

# OBESIDADE E FUNÇÃO SEXUAL

**Vera Lúcia Pinto Ribeiro**

Hospital de St. Louis, Lisboa - Consulta de sexologia

Email:

[veralprieiro@gmail.com](mailto:veralprieiro@gmail.com)

---

## RESUMO

Estudos epidemiológicos efectuados na última década apontam a obesidade como uma importante condição para maior morbidade e mortalidade. O aumento do peso corporal é notório em praticamente todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A obesidade é considerada uma doença crónica que desencadeia, ou acelera, o desenvolvimento de outras doenças, como as cardiovasculares e hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, hipertrofia ventricular esquerda, conhecidos factores de risco coronário. São escassos os estudos que se referem à componente hormonal na obesidade e suas implicações na função sexual, justificando o interesse em aprofundar esta temática, através da presente abordagem.

**Palavras-chave:** Obesidade, imagem corporal, satisfação alimentar, psicogénese, hormonas sexuais, desejo e aversão sexual, tratamento

---

## INTRODUÇÃO

Os padrões de estética que vemos hoje em dia defendidos, directa ou indirectamente, pelos meios de comunicação, e que acabam por ser condicionados ao nosso dia a dia, são injustos com as pessoas que não se enquadram no que se poderia chamar de padrão de beleza. Quem tem sinais demais; quem é baixo demais; quem tem a testa grande; quem tem os seios pequenos ou então muito volumosos, entre outros.

Estas particularidades que antigamente não eram motivo de preocupação para a maioria das pessoas, hoje em dia, são vistas como um problema, mesmo que estejam longe de provocar algum malefício à saúde. As pessoas tentam enquadrar-se em determinados padrões com o objectivo de serem aceites pelos outros. Em alguns casos, é preciso ter alguma atenção. Um deles

é o obeso. A obesidade é relatada enquanto questão de estética, de imagem corporal, mas por vezes é esquecido o que promove na saúde física e mental de um indivíduo.

Esta doença também afecta o homem na qualidade psicológica, segundo Kaplan e Kaplan (1957) é difícil de descrever os inúmeros factores psicológicos específicos que foram propostos como sendo associados à obesidade. Parece que a única generalização psicopatológica, que pode ser feita com confiança sobre pacientes obesos, é que são indivíduos cujo padrão de vida é conflitual e são afectados por elevados níveis de ansiedade. Tipicamente, possuem algum grau de distúrbio de personalidade e/ ou conflito emocional que pode ser de qualquer tipo ou severidade.

Stunkard e Wadden (1992) referem a distorção da imagem corporal, baixa auto-estima, discriminação/hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de abuso de álcool, ideação suicida, problemas familiares/conjugais, sentimentos de vergonha e auto-culpabilização, agressividade/revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, psicossomatismo, entre outros. A baixa qualidade de vida, a que acresce a co-morbilidade mais frequente desta população (i.e., diabetes, hipertensão, apneia nocturna, problemas osteo-articulares, entre outros), tem sido referida em diversos estudos (Sullivan, Sullivan & Kral, 1987; Larsen, 1990; Kral, Sjöström, & Sullivan, 1992; Favretti, O'Brien, & Dixon, 2002).

De uma forma geral quem está muito acima do peso ideal tem dificuldades de se relacionar sexualmente com outra pessoa. A obesidade acentuada provoca a imobilização do ser.

A obesidade também pode ser vista como um propósito. Se um indivíduo for obeso, normalmente sente-se sexualmente indesejável. Se um indivíduo for sexualmente indesejável, não de se deparar com avanços sexuais. Obesidade permite evitar o problema de ter que lidar com a própria sexualidade (Woititz, 1989, pp. 64,65)

Se o homem ou a mulher estão insatisfeitos com o próprio corpo não se sentem bonitos nem atraentes. A auto-estima está baixa, logo evitam o contacto com outras pessoas, reduzindo as hipóteses de uma vida sexual positiva.

Para Rubin (1979) é neste momento que o obeso, sentindo-se inadequado, troca o prazer sexual pelo prazer da comida, agravando ainda mais o problema. Refere também que as pessoas com obesidade quase sempre têm problemas sexuais. A combinação de obesidade “grotesca” e hostilidade reprimida, é altamente destrutiva à proximidade e a um bom relacionamento sexual.

As pessoas passam a ter vergonha de tocarem no corpo, medo de olhar o próprio corpo ao espelho, sendo que o caminho para o relacionamento sexual saudável passa pela sedução e pelo toque.

Portanto, é mais que compreensível o peso dos factores psicológicos nesta problemática, embora não sejam apenas estes que influenciam um desempenho sexual de má qualidade. A saúde sexual na obesidade não se remete apenas a uma questão estética.

## **Obesidade e Imagem Corporal**

*A imagem corporal é mais do que uma imagem que permanece distinta do corpo, ela é o ser mesmo do sujeito encarnado, enquanto ser imaginário, pois em qualquer altura, o corpo tem esse poder de metamorfose em que se actualiza com o outro, levado por um espaço e tempo que são igualmente outros (Sami-Ali.1993, p.53).*

Tendo por base a definição de Schilder (1980), a imagem corporal é "a figura do nosso corpo formada na nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós". Ele refere que apesar desta imagem ser adquirida através dos nossos sentidos (um componente ligado à percepção), ela não está separada das representações mentais. Isto dá um sentido psicológico à imagem corporal e um significado para o conhecimento interior do corpo. É desta forma, também, que o modelo postural transfere a base de atitudes emocionais para o nosso corpo.

Weiss et al (1986) ainda aponta como indicativos de distúrbios da imagem corporal: a excessiva preocupação da pessoa pela sua obesidade; o peso é o que mais lhe interessa; a dificuldade para se ver no espelho; não se reconhecer no seu tamanho real quando engorda ou emagrece. Este autor denota que algumas pessoas, cujo excesso de peso tem início na vida adulta, mantêm uma imagem na memória enquanto magras. A imagem corporal destas pessoas, fixada na infância, aparece como imutável, apesar da realidade ser outra, a de estarem de facto obesas. Esta negação inconsciente da realidade bloqueia o progresso na direcção do emagrecimento ou de se fazer uma dieta. Além disso, o que parece motivar as pessoas para emagrecer, e daí para se manterem magras, está relacionado com sua habilidade em ter uma imagem real, substituindo a distorção da imagem corporal.

De acordo com os estudos realizados por Hoyos & Clarke (1987), Collins et al (1983), a associação entre obesidade e distúrbios da imagem corporal estabelece-se tanto pela superestimação, quanto pela subestimação da imagem corporal. Está relacionada, tanto a aspectos psicológicos, quanto a sociais, que sofrem a interferência dos padrões de beleza. Talvez por este motivo o fenómeno apareça mais entre mulheres, uma vez que a sociedade exige delas, uma aparência mais perfeita.

## **Corpo São, Mente Sã**

Estudos na área da psicologia demonstram-nos que se uma pessoa se sente gorda demais, tem mais probabilidade de se deprimir. Por outro lado, há pesquisas que demonstram, que indivíduos que se alimentam bem, que fazem exercícios regularmente e que se sentem bem com seu corpo, tendem a ter maior auto-estima (J.A.M.A., 2005).

Tudo parece ser um ciclo que vai emendando de uma ponta à outra: quem tem uma alimentação saudável sente-se melhor, quem se sente melhor tem mais disposição para fazer exercícios, quem se exercita e relaciona melhor com o seu corpo, que por sua vez se relaciona melhor com sua alma, e com isso se sente mais disposto para fazer projectos, planos e desejar

uma vida melhor. O resultado será uma vida mais saudável, tanto no trabalho, como na família, como na cama.

É este conjunto de bons resultados que desejamos quando exercemos uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Quem não está bem com o seu corpo, não tem vontade para fazer planos, sair, visitar amigos, nem se quer, inclusive, fazer sexo.

### **Satisfação Alimentar / Sexual e Obesidade**

Estudos ligados à sexualidade e à satisfação indicam uma relação com a obesidade (Stuart & Jacobson, 1990).

A comida já é por si um prazer. Entretanto, ela pode converter-se numa substituição do prazer sexual.

Especificamente relacionado ao prazer sexual, a literatura indica-nos que a ingestão excessiva de alimentos: 1) pode ter a ver com uma resposta contra nossas insatisfações sexuais; 2) pode ser uma forma de esconder os nossos desejos sexuais; 3) pode servir de escudo para escaparmos ao sexo (Stuart & Jacobson, 1990).

Muitas mulheres protestam quando são tocadas fisicamente ou de quando vistas enquanto gordas pelos seus maridos, contribuindo para a insatisfação das relações sexuais. Assim, Freedman (1991) refere que quando a mulher passa a aceitar seu corpo, há uma permissão a uma vida sexual mais saudável.

Embora a comida seja considerada como uma fonte de prazer, Cassius (1990) explica que quem come demais, perdeu a capacidade de sentir prazer. Isto ocorre porque cada vez mais se tende a comer mais rápido e em grandes quantidades; sente-se culpado por isso; desespera-se por perder o controle; forma-se um círculo vicioso, come-se mais rápido para não se sentir culpado. A crítica que o obeso recebe por comer demais, vai interferir na permissão interna de sentir prazer. Isto pode, talvez, influenciar na sensação de outros tipos de prazer.

Lowen (1979) interpreta a necessidade de comer em excesso da seguinte forma: “Nem todas as pessoas frustradas sexualmente comem exageradamente. Porém o inverso é verdade, todas as pessoas que comem compulsivamente e em demasia, não se encontram sexualmente satisfeitas. O indivíduo que está em contacto com o seu corpo percebe as suas verdadeiras necessidades e age racionalmente para satisfazê-las”.

### **Hormonas Sexuais na Obesidade**

Para o funcionamento sexual normal, precisamos de órgãos saudáveis e de um sistema endócrino equilibrado, a produzir as hormonas necessárias. Recentemente foi efectuado um estudo sobre as hormonas no obeso por Lordello (2007) em que, uma diminuição da função

hipofisária pode levar a um menor desenvolvimento dos órgãos sexuais, menopausa precoce no sexo feminino e impotência nos homens. O comprometimento das adrenais pode diminuir o desejo e a energia sexual, além de aumentar a vulnerabilidade ao *stress*. Um funcionamento inadequado da tiróide também pode diminuir o impulso e a energia sexual (Lordelo, 2007).

Nos homens, a redução da função testicular diminui o desejo sexual e a produção de sêmen. Nas mulheres, níveis reduzidos de estrógeno atrasam a maturidade sexual, diminuem o tamanho das mamas e retardam o amadurecimento dos óvulos. O desequilíbrio estrógeno-progesterona pode promover muitos sintomas e alterações do ciclo menstrual (Lordelo, 2007).

#### Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal apresenta-se hiper-responsivo nos indivíduos obesos. Observa-se resposta aumentada do cortisol a estímulo com ACTH (corticotrofina, hormona adrenocorticotrófica) e CRH (hormona que liberta corticotropina). Há maior frequência na liberação dos pulsos de ACTH, com menor amplitude de pulso, mas o nível basal é normal (Lordelo, 2007).

Existem diversas evidências na literatura de que há uma maior activação do eixo HHA (eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal) em pacientes obesos, particularmente naqueles com distribuição central de gordura (Lordelo, 2007).

Lordello (2007), demonstrou que mulheres com obesidade central apresentaram um aumento significativo de cortisol e ACTH após estímulo com CRH em relação a não obesas, ou mulheres com obesidade periférica. Não é conhecido se esta alteração influencia a libertação de cortisol pelas glândulas adrenais.

#### Gonadotrofinas e Esteróides sexuais no adulto:

Serão descritas as peculiaridades do metabolismo estrogénico e androgénico no obeso adulto em ambos os sexos. As gonadotrofinas, de modo geral, são normais ou apresentam alterações discretas. Anovulação crónica e infertilidade são associadas à obesidade. A SOP (síndrome dos ovários policísticos) é responsável pela maior parte dos casos de infertilidade (Lordelo, 2007).

##### *- Gonadotrofinas:*

Homens com obesidade grave têm níveis de testosterona livre baixos sem concomitante aumento de LH (hormona luteinizante), sugerindo um estado de hipogonadismo hipogonadotrófico. As alterações são reversíveis com perda ponderal (Lordelo, 2007).

Em algumas mulheres obesas, após a menopausa, observam-se níveis de gonadotrofinas menores do que o esperado na condição de falta de retroalimentação negativa estrogénica (Lordelo, 2007).

- *Esteróides sexuais:*

Na obesidade, a produção androgénica adrenal e ovariana encontra-se elevada, apresentando correlação positiva com o Índice de Massa Corporal. Nas mulheres, a obesidade abdominal é fortemente associada a hiperandrogenemia (Lordelo, 2007).

Nos homens, entretanto, a produção androgénica testicular é reduzida, apresentando correlação inversa com o grau de obesidade abdominal (Lordelo, 2007).

A globulina de ligação de hormonas sexuais (SHBG) encontra-se diminuída em indivíduos obesos causando grande impacto no metabolismo e na acção dos esteróides sexuais. Esta alteração pode também facilitar o aumento do *clearance* androgénico. A diminuição da SHBG decorre de menor produção hepática e correlaciona-se inversamente com IMC, hiperinsulinemia e relação cintura-quadril (Lordelo, 2007).

Há maior quantidade de testosterona livre (bioactiva) nas mulheres. Em homens moderadamente obesos, a testosterona total é baixa devido à redução de SHBG, mas a testosterona livre é normal. Como já mencionado, a testosterona livre poder ser reduzida em obesos graves (IMC>40) devido à redução de frequência e amplitude de pulso de LH nesses indivíduos (Lordelo, 2007).

A aromatização, reacção enzimática responsável pela conversão de androgénios a estrogénios, ocorre no tecido adiposo de homens e mulheres (tanto na pré como na pós menopausa) e é fortemente relacionada ao peso corporal (Lordelo, 2007).

Os níveis de estrogénios totais são iguais aos de mulheres magras, mas a fracção livre encontra-se aumentada. Níveis de estrogénios também são elevados em homens obesos, mas não ocorrem sinais de feminilidade (Lordelo, 2007).

Em mulheres após a menopausa, os níveis de estrona e estradiol apresentam correlação com o grau de obesidade (Lordelo, 2007).

O tecido adiposo é um grande reservatório de esteróides, já que eles se concentram mais preferencialmente nos adipócitos do que no plasma (a concentração de esteróides na gordura é 2–13 vezes maior do que no plasma), e o volume de gordura no obeso é muito maior que o espaço intravascular (Lordelo, 2007).

Antes de mais é importante compreender a função dos androgénios, na sexualidade da mulher. Os androgénios actuam no sistema límbico e aumentam a libido, a disposição física e o bem-estar geral. Periféricamente, ao aumentar a libido, promovem a lubrificação vaginal durante a interacção sexual, uma vez que esta corresponde à primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina e não depende da presença de estrogénio. Actuam também directamente sobre o clítoris provocando a tumescência e estimulando a sua hipertrofia.





### **Desejo e Aversão Sexual na Obesidade**

Vários factores podem contribuir para o aparecimento de transtornos do desejo sexual. As causas podem ser orgânicas (alterações hormonais, neurológicas, arteriais, de neurotransmissores, stress) e não orgânicas (de ordem psicológica como medo de falhar ou de ser rejeitado, baixa auto-estima, ansiedade, timidez, perfeccionismo, falta de dinheiro) ou mistas (associação de causas orgânicas e não orgânicas) (Martins, 2003).

No caso deste trabalho em particular, em que o foco central é a obesidade, estes dois transtornos que iremos descrever estão presentes na sexualidade do obeso em associação de causas orgânicas e não orgânicas, pois no caso da mulher obesa adulta entendemos que as alterações são a nível psicológico, não orgânico, em que os seus transtornos sexuais se baseiam na questões de imagem corporal e auto-estima; no caso do homem obeso adulto detemos a causa como orgânica, havendo uma notória alteração hormonal que torna negativo o seu comportamento sexual.

Embora exista uma série de causas diferentes, a forma de apresentação clínica pode variar apenas entre dois quadros distintos: o desejo sexual hipoactivo e a aversão sexual. O *desejo sexual hipoactivo* é a diminuição ou ausência total de fantasias e de desejo de ter actividade sexual (DSM-IV-TR, 2002). Simplesmente, a pessoa sente que lhe é indiferente ter sexo ou não, pois não é uma necessidade intrínseca. Há um grande sofrimento por sentir desmotivação e, sobretudo, pelos problemas que causa na conjugalidade.

A *aversão sexual* nada mais é do que o sofrimento causado pela permanente necessidade de evitamento de oportunidades e encontros sexuais com parceiros, devido a sensações de desagrado, medo, "nojo", repulsa e perigo iminente (DSM-IV-TR, 2002). Por vezes, a razão da repulsa são as secreções genitais; em outros casos, o simples pensar em sexo, o toque ou o beijo já é evitado com angústia. Também podem surgir sinais de pânico, como náuseas, suor excessivo e falta de ar quando a pessoa tenta enfrentar esse medo, aproximando-se do seu parceiro.

### **Ponderar o Tratamento ...**

Embora tratamentos mal sucedidos da obesidade possam estar relacionados com um estado de humor negativo, constata-se que a perda de peso está associada a mudanças positivas como o entusiasmo, a autoconfiança e o aumento dos sentimentos de bem-estar (Stunkard, 1984). Isto sugere que, embora as tentativas falhadas de fazer dieta possam ser prejudiciais, as tentativas bem sucedidas podem trazer consigo recompensas psicológicas.

Sugerimos uma linha cognitivo-comportamental, sendo que todos os comportamentos vêm de respostas a estímulos. No que se refere ao comportamento alimentar, deve evitar-se a associação a outros estímulos prazerosos ao acto alimentar.

No campo da sexualidade, deve dar-se a conhecer ao sujeito a ligação desta com a obesidade, as influências que o seu índice de massa corporal tem no seu desempenho sexual. Depois do sujeito iniciar a terapia com a finalidade de solucionar a sua problemática alimentar, deveria ser questionada a génese do possível transtorno sexual, para que este fosse tido em conta como uma problemática relacionada com o seu problema de obesidade.

Como foi descrito anteriormente, os transtornos sexuais relacionados com a obesidade reflectem-se em perturbações do desejo sexual (desejo sexual hipoactivo e aversão sexual), perturbações da excitação sexual (perturbação da excitação sexual na mulher e disfunção eréctil no homem). Quando predomina uma problemática sexual feminina na obesidade, estamos perante uma génese psicológica, pois a explicação endocrinológica revela-nos que a mulher obesa adulta produz hormonas sexuais em excesso, o que é promotor de aumento de desejo e funcionamento sexual. Contudo quando isto não acontece (aumento de desejo) é indicador de síndrome psicogénica, revelando os factores sociais, do corpo, crenças enraizadas que se escondem por detrás da sua gordura, e que afastam a mulher de qualquer contacto íntimo / sexual. Assim sendo, se ao iniciar a terapêutica de emagrecimento e ao perder peso não sentir diferenças na sua sexualidade, na sua imagem / auto-confiança, e permanecerem transtornos sexuais, será aconselhada mais tarde a terapia sexual.

O homem obeso adulto, apresenta um *deficit* de hormonas sexuais que induz numa diminuição da libido e da actividade sexual, o que pode promover desejo hipoactivo, não obstante, poderá promover disfunção eréctil, nomeadamente por doenças com especial risco vascular (hipertensão arterial, dislipidémias), endocrinopatias (diabetes, aumento de estrogénios). Neste caso, semelhante ao anterior, é aconselhada a diminuição de peso, pois é o factor de conflito em várias doenças associadas por consequência. Em seguimento da sugestão para o emagrecimento é necessário controlar todas as patologias associadas à obesidade, posteriormente, com o tratamento médico para o emagrecimento, será notória a homeostase do funcionamento sexual. Caso isso não aconteça, será aconselhado a terapia sexual com a finalidade de superar as problemáticas que não foram colmatadas pela assistência médica.



## Concluindo...

A obesidade está relacionada com várias problemáticas de saúde e foram desenvolvidas várias teorias para tentar compreender a sua etiologia. Estas vão desde as teorias fisiológicas, com foco na genética, nas taxas metabólicas e nas células gordas, até às teorias comportamentais que se centram na actividade física e na ingestão de alimentos.

Logo podemos ponderar, sobre a libido das mulheres obesas, que pela explicação endocrinológica atrás descrita, estas mulheres apresentam um aumento muito elevado de androgénios, o que pode traduzir um possível aumento de desejo sexual e posterior desempenho da actividade sexual.

O desejo sexual feminino é fortemente androgeni dependente, ainda que alguns aspectos como concentrações e locais centrais suscitem algumas dúvidas (Martins, 2003). Para além do aumento de androgénios, predomina também um elevado número de testosterona livre (bioactiva) nas mulheres obesas, promovendo assim, um elevado desejo / função sexual, e bem-estar.

Em relação à libido do homem obeso adulto, explicitado anteriormente, também na área de endocrinologia verificamos que a produção androgénica testicular é reduzida, a testosterona total é baixa e a testosterona livre é bastante reduzida em obesos graves (IMC>40), o que nos dá conta de um efeito negativo sobre o desejo e fantasias sexuais (Martins, 2003)

A investigação, em particular, centrou-se na obesidade, enquanto consequência de uma alimentação excessiva. No entanto, deve promover-se uma mudança; o estudo da sexualidade no contexto da obesidade, passagem para a análise da qualidade da função sexual na obesidade. Já é notória uma compreensão da sexualidade ao analisar os factores psicológicos subjacentes, que predizem uma má qualidade funcional no campo da sexualidade, mas é importante que a investigação vá mais longe neste campo, para que seja mais clarificada a obesidade e as suas atenuantes, quer a nível hormonal quer no que respeita a danos colaterais / doenças a ela associadas.

Questionamos se o sujeito obeso reflecte sobre a sua sexualidade; sobre a sexualidade do seu próximo; sobre a forma como pensa o seu corpo; sobre como é a saúde do seu corpo interno; sobre como se comportam as suas hormonas, etc.

A área da sexualidade é muito vasta, mas está sempre presente na vida do ser humano, daí a necessidade de compreender o ser humano em todas as suas dimensões.

A obesidade, sobretudo no seu estado de gordura mórbida prejudica a actividade sexual, destaca-se assim a necessidade da prática de uma alimentação saudável como condicionante para a manutenção de uma actividade sexual regular e que pelo esforço físico despendido não coloque em causa a saúde.

## REFERÊNCIAS

A. P. A. - DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.<sup>a</sup> Edição, Texto Revisto. Lisboa, Climepsi, 2002.

CASSIUS, J. - Socorro! Estou Preso no meu Corpo. Um guia para compreender como os conflitos ajudam a engordar. São Paulo: Gente, 1990.

COLLINS, J.K. et al. Body Percept Change in Obese Females After Weight Reduction Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, v. 39,n.4, p. 507-511. 1983.

FAVRETTIF, F., O'BREN, P. E., & DIXON, J. B. (2002). Patient management after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*, 184, 38S-41S.

FREEDMAN, P., 'Women and the law in Asia and the Near East,' Draft Paper, *Development Law and Policy Program, Columbia University School of Public Health*. 1991.

HOYOS, M.D.; CLARKE, H. Concepts of Obesity in Family Practice. *West Indian Medical Journal*, v.36,n.95, p. 95-98. 1987.

J.A.M.A., Endocrinology & Metabolism News April 2005. *J. Clin. Endocrinol. Metab*;90:16a-16a. 2005

KAPLAN, H. I. e KAPLAN, H. S. The Psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201. 1957.

KRAL, J. G., SJÖSTRÖM, L. V., & SULLIVAN, M. B. E. Assessment of quality of life before and after surgery for severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 611S-614S. 1992.

LARSEN, F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity: A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl 356* (82), 1-57, 1990.

LORDELO, R., et al. Hormonas na Obesidade - *Arq Bras Endocrinol Metab*; 51/1. 2007.

LOWEN, A. O corpo traído. S.P.: Summus, 1979.

MARTINS, S. A. et al. A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar I – *Anatomia e Fisiologia Feminina*. Quarteto Editora. 2003

RUBIN, K. H. The impact of the natural setting on private speech. In G. Zivin (Ed.), *Self-regulation through private speech*. New York: Wiley. 265-294. 1979.

SAMI-ALI. Corpo Real, Corpo Imaginário. Porto Alegre: Artes Médicas,53, 1993.

SCHILDER, P. A Imagem do corpo. As energias construtivas da psique. São Paulo: M.Fontes, 316. 1980.

STUART, R ; JACOBSON, B. Peso, sexo e casamento. Como tirar esse peso da cabeça e o coração. 2.<sup>a</sup>Ed. São Paulo: Saraiva, 174, 1990.

STUNKARD, A.J. The current status of treatment for obesity in adults. In A.J. Stunkard and E. Stellar, *Eating and its disorders*. New York: Raven Press, 157-183, 1984

SULLIVAN, M. B., SULLIVAN,, L. G., &KRAL, J. G. Quality of life assessment in obesity: Physical, psychological, and social function. *Gastroenterology Clinics of North America*, 16 (3), 433-442. 1987

WEISS, K. R., E. Shapiro, and I. Kupfermann. Modulatory synaptic actions of an identified histaminergic neuron on the serotonergic metacerebral cell of *Aplysia*. *J. Neurosci.* 6:2393-2402. 1986.

WOITITZ, J. G. Healing your sexual self. *Deerfield Beach, Fl.: Health Communications..* 64,65, 1989.