1939) que os indivíduos estão constantemente procurando a satisfação de suas pulsões (= princípio do prazer). Ocorre que, para viver em sociedade e construir uma civilização, o homem precisa administrar os seus instintos, controlar, reprimir, daí a concepção do princípio de realidade. Não seria possível a civilização sem a repressão, sendo, portanto, necessário adiar a satisfação em razão de um bem maior (=princípio da realidade), que é a segurança trazida pela civilização. Freud vê este controle como algo natural e essencial. A seguir, registra-se a explicação de Marcuse sobre o pensamento de Freud:

O princípio de realidade supera o princípio de prazer: o homem aprende a renunciar ao prazer momentâneo incerto e destrutivo, substituindo-o pelo prazer adiado, restringido, mas garantido. (MARCUSE, 1968, p.37)

Eis aqui, então, uma primeira reflexão filosófica sobre a repressão do desejo.

Marcuse, ao estudar estes conceitos desenvolvidos por Freud, traz duas outras idéias que também devem ser abordadas: a **mais-repressão e o princípio do desempenho**. Concorde que não se pode dispensar certa repressão para a construção da civilização, embora, segundo este autor, em nossa civilização, tenha ocorrido uma enorme extrapolação da repressão necessária; seria uma *além*, uma *mais* repressão. E, trata-se de um *além* que se justifica não mais para manter a civilização, mas sim para manter a dominação, a segmentação social. Esclarece: “esses controles adicionais, gerados pelas instituições específicas de dominação, receberam de nós o nome de mais-repressão” (id, 1968, p.53)

O princípio de realidade, então, mostra-se como princípio de produção, de desempenho, na medida em que não quer manter apenas a civilização que beneficia e traz segurança ao homem, mas sim, a dominação. Afirma:

[...] o princípio de prazer foi destronado não só porque militava contra o progresso na civilização, mas também porque militava contra a civilização cujo progresso perpetua a dominação e o trabalho esforçado e penoso [...] (MARCUSE., 1968, p.54).

[...] designamo-lo por princípio de desempenho a fim de darmos destaque ao fato de que, sob o seu domínio, a sociedade é estratificada de acordo com os desempenhos econômicos concorrentes de seus membros [...] (id, 1968, p.58).

Com tudo isso, ocorreu uma redução **temporal** da satisfação da libido: apenas para os momentos de não desempenho do trabalho. Esta redução temporal foi, ainda, completada por uma redução **espacial**, chamada de dessexualização socialmente necessária do corpo ou de genitalização libidinal, que consiste na redução da sexualidade apenas à área genital. Decodifica-se, a partir das próprias palavras do autor: “a libido passa a concentrar-se numa parte do corpo, deixando o resto livre para ser usado como instrumento de trabalho” (id., 1968, p. 61).

Assim, para finalizar a análise de caráter filosófico, resta indagar de que forma esta repressão se apresenta nos dias de hoje. É a pior possível, porque não se trata de uma proibição impeditiva do agir, mas sim, uma repressão modeladora e padronizadora da ação. Há uma aparência de liberação, cuja repressão é ser controle. É uma forma de repressão dissimulada, que dificulta o enfrentamento: antes, diante da proibição da ação, o indivíduo optava por transgredir ou não, hoje, dada a liberação do agir, não há *aparente transgressão*, mas os sujeitos não se dão conta de que a ação só é permitida na forma padronizada como foi liberada e é incentivada, ou seja, relacionada à manutenção da dominação e ao consumo (Maia, 2005).

Resumindo, sobre a nova forma de repressão do desejo, Marcuse expõe: “No desenvolvimento “normal”, o indivíduo vive sua própria repressão livremente, como sua própria vida: **deseja o que se supõe que ele deva desejar**; [...]” (1968, p.59, grifos nossos).

Há que se ressaltar, aqui, que todos os aspectos analisados nos três enfoques anteriores merecem abordagem na terapia. Deve-se fazer o correto diagnóstico orgânico e, havendo necessidade, providências devem ser tomadas para o encaminhamento do problema identificado. Há que se vislumbrar a repressão, a educação sexual e o relacionamento do casal. O terapeuta deve, enfim, ter o cuidado de não restringir o tratamento a apenas um dos enfoques.

Concluída a análise dos itens expostos acima, proceder-se-á à investigação dos tratamentos atualmente propostos, para, em seguida, realizar uma reflexão crítica sobre a prática clínica.

No meio acadêmico e científico, na terapia sexual propriamente dita, o tratamento tem priorizado os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Um correto e minucioso diagnóstico é imprescindível, uma vez que os transtornos do desejo possuem causas e intensidade variadas, devendo, por conseguinte, a terapia ser adaptada e diferenciada. Como exemplo, o enfoque terapêutico em um caso de aversão sexual grave não pode ser semelhante a um caso de simples acomodação de intensidade de desejo no casal.

Kaplan (1999), que possui uma proposta de trabalho bastante completa, ressalta como fator crítico do tratamento a avaliação dos *estimulantes* (fantasias, desejos, atrativos) e dos *supressores* libidinais para o indivíduo. Trata-se de ajudá-lo a identificar o que “liga” e o que “desliga” o seu desejo (p.101). Para melhor esclarecer e facilitar a análise diagnóstica, esta autora analisou a *regulação do desejo sexual* a partir da existência de EXCITANTES e SUPRESSORES libidinais, no seguinte quadro (p.34):

<i>EXCITANTES SEXUAIS</i>	<i>SUPRESSORES SEXUAIS</i>
Excitantes fisiológicos 1- Testosterona 2- Drogas Afrodisíacas 3- Estimulação Física/Genital	Supressores fisiológicos 1- Transtornos hormonais 2- Drogas com efeitos sexuais 3- Depressão
Excitantes Psicológicos 1. Parceiro atraente 2. Estimulação erótica 3. Fantasia 4. Amor 5. Namoro	Inibidores Psicológicos 1. Parceiro não atraente 2. Pensamentos negativos 3. Antifantasias 4. Emoções negativas 5. Estresse e raiva

Quanto aos exercícios propostos, geralmente estão relacionados às fantasias e ampliações de sensações.

São freqüentemente aplicados, como exercícios específicos:

1- treino e partilha de fantasias: incentivo à criação de fantasias eróticas e partilha destas com o parceiro;

2-materiais eróticos e pornografia: estímulo à utilização de recursos que facilitem o desejo, como, por exemplo, filmes, contos, ambientes não rotineiros, etc ;

3- focos sensoriais e banhoterapia (focagem de sensações): retomada da sensualidade e de descoberta de si e do outro: prescreve-se que o casal se toque, buscando estimular todas as partes do corpo do parceiro, atento à descoberta de novas sensações e a todos os sentidos (olfato, tato, audição, paladar e visão), sem a obrigatoriedade de desempenhos sexuais pré-estabelecidos. (CAVALCANTI, 1992, p. 337). Em geral, nestes exercícios, restringe-se a estimulação genital ou a penetração, visando ampliar as demais sensações e reduzir a ansiedade com o coito.

4- masturbação: forma de autoconhecimento corporal, redução da ansiedade e reversão dos comportamentos contra-sexuais (KAPLAN, 1999, p 106).

Finda a explanação sobre os tratamentos, passa-se à reflexão dialética entre estes enfoques:

A) Sobre as “Receitas” propostas pela mídia:

Ultrapassando o meio acadêmico e sem qualquer compromisso científico, são inúmeros os artigos de revistas femininas e livros de auto-ajuda que discutem *alternativas* para reaquecer o desejo na relação. O terapeuta deve ter especial atenção com o acesso do cliente a esses conteúdos, visto que os mesmos podem trazer como consequência crenças errôneas sobre a referida disfunção. Embutidos nesses artigos, que oferecem receitas prontas e padronizadas de atos e fantasias sexuais, muitas vezes encontram-se: a) preconceitos relacionados à beleza, classe econômico-social, gênero (masculino ou feminino) e orientação sexual; b) repressão do desempenho (embutindo o dever de se ter uma super vida sexual ativa e feliz, sugerindo-se que a mesma só depende do indivíduo); c) repressão do consumo (para a compra de revistas semanais de receitas sexuais, livros de auto-ajuda e, evidentemente, lingerie e produtos de sex-shops), dentre outros. Para ilustrar referidos conteúdos de repressão pela mídia, bastam simples análises de títulos e índices, como exemplos: **1º título:** “*Sexo para mulheres casadas*”, **índice:** feminilidade, a escolha da lingerie, o beijo, o sexo, orgasmo, fetiches e fantasias, uma visita ao sex-shop, pompoarismo (MOURA, 2004); **2º título:** “*Sexo no casamento: dez segredos para manter*

viva a atração e o entusiasmo”, **índice:** diversividade, aventura, generosidade, autenticidade, atenção, coragem, confiança e prazer absoluto (LISTER, 2006). É o que foi mencionado: imposição de conduta padronizada e incentivo ao consumo, sem qualquer preocupação com o indivíduo, suas particularidades, sua história de vida, seus anseios, suas pretensões, nada; leitores desavisados e mal instruídos correm o risco de tornarem-se atores de uma cena padrão, cujo texto não lhes pertence.

B) Sobre a terapia sexual:

Não são objetivos do presente artigo refutar ou criticar as técnicas existentes, até porque, na maioria dos casos, apresentam excelentes resultados. Pretende-se, apenas, analisar suas funções, aprofundar a consciência de sua aplicação e oferecer, em complemento, uma nova abordagem filosófica, que consiste em uma escolha crítica do tratamento, estimulando a reflexão consciente do estilo de vida, crença, expectativa e prática do cliente, dentre outros aspectos.

Que são as técnicas de focagem de sensações senão uma tentativa de romper com a genitalização libidinal? Marcuse (1968) denunciou que, para que o corpo do indivíduo estivesse sempre disponível ao trabalho, a atividade sexual ficou focada exclusivamente no genital (= genitalização libidinal). E assim ocorreu. Hoje temos um padrão sexual extremamente focado nos órgãos genitais, sobrevivendo a técnica de focagem de sensações, na tentativa de romper com citada limitação espacial. Daí a importância desta técnica.

Que são as técnicas de treino/partilha de fantasias e uso de material erótico senão uma tentativa de libertar-se da mais repressão, do princípio da realidade, do desempenho? Com essas técnicas, busca-se dar vazão à libido completamente reprimida, ou seja, estimular a satisfação dos desejos. É como se, em algum momento, nossos desejos tivessem sido aniquilados e, a partir de agora, houvesse a necessidade de reaprender a desejar. Daí a importância da presente estratégia.

Mas, a aplicação das técnicas não deve ser aleatória, precipitada, ou padronizada. É fundamental que seja consciente e crítica, cautelosa para não ser mais um fragmento da mais repressão e do princípio do desempenho. Chauí (1984, p.21), ciente do perigo, outrora alertara: “os críticos consideram o sexólogo uma mescla de pedagogo e de programador de computador, médico higienista e uma nova figura de repressão sexual”.

Se a *mais repressão* apresenta-se sob a forma de permitir a ação, embora controlando-a e padronizando-a, o terapeuta deve estar sempre alerta para não reproduzir a mesma conduta: controle e padronização.

Atente-se para os perigos: estimular treinos de fantasias, mas, quais fantasias? As anunciadas pelas novelas, pela indústria cultural, ou pior, as vendidas a preços exorbitantes nos sexshops? Em que medida é salutar modelar uma fantasia?

Decisivamente, agir de forma consciente não é tarefa fácil. Sendo sujeitos inseridos nesta sociedade, frutos desta realidade, é possível aos terapeutas dela se distanciarem?

Em razão disso, cabe a esta categoria profissional, no mínimo, fazer uma reflexão crítica sobre sua atuação; no mínimo, pensar em uma terapia particularizada para cada indivíduo; no mínimo, não fazer das alternativas propostas um dever de conduta; no mínimo, dirigir um olhar sobre o indivíduo como um todo; no mínimo, estimular que ele reflita sua vida, sua realidade, suas crenças e sua felicidade. Enfim, deve preocupar-se em não ser, como alertou Chauí, mais um programador de conduta sexual.

Referências Bibliográficas

- BALLONE, G.J. Desejo sexual. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, revisto em 2003. Disponível em: www.psiqweb.med.br/sexo/desejo.html. Acesso em 15/02/2007.
- BRUNS, M.A.T.; SANTOS, C. **A educação sexual pede espaço**. São Paulo: Ômega, 2000.
- CARDOSO, M.C. (org); MAIA, A.F. **Humanidades em comunicação: um diálogo multidisciplinar**. São Paulo: Unesp/Faac/Bauru, 2005.
- CAVALCANTI, R; CAVALCANTI, M. **Tratamento Clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 1992.
- CHAUÍ, M. **Repressão Sexual**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- DSM.IV. Disponível em: www.psiqweb.med.br/dsm/sexual.html. Acesso em 15/02/2007.
- FREUD, S. **O mal estar da civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**: Imago, 1856-1939.
- KAPLAN, H.S. **Manual ilustrado de terapia sexual**. São Paulo: Manole, 1984.
- KAPLAN, H.S. **Transtornos do Desejo sexual**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- LISTER, P. **Sexo no casamento: dez segredos para manter viva a atração**. São Paulo: Gente, 2006.
- MARCUSE, H. **Eros e Civilização**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- MOURA, F. **Sexo para mulheres casadas**. São Paulo: Original, 2004.
- VIEIRA, A. **Sermão do mandato**, 1643. Disponível em: www.cce.ufsc.br. Acesso em 15/02/2007.
- VITTIELLO, N. **Reprodução e sexualidade**. São Paulo: Ceich, 1994.
- ZAMPIERI, A.M.F. **Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade**. São Paulo: Ágora, 2003.