

---

# DISFUNÇÃO SEXUAL

---

## MASCULINA: ALGUMAS

---

### IMPLICAÇÕES\*

---

VÂNIA GOMES MACHADO DOMINGOS\*\*  
ILMA A. GOULART DE SOUZA BRITTO\*\*\*

*Resumo: com base nos estudos sobre as disfunções sexuais masculinas, estudiosos ressaltam a primazia da observação clínica minuciosa. A disfunção erétil continua sendo uma das mais comuns e aflitivas queixas da sexualidade masculina, afetando mais da metade dos homens acima de 50 anos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade e fazer frente aos progressos terapêuticos relativos às disfunções sexuais.*

*Palavras-chave: Sexualidade. Disfunções sexuais. Resposta sexual inapropriada. Terapia.*

**P**roblemas que envolvem a resposta sexual inapropriada são frequentemente, relatados por pessoas do sexo masculino e feminino nos consultórios médicos e psicológicos. E os problemas de manifestação da resposta sexual inapropriada são comumente chamados de disfunções sexuais. A disfunção sexual produz dificuldades inerentes, tanto aos homens como as mulheres e está intimamente ligada a sentimentos de angústia, fracasso e sofrimento devido às sensações de impotência ou frustração pela não realização do ato sexual satisfatório.

---

\* Recebido em: 22.09.2013.

Aprovado em: 25.10.2013.

\*\* Graduada em Psicologia pela FESURV, Rio Verde, Goiás. Curso de Sensualidade Feminina e Massagem Erótica, na Sex Love Produtos Eróticos. Mestranda em Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Atuação clínica na área da sexualidade humana com foco nas disfunções sexuais. *E-mail:* vaniamachadopsi@hotmail.com.

\*\*\* Doutora em Ciências Sociais, Antropologia pela PUC SP. Mestre em Psicologia da Aprendizagem e Desenvolvimento pela UnB. Professora e pesquisadora nos programas de pós-graduação lato e stricto sensu da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Coordenadora do curso de Especialização em Psicopatologia da PUC Goiás. Psicologia. Possui livros, capítulos de livro e trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais. *E-mail:* psyilma@terra.com.br.

A resposta sexual bem sucedida depende de sequências complexas de fatores fisiológicos, comportamentais e culturais altamente sensíveis aos efeitos de emparelhamento de estímulos. Isso implica que a resposta sexual é eliciada por estimulação erótica antecedente e pode ocorrer automaticamente na presença desses eliciadores, ainda que esse tipo de explicação seja apenas uma parte do comportamento total do indivíduo. Contudo, o comportamento sexual produz efeitos no ambiente e pode retroagir sobre o indivíduo, como é o caso da resposta sexual inapropriada. Esse comportamento está na origem de grande parte dos problemas conjugais e sexuais dos casais (SKINNER, 1970).

Como qualquer outro comportamento, o comportamento sexual é função conjunta de três fontes de seleção e variação, a saber: (1) filogênese, a seleção natural, área da biologia; (2) ontogênese, a seleção operante, área da psicologia; (3) cultura, a seleção das práticas culturais, área das ciências sociais. O analista do comportamento considera que se deve entender cada tipo de seleção e de variação para se compreender de onde vem o comportamento, seja o comportamento sexual ou não (SKINNER, 1970).

Para que o indivíduo obtenha os reforçadores para os padrões de conduta sexual e de concepções tradicionais de relações maritais são necessários vários tipos de habilidades sociais, as quais devem adquirir a função de reforçamento para o comportamento sexual, tais como seduzir, namorar, acariciar, marcar encontros íntimos etc. Enfim, torna-se necessário que o indivíduo se engaje em várias atividades requeridas para o desempenho sexual satisfatório, ainda que haja na literatura dados sobre fontes de vários conflitos e de proibições culturais que contraria o forte reforçamento positivo que a natureza provê para a atividade sexual (SIDMAN, 1995). Por exemplo, o que deveria fazer as pessoas jovens quando são tentadas a usufruir de relações sexuais sobre as quais lhe disseram serem sujas ou proibidas.

Afirmar-se-ia que os conflitos são prováveis quando são suprimidas as consequências positivas e, ao contrário dessas, usam-se desaprovações, coerções e punições. O presente estudo tem como objetivo apresentar uma análise das disfunções sexuais que envolvem a disfunção erétil, suas definições, classificações, prevalência e fatores a ela relacionados sob a perspectiva da abordagem comportamental, para em seguida apresentar dados da literatura que aborda o tratamento terapêutico desse problema.

Desde a década de 1960, Masters e Johnson (1966) descreveram o ciclo completo de resposta sexual em quatro fases distintas: 1) excitação: é a estimulação para o ato o que corresponderia à lubrificação vaginal na mulher e à ereção peniana no homem o que podem durar horas. 2) platô: excitação contínua; prolonga-se de 30 segundos a vários minutos; 3) orgasmo, a descarga do prazer, o clímax da resposta sexual. 4) resolução: também chamada fase de detumescência, é um estado de pleno bem-estar que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular com a duração de minutos a horas. Nos homens, caracteriza-se por um período refratário no qual o organismo necessita estar em repouso, não aceitando mais estimulação.

Com algumas modificações, o ciclo completo da resposta sexual é descrito pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-IV-TR, da Associação Americana de Psiquiatria – APA (2000), por perturbações nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual. Esse ciclo de resposta sexual é dividido nas seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo consiste em fantasias acerca da atividade sexual e o desejo de ter a atividade sexual. Já a excitação é um sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. O orgasmo, por sua vez, refere-se ao clímax do prazer sexual, com liberação

da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores, enquanto a resolução consiste em uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral.

As disfunções sexuais, em contrapartida, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual, o que pode afetar uma ou mais dessas fases. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexa serão os quadros clínicos e respectivos prognósticos e tratamento (ABDO, 2006). Assim, a disfunção sexual, implicará em alterações, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, dores associadas ao exercício da sexualidade que poderá se manifestar de forma persistente ou recorrente. Portanto, as disfunções sexuais podem ser consideradas como um dos problemas de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em Cairo (1993) que o ser humano se expressa de modos diferentes e a sexualidade humana se torna parte integral da pessoa influenciando seus pensamentos, sentimentos, interações, ações constituindo numa espécie de energia que motiva as pessoas a procurar amor, proximidade, calor e intimidade e, desta forma, alcançar a saúde plena física e mental.

A disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública. As principais formas de disfunção sexual são a disfunção erétil, a ejaculação precoce, o desejo hipotativo, a disfunção orgásmica e a baixa excitação sexual. A prevalência dessas alterações já é bem conhecida, tendo sido estimada em 31% entre homens norte-americanos com idade entre 18 e 59 anos (ABDO, 2006).

De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), é comum classificar as causas das disfunções sexuais em orgânicas e ambientais. Essa classificação, contudo, deve ser entendida dentro do relativismo do seu justo valor. Em toda disfunção há sempre comprometimento do comportamento emocional. Sob o ponto de vista terapêutico, o primeiro passo é diagnosticar e tratar as causas orgânicas, caso essas se fazem presentes.

Tradicionalmente, a disfunção sexual é entendida como síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou falhas da resposta sexual que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo (TOZO *et al.*, 2007). Quando há o mau funcionamento da resposta sexual de uma determinada pessoa ou no ajuste enquanto casal, em uma ótica mais voltada para o mecanismo da resposta sexual fisiológica e a inadequação sexual caracterizam as disfunções sexuais.

Como a disfunção sexual implica em alterações das fases do ciclo de resposta sexual, dores associada ao ato sexual e sendo descritas como persistentes ou recorrentes algumas considerações torna-se necessárias. Os termos “persistente ou recorrente” nos critérios de diagnósticos indica a necessidade de avaliação clínica, levando-se em consideração fatores, como: a idade e experiência do indivíduo, frequência e cronicidade do sintoma, sofrimento emocional e efeito sobre outras áreas do funcionamento do indivíduo em suas relações sociais. Outra consideração importante para o diagnóstico, tratamento e prognóstico é a distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada (presente com qualquer parceria) e situacional presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias (ABDO; FLEURY, 2006).

Como uma das consequências da falha da resposta sexual, a disfunção sexual parece um modo de bloqueio total ou parcial da resposta fisiológica e a terapia sexual nada mais

é do que uma espécie de controle desses bloqueios. Assim, o indivíduo no seu meio social pode aprender a criar obstáculos à resposta fisiológica que é involuntariamente eliciada pela apresentação de um estímulo erótico antecedente. Afirmar-se-ia que certos tipos de comportamento pode-se tornar problema, portanto, comportar-se de modo inapropriado em relação à sexualidade, é comportamento aprendido (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

A sexualidade pode influenciar o estado emocional e físico do indivíduo sendo afetada, por fatores orgânicos, emocionais, sociais e culturais. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode contribuir para o surgimento de disfunções sexuais (FERREIRA; SOUZA; AMORIN, 2007).

Conforme Ballone (2004) denomina-se disfunção sexual, todo o problema, que interfira na resposta da manifestação sexual humana a estímulos eróticos, seja ele de origem biológica, emocional, social ou cultural. Considera-se o mau funcionamento da psiconeurofisiologia em forma de distúrbios no desejo, na ereção, na ejaculação ou no orgasmo. O comprometimento de uma dessas fases prejudica toda a relação.

Para Abreu (2005), as disfunções sexuais são problemas que ocorrem em algumas das fases da resposta sexual humana, provocados, na maioria das vezes, pela falta de intimidade, dificuldade de comunicação entre o casal, conflitos psicológicos, ou ainda, devido aos tabus sobre a própria sexualidade. Todos os aspectos citados levantam a importância dos estados emocionais na disfunção sexual, estando diretamente relacionado com a natureza emocional da pessoa.

Para Lara *et al.* (2008), as disfunções sexuais são também reflexos de influências culturais e emocionais, mais do que propriamente “doenças”. Em muitos casos a disfunção sexual pode ter suas raízes em causas mais imediatas e mais simples, como o estresse contínuo, a estados emocionais negativos como as consequências de proibições, desaprovações, coerções, punições e também por causas orgânicas, que são doenças que podem alterar a resposta sexual.

Quanto à prevalência na população, Marques, Chedidi e Eizerrik (2008) alertaram que as disfunções sexuais constituem problemas de alta prevalência, uma vez que afetam 43% das mulheres e 31% dos homens, e pode causar importante impacto no funcionamento interpessoal e na qualidade de vida das pessoas com o problema. Já nos Estados Unidos, as disfunções sexuais atingem taxas de 10% a 52% nos homens e 25% a 63% nas mulheres. Todavia, as disfunções sexuais não se constituem em uma coisa que a pessoa tenha (e.g., doença). Os termos empregados descrevem um problema do comportamento sexual produto da seleção e variação da filogênese, ontogênese ou da cultura do indivíduo.

## DISFUNÇÃO ERÉTIL

A disfunção erétil pode ser definida como a incapacidade de obter e manter uma ereção suficiente para a função sexual satisfatória. De acordo com Marques *et al.* (2008), procuram-se identificar os fatores causadores e mantenedores das disfunções sexuais masculinas a partir de entrevistas com os cônjuges. Obter a história dos respectivos parceiros ajuda identificar três fatores que podem contribuir para suas ocorrências: 1) fatores predisponentes (criação rígida, questões relacionais, experiências sexuais traumáticas), que podem tornar um homem mais suscetível a apresentar alguma disfunção sexual; 2) fatores precipitantes (disfunção da parceria, presenças de estados emocionais negativos), que podem ter desencadeado o problema em questão; 3) fatores mantenedores (medo de desempenho, discórdias na relação,

dificuldades com a intimidade, sensações de fracassos, omissões do problema), que podem manter o problema da resposta sexual inapropriada.

O DSM-IV-TR (2000) define que disfunção erétil constitui-se na incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma ereção peniana suficiente para permitir uma atividade sexual satisfatória, causando mal-estar acentuado ou dificuldades interpessoais. A disfunção erétil pode ser caracterizada tendo em conta o início (e.g., primária ou adquirida), contexto (e.g., generalizada ou situacional) e fatores etiológicos (e.g., emocionais e combinados). A maioria dos casos de disfunção erétil surge após um período de funcionamento sexual “normal” (tipo adquirido), podendo estar associados a diversos precipitantes de fatores psicossociais ou orgânicos. A ausência completa de qualquer resposta erétil é rara, sendo comum a presença de uma ereção parcial não suficiente para a penetração vaginal, ou a existência de ereção completa que habitualmente é perdida quando da aproximação da penetração vaginal. Em alguns casos a ereção pode ser suficiente para a penetração, mas diminui em seguida, não permitindo a continuação da penetração.

Assim, grande parte dos homens pode se tornar vulnerável a apresentar disfunções sexuais devido à falta de informações sobre a resposta sexual, uma história de medo de desempenho sexual ou mesmo inibições devido a sensações de fracassos. Daí é que o DSM-IV-TR (2000) alerta que a perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldades nas relações interpessoais. A disfunção não é mais bem explicada por outro transtorno, nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral.

Existem diferentes padrões de disfunção erétil. Alguns indivíduos relatam uma incapacidade de obterem qualquer ereção desde o início de uma experiência sexual. Outros se queixam de terem experimentado uma ereção adequada, perdendo a tumescência depois, ao tentarem a penetração. Outros, ainda, relatam terem uma ereção suficientemente firme para a penetração, mas que depois perdem a tumescência antes ou durante o ato. Alguns homens podem relatar a capacidade de terem uma ereção apenas durante a automasturbação ou ao despertarem. As ereções masturbatórias também podem ser perdidas, mas isto não é comum (DSM-IV-TR, 2000).

Contudo, deve-se esclarecer que a existência de disfunção erétil não impossibilita a ejaculação, que pode ocorrer na ausência de uma ereção completa. A disfunção erétil pode ainda verificar-se em todo o tipo de atividade sexual (tipo generalizado) ou manifestar-se apenas em determinadas situações (relação sexual versus masturbação) ou com determinados parceiros (parceiro habitual *versus* parceiro ocasional). Neste último caso a etiologia é obrigatoriamente psicológica, sendo que no primeiro a investigação de eventuais fatores orgânicos é aconselhada (COSTA, 2010).

Conforme Rodrigues Jr. (2003), as dificuldades ou incapacidades em obter e/ou manter a ereção peniana de forma satisfatória que permita a relação de penetração é a maior preocupação sexual dos homens. Muitas vezes desejar uma atividade sexual que foi promovida ao longo dos anos por problemas de falta de controle ejaculatório ou baixas sensações orgásticas, nem sempre é compreendida pelos homens desta forma.

Diferente do desempenho sexual das mulheres na busca de ajuda para os seus problemas, os homens que apresentam disfunção sexual parecem ter mais dificuldade para buscar ajuda, talvez pelo medo de serem notados como impotentes ou pelo constrangimento em exporem sua intimidade aos profissionais. Quando finalmente o fazem, podem sentir-se

constrangidos e reticentes ao expor o problema. Também por insegurança, muitas vezes surge desconfiança do paciente na efetividade do tratamento, desmotivando-o a continuar o tratamento (MARQUES *et al.*, 2008).

De acordo com Monteiro, Oliveira e Lucas (2009) existe determinadas características que devem ser consideradas ao realizar o tratamento da disfunção sexual. Podem assim referir-se-á a falta de iniciativa para a busca de estímulos e o desconforto que a reduzida expressão sexual provoca, podendo o próprio indivíduo sentir-se relutante à possibilidade do contacto sexual satisfatório, sendo que este pode ocorrer exclusivamente devido à pressão do parceiro.

Pablo e Soares (2004) argumentam que possíveis fatores orgânicos desempenham um papel importante para o desenvolvimento da resposta sexual inapropriada. Qualquer condição médica que cause dor ou desconforto pode conduzir indiretamente à redução da resposta sexual, enquanto que a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais direto na redução desse tipo de resposta. Porém, a existência de uma patologia médica, não é obrigatória para que ocorra a resposta sexual inapropriada.

A falta de excitação é mais comum nas mulheres do que no homem, porém ocorre com certa frequência também e é queixa comum tanto do próprio homem como da companheira que se sente deixada de lado e não desejada. Esse tipo de problema também é bem menos comum que a disfunção erétil em si o que se pode observar como homens com a resposta sexual normal, mas que não conseguem uma boa ereção. Algumas causas físicas podem ser citadas: alcoolismo, drogas, obesidade, hiperprolactina, efeito colateral de medicamentos, baixo índice de testosterona e doenças como diabetes (RODRIGUES JR., 2008).

## TERAPIA SEXUAL

Com o objetivo de resolver os problemas das disfunções sexuais, ao longo das últimas décadas do Século XX, surgiram algumas técnicas específicas denominadas de terapia sexual. Criada na década de 1950, este tipo de terapia nada mais é que uma terapia que lida com questões da sexualidade. É uma modalidade da terapia e utiliza técnicas comportamentais e cognitivas desenvolvidas para auxiliar a modificar comportamentos sexuais inapropriados (RODRIGUES JR., 2001), Em um ambiente terapêutico, o terapeuta ouve o paciente (ou casal de pacientes) sentado em uma poltrona, contar seus problemas sexuais. Após conhecer completamente a situação, o especialista dá início ao tratamento.

De acordo com Rodrigues Jr. (2011), durante as semanas de tratamento, o terapeuta faz orientações e aplica técnicas cognitivas e comportamentais para que as mudanças de atitude ocorram no paciente. O casal deverá ir para casa sempre com alguma orientação e atividade proposta, que possivelmente os auxiliem no desenvolvimento dos comportamentos sexuais desejados (MARTIN, 2006).

Terapia que se dispõe a tratar as disfunções ou dificuldades sexuais é abordada por meio de estratégias comportamentais e cognitivas. A terapia sexual tem o propósito de ser breve e focal. Pode estar ou não associada à outra linha psicoterapêutica. O processo terapêutico pode ocorrer individualmente ou com o casal, mesmo sem parceria é possível tratar qualquer tipo de problema (SECCO, 2010).

Alguns problemas de ordem sexual têm razões simples e próximas ao dia-a-dia, ao estresse ou a estados emocionais negativos. São as que têm um fundo emocional e que mesmo tendo relação com a forma de viver, ou seja, tem uma causa mais imediata, nem sempre é de

mais fácil tratamento. Outras, de causa orgânica também podem modificar a resposta sexual e interferir na vida cotidiana. Para a questão orgânica da disfunção, somente um médico poderá ajudar a pessoa através de exames físicos e complementares que confirmem ou esclareçam a doença. No entanto, já foi o tempo em que as disfunções eram taxadas como doenças. Hoje, o seu contexto é ampliado e elas são entendidas como manifestações de influências culturais e emocionais. Assim, os problemas de ordem sexual, não devem ser tratados de forma isolada, mas, ainda assim, não se justifica, na maioria das vezes, um tratamento prolongado (VEIGA, 2010).

Visando orientar as estratégias para conduzir e orientar o melhor desempenho do ato sexual, o terapeuta pode contribuir na ampliação de possibilidades e desmistificando crenças e obstáculos emocionais que podem estar impedindo a realização do ato sexual. A terapia sexual não é limitada apenas ao desenvolvimento do desempenho sexual, mas também abrange amplas questões do bem-estar, sendo o sexo parte integrante do indivíduo como um todo em relações ambientais.

Conforme Rodrigues Jr. (2013), ao término da psicoterapia um último contexto técnico precisa ser utilizado, o conceito de prevenção de recaída ainda não tem sido incorporado na terapia sexual pela maioria de especialistas. Cliente e psicoterapeuta chegam à comum decisão de quando atingiram os objetivos pré-fixados, o tratamento termina. Os clientes são orientados a re-contatar o terapeuta para mais sessões se o problema retornar ou houver algo não satisfatório.

Finalmente, Rodrigues Jr. (2013) sugere que os terapeutas agendem sessões periódicas para “melhorar” ou fazer “manutenção” após o término do tratamento. As sessões de *follow-up* têm sido recomendadas para resolver questões que interferiram no processo de restabelecimento do comportamento sexual satisfatório.

## MALE SEXUAL DYSFUNCTION: SOME REFLECTIONS

*Abstract: based on studies of male sexual dysfunction, scholars emphasize the primacy of detailed clinical observation. Erectile dysfunction remains one of the most common and distressing complaints of male sexuality, affecting more than half of men over 50 years. New research will help to change this reality and meet the therapeutic advances relating to sexual dysfunctions.*

*Keywords: Sexuality. Sexual dysfunctions. Inappropriate sexual response. Therapy.*

### Referências

ABDO, C.; FLEURY, H. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, Psiquiatria, v. 33, n. 3, p.162-167, 2006.

ABDO, C. *Elaboração e validação do quociente sexual masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem*. São Paulo: Moreira Jr Ed. 2006. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.a sp? id\\_materia=3238&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.a%20sp?id_materia=3238&fase=imprime)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

ABREU, L. P. *Delitos sexuais*. 2005. Disponível em: <[http://www.psicologia.pt/areas/subarea.php? cod=d11B](http://www.psicologia.pt/areas/subarea.php?cod=d11B)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Tradução de C. Dornelles. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

[Trabalho original publicado em 2000].

BALLONE, G. J. *Frigidez Sexual*, 2004. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca, 2012.

COSTA, J. F. L. V. [2006]. *Abordagem psicoterapêutica no tratamento da disfunção erétil*. Disponível em: <[http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/52797/2/Abordagem%20Psico terapêutica%20no%20Tratamento%20da%20Disfunção%20Erétil.pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/52797/2/Abordagem%20Psico%20terapêutica%20no%20Tratamento%20da%20Disfunção%20Erétil.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2012.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A.; AMORIM, M. Prevalências das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, 2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, p.143-150.

MARTIN, C. *Terapia sexual: por minha vida*. 2006. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/fitness/materias/551-terapia-sexual>>. Acesso em: 12 de dez. 2012

MASTERS, W.; JOHNSON, V. *Human sexual response*. Boston: Lippincott, Williams & Wilkins, 1966.

MONTEIRO, A. et al. Perturbação do desejo sexual hipotativo: diagnóstico e tratamento. *Psicologia da Saúde*, v. 17, n. 2, 101-112, 2009.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID 10)*. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução organizada por W. Valentini. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PABLO, C.; SOARES, C. As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v. 20, p. 357-370, 2004.

PATRIOTA, T. *Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento - plataforma de Cairo*. 1994. Disponível: <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

RODRIGUES Jr., O. *Psicologia e sexualidade*. São Paulo: MEDSI, 2003.

RODRIGUES Jr., O. *Terapia sexual: clínica, pesquisa e aspectos psicossociais*. Instituto Paulista de Sexualidade. 2011.

RODRIGUES Jr., O. *Ejaculação precoce: tratamento psicoterápico*. Comportamento em Foco. São Paulo: ABPMC, 2013. V. 2, p. 303 -310.

SECCO, Luciane. *O que é terapia sexual?* 2013. Disponível em: <<http://www.lucianesecco.psc.br/sexualidade.html>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Tradução de M. A. Andery; T. M. Sério. Campinas: Editorial Psy, 1995.

SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento Humano*. Tradução de J. C. Todorov e R. Azzi. Brasília: Ed. da UnB/FUNBEC, 1970.

TOZO, I. et al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Arquivos de Medicina Hospitalar*, v. 52, n. 3, p. 94-99, 2007.

VEIGA, A. P. *Terapia sexual: sexologia, casal, dinâmica, disfunção sexual, funcionamento sexual, sexualidade humana, tratamento de disfunção, preconceitos, vergonha*. 2010. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?749>>. Acesso em: 20 jan. 2013.