



QUESTIONAMENTOS CONTEMPORÂNEOS SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA: CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DOS ASPECTOS CULTURAIS, SOCIAIS, BIOLÓGICOS E EMOCIONAIS

*Contemporary questions about female sexuality: considerations regarding cultural, social,
biological and emotional aspects*

Simone Diegues Gomes Rosenbaum¹, Sandra Papesky Sabbag²

¹Fisioterapeuta (UNIBAN-SP). Educadora Física (FEFISA-SP). Especialista em Uroginecologia (CBES-SP). Especialista em Fisiologia do Exercício (UNIFESP-SP). Ambulatório de Saúde e Medicina Sexual da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC. ²Doutora e Mestre em Psicologia da Educação (PUC-SP), Pedagoga (USP), Especialista em Bases da Medicina Integrativa (HIAE-SP).

Resumo

Uma vez que a sexualidade está em constante transformação, considerando variações relacionadas com o tempo e o grupo social, além das variações individuais, este trabalho se dispõe a fazer uma reflexão sobre a proposta de Rosemary Basson, que no início da década de 2000 havia, por sua vez, atualizado a proposta de Master e Johnson, adaptada por Kaplan, e que nos dias de hoje, passados 20 anos com o empoderamento feminino, pode ser considerada desatualizada, justamente por conta do orgasmo não estar previsto no ciclo de resposta proposto por Basson, visto que, para a pesquisadora, este conceito, à época, não era considerado importante pela mulher. A revisão identificou que fica nítido o caráter multifacetário e complexo da sexualidade. Embora tenhamos discutindo os principais aspectos da sexualidade feminina, não foram encontrados na literatura trabalhos que mostrassem a busca da mulher pelo conhecimento e prazer com seu próprio corpo. Os estudos estão muito mais voltados à problemática dos diversos aspectos do que atentos a queixas atuais e à possibilidade de resolvê-las. Todavia, nesse sentido, um ponto chamou a atenção, visto que vários trabalhos ressaltam a importância do alto conhecimento e prática da masturbação para se obter uma boa capacidade orgástica, e que os profissionais da área de saúde devem se atualizar sobre o assunto, inclusive incentivando tal prática. Este fato já pode ser considerado um sinal positivo do mundo contemporâneo. De qualquer forma, novos trabalhos se fazem necessários no intuito de preencher essa lacuna ainda existente na literatura.

Palavras-chave: Medicina Integrativa, Sexualidade, Cultura, Sociedade.

Introdução

A sexualidade se configura como uma característica da condição humana. Trata-se de um conceito amplo, que inclui tanto as questões acerca do corpo quanto as experiências pertinentes no campo do erotismo (LIMA, 2018). Ela é parte integrante da vida de cada indivíduo, contribuindo para sua identidade e para seu equilíbrio físico e psicológico ao longo de toda a vida. Trata-se de uma energia que nos motiva a procurar o amor, o contato, a ternura e a intimidade, que se integra no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, sendo sensuais ao mesmo tempo em que somos sexuais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia nossa saúde física e mental (OMS, 1992).



A saúde sexual envolve diversos aspectos em relação a sexualidade, como biológicos, culturais, psicológicos e sociais (BARRETO et al., 2018). A OMS referenda a sexualidade como sendo um dos indicadores de qualidade de vida (LIMA, 2018; TADINI; PINTO-NETO; PEDRO, 2001; TOZO et al., 2018), além de ser uma experiência total, envolvendo tanto aspectos mentais quanto corporais, e não somente genitais. Ela é moldada por valores individuais, atitudes, comportamento, aparência física, emoções, personalidade, empatia, aversões e crenças espirituais, assim como as diferentes influências exercidas pelo meio social. Ela é dinâmica e mutável, de acordo com tempo e grupo social (TOZO et al., 2018). Em suma, a sexualidade feminina mostra-se como um tema de grande interesse, pois está relacionada à melhora da qualidade e do estilo de vida (BARRETO et al., 2018; TADINI; PINTO-NETO; PEDRO, 2001; FLEURY; ABDO, 2009; WEINBERGER et al., 2018).

Sabendo disso, a mulher contemporânea, que se preocupa com qualidade e igualdade em todos os aspectos, como por exemplo, social, econômico, cultural, etc., também abre a possibilidade de considerar o sexo não mais só uma forma de reprodução e de dar prazer ao outro, mas também, um aspecto importante de quebra de tabus de autoconhecimento e de seu próprio prazer (FLEURY; ABDO, 2010). Essa mudança de comportamento fica nítida não só nos discursos femininos, mas também no aumento da procura de mulheres nos consultórios de ginecologia ou fisioterapia pélvica, em busca de conhecimentos e ferramentas que facilitem a obtenção do prazer, já que um grande percentual de mulheres tem inabilidades, disfunções, ou mesmo está insatisfeita com sua vida sexual (FLEURY; ABDO, 2010; TOZO et al., 2018).

Uma vez que a sexualidade está em constante transformação, considerando variações relacionadas com o tempo e o grupo social, além das variações individuais (TOZO et al., 2018), somando-se a isso o fato de que as disfunções sexuais são baseadas nos modelos propostos de resposta sexual (BRASIL; ABDOII, 2016), este trabalho se dispõe a fazer uma reflexão sobre a proposta de Rosemary Basson (2000), que no início da década de 2000 havia, por sua vez, atualizado a proposta de Master e Johnson, adaptada por Kaplan (BRASIL; ABDOII, 2016), e que nos dias de hoje, passados 20 anos com o empoderamento feminino, pode ser considerada desatualizada, justamente por conta do orgasmo não estar previsto no ciclo de resposta proposto por Basson (2000), visto que, para a pesquisadora, este conceito, à época, não era considerado importante pela mulher.

Com relação à resposta sexual feminina, um “modelo linear” foi descrito por Master e Johnson, e adaptado por Kaplan (BRASIL; ABDOII, 2016), apresentando as fases da resposta sexual numa sequência invariável: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDOI, 2010) (Figura 1).

Figura 1: Modelo de Master e Johnson, e adaptado por Kaplan (BRASIL; ABDOII, 2016).

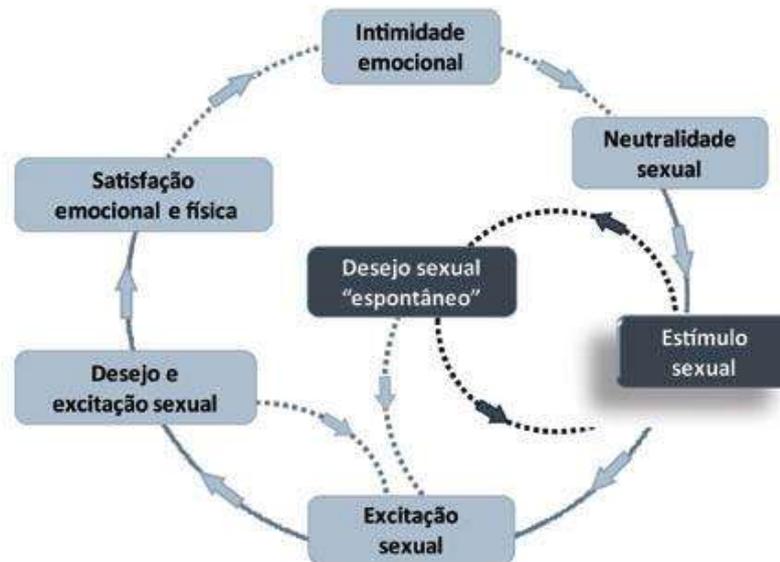


Fonte: http://sexualidadeemovimento.blogspot.com/2016/04/ciclo-da-resposta-sexual-humana_12.html



Já em 2000, Rosemary Basson (2000), a partir de observações principalmente de relatos que se referiam à falta de desejo espontâneo feminino, propôs um novo modelo de resposta sexual feminina, diferenciando da resposta masculina. Nesse novo modelo, o pensamento linear tornou-se circular, considerando fases sobrepostas de ordem variável (ABDOI, 2010) (Figura 2).

Figura 2: Ciclo de Resposta de Basson (2000).



Fonte: <http://thaliamaia.com.br/dicas-de-saude/vamos-falar-sobre-o-modelo-atual-de-resposta-sexual-feminina/>

Para Basson (2000), a maioria das mulheres parte de uma neutralidade sexual. Caso tenham intimidade emocional e forem bem estimuladas, entram no ciclo da resposta sexual apresentando desejo, excitação (orgasmo sim ou não) e satisfação, podendo retornar ao ciclo várias vezes. Sendo assim, mesmo quando está inicialmente ausente, o desejo, disparado durante a excitação sexual, mesmo que de forma subjetiva, coincide e se mescla com a excitação. Neste momento, a satisfação se torna desejada, independentemente de se chegar ou não ao orgasmo (ABDOI, 2010).

Disfunções sexuais femininas incluem interesse e motivação sexual prejudicados, dificuldades em se sentir excitada (genital e subjetivamente), e dificuldade para desencadear o desejo durante o envolvimento sexual. Desordens orgásticas podem ocorrer mesmo quando a excitação é suficiente. Outras disfunções incluem dor e vaginismo, que é contração involuntária do assoalho pélvico em qualquer tentativa de penetração (BRASIL; ABDOII, 2016; FLEURY; ABDO, 2010).

Tendo como base o modelo de resposta sexual criado por Master e Johnson, e adaptado por Kaplan (BRASIL; ABDOII, 2016), as disfunções sexuais foram classificadas em domínios primários incluídas no CID-10 (classificação internacional de doenças), sendo elas o distúrbio de desejo sexual hipotivo (falta de desejo), distúrbio de excitação (falta de lubrificação), anorgasmia (impossibilidade de chegar ao orgasmo), e o distúrbio da dor sexual (dispareunia e vaginismo) (WEINBERGER et al., 2018). Também podemos definir disfunções sexuais como a falta ou excesso, desconforto e ou dor na expressão e no ciclo da resposta sexual (BRASIL; ABDOII, 2016).



Já para o DSM-5, em 2013 houve uma mudança na classificação dos distúrbios sexuais (BRASIL; ABDOII, 2016). À época, as disfunções foram divididas em dois grupos, passando as mulheres a serem classificadas como portadoras de distúrbios hipoativos ou dolorosos, embora tal classificação seja controversa (BRASIL; ABDOII, 2016).

A disfunção sexual feminina é um fenômeno frequente. Resultados da pesquisa Nacional de Saúde e vida social (NHSL) mostram que entre 30 a 50% das mulheres americanas apresentam algum tipo de disfunção sexual. No Brasil, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), que avaliou mais de 3.000 mulheres, observou que 51% delas referia disfunção sexual (PIASSAROLLI et al., 2010). Outro estudo realizado no Brasil, que realizou uma análise de artigos relevantes sobre o assunto, constatou que as disfunções sexuais acometem cerca de 20 a 40 % das mulheres com idades entre 18 a 59 anos (TOZO et al., 2018).

A chance de se desenvolver alguma disfunção sexual é considerada grande, pois já se sabe que a saúde sexual envolve diversos fatores, incluindo biológicos, culturais, psicológicos e sociais, e se algum deles for afetado, um quadro de disfunção pode ser desencadeado (BARRETO et al., 2018). Compreender e saber abordar esse tema deve fazer parte da rotina de atendimento à saúde da mulher, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (TOZO et al., 2018). Perante o exposto, surge a seguinte questão de pesquisa: a mulher contemporânea se importa em obter orgasmo? Para responder a esta questão, o presente artigo buscou revisar a literatura nacional e internacional, compilando trabalhos que se propuseram a discorrer sobre o tema escolhido. Entende-se que um material compilado sobre o assunto poderá contribuir para que diferentes profissionais da área de saúde tenham em mãos para consulta um material atualizado, buscando influenciar positivamente na tomada da melhor decisão em relação a um tema tão importante, que é a sexualidade.

Objetivo

A partir de uma escuta atenta em consultório, realizar uma reflexão baseada em uma revisão da literatura agrupando trabalhos que tragam considerações a respeito dos aspectos culturais, sociais, biológicos e emocionais da sexualidade feminina

Método

Trata-se de um estudo exploratório, baseado no método de revisão da literatura. A busca pelos trabalhos, considerando os idiomas português e inglês, foi realizada com o advento da ferramenta de busca Google Scholar, além de buscas realizadas também na base de dados PUBMED / MEDLINE. Quaisquer trabalhos que discorressem sobre o tema foram incluídos na presente revisão. Buscou-se selecionar os trabalhos mais importantes que discutissem os aspectos culturais, sociais, biológicos e emocionais relacionados à sexualidade feminina.

Discussão

A resposta sexual em mulheres é altamente variável e multifacetada, incluindo uma interação complexa de componentes biológicos, culturais, sociais e emocionais. Embora elementos e caminhos comuns já tenham sido identificados, as diferenças individuais, fatores de aprendizado e influências socioculturais desempenham um papel importante no comportamento sexual feminino. Apesar dos grandes avanços no entendimento da neurobiologia e farmacologia da resposta sexual, defini-la em mulheres permanece altamente desafiador e controverso, especialmente devido ao alto grau de variabilidade nos padrões de resposta sexual (ROSEN; BARSKY, 2006).



Aspectos culturais da sexualidade

A sexualidade humana vai muito além do conceito de procriação. De fato, trata-se de um tema central para e ligado à própria cultura (FAGUNDES, 2011). Pode-se argumentar que toda organização social se apoia no reconhecimento e na regulação de duas capacidades biológicas fundamentais: a socialidade e a sexualidade. E o desejo sexual de base biológica, assim como as respostas culturais a esse desejo, manifestam-se em muitas dimensões associadas a crenças, expectativas e comportamentos culturais (STEVENS JR., 2015).

Entre culturas, a sexualidade é frequentemente associada ao *status* social. Trata-se de um componente essencial da vida adulta, transformando a fertilidade em uma medida de satisfação do potencial adulto de um indivíduo. No caso das mulheres, a esterilidade pode se transformar em uma causa de profunda vergonha, muito lamentada pela sociedade em geral, da mesma forma que a impotência sexual é para os homens. Esse sentimento generalizado pode, inclusive, explicar o fato frequentemente intrigante da produção continuada de famílias numerosas, mesmo em situações de extrema e óbvia pobreza. Privados de outras oportunidades de demonstrar sucesso, homens e mulheres podem evitar a contracepção gratuita e utilizar seu único marcador de *status* restante: a fertilidade (STEVENS JR., 2015).

Em resumo, o papel das diferenças culturais e étnicas é essencial para a definição da sexualidade feminina. É fato que existem grandes diferenças de uma cultura para outra na maneira como a resposta sexual das mulheres é vista, assim como com relação às expectativas para o que se rotula como sexualidade feminina normal. Essas expectativas variam de altamente positivas na maioria das culturas ocidentais, até altamente negativas nas culturas tradicionais asiáticas ou africanas. Como exemplo, pode-se citar a circuncisão feminino-vaginal, que continua a ser praticada em muitas partes da África como um meio de limitar ou controlar o prazer sexual nas mulheres. Além disso, tabus ou restrições em relação ao sexo durante a menstruação, gravidez ou menopausa afetam muito a resposta sexual em mulheres em muitas sociedades. A comunicação direta sobre questões sexuais pode ser mais ou menos aceitável de uma cultura para outra, dificultando às mulheres de culturas mais tradicionais expressar suas necessidades sexuais a seus parceiros, ou iniciar uma discussão sobre dificuldades sexuais. Mulheres de origens culturais ou religiosas tradicionais podem ter até mesmo dificuldade em procurar ajuda profissional para um problema ou disfunção sexual (ROSEN; BARSKY, 2006).

Outro fato curioso em relação às diferenças culturais é que, por exemplo, em um estudo realizado na província de Tete, uma das regiões mais pobres da África, avaliou mulheres de diferentes faixas etárias que preparavam seu corpo a fim de alongar os pequenos lábios da vulva utilizando práticas vaginais, muitas vezes inserindo produtos naturais ou sintéticos na própria vagina. Essas práticas tem uma concepção não somente sexual, mas sim de poder das mulheres. Deste modo, essas mulheres acreditam que são capazes de garantir o reconhecimento social, o bem-estar emocional, e tanto a sua própria saúde quanto do parceiro (BAGNOL; MARIANO, 2009).

Aspectos sociais da sexualidade

A regulação social da sexualidade, mesmo em tempos modernos, é um dos constituintes de base, das instituições islâmicas, hindus e persas. Como exemplo, pode ser citada a reclusão das mulheres fora de suas casas por meio do uso de vestimentas absolutamente restritivas, e em suas casas, na formação de haréns. No Islã fundamentalista, assim como na Europa cristã medieval, o fascínio pela sexualidade feminina era considerado como uma poderosa distração da devoção a Deus



por ambos os sexos, e como um canal favorito para o trabalho de subversão de forças malignas (STEVENS JR., 2015).

Historicamente, o “roteiro sexual feminino” limitava as mulheres a papéis estreitos e inflexíveis em seus encontros sexuais com homens, contribuindo assim para a frustração e ocorrência de disfunções sexuais nas mulheres. O arranjo sexual que foi incentivado e praticado pela maioria dos casais deu ao homem praticamente toda a responsabilidade pelo resultado de um encontro sexual, deixando a mulher como elemento passivo da relação, e considerando o encontro sexual como o “*show do homem*” (GAGNON; ROSEN; LEIBLUM, 1982).

Ainda em relação às questões sociais, existe elevada prevalência de transtorno do desejo sexual hipoativo entre as mulheres. Entre os múltiplos fatores possivelmente envolvidos, existe uma considerável atuação dos estímulos sociais, com destaque especial para os julgamentos de beleza e atratividade, duas dimensões da percepção interpessoal que estão relacionadas, mas diferem em seus aspectos motivacionais subjacentes, e que podem variar de acordo com o nível do desejo sexual. Mulheres com transtorno do desejo sexual hipoativo são caracterizadas por alterações específicas do componente motivacional da percepção masculina, e isso ocorre muito precocemente no processo de relacionamento interpessoal (FERDENZI et al., 2015). Para Ferdenzi et al. (2015), o conhecimento deste fato permite um melhor entendimento dos processos cognitivos específicos subjacentes ao desejo sexual hipoativo, e mais amplamente, dos processos avaliativos envolvidos na escolha do parceiro.

Para Malary et al. (2015), os fatores sociais capazes de afetar o desejo e a atividade sexual feminina não são distintos, e geralmente se sobrepõem. Portanto, a etiologia complicada do distúrbio de desejo sexual hipoativo geralmente requer intervenção multidimensional para usar a abordagem biopsicossocial, e a avaliação multifatorial com uma combinação de intervenção psicológica, física, social e hormonal pode ser eficaz na elaboração de estratégias para tratar os sintomas do desejo sexual hipoativo feminino.

A dor relacionada ao sexo, assim como o que se conhece por dissidência corporal, podem desempenhar um papel central na diminuição do desejo sexual feminino, sugerindo que estes fatores podem ser pontos frutíferos para intervenção no tocante aos aspectos clínicos de tratamento do baixo desejo sexual. A excitação sexual, a satisfação e o *status* de relacionamento desempenham papéis importantes na função sexual feminina em geral, e esse conhecimento prepara o terreno para uma modelagem em rede da função e do desejo sexual feminino (GUNST et al., 2018).

Aspectos biológicos da sexualidade

A atração sexual é uma característica que se inicia na puberdade. Sabe-se que a comunicação sensorial especializada está envolvida na atração sexual entre indivíduos da espécie humana, assim como em todos os animais. Entre os primatas, o ciclo hormonal da fêmea gera estímulos visuais e olfativos que desencadeiam respostas gonadais, emocionais e comportamentais no macho. Entre os seres humanos, o ciclo reprodutivo feminino, também chamado de ciclo menstrual, evoluiu para a menstruação, e a atração e a atividade sexual são contínuas. Não sendo um ciclo sazonal, mas sim mensal, as concepções e nascimentos ocorrem ao longo de todo o ano, a dependência da prole em relação aos genitores é consideravelmente prolongada e a estrutura social não pode variar. A relevância da sexualidade nas questões culturais do “amor romântico” e da monogamia *versus* poligamia também são temas de muita discussão quando o assunto é a sexualidade humana (STEVENS JR., 2015).



A complexidade dos fatores biológicos envolvidos com a sexualidade se reflete também nos múltiplos fatores etiológicos e determinantes dos problemas sexuais nas mulheres. É evidente que, na resposta sexual das mulheres, a circularidade e sobreposição de diferentes componentes e aspectos da resposta sexual são completamente diferentes da trajetória mais linear e invariável da resposta sexual nos homens. Não é de se surpreender, portanto, que tratamentos direcionados a aspectos fisiológicos limitados da resposta sexual das mulheres, como por exemplo, o uso de inibidores de prostaglandinas e outros agentes vasoativos, tenham demonstrado pouca eficácia geral no tratamento das disfunções sexuais das mulheres (ROSEN; BARSKY, 2006).

Em suma, embora respostas biológicas associadas à resposta sexual feminina, como a lubrificação vaginal e a ocorrência de contrações orgásticas, pareçam quase universais e ocorram reflexivamente em mulheres sexualmente funcionais que recebem estimulação sexual adequada, os aspectos subjetivos ou emocionais são altamente individuais e sujeitos a fatores culturais e de aprendizado. Sendo assim, o conceito de sexualidade feminina é essencialmente insolúvel, pois a importância da experiência individual e dos fatores de aprendizado, são tão influentes quanto os fatores biológicos. Embora se considere que a resposta sexual considerada normal nas mulheres, seja frequentemente definida pela ausência de disfunção, sabe-se que essa abordagem se mostra bastante limitada. Fatores sociais e culturais também desempenham um papel importante, moldando as expectativas em relação ao que se considera como uma resposta sexual normal.

Partindo do princípio de que poderia existir uma correlação direta entre a espessura do espaço uretrovaginal e a capacidade de experimentar o orgasmo vaginal, Battaglia e colaboradores (2010) realizaram um estudo tendo como objetivo avaliar, por meio do exame de ultrassonografia tridimensional (3D), as estruturas anatômicas do espaço uretrovaginal. Os autores incluíram 19 mulheres eumenorréicas jovens no Grupo I, e 20 mulheres que nunca haviam experimentado orgasmo vaginal no Grupo II, e todas foram submetidas à ultrassonografia bidimensional (2D) e 3D, além do Doppler em cores do espaço uretrovaginal e do clitóris durante a fase folicular precoce do ciclo menstrual. Os exames incluíram, no caso do 2D, além do espaço uretrovaginal, a avaliação em cores da principal artéria uretrovaginal e artéria dorsal do clitóris. O 3D incluiu o cálculo do volume do espaço uretrovaginal, além dos índices vasculares do espaço uretrovaginal e corpo do clitóris (índice de vascularização, índice de fluxo, índice de fluxo de vascularização), e avaliação hormonal. Como principais resultados, verificou-se que o comprimento total e o volume médio das estruturas contidas no espaço uretrovaginal foram significativamente maiores no Grupo I, e que a vascularização do espaço uretrovaginal, o volume e vascularização do clitóris, e os valores hormonais circulantes não diferiram significativamente entre os dois grupos. Ainda, o volume médio das estruturas contidas no espaço uretrovaginal foi significativamente correlacionado com o tempo desde a relação sexual, e também com os níveis séricos de testosterona e androstenediona. Com base nestes achados, os autores concluíram que as estruturas anatômicas do espaço uretrovaginal podem estar associados com a capacidade da mulher em obter orgasmo.

Segundo Fergusson e colaboradores (2010), a investigação da disfunção sexual feminina (FSD) é bastante complexa. Variáveis emocionais, relacionais, situacionais, experimentais, culturais, fisiológicas e farmacológicas interagem em cada mulher para produzir um conjunto particular de resultados sexuais. Em seu estudo, os pesquisadores objetivaram avaliar a eficácia e a segurança de um composto, em comparação a um grupo placebo, em mulheres com diagnóstico de distúrbios mistos de interesse / desejo / excitação / orgasmo, com apresentações variadas de cada um desses componentes, em conjunto com atividades sexuais. O estudo verificou que o composto testado, denominado Zestra, avaliado em um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego e controlado por



placebo, é bem tolerado e fornece benefícios significativos no tocante ao aumento do desejo, da excitação e da satisfação para um grupo amplamente generalizado de mulheres com dificuldades sexuais.

IsHak et al. (2010), iniciaram seu estudo afirmando que os distúrbios do orgasmo em mulheres, definidos como o atraso persistente ou recorrente, ou mesmo a ausência do orgasmo, afetam até um quarto da população feminina. Para os autores, revisar os resultados de pesquisas existentes sobre a etiologia e os tratamentos de distúrbios do orgasmo em mulheres poderia fornecer uma ferramenta de referência útil para profissionais de saúde que avaliam e tratam pacientes com essas condições. Sendo assim, pesquisaram artigos científicos publicados entre os anos de 1980 e 2009 na base de dados PYBMED / MEDLINE, do *National Institute of Health*, dos Estados Unidos. A revisão demonstrou que a prevalência e as causas de distúrbios do orgasmo em mulheres são abundantes, e que são poucos os estudos que apresentaram relatos de tratamento bem-sucedidos. Para os autores, muitas abordagens promissoras foram sugeridas, e os dados suportavam vários tratamentos em potencial, como o uso de bupropiona, sildenafil, estrogênio e testosterona, entre outros. Por fim, a conclusão dos autores foi que novas pesquisas mais bem controladas se mostravam necessárias para entender e gerenciar melhor os distúrbios do orgasmo feminino que, todavia, vinha mostrando progresso significativo.

Vale ressaltar que, segundo Penteadó e colaboradores (2004), mulheres que já entraram na menopausa apresentam uma capacidade de chegar ao orgasmo que está diretamente relacionada com a afetividade junto ao companheiro, assim como em relação ao ato de se masturbar. Mulheres cuja vagina não se lubrifica adequadamente, mas que, todavia, se masturbam, e que mantêm essa afetividade, conseguem chegar ao orgasmo mais vezes do que durante a realização *per se* do ato sexual.

Segundo Neumann et al. (2011), deve-se incentivar a mulher a descobrir o seu próprio corpo, identificando os locais onde os estímulos sexuais se tornam mais intensos, aliando às fantasias e desejos, buscando assim chegar ao orgasmo. Nesse sentido, torna-se muito importante o diálogo com o parceiro, visto que uma das motivações para que a mulher procure o sexo é a intimidade e a afetividade.

Ainda sobre o orgasmo, Guarín-Serrano e colaboradores (2019) relatam que não possuir sensação orgástica, corroborando o fato de que a masturbação é um fator protetor contra a disfunção. Para os autores, é importante conduzir a educação a partir da exploração do próprio corpo, para que as mulheres possam conhecer e desfrutar plenamente de sua sexualidade.

Aspectos emocionais da sexualidade

Os fatores que podem interferir em uma resposta sexual feminina satisfatória incluem a existência de uma intimidade emocional mínima com o parceiro, além da ocorrência de estímulos sexuais apropriados, e ausência de fatores psicológicos negativos, como distração e medo, fadiga, depressão ou efeitos de medicamentos que reduzam a capacidade de recuperação (ROSEN; BARKSKY, 2006). Segundo Basson (2005), acredita-se que disfunção sexual experimentada por muitas mulheres seja lógica e adaptativa, mas ainda possa causar sérios problemas pessoais e interpessoais e exigir avaliação e gerenciamento.

Segundo Chivers e Bailey (2005), as mulheres apresentam considerável capacidade de resposta fisiológica aos estímulos sexuais, embora a avaliação subjetiva e as respostas emocionais das mulheres estejam fortemente ligadas ao tipo de estímulo sexual preferido, que não necessariamente é um estímulo físico. Ainda para os autores (CHIVERS; BAILEY, 2005), essa



predisposição para a dissociação de componentes fisiológicos e subjetivos da resposta sexual em mulheres pode ter importantes funções adaptativas, visto que as respostas fisiológicas do aumento do volume e da lubrificação vaginal são protetoras contra lesões dos órgãos reprodutivos das mulheres em encontros sexuais coercitivos ou indesejados (ROSEN; BARSKY, 2006).

Rosen e Barsky (2006), indagaram em seu estudo qual seria a real importância ou necessidade da resposta sexual para a manutenção da saúde física ou mental adequada das mulheres. A resposta para essa pergunta baseou-se no trabalho de Laumann et al. (1999), que constataram que, para muitas mulheres, ter uma vida sexual inadequada é um componente importante de sua insatisfação física e emocional. Ainda, o sexo é considerado uma fonte importante de satisfação pessoal e de relacionamento, embora ainda exista uma minoria significativa que não classifica o sexo como importante para seu bem-estar emocional ou físico (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). Essa questão enfatiza o sofrimento pessoal ou interpessoal como componente necessário da definição de disfunção sexual em muitas mulheres (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; ROSEN; BARSKY, 2006).

Já se sabe que, em mulheres na pré-menopausa, existem várias razões para se envolver em atividades sexuais, incluindo os desejos de seu parceiro e o desejo de aliviar a tensão física ou emocional (CAIN et al., 2003). O desejo sexual, o desejo espontâneo, incluindo pensamentos, sentimentos e fantasias sexuais, são vistos como um componente potencial do ciclo de resposta sexual feminino, embora não sejam necessários para que a excitação ou o orgasmo ocorra. Nesse modelo, o desejo espontâneo pode contribuir para a disposição da mulher de se tornar receptiva ou para o processamento psicológico e biológico dos estímulos sexuais. Em somatória, a falta de desejo sexual espontâneo também é considerada normal, e não uma disfunção, como era apresentado em modelos tradicionais (CAIN et al., 2003; ROSEN; BARSKY, 2006).

À medida em que o prazer sexual de uma mulher aumenta e se intensifica, ela começa a sentir desejo por sexo de maneira recíproca. Segundo Rosen e Barsky (2006), experimentar a excitação pode levar à satisfação sexual e a recompensas não sexuais, como intimidade emocional e bem-estar, as quais criam incentivos motivacionais contínuos para o envolvimento na atividade sexual. Ainda para os autores (2006), as noções de excitação e desejo como processos recíprocos apoiam a importância dos fatores psicológicos na excitação em mulheres.

Segundo Basson (2000), a satisfação sexual ocorre quando uma mulher é capaz de se concentrar em seu prazer sexual, sem resultado negativo ou ansiedade, podendo ocorrer com ou sem orgasmo. Para Rosen e Barsky (2006), essa ênfase na natureza subjetiva da satisfação sexual, em oposição a um objetivo, como o orgasmo, se associa ao fato de que muitas mulheres têm variadas razões para se envolver em sexo, e que essas razões, como o desejo de intimidade emocional, por exemplo, podem ter pouco ou nada a ver com sentimentos de desejo sexual. Por fim, ainda para Rosen e Barsky (2006), Basson (2000) descreve uma possível "desconexão" entre os sentimentos de excitação sexual de uma mulher e as alterações fisiológicas, como vasocongestão genital, que acompanham tipicamente a excitação sexual.

Rosen e Barsky (2006) descrevem que o modelo do ciclo de responsabilidade sexual de Basson (2000) é circular, e inclui as múltiplas razões sexuais e não sexuais para se envolver em sexo, incluindo as influências psicológicas e biológicas na excitação, além de sentimentos subjetivos de excitação e desejo. O modelo oferece ideias sobre a resposta sexual normal das mulheres, afirmando que a excitação subjetiva tem um papel central em sua conceituação, embora os sentimentos de excitação subjetiva ou envolvimento emocional nem sempre se correlacionem com medidas fisiológicas de envolvimento genital. De fato, emoções e pensamentos têm uma influência mais forte



na experiência subjetiva de excitação sexual do que o *feedback* da vasocongestão genital, visto que lubrificação vaginal pode ocorrer na vigência de sentimentos mínimos, ou pode inexistir mesmo na ocorrência de excitação sexual vigorosa (BASSON, 2000).

O modelo de Basson (BASSON, 2000) também incorpora fatores biológicos, psicológicos e contextuais em uma estrutura mais abrangente. Reconhece a relação recíproca entre excitação e desejo nas mulheres, desconsiderando as noções anteriormente mantidas em relação à primazia do desejo sexual espontâneo nas mulheres e à necessidade do orgasmo como objetivo (BASSON, 2000). Essas características diferenciam o modelo de Basson dos modelos anteriores de resposta sexual, e podem torná-la mais reflexiva das experiências sexuais reais do dia-a-dia das mulheres.

Apesar do seu significado, há limitações importantes desse modelo que precisam ser reconhecidas. Primeiro, baseia-se amplamente na observação clínica e carece de verificação experimental adequada. Além disso, pode-se argumentar que a mudança no sentido de ver o desejo sexual em mulheres como naturalidade frequentemente receptiva ou responsiva pode reforçar estereótipos negativos de mulheres como sexualmente passivas ou não-assertivas. Além disso, o modelo é amplamente baseado na intimidade, e pode excluir algumas mulheres cujos desejos e excitações sexuais não estão ligados à intimidade. No entanto, mudando o foco para incluir fatores subjetivos e interpessoais, e reconhecendo a natureza não-linear da experiência sexual das mulheres, o modelo de Basson contribuiu muito para a compreensão da resposta sexual saudável em mulheres (ROSEN; BARSKY, 2006).

Conclusão

Fica nítido o caráter multifacetário e complexo da sexualidade. Embora tenhamos discutido os principais aspectos da sexualidade feminina, não foram encontrados na literatura trabalhos que mostrassem a busca da mulher pelo conhecimento e prazer com seu próprio corpo. Os estudos estão muito mais voltados à problemática dos diversos aspectos do que atentos a queixas atuais e à possibilidade de resolvê-las. Todavia, nesse sentido, um ponto chamou a atenção, visto que vários trabalhos ressaltam a importância do alto conhecimento e prática da masturbação para se obter uma boa capacidade orgástica, e que os profissionais da área de saúde devem se atualizar sobre o assunto, inclusive incentivando tal prática. Este fato já pode ser considerado um sinal positivo do mundo contemporâneo. De qualquer forma, novos trabalhos se fazem necessários no intuito de preencher essa lacuna ainda existente na literatura.

Referências

- ABDOI, C. H. N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 88–90, 2010.
- BAGNOL, B.; MARIANO, E. Cuidados consigo mesma, sexualidade e erotismo na Província de Tete, Moçambique. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 387–404, 2009.
- BARRETO, A. P. P. et al. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 4, p. 511–517, 2018.
- BASSON, R. The female sexual response: A different model. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 26, n. 1, p. 51–65, 2000.



- BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **Cmaj**, v. 172, n. 10, p. 1327–1333, 2005.
- BATTAGLIA, C. et al. 3-D Volumetric and Vascular Analysis of the Urethrovaginal Space in Young Women With or Without Vaginal Orgasm. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 4, Part 1, p. 1445–1453, 2010.
- BRASIL, A. P. A.; ABDOIL, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 21, n. 2, p. 89, 2016.
- CAIN, V. S. et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: Baseline results from SWAN. **Journal of sex research**, v. 40, n. 3, p. 266–276, 2003.
- CHIVERS, M. L.; BAILEY, J. M. A sex difference in features that elicit genital response. **Biological psychology**, v. 70, n. 2, p. 115–120, 2005.
- FAGUNDES, T. C. P. C. **Sexualidade, Gênero e Educação sexual**. Salvador: UFBA, 2011.
- FERDENZI, C. et al. Perception of men's beauty and attractiveness by women with low sexual desire. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 12, n. 4, p. 946–955, 2015.
- FERGUSON, D. M.; HOSMANE, B.; HEIMAN, J. R. Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel Design Trial of the Efficacy and Safety of Zestra® in Women With Mixed Desire/Interest/Arousal/Orgasm Disorders. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 36, n. 1, p. 66–86, 2010.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Desejo sexual feminino. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 14, n. 1, p. 47–51, 2009.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Modalidades de tratamento para sintomas sexuais da menopausa. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 4, p. 187–90, 2010.
- GAGNON, J. H.; ROSEN, R.; LEIBLUM, S. Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 8, n. 1, p. 44–56, 1982.
- GUARÍN-SERRANO, R. et al. Una mirada a la masturbación femenina: estudio descriptivo transversal en mujeres universitarias del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 67, n. 1, p. 63–68, 2019.
- GUNST, A. et al. A network analysis of female sexual function: comparing symptom networks in women with decreased, increased, and stable sexual desire. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, p. 15815, 2018.
- ISHAK, W. W. et al. Disorders of Orgasm in Women: A Literature Review of Etiology and Current Treatments. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 10, p. 3254–3268, 2010.



LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **Jama**, v. 281, n. 6, p. 537–544, 1999.

LIMA, M. DA S. A. L. **Contribuições de Reich para a compreensão da anorgasmia**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia)—Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2018.

MALARY, M. et al. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women: a narrative review. **Materia Socio-Médica**, v. 27, n. 6, p. 383–389, 2015.

NEUMANN, A. F. et al. Perfil da sexualidade feminina em universitárias de um curso de medicina de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 1, 2011.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <<https://www.who.int/portuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

PENTEADO, S. R. L. et al. Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 4, p. 444–50, 2004.

PIASSAROLLI, V. P. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 32, n. 5, p. 234–240, 2010.

ROSEN, R. C.; BARSKY, J. L. Normal Sexual Response in Women. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, Sexual Dysfunction. v. 33, n. 4, p. 515–526, 2006.

STEVENS JR., P. Culture and sexuality. In: **Eds. Patricia Whelehan and Anne Bolin. The International Encyclopedia of Human Sexuality**. Major Reference Works. John Wiley & Sons, Ltd, 2015.

TADINI, V.; PINTO-NETO, A. M.; PEDRO, A. O. Sexualidade no climatério. **Reprodução & Climatério**, v. 16, n. suppl 1, p. 104–105, 2001.

TOZO, I. M. et al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 52, n. 3, p. 94–99, 2018.

WEINBERGER, J. et al. Disfunção sexual feminina e efeito placebo: uma metanálise. **Sexualidade: Revisão**, v. 1, n. 6, 2018.