

Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas

Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions

CARMITA HELENA NAJJAR ABDO¹
HELOISA JUNQUEIRA FLEURY²

Resumo

Este artigo apresenta o desenvolvimento do conceito de normal e patológico em sexualidade, com base nos estudos populacionais de Kinsey, bem como a evolução do conceito de ciclo de resposta sexual, desde Masters e Johnson até Basson. Trata das classificações das disfunções sexuais, as quais têm como base o ciclo de resposta sexual.

Os aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas ressaltam a primazia da observação clínica minuciosa, enfatizando que o diagnóstico deve considerar o tempo de evolução do quadro, as condições do(a) parceiro(a) e as características do estímulo sexual (quanto ao foco, à duração e à intensidade). Além disso, a distinção entre disfunção primária ou secundária, generalizada ou situacional, bem como idade e experiência sexual da mulher, são parâmetros diagnósticos. Os aspectos terapêuticos referem a importância de uma equipe multidisciplinar, capaz de oferecer à mulher acompanhamento psicoterápico e medicamentoso (com antidepressivos, ansiolíticos, hormônios, entre outros), além de suporte psicoeducacional. Ressalta-se a necessidade de se avaliar caso a caso para a instituição de terapêutica individualizada.

Embora os quadros de disfunções sexuais da mulher já sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis para esse tratamento ainda são restritos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade e fazer frente aos progressos terapêuticos relativos às disfunções sexuais masculinas.

Palavras-chave: Sexualidade, disfunções sexuais, mulher, diagnóstico, tratamento.

Abstract

This article discusses the development of the concepts of normal and pathological in sexuality from the perspective of the population studies by Kinsey, as well as the development of the concept of sexual response cycle, from Masters and Johnson to Basson. The article deals with the classification of sexual dysfunctions, based on the sexual response cycle.

Recebido: 20/03/2006 - Aceito: 27/03/2006

1 Psiquiatra, professora livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da (IPq-HC-FMUSP).

2 Psicóloga, pós-graduanda em ciências pela FMUSP. Supervisora em psicoterapia do ProSex do IPq-HC-FMUSP.

Endereço para correspondência: Carmita Helena Najjar Abdo. Rua Gil Eanes, 492 – 04601-041 – São Paulo/SP. E-mail: carmita.abdo@uol.com.br

Aspects of the diagnosis of female sexual dysfunctions reveal the importance of a detailed clinical observation, emphasizing that the diagnosis should take into account the length of the evolution period, the circumstances of the partner, and features of sexual stimulation (regarding focus, duration and intensity). Moreover, the distinction between primary or secondary and generalized or occasional dysfunction, as well as the age of the female patient and her sexual experience are parameters for a diagnosis. Therapeutic aspects indicate the importance of a multidisciplinary team, capable of offering psychotherapeutic and medicine-oriented treatment (antidepressants, anxiolytics and hormones, among

others), as well as psycho-educational support. The authors stress the importance of a case by case evaluation in order to make a therapeutic decision.

Although female sexual dysfunctions are already well known, the available therapeutic resources are limited. New research shall contribute to change this reality, so that the treatment of female sexual dysfunctions keeps up with the advances in the treatment of male sexual dysfunctions.

Key-words: Sexuality, sexual dysfunction, female, diagnostic, treatment.

Introdução

Antes de Kinsey (Kinsey *et al.*, 1948), “normalidade” quanto à atividade sexual era a conduta heterossexual, com excitação exclusiva dos órgãos sexuais primários. Os estudos populacionais desse pesquisador revelaram outra realidade: as mais diferentes práticas sexuais ocorriam entre os americanos e envolviam, de forma ampla e irrestrita, os corpos de ambos os parceiros, concentrando-se nos genitais somente para a finalização do ato.

Uma vez reconhecida a multiplicidade dessas manifestações sexuais, critérios foram pouco a pouco sendo estabelecidos, de modo a definir o que seria patológico e o que não, dando origem às primeiras classificações dos transtornos da sexualidade.

De outra parte, Masters e Johnson (1984), um casal de terapeutas americanos, desenvolveram, na década de 1960, um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases (excitação, platô, orgasmo e resolução) e comum aos dois gêneros (feminino e masculino). Esse modelo preconizava que o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), bem como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão), promoveria a excitação, identificada pela ereção (no homem) e pela vasocongestão da vagina e da vulva (na mulher). A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, à qual se seguiria, caso o estímulo perdurasse, o orgasmo, no homem e na mulher. O orgasmo masculino seria acompanhado de ejaculação. Na seqüência, haveria para ambos um período refratário (resolução) – mais definido no homem que na mulher –, quando o organismo retornaria às condições físicas e emocionais usuais, posto que, durante as fases anteriores, a respiração, os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar (Abdo, 2005).

Na década de 1970, Kaplan formulou que, antecedendo à fase de excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente

o que conduz ao orgasmo. O novo esquema de respostas sexuais masculina e feminina, então reformulado, compunha-se de três fases: desejo, excitação e orgasmo (Kaplan, 1977).

Classificação das disfunções sexuais

A partir da associação entre os modelos de Masters e Johnson (1984) e de Kaplan (1977), estabeleceram-se critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, os quais constam do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (2002), que definiu a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

As disfunções sexuais, em contrapartida, caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, o que afeta uma ou mais das fases deste. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento desse ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos prognóstico e tratamento (Abdo, 2004b).

A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente.

A Associação Psiquiátrica Americana (2002) assim classifica as disfunções sexuais:

- Transtornos do desejo sexual
 - 302.71. Transtorno do desejo sexual hipoativo: deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.
 - 302.79. Transtorno de aversão sexual: aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.
- Transtornos da excitação sexual
 - 302.72. Transtorno da excitação sexual feminina: incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.

- 302.72. Transtorno erétil masculino: incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.
- Transtornos do orgasmo
 - 302.73. Transtorno do orgasmo feminino: atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.
 - 302.74. Transtorno do orgasmo masculino: atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.
 - 302.75. Ejaculação precoce: início persistente ou recorrente de orgasmo e ejaculação com estimulação mínima antes, durante ou logo após a penetração e antes que o indivíduo o deseje.
- Transtornos sexuais dolorosos
 - 302.76. Dispareunia (feminina e masculina): dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercurso.
 - 306.51. Vaginismo: contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.
- Disfunção sexual devida a uma condição médica geral: presença de disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.
- Disfunção sexual induzida por substância: disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição à toxina).
 - 302.70. Disfunção sexual sem outra especificação: disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer disfunção sexual específica.

Outra classificação foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (1993) para as disfunções sexuais de base psiquiátrica. Dos capítulos “Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos” (F₅₀-F₅₉) e “Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos” (F₆₀-F₆₉), da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), constam (OMS, 1993):

F52. Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica

- F52.0. Ausência ou perda do desejo sexual
Frigidez
Transtorno hipoativo do desejo sexual
- F52.1. Aversão sexual e ausência de prazer sexual
Anedonia (sexual)

- F52.2. Falha de resposta genital (disfunção de ereção, no homem)
- F52.3. Disfunção orgásmica
Anorgasmia psicogênica
Inibição do orgasmo (na mulher, no homem)
- F52.4. Ejaculação precoce
- F52.5. Vaginismo não orgânico
Vaginismo psicogênico
- F52.6. Dispareunia não orgânica
Dispareunia psicogênica
- F52.7. Apetite sexual excessivo
Ninfomania
Satíriase
- F52.8. Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica
Dismenorréia psicogênica
- F52.9. Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada

Os transtornos de preferência e os transtornos de identidade compõem, com as disfunções sexuais, toda a classificação dos transtornos da sexualidade. Não serão aqui apresentados por fugirem da pauta deste artigo.

Aspectos diagnósticos das disfunções sexuais femininas

À medida que o conhecimento da sexualidade humana avança, melhor se identificam as diferenças entre as características especificamente femininas e as masculinas da resposta aos estímulos sexuais. Essas diferenças são atribuídas a fatores de ordem biopsicossocial, em especial: hormônios sexuais (estrógenos *versus* andrógenos), educação sexual (repressora *versus* permissiva), ambiente (controlador *versus* estimulante) (Abdo, 2005).

Em decorrência desse contexto, a mulher tende à sensualidade e à sedução, enquanto o homem busca a conquista e a posse no exercício da sexualidade. Esse quadro é dinâmico e pode se modificar conforme se associam os fatores envolvidos, próprios da vida de cada indivíduo.

Tais fatores são também os responsáveis pelo desenvolvimento e pela manutenção das disfunções sexuais, sejam elas masculinas ou femininas. Também se associam e se superpõem num mesmo caso de disfunção. Ou seja, um quadro disfuncional pode eclodir por causa orgânica, mas será agravado, em boa parte das vezes, por repercussão emocional. Caso a origem seja psíquica, as doenças próprias da idade acentuarão os sintomas da dificuldade sexual, respondendo por sua cronificação. Especialmente no caso das disfunções sexuais femininas, a tentativa de estabelecimento dos fatores etiológicos resulta na evidência da sua multiplicidade.

O diagnóstico das disfunções sexuais femininas é eminentemente clínico

A queixa da paciente, aliada à presença de alguns elementos de anamnese, é fundamental. Deve-se considerar que um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção. Além disso, devem-se investigar as condições do(a) parceiro(a), para se afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pela paciente. Assim, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito.

Estimulação inadequada em foco, intensidade ou duração exclui o diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo (APA, 2002).

Outra relevante consideração para 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).

Devem-se considerar, ainda, a idade da mulher e a sua experiência sexual. Mulheres jovens e/ou principiantes costumam apresentar dificuldade para relaxamento/lubrificação, o que é bastante compreensível e não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente.

Por outro lado, as pesquisas e a observação clínica trouxeram à tona a constatação de que o modelo de ciclo de resposta sexual atualmente adotado não responde ao que, de fato, ocorre à significativa parcela das mulheres. Há aquelas que não têm desejo espontâneo ou que, ao tê-lo, nem sempre dão seqüência ao ato sexual; algumas iniciam a atividade para acompanhar seus parceiros, não motivadas por estímulos próprios (Leiblum, 2000). A identificação de sensações genitais prazerosas acaba por desencadear nelas o interesse por sexo, confirmando que a excitação pode se antepor ao desejo.

Uma nova proposta para o ciclo feminino de resposta sexual foi apresentada por Basson (2001), enfatizando o valor da intimidade como motivação feminina para o sexo. Desta feita, entende-se que muitas mulheres iniciam o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse: na verdade, desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva.

Com base neste argumento, Basson *et al.* (2004) propõem um modelo circular para o ciclo de resposta sexual da mulher, em que a ausência de desejo sexual espontâneo (no início do ciclo) não significa disfunção sexual, o que exclui muitas mulheres da categoria de disfuncionais. Esse modelo pode ser didaticamente dividido em cinco fases:

1. Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo.

2. Excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado.
3. Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo.
4. Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgásmico.
5. Satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos.

Saliente-se ainda que não há diagnóstico de disfunção sexual caso esta seja mais bem explicada por outro transtorno (exemplo: se a redução do desejo sexual ocorrer apenas no contexto de um episódio depressivo). Por outro lado, se a dificuldade sexual anteceder o quadro psiquiátrico ou for um foco de atenção independente, faz-se o diagnóstico adicional de disfunção sexual.

Uma dificuldade sexual (por exemplo, transtorno da excitação sexual) pode gerar outra (como transtorno do desejo sexual hipoativo), devendo, neste caso, ser diagnosticados especificamente todos os transtornos envolvidos.

A coexistência de disfunção sexual e transtorno de personalidade resulta em dois diagnósticos distintos, da mesma forma que a coexistência da disfunção sexual com alguma outra condição médica geral (APA, 2002).

Dada a multiplicidade de fatores envolvidos, recomenda-se avaliação psicossocial, de preferência por equipe multidisciplinar, principalmente naqueles casos em que a disfunção ocorre desde o início da vida sexual ou sofre influência de condições psicológicas e relacionais, tais como: condições de vida estressantes, mudanças na parceria, conflitos no vínculo conjugal e disfunção sexual do parceiro.

Aspectos terapêuticos das disfunções sexuais femininas

A simples orientação dirimindo mitos e tabus, bem como legitimando o prazer sexual, pode resolver uma parcela das dificuldades sexuais, em especial de mulheres mais jovens e daquelas que ainda não tiveram repercussão da sintomatologia disfuncional na vida como um todo e/ou sobre o desempenho sexual do parceiro.

O médico, nesses casos, desempenha papel fundamental, orientando, esclarecendo e prevenindo a cronificação dos sintomas.

Por outro lado, depressão (prevalente no sexo feminino), comorbidades e tratamento antidepressivo são três fatores que conduzem e agravam a disfunção sexual, especialmente o desejo hipoativo. Diante dessa situação, boa parte das pacientes com depressão abandona o tratamento antidepressivo, diminuindo suas chances de recuperação e cronificando o curso da doença e da disfunção sexual que a acompanha (Abdo, 2004a).

Cabe ao médico avaliar o perfil da paciente, para prescrever a medicação antidepressiva que mais se

adapte a cada caso e que mais oportunidade ofereça para a adesão ao tratamento.

Para alívio dos sintomas climatéricos e pós-menopáusicos, têm sido utilizados estrógenos em larga escala. Possuindo efeito sobre o trofismo vaginal, aliviam os quadros de dispareunia, secundários à atrofia do epitélio da vagina, visto que restauram esse epitélio, bem como o pH e o fluxo sanguíneo vaginais (Fernandes, 2005). O seu efeito sobre o desejo é, pois, indireto.

Entretanto, quando a falta de desejo não é secundária à dor ou ao desconforto durante o ato, o desinteresse sexual persiste, apesar da terapêutica estrogênica.

A testosterona responde pela manutenção de interesse e motivação sexuais (Dennerstein *et al.*, 1997; Leiblum *et al.*, 1983; Davis, 2000). Pode restaurar o desejo e a excitação, bem como favorecer as fantasias sexuais das mulheres que não respondem ao estrógeno isolado (Sherwin e Gelfand, 1987).

Pode-se ponderar a indicação do tratamento androgênico para mulheres na pós-menopausa, sob terapêutica estrogênica, nas quais persistam os sintomas de falta de desejo, desde que não haja outro problema médico ou psicológico que explique o quadro.

Davis *et al.* (2006) utilizaram 400 µL de gel de testosterona a 5% (dose total de 2 mg), por 16 semanas, em mulheres com nível de testosterona abaixo de 1,2 nmol/L. Por outro lado, a North American Menopause Society recomenda que, embora algumas evidências de estudos controlados e randomizados indiquem que a testosterona tenha efeitos positivos sobre o desejo, a excitação e o orgasmo, os dados são ainda insuficientes para apoiar a recomendação de seu uso (Shifren *et al.*, 2005).

Os efeitos colaterais parecem ser pouco intensos e reversíveis, se identificados precocemente. São eles: acne, hirsutismos facial e corporal e aumento de peso. Doses fisiológicas não costumam provocar agressividade nem alteração da tonalidade da voz (para mais grave), alterações nos lipídios, lipoproteínas e função hepática, o que ocorre com doses mais altas (Sherwin e Gelfand, 1987).

Níveis adequados de estrógenos plasmáticos são pré-requisito para diagnóstico de insuficiência androgênica e respectivo tratamento. Essa insuficiência identifica-se por persistência dos sintomas climatéricos, fadiga, insônia, desânimo, além de desinteresse sexual (NAMS, 2005).

Mulheres com comprometimento psicológico devem ser indicadas para intervenção psicoterapêutica, em especial aquelas com história de abuso e violência

sexual. Comprometimento da auto-imagem e do vínculo conjugal, fantasias impeditivas de manifestação mais livre da própria sexualidade e ansiedade excessiva constituem outras indicações de atendimento psicoterapêutico.

Uma condição que vem sendo associada a casos de inibição do desejo incide em mulheres desvitalizadas, tanto em relação à sua função sexual como à busca do prazer na vida, condição muitas vezes relacionada à dificuldade em lidar com sentimentos de raiva e hostilidade em relação ao parceiro. Essas pacientes também requerem acompanhamento psicoterápico.

A psicoterapia de grupo tematizada e de tempo limitado (Abdo, 2000), por sua característica vivencial e pela abordagem biopsicossocial, tem sido a modalidade de escolha para muitos desses casos. O acolhimento e a continência grupal favorecem o desenvolvimento da capacidade de interagir com os parceiros. As participantes relatam melhora significativa em seus relacionamentos afetivos, incluindo o diálogo e o intercuro sexual. Esse método, além da ação psicoeducativa, utiliza técnicas que facilitam a desinibição e a expressão, desenvolvendo habilidades comunicacionais e de auto-observação, ampliando as possibilidades de lidar com a função sexual (Fleury e Abdo, 2005).

Conclusão

Apesar de já bastante conhecidas, as disfunções sexuais femininas deixam de ser diagnosticadas, muitas vezes, por inibição da paciente (que não apresenta a queixa) ou do médico (que se constrange de investigar).

O diagnóstico desses quadros é de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida, além de estarem geralmente associados a questões de saúde geral.

Analisar a função sexual da mulher auxilia, ainda, na identificação da causa de muitos conflitos psíquicos e relacionais e/ou quadros psiquiátricos.

O tratamento das disfunções sexuais femininas é tanto mais difícil quanto mais precoces a instalação do quadro e a fase do ciclo de resposta sexual atingida. Comparativamente com os recursos já existentes para as disfunções sexuais do homem, as mulheres disfuncionais contam com menor número deles e menos critérios terapêuticos estabelecidos para fazer frente à saúde sexual de seus parceiros.

A investigação clínica de rotina traz à tona a relevância da questão e a necessidade de mais pesquisas.

Referências bibliográficas

- ABDO, C.H.N. (org.). - *Sexualidade Humana e Seus Transtornos*. 2.ed. São Paulo: Lemos, 2000.
- ABDO, C.H.N. - *Depressão e Sexualidade*. São Paulo: Lemos, 2004a.
- ABDO, C.H.N. - *Descobrimto Sexual do Brasil*. São Paulo: Summus, 2004b.
- ABDO, C.H.N. - Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Rev Diagn Tratamento* 10 (4): 220-222, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4.ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BASSON, R. - Human sex response cycles. *J Sex Marital Ther* 27 (1): 33-43, 2001.
- BASSON, R. et al. - Summary of the recommendations on women's sexual dysfunctions. In: Lue, T.F. et al. (eds.) *Sexual medicine – Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Paris: Health Publications, 2004, pp. 975-985.
- DAVIS, S.R. - Androgens and female sexuality. *J Gender Specific Med* 3: 36-40, 2000.
- DAVIS, S.R. et al. - Effects of aromatase inhibition on sexual function and well-being in postmenopausal women treated with testosterone: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause* 13 (1): 37-45, 2006.
- DENNERSTEIN, L. et al. - Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas* 26: 83-93, 1997.
- FERNANDES, C.E. - A influência dos hormônios na sexualidade feminina no climatério pós-menopáusic. *Rev Médico Reporter* 7 (65): 14-18, 2005.
- FLEURY, H.J.; ABDO, C.H.N. - Uma proposta psicoterápica para a mulher climatérica. In: Fleury, H.J.; Marra, M.M. (org.). *Intervenções Grupais na Saúde*. São Paulo: Agora, 2005, pp. 53-71 (Intervenções grupais).
- KAPLAN, H.S. - *A Nova Terapia do Sexo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- KINSEY, A.S.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.R. - *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadélfia: Saunders, 1948.
- LEIBLUM, S.R. - Redefining female sexual response. *Contemp Ob Gyn* 45: 120-126, 2000.
- LEIBLUM, S. et al. - Vaginal atrophy in the postmenopausal woman. The importance of sexual activity and hormones. *JAMA* 249: 2195-2198, 1983.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. - *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca, 1984.
- NAMS, J. - The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 12 (5): 497-511, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- SHERWIN, B.B.; Gelfand, M.M. - The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosom Med* 49: 397-409, 1987.
- SHIFREN, L. et al. - The role of testosterone therapy in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society [NAMS Position Statement]. *Menopause* 12 (5): 497-511, 2005.