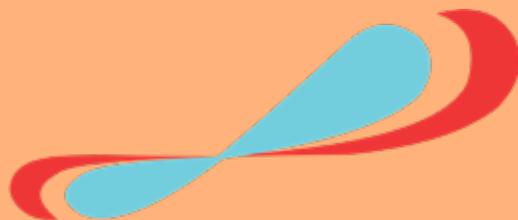


Revista da



ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual



Vênus de Milo

n. 1

julho 2022

ISSN: 2764-8478

Sexualidade Feminina

Revista da ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Revista da ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual

n. 1 - Julho de 2022 - Sexualidade Feminina

ISSN: 2764-8478

(publicação anual)

Email: revista@abrasex.com.br

ABRASEX - Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Av. Prof. Alfonso Bovero, 1.057, cj. 94

Perdizes - CEP 05019-011

São Paulo - SP, Brasil

Telefone: (11) 3675-0440

WhatsApp: (11) 95647-0824

Presidente da ABRASEX:

Paulo Tessarioli

Editora Responsável:

Regina Figueiredo:

Comissão Editorial:

Regina Figueiredo

Graça Margarete de S. Tessarioli

Antônio Corrêa de Paiva Neto

Lincoln Moreira de Jesus Menezes

Nadja de Figueiredo Araújo

Diagramação e Arte:

Regina Figueiredo

Imagem de Capa:

"Vênus de Milo" (sec. II a.C.)

atribuído a Alexandre de Antioquia - Turquia

Atualmente no Museu do Louvre, Paris -França

Editorial

É com Grande Satisfação que trazemos a **Revista da ABRASEX** !

Convidamos vocês à leitura da 1ª edição que é dedicada à Sexualidade Feminina.

Apesar de vivenciamos outros padrões, a mulher foi e ainda é objeto de interdição em diversos campos, pois faz-se a condenação implícita ou explícita de sua sexualidade. Assim, abordar este tema é fundamental, assim como conhecer e identificar questões emergentes de suas vivências, bem como promover o livre exercício da sua sexualidade feminina. Apesar de dedicada às mulheres, a edição não exclui o usufruto por homens, que poderão se enriquecer com o conhecimento sobre o universo da sexualidade feminina, para que reflitam sobre os elementos presentes na construção e experiências das mulheres.

A Revista da ABRASEX apresenta 10 artigos resultantes de trabalhos de conclusão do curso de Pós-Graduação em Terapia Sexual na Saúde e na Educação, da Rede de Ensino Doctum/Faculdade Doctum, reconhecido pelo MEC - Ministério da Educação e inovador, por ser oferecido às diversas áreas do Ensino Superior, compondo um saber multidisciplinar, conteúdo aqui apresentado pelas autoras(es), hoje Terapeutas Sexuais.

Esta 1ª edição se tornou uma realidade em função da sólida parceria com o CEFATEF - Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família, que viabilizou e acreditou no projeto da Pós-graduação em Terapia Sexual na Saúde e Educação, que em parceria com o ICT - Instituto Casal Tessarioli, iniciaram a 1ª turma em 2014. Os autores da edição, que seguem a nossa linha de trabalho, abordam o tema por diversos ângulos:

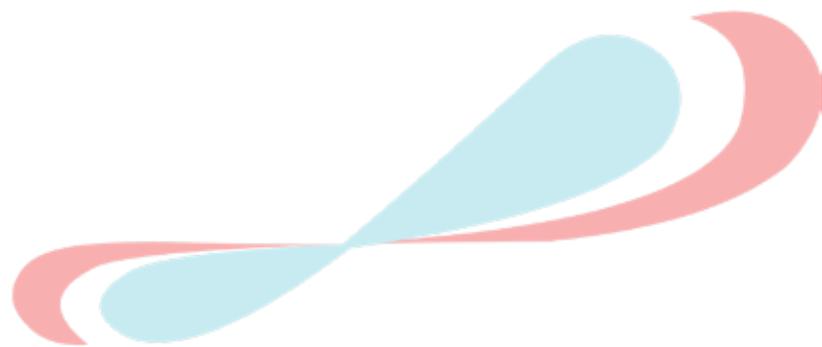
- *Amanda A. Abreu* aborda a diferença entre sexo e gênero, para analisar a construção do papel *social da mulher* e os impactos dessa determinação sobre a vida e a sexualidade feminina;
- *Thais M. Plaza* reconstrói aspectos que interferiram na formação da sexualidade das brasileiras, desde o Período Colonial;
- *Andrei U. M. Marsiglia* entoa a construção do feminino ao longo da história, pautando os efeitos do sistema patriarcal e religiosidade ocidental, até as propostas libertárias feministas e de educação sexual;
- *Maria Lucimar M. Marcon* enfoca a importância do domínio sobre e próprio corpo e das técnicas de masturbação pelas mulheres;
- *Josefa D. F. Haisch* analisa os componentes da sexualidade da mulher, chegando ao orgasmo e técnicas de como obtê-lo e a sua importância para a saúde feminina;
- *Samara Marchiori* encara as mudanças fisiológicas ocorridas na gestação e seus efeitos sobre a sexualidade feminina e possíveis disfunções que pode gerar;
- *Sabrina Munno* complementa, abordando tabus que a sexualidade na gestação pode trazer para a mulher e casais;
- *Sandra M. C. Sisla* explora a sexualidade feminina no puerpério, incluindo os efeitos do parto, o período de amamentação e a adaptação aos cuidados do bebê;
- *Kelly Cristina S. Chaves* enfoca a sexualidade das mulheres idosas, considerando as mudanças fisiológicas e preconceitos que podem advir dos processos de climatério e envelhecimento;
- e *Alyne de L. C. M. Bonomo* enfrenta a análise e importância da sexualidade de mulheres que se encontram em tratamento oncológico.

Esperamos assim, estar contribuindo não só para a promoção de abordagens da sexualidade, mas, principalmente, para destacar a importância social deste fenômeno humano!

Graça M. Tessarioli

Paulo Tessarioli

Regina Figueiredo



Sumário n. 1 – Sexualidade Feminina

- A Construção do Gênero Feminino e seus Desdobramentos na Sexualidade da Mulher Amanda Alves de Abreu	6
- A Construção Histórica da Sexualidade da Mulher Brasileira Thais Mendonça Plaza	18
- O Controle e a Libertação da Sexualidade Feminina: da religião à publicidade X avanços feministas e educação sexual Andrei Uemura Martins Marsiglia	27
- A Masturbação Feminina como Técnica de Autodescoberta Maria Lucimar Domingues Marcon	35
- O Orgasmo Feminino no Universo da Sexualidade e seus Benefícios para Saúde da Mulher Josefa Delfino de Freitas Haisch	48
- Sexualidade das Mulheres Durante a Gestação: abordagem considerando as questões de gênero e disfunções Samara Marchiori	57
- Práticas Sexuais e Tabus Durante o Período de Gestação Sabrina Munno	71
- Disfunções Sexuais da Mulher no Período do Puerpério e Fatores Associados Sandra Maria Chalmers Sisle	81
- A Sexualidade de Mulheres Idosas Kelly Cristina Sousa Chaves	94
- Efeitos do Tratamento Oncológico na Sexualidade Feminina Alyne de Lima Cardoso de Meirelles Bonomo	105

A Construção do Gênero Feminino e seus Desdobramentos na Sexualidade da Mulher

The Construction of the Female Gender and it's Consequences of Women's Sexuality

Amanda Alves de Abreu

amandaabreu.edu@gmail.com

Graduada em Administração de Empresas pelo Centro Universitário de Santo André e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

O trabalho utiliza o conceito de gênero para a análise da sexualidade feminina, mostrando que a ênfase nos aspectos biológicos dos órgãos sexuais como categoria exclusiva desta construção incide sobre a constituição da sexualidade de mulheres e homens provocando divisões sexuais e instituindo relações de poder desiguais e que situam a mulher em posição inferior a do homem. Nesse sentido, a sexualidade feminina é desprivilegiada e mantida sob domínio das regras masculinas que a marcam com mitos, tabus e preconceitos, inibindo o exercício da sexualidade livre e resultando em disfunções sexuais para as mulheres.

Palavras-chave: Sexualidade feminina, Construção de gênero, Queixas sexuais, Disfunções sexuais.

Abstract:

The paper uses the concept of gender for the analysis of female sexuality, showing that the emphasis on the biological aspects of the sexual organs as an exclusive category of this construction reflects on the constitution of the sexuality of women and men, causing sexual differentiation and instituting unequal power relations, that place women in a lower position than men. In that regard, female sexuality is underprivileged and kept under the domination of male rules that mark it with myths, taboos and prejudices, inhibiting the exercise of free sexuality and resulting in sexual dysfunctions for women.

Keywords: Female sexuality, Gender construction, Sexual complaints, Sexual dysfunctions.

Introdução

É menino ou é menina? Essa é uma pergunta comum feita sobre o bebê ainda dentro da barriga da mãe. E, assim que identificado o sexo biológico (macho ou fêmea), a família se prepara para a chegada do bebê, geralmente o enxoval será preparado na cor azul para os meninos e na cor rosa para as meninas. Quando a criança nasce e vai se desenvolvendo, a diferenciação entre coisas de meninos e coisas de meninas continua a aparecer, a sociedade vai educando aquilo que é para o homem, como ganhar bonecos de super-heróis, carrinho, bola, são incentivados a jogar futebol; e para mulheres ficam as bonecas, casinha, fogãozinho, são incentivadas a dançarem balé.

As diferenças são também marcadas ao longo do crescimento: na forma de se vestir e de se portarem em lugares públicos; um exemplo, são os homens sentarem com pernas abertas e mulheres terem que fechar suas pernas. Dessa forma, a partir dessa diferenciação sexual, as crianças vão desempenhando o papel que aprenderam sobre o que é ser feminino ou masculino e achando natural que se comportem dessa maneira ao longo da vida.

Esse olhar social visto acima, pelo senso comum, só leva em conta os fatores biológico-genitais para

definir e diferenciar o homem da mulher. Mas, o ser humano enquanto indivíduo biopsicossocial tem que ser enxergado a partir da complexidade de aspectos que compõem inclusive a sexualidade humana. O aspecto biológico define se o indivíduo é macho ou fêmea; há os aspectos psicológicos que levam em consideração a "identidade sexual" (sensação de que se tem vulva ou pênis), a "identidade de gênero" (sentir-se como homem ou como mulher) e a "orientação afetivo-sexual" (para onde se direciona o afeto e a sexualidade). Por último, o aspecto social, que leva em consideração o papel afetivo-sexual (estabelecer relacionamentos com um namorado/uma namorada, ter marido/ ou mulher) e os papéis sociais de gênero (que correspondem ao que é dito como sendo próprio do feminino ou masculino). Vale ressaltar que aqui entra a educação do homem, que incentiva a ocupação do espaço público (associado ao trabalho produtivo e remunerado), e da mulher, educada para ocupar o espaço privado (associado ao trabalho reprodutivo, aos cuidados com o lar e à reprodução humana), além das diferenciações dos comportamentos esperados de um e de outro, inclusive na relação entre si, como a graça, ternura, beleza, delicadeza e sensibilidade para a mulher e, para os homens, rudeza, força, distanciamento e racionalidade (LOURO, 2018).

Na prática, esses comportamentos ditos como "femininos" acabam por desvalorizar as mulheres e por colocá-las em uma situação de inferioridade perante os homens, o que vem sendo denunciado a partir da década de 1970, quando o termo "gênero" foi concebido: "com a intenção de discriminar estes dois níveis: o anatômico-fisiológico do social/cultural. Isto é, o que significa ser homem e mulher vai variar com o contexto cultural" (HEILBORN, 1997). Assim, O conceito de gênero procura explicar a construção social das diferenças sexuais e as relações entre homens e mulheres, para diferenciá-las do sexo biológico.

A historiadora feminista Joan Scott (1986) diz que gênero é "um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder" (p.14). Através dessas relações de poder, vividas desde o início da vida, começamos a entender o mundo e a construir a nossa identidade; para as mulheres, nessa relação de poder, é dado o lugar da subordinação e exploração perante o homem, seja no trabalho, política, família, sexualidade, entre outros espaços sociais.

Se voltarmos na história poderemos verificar que, no patriarcado, os homens sempre falaram pelas mulheres, até no que se refere a sua sexualidade. Com a luta do Movimento Feminista, as questões das mulheres começaram a aparecer, dando voz a elas que lutavam pela igualdade de direitos sociais, políticos e econômicos. Por isso, o estudo do gênero está intimamente ligado aos avanços da mulher em termo de seus direitos. O movimento feminista, desde 1960, produziu conteúdo denunciando a situação da opressão da mulher e, por essa razão, o feminismo foi o grande responsável por colocar e manter em pauta o conceito de gênero e estudar as relações desiguais entre homens e mulheres, aplicando-o.

Nesse sentido, compreender a construção do gênero feminino e quais são os desdobramentos dessa construção na sexualidade da mulher se faz fundamental. Por meio de uma revisão bibliográfica, discutimos o quanto a sexualidade feminina é influenciada pela construção social de gênero; e indagamos: como a mulher constrói a sua sexualidade? Como as relações de gênero podem influenciar na sexualidade feminina?

Gênero: do sexo biológico ao aspecto biopsicossocial

Durante muito tempo, na história, o ser mulher ou homem foi definido somente do ponto de vista biológico, que define o ser humano enquanto fêmea ou macho. A partir disso era esperado que a sexualidade fosse construída através de sua anatomia genital (vulva ou pênis) e características físicas secundárias (seios ou barba).

Até o início do século XX, até a Medicina teve a função de nortear aquilo que era esperado do comportamento do indivíduo baseado nas diferenças físicas dadas pela natureza

Nas observações sobre a puberdade feminina e masculina, por exemplo, as descrições anatômicas e fisiológicas se confundem com o 'destino' que é previsto para mulheres e homens. (ROHDEN, 2009, p. 45)

Portando, ao nascer, o sexo biológico do bebê seria determinante para a sua escolha sexual; espera-se que mulheres sentissem desejo afetivo-sexual por homens e que homens sentissem desejo afetivo-sexual por mulheres. Se isso não ocorresse, o indivíduo estaria fora da norma heterossexual vigente e seria considerado um desviado.

Em termos de avanços, desde 17 de maio de 1990 a Organização Mundial de Saúde decidiu retirar a homossexualidade da CID - Classificação Internacional de Doenças. Desde então, a data vem sendo celebrada como o Dia Internacional de Combate a Homofobia. Esse e outros avanços recentes se deram por não se entender o indivíduo e a sua sexualidade somente do ponto de vista biológico. Os estudos da Antropologia, Ciências Sociais e as produções do Movimento de Mulheres, a partir da década de 1970, começam a utilizar

o termo/conceito “gênero”, para pautar a importância de se considerar também a construção sociocultural do indivíduo, contrapondo-se à ideia de se nortear o feminino/masculino puramente pelo sexo biológico de fêmea/macho.

Segundo Jesus:

[...] sexo é biológico, gênero é social, construído pelas diferentes culturas. E o gênero vai além do sexo: O que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a confirmação genital, mas a autopercepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente. (JESUS, 2012, p.8)

Assim, Jesus (2012) ressalta a importância do “gênero” como um termo que vai além do sexo biológico, destacando que é no campo social que se desenvolvem as relações desiguais entre mulher e homem. Por isso, a introdução dessa categoria “gênero” nos debates e análises dos fenômenos sociais é uma tentativa de se entender o porquê das diferenças e como superá-las não em nível biológico, mas sim no campo social, da história, política, cultura, sexualidade, entre outros.

Antes das discussões feministas e de gênero, o corpo feminino era inferiorizado pelo determinismo biológico, que enxergava o corpo da mulher como inferior ao do homem, discurso aceito tanto no meio científico, quanto pela sociedade em geral, conforme mostra Giffin:

Antes do ressurgimento do movimento feminista na década de 60, a identidade feminina e a condição social da mulher eram referidas a fatores biológicos: estatura menor, menor força muscular, as dimensões do cérebro e o processo reprodutivo que “enfraquecia” caracterizavam a chamada “inferioridade biológica da mulher. (GIFFIN, 1991, p.1-2)

Em termos de uma abordagem mais ampla do indivíduo surge o modelo biopsicossocial proposto pelo biomédico americano George Engel, “que destacou as insuficiências e limitações do tradicional modelo biomédico e defendeu a aprovação de uma abordagem biopsicossocial” (FAVA; SONINHO, 2010, p.1-2). Em 1977, este autor publicou um artigo questionando a necessidade de se pensar um novo modelo científico mais completo na abordagem da saúde, propondo o modelo biopsicossocial, que considera além do biológico e vê o indivíduo como um todo, incluindo o seu aspecto psicológico (mente, emoções, comportamento) e o social (toda a construção histórica e cultural). Desta forma, a saúde e a doença deveriam passar a ser analisadas levando em conta o contexto da pessoa, até seus níveis de estresse para que se pudessem sugerir estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais para seu atendimento (CRUZ, 2011).

Essa nova contribuição é encampada também pela área de sexualidade, tornando-se o seu tripé:

É necessário fixar bem que a sexualidade, como tudo o que é humano, deve ser encarada sob três aspectos fundamentais: biológico, psicológico e sociocultural. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012)

O *aspecto biológico* diz respeito à parte biológica do corpo humano, entendida como as características física, por exemplo, em nível da reprodução (a mulher, como sendo aquele indivíduo com potencial de engravidar e dar à luz a um bebê e os homens aqueles que realizam a fecundação). Esta parte biológica é um aspecto importante que forma o ser humano, mas deve ser entendido como um dos aspectos que formam a sexualidade humana, mas não o único.

O *aspecto psicológico* diz respeito à psique, a forma de sensação e identificação consigo mesmo, e é composto pela “identidade sexual”, pela “identidade de gênero” e pela “orientação afetivo-sexual” do indivíduo. Assim, o fenômeno de identificação envolve, segundo Ferreira:

Este sentimento de ter uma identidade pessoal dá-se de duas formas: a primeira é perceber-se como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; e a segunda é perceber que os outros reconhecem essa semelhança e continuidade. (FERREIRA, 2003 *apud* FURLANI, 2007, p. 107)

O sentimento de identidade se dá quando o indivíduo se percebe e quando percebe que o “outro” o reconhece nessa mesma percepção de si. Constatamos então que o ser humano é um ser social, relacional; que devido à interação com o meio, as experiências e transformações pessoais que vivência ao longo da vida vão construindo a sua identidade pessoal. Nesse sentido, o conceito de “identidade sexual” é a sensação que se tem frente a realidade de possuir uma vulva, um clitóris e uma vagina ou um pênis e um escroto.

Já o conceito de “identidade de gênero” se refere à percepção de si mesmo, como homem ou mulher, e a maneira como a pessoa quer ser reconhecida por outras pessoas. Quando a pessoa se identifica com o gênero que é socialmente relacionado o sexo biológico com o qual nasceu, denomina-se como “cis-gênero”. Quando a pessoa não se identifica com o gênero socialmente atribuído ao seu sexo biológico de nascimento, é deninida como transexual ou transgênero.

A "orientação afetivo-sexual" se refere à sensação interna que a pessoa tem de se sentir atraída sexualmente e de se relacionar amorosamente com alguém. Quando a atração afetivo-sexual se dá por alguém do sexo oposto à pessoa, ela é definida como heterossexual. Quando a atração afetivo-sexual se dá por alguém do mesmo sexo, a pessoa é definida como homossexual. Quando a atração afetivo-sexual se dá por alguém do mesmo sexo ou do sexo oposto a pessoa é definida como bissexual.

O *aspecto sociocultural* é composto pelo papel afetivo-sexual e pelos papéis sociais de gênero. Assim, os papéis "femininos" e "masculinos", analisados por meio da esfera social e cultural, são os papéis de gênero aprendidos e transmitidos de geração em geração e ao longo de toda a vida do indivíduo. Viver este papel é existir representando aquilo que é colocado socialmente, que aprendemos com a família, na escola e sociedade, não sendo necessariamente padrões homogêneos entre as sociedades, visto que cada povo tem a sua cultura, seus costumes e normas daquilo que é socialmente aceito em determinado período da História. Já quando assumem "papéis afetivo-sexuais" revelam o que é aprendido na observação e repetição de como a sociedade se comporta no tocante às relações afetivo-sexuais, se é o primeiro namorado/namorada, depois a noiva/noivo, o marido/mulher (com o casamento), e, findando, o viúvo e a viúva, etc.

Os papéis sociais de gênero dizem, portanto, respeito à totalidade da forma de se portar como mulher ou homem identificada socioculturalmente. Em um resgate histórico da diferenciação desigual entre masculino e feminino, Santos relata:

Os primeiros ensaios e estudos sobre as desigualdades entre mulheres e homens buscavam se situar sobre o aspecto feminino, sobre seu corpo e sexualidade. As características biológicas, entre elas a pouca força física e até mesmo o menor peso do cérebro, estavam no centro desta concepção. Na tentativa de explicar que é da "natureza" feminina ser frágil e da "natureza" masculina ser forte. Que o lugar "natural" da mulher é a casa, e o lugar "natural" do homem é a rua. Esta naturalização da condição humana nada mais é do que uma resposta para legitimação das desigualdades sociais. (SANTOS, 2007, p.3)

Sierra (2016) cita, que a partir de pesquisas realizada em 1861, que relataram a descoberta de que o cérebro masculino é maior que o cérebro feminino, a biomedicina passou a associar essa diferença à confirmação da crença popular da inteligência maior dos homens em relação às mulheres. Da mesma forma, Hilári (2016) aponta essas delimitações, sob o raciocínio biológico, determinaram a compreensão das características de ser forte, independente, não chorar e ser másculos aos homens, e as características de ser paciente, carinhosa, cuidadosa, frágil e delicada às mulheres. Baseados nessas crenças incutidas desde o nascimento, os indivíduos tendem somente a reproduzir aquilo que foi aprendido socialmente como o papel de cada gênero.

Por isso, viver essa diferenciação entre feminino e masculino gerou um grande prejuízo para a mulher, uma vez que a cultura patriarcal privilegia o masculino, gerando desigualdades. Frente a isso, há uma grande necessidade da discussão "gênero", de forma a resignificarmos o que é ser mulher e o que é ser homem, permitindo as liberdades individuais da pessoa ser como quiser, e pautando avanços para a igualdade entre os gêneros.

El-Hani afirma que, embora os biólogos defendam a natureza em primazia e os psicólogos e sociólogos privilegiem a cultura, o mais plausível seja uma terceira possibilidade mesclada:

No entanto, torna-se cada vez mais claro que a grande maioria das características humanas, em especial aquelas de caráter comportamental, é decorrente de uma interação das estruturas biológicas e do ambiente físico e sociocultural. (EL-HANI, 1996, p.1)

Giffin (1991) contribui ao dizer que não existe a possibilidade de estabelecer limites entre o biológico e o social em relação ao ser humano, esferas que devem ser vistas de forma unida e complementares.

Desta forma, analisando as contribuições que o biológico e social trouxeram para o entendimento do ser humano, sigamos nesse caminho do meio, onde conseguimos ver o ser humano de forma mais holística e o entendendo em toda sua carga genética, psicológica, cultural e social, mas também em constante processo de transformações pessoal.

Relações de Gênero na Sexualidade: o lugar do feminino e do masculino

Para falar das relações de gênero, temos que partir da compreensão da diferenciação social feita do lugar do feminino e masculino na sociedade. As relações de gênero são colocadas para mulheres e homens, antes mesmo do nascimento, como falamos. As expectativas dos pais em relação ao futuro e escolha dos filhos, meninas serão incentivadas ao papel do cuidado, do lar, ganhando bonecas e panelinhas, já meninos serão incentivados a explorar o mundo de forma ativa, ganhando carrinhos e bola.

Também, a própria educação fora de casa, logo nos primeiros anos de vida, vai reforçar esses estereótipos. Na educação infantil temos muitas escolas que oferecem cursos de balé e futebol, e não encontramos nenhuma menina no futebol e nenhum menino no balé. O que seria igualitário, e também esperado para a socialização na diversidade das crianças, seria oferecer aula de dança para ambos e aula de esportes para ambos, para que assim eles possam experimentar e escolher aquilo que mais se identificam.

Meninas e meninos (na infância) estão construindo sua identidade e tendem a observar seus iguais (do mesmo sexo), copiando e reproduzindo esse comportamento percebido. Dessa forma, o ser mulher ou o ser homem vai sendo construído culturalmente através de aprovações, restrições e proibições do que é preestabelecido para cada gênero. Conforme Moreno (2015), podemos observar claramente, na diferenciação entre os gêneros, que os indivíduos se guiam por uma falsa liberdade de escolha, que só dá o direito a mulher de estar no espaço privado e ao homem de circular livremente no espaço público, numa sociedade que tende a valorizar os aspectos masculinos em detrimento dos femininos. Essa dicotomia público/privado termina por ligar os homens à esfera da vida social, onde passam a se ocupar da política, economia, o trabalho remunerado e a ser o responsável por manter financeiramente o lar, enquanto a esfera da vida privada passa a ser da mulher, que fica responsável em manter o lar, fazer o serviço não remunerado e cuidar dos filhos.

A partir da segunda metade do século XX, quando houve emprego das mulheres ocidentais no trabalho industrial e outros (devido à escassez de homens, devido à II Guerra Mundial), muitas ficaram divididas entre o lar ou o trabalho, assumindo a chamada "dupla jornada". Isso explicitou a desigualdade existente, inclusive em nível do cotidiano, já que apesar de assumir tarefas iguais fora de casa, as mulheres não eram remuneradas e nem dividiam as tarefas de casa igualmente. Isso provocou mudanças sociais, pela reivindicação não apenas de direitos trabalhistas, mas políticos etc.

Embora, há mais de um século se pontue a importância da igualdade, como aponta Okin (2008), "continua a mesma tradição das 'esferas separadas' ao ignorarem a família e em particular a divisão do trabalho que nela se dá, as formas de dependência econômica a ela relacionadas e a estrutura de poder" (p. 308). Essa estrutura de poder do masculino sobre o feminino está tão enraizado em nossa cultura que mulheres associam suas conquistas financeiras e sociais, como sendo devido ao seu "lado masculino", e os homens quando identificam suas necessidades afetivas como sendo devido ao seu "lado feminino". Assim, ainda continuam as "caixinhas" do público/privado, como se as mulheres não tivessem a capacidade de serem bem-sucedidas e os homens de expressarem livremente os seus sentimentos. Torrão considera que seria uma grande libertação para os gêneros a liberação desses modelos de comportamentos restritos:

O que se configura hoje como uma liberação para os gêneros, a emancipação do homem e da mulher, seria simplesmente liberar alguns aspectos masculinos da personalidade das mulheres (trabalho, produção científica, competição, esportes) e alguns (mas nunca todos) femininos da personalidade do homem (afeto, paternidade responsável, cuidados da casa, beleza). (TORRÃO, 2003, p.140)

Porém, a sociedade binária se perpetua, apesar de vermos atributos como ditos "femininos" em homens ou os ditos como "masculinos" em mulheres. Essas situações, seja no modo de ser, na sexualidade ou nas relações afetivas geram desconforto à norma sexual vigente.

Construção de Gênero e seus Impactos na Sexualidade Feminina

A famosa frase "Ninguém nasce mulher: torna-se mulher" (BEAUVOIR, 1970, p.9) se refere ao fato de que o destino da mulher não é o traçado biologicamente, mas sim aquele apreendido socialmente na cultura e que, para se entender seu presente, é necessário compreender seu passado. Na cultura da sociedade patriarcal, em que estamos inseridas, além do homem exercer um papel de poder, há a crença de que existem habilidades inatas para cada sexo (FREIRE, 2008, p.167). Caracterizar a mulher como maternal e cuidadora desconsidera toda uma preparação para as tarefas que as meninas recebem desde pequenas, quando brincam de casinha, cuidam dos irmãozinhos, aprendem a bordar, a limpar a casa, tarefas tidas como femininas, porém, essas "aptidões" foram construídas socialmente, temos assim a chamada divisão sexual do trabalho.

Outro aspecto que não pode ser deixado de fora na análise de gênero é a repressão e controle sobre a sexualidade feminina, que no início século XIX, incentivada por médicos higienistas, reforçou a ideia da predisposição do homem para o instinto sexual e da mulher para a maternidade, classificando-a praticamente como assexuada. Assim, aspectos relacionados à sexualidade da mulher eram vistos como desvios.

O corpo feminino envolve a esfera social, religiosa e política, por muito tempo sua sexualidade esteve nas mãos do pai, padre, médicos ou do parceiro. E, como aponta Drumont:

Ao apropriar-se da realidade sexual, o machismo, em seu efeito de mistificação, super codifica a representação de uma relação de poder (papéis sexuais, símbolos, imagens e representações eróticas, instituições sexuais, etc.) produzindo “duas linguagens”: uma masculina e uma feminina. (DRUMONT, 1980, p.82)

Colocando a maternidade como a principal atividade da mulher, “o exercício da maternidade passa a ser compreendido em termos científicos, constituindo uma missão patriótica e uma função pública” (SANTOS, 2004, p.7). A partir desse momento há um ideal de maternidade a ser cumprido, passa-se a engrandecer a amamentação materna, a mulher mãe e sua importância para a família nuclear moderna. “Desfazer estereótipos, reconfigurar conceitos, principalmente extinguir, ou, ao menos, minimizar, com os preconceitos, não são tarefas fáceis”, como afirma Souza, resultando no peso dessa cultura até hoje sobre as mulheres (2009, p.7).

Todo corpo traz consigo uma história além da configuração biológica; é fruto daquilo que passa por ele, o que foi construído antes e o que vigora na história, é um corpo social, afetado por ordens econômicas, está em constante mutação e todos os espaços frequentados pelo indivíduo influenciam na educação desse corpo inacabado, como aponta Goellner (2015 *apud* COLLING, 2015, p.181).

Com relação ao corpo, ainda completa Foucault:

Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações (...). Não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica - movimentos, gestos, atitude, rapidez (...). Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade. São o que podemos chamar as disciplinas. (FOUCAULT, 1987, p.126 *apud* ARAÚJO, 2009, p.2)

Os principais dispositivos que cerceiam a sexualidade feminina passam pela Igreja, Medicina e a sociedade patriarcal. “Somos educadas por mulheres, numa sociedade onde a virilidade e o prestígio do macho estão longe de serem apagados” (GÓIS JUNIOR, 1991, p.119). E também numa sociedade que entende que “é por meio do corpo que se disciplina o sexo” (FOUCAULT, 1998 *apud* SOUSA, 2016, p.35).

Assim, com relação à sexualidade feminina, Gozzo e colegas dizem que:

A mulher, quando criança, deve ter bons modos e controle sobre sua vontade. Na adolescência, não é preparada para a vida, mas sim para negar o prazer, cheio de culpa, censura e medo. Nesta fase, as questões sobre sexo geram constrangimentos e são respondidas de maneira incompleta, quando são ignoradas. Se ela deseja algo mais, lhe vem inconsciente ou consciente a ideia de que não é certo. (GOZZO *et al.*, 2000, p.84)

Faria (2012) aponta que, na sociedade ocidental, a sexualidade feminina é classificada e taxada sobre dois prismas: “santa” ou “puta”. Segundo o autor, “se as mulheres são assexuadas virtuosas, a elas se reserva a proteção masculina; se expressam seu desejo são consideradas profanas e, portanto, a essas é dirigido o desrespeito, a humilhação” (FARIA, 2012, p.86). Essa dualidade de comparações entre as mulheres vem desde a Antiguidade, das sociedades patriarcais e judaico-cristãs: “Eva pecadora e a Virgem Maria assexuada, imagem dupla feminina como que desde sempre acompanhando a história corporal das mulheres” (COLLING, 2015, p.183).

Colling (2015) complementa que, também na Grécia, “o pensamento de Platão e Aristóteles incorporado pela religião cristã será difundido pela Igreja num perfeito casamento entre o discurso filosófico e o religioso”. E muito da teoria sobre a mulher de Aristóteles foi absorvido no discurso católico.

Almeida e Gomes (2013), que nos séculos XIX e XX a igreja lança a ideia de culpa da mulher por despertar os desejos nos homens, dessa forma o corpo feminino deveria ser adestrado para não passar dos limites permitidos, para não desestruturar a família. “A religião, de qualquer origem, sempre foi decisiva na definição de padrões comportamentais femininos” (ALMEIDA; GOMES, 2013, p.256). Os autores ainda trazem que a ideia de que o sexo para mulheres estava ligado apenas ao casamento, sem a ideia de prazer. O discurso propagado era que o homem seria um ser sexual, porém, a mulher honrada devia negar sua sexualidade e se guardar para os filhos e a vida espiritual. “O desejo e o prazer eram reservados aos homens, os quais, segundo o discurso médico, eram biologicamente voltados para a essência carnal por conta da virilidade” (RAGO, 1991 *apud* ALMEIDA; GOMES, 2013, p.258). O que justificaria esse ser casado, mais procurar uma prostituta, para reiterar sua virilidade.

No século XX, no entanto, segundo Foucault, há uma ruptura: os mecanismos de repressão começam a afrouxar, inclusive, sobre os tabus sexuais (FOUCAULT, 1998 *apud* ALMEIDA; GOMES, 2013, p.260).

Tuckmantel (2009) complementa sobre esse período:

Diversos movimentos de contestação emergem na sociedade pós-guerra, em meados do século XX, grupos feministas, o rock, negros e homossexuais proclamam a liberação sexual como alavanca de outras exigências de liberdade. O capitalismo de maneira astuta absorve esse grito de liberdade da sexualidade a seu favor, transformando os movimentos populares em propaganda consumista. Sexo e anseios sexuais passam a ser vendidos, a luta feminina é estigmatizada e o corpo da mulher é tornado mais um objeto de consumo. (TUCKMANTEL, 2009, p.96)

As feministas, conforme Faria (1988), lutam para que as mulheres sejam autônomas e tenham direito à igualdade de cidadania. Também, para que possam manifestar sua sexualidade livremente, por isso apoiam o uso do anticoncepcional e o aborto, de forma que a mulher tenha poder de escolha sobre sua vida e seu corpo garantidos.

Também vão advogar o entendimento das mulheres como “seres sexuais”, que devem conhecer o próprio corpo, independente da relação ou desejo do outro, “reivindicaram o prazer sexual feminino e o papel do clitóris, questionaram o coito como a única forma de relação sexual” (FARIA, 1998). Esse movimento, que ganhou força com o surgimento da pílula, a partir dos anos 1960, causando a Revolução Sexual, promoveu uma maior liberdade e autonomia sexual as mulheres.

Somente depois da luta feminina para a emancipação da mulher foi que se aceitou que a mulher gostasse de sexo. “Desde então é necessário se adaptar a uma nova realidade: a satisfação sexual deve ser encontrada com a namorada ou esposa, que também pode, agora, buscar seu próprio prazer” (Lins, 1998).

Para Master e Johnson (1985), antes da mulher pensar em estabelecer uma relação com um homem e contribuir para o prazer sexual compartilhando com ele, deveria se libertar daquilo que a sociedade restringe como seu papel, se valorizar e se sentir bem por ser mulher, dessa forma poderá se emancipar sexualmente:

Se não é nada para si própria, nada tem para dar a ninguém. Para uma mulher assim, entregar-se a um homem é não lhe dar nada, e assim nada tem a esperar por sua vez. Sexualmente, recebe-o e talvez se considere útil, como um objeto que é útil. (MASTER; JOHNSON, 1985, p.90)

Embora Faria (1998) aponte que, já que as estruturas patriarcais não foram desfeitas, ao mesmo tempo, aumentou a vulnerabilidade feminina devido a sua exposição: “sempre que as mulheres expressam o seu desejo se deslocam na fronteira na qual são consideradas virtuosas ou profanas, crescendo o desrespeito e a agressividade sobre elas” (p.89).

Também, o Capitalismo vai abarcar essas conquistas, tornando tudo consumo, “sexo é consumido, vende-se pessoas e coisas, mulheres e carros, casais e pornografia” (TUCKMANTEL, 2009). A mídia passa a estabelecer padrões para os corpos, roupas, comidas, vinculando propagandas erotizadas; e a sexualidade, que é abundante, acaba se reduzindo ao ato sexual. Passa-se a divulgar um ideal de beleza, onde os corpos são magros e esbeltos, como nas capas de revistas, tudo isso relacionado ao poder de atração, o que certamente vai levar a insatisfação daquele que está fora desse ideal. A sexualidade feminina antes ditada pela Igreja, passa agora, na contemporaneidade, a servir de experimento para a ciência.

Os Desdobramentos na Vivência da Sexualidade Feminina: disfunções sexuais das mulheres

É fruto do patriarcado, a baixa qualidade sexual que vivemos hoje, devido a moral sexual estabelecida. “A mulher sempre foi vista como propriedade do homem, por isso considera-se que o homem possui a mulher e que essa se entrega” (LINS, 1997). Como consequência dessa educação desigual, a mulher é condicionada a ter que se entregar ao controle masculino, enquanto o homem fica com a honra de possuí-la; nesse contexto, a mulher não desenvolve uma atitude positiva em relação ao ato sexual.

Na sociedade ocidental o sexo é na maioria das vezes praticado como uma ação mecânica, rotineira, desprovida de emoção, com o único objetivo de atingir o orgasmo o mais rápido possível. Setenta e cinco por cento dos homens ejaculam menos de dois minutos depois de introduzir o pênis na vagina e muitos, depois disso, viram para o lado e dormem. Enquanto isso, a maioria das mulheres não tem orgasmo e se desilude com a objetividade sexual do homem. (LINS, 1997, p.209)

A falta da educação sexual adequada no desenvolvimento faz com que a mulher absorva aquilo que é popularmente está na cultura, então o sexo passa ser algo proibido ou cheio de culpa. Essa desinformação não cria oportunidades para que ela descubra o funcionamento do seu corpo, nem que a sua mente explore fantasias sexuais, o que no ato sexual dará a mulher o lugar da passividade. Resulta daí uma atividade sexual que pode decorrer em ansiedade, bloqueios no ciclo de resposta sexual, gerando nas mulheres disfunções do desejo e a ausência do orgasmo, isso se deve ao fato de não termos uma educação sexual libertadora,

em que se eduque para viver a sexualidade além do ato sexual que foca apenas na reprodução. Conforme Laplanche:

Sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual. (LAPLANCHE, 1995 *apud* GOZZO, 2000, p.85)

Gozzo e colegas (2000), em pesquisa com um grupo de mulheres para entender como viviam a sexualidade, verificou um dado agravante: quando a mulher estava em um relacionamento, a falta de diálogo geral do casal impactava diretamente na vivência de sua sexualidade. Verificou assim que, se a mulher não dividir “o peso da educação dos filhos, os problemas de ordem financeira, e também ajudar o companheiro quando percebe que algo não vai bem, não conseguirá sentir-se bem numa relação sexual” (p.89). É necessária uma cumplicidade, em que a mulher fale das suas necessidades e que o casal compartilhe as suas experiências.

Outro fator que atrapalha na sexualidade feminina é a preocupação com a estética física e com sua imagem diante do parceiro durante a relação sexual. Em pesquisa nacional coordenada pela psiquiatra Carmita Abdo sobre a vida sexual dos brasileiros (GOLDENBERG, 2003 *apud* TRINCA, 2008), realizada com 3.000 mulheres e homens de classes sociais diferentes, 35% das mulheres relataram ausência de desejo sexual; um dos motivos apontados foi a “angústia de não corresponder à imagem da jovem mulher com o corpo perfeito que aparece diariamente em todos os canais de TV, no cinema, na publicidade, nas passarelas e nas revistas” (p.7).

Goldenberg também cita uma pesquisa feita com 200 mulheres universitárias, publicada na revista americana *The Journal of Sex Research*, demonstrando a crescente preocupação com o corpo quanto à sexualidade:

“um terço, independentemente de serem gordas ou magras, disseram que a imagem que o parceiro faz do corpo delas é o evento mais importante durante o ato sexual. Sobre tal resultado, o estudo revelou que a ansiedade em relação à forma física está levando várias mulheres a evitarem o sexo. (GOLDENBERG, 2002 *apud* TRINCA, 2008)

É fonte de frustração o desejo de ter um corpo perfeito, ideal para o sexo, o magro, fator que pode gerar transtornos alimentares, angústia e depressão.

Um dos principais fatores que contribuem para a frustração em relação ao sexo é o modelo de beleza apregoado pela sociedade atual, que afeta fundamentalmente as mulheres. (ORBACH, 2000 *apud* TRINCA, 2008, p.7)

Segundo Lins, também há queixas sobre os parceiros: “as mulheres se queixam muito de seus parceiros no sexo, e as queixas são variadas” (LINS, 1998). Isso ocorre especialmente entre aquelas que já tiveram experiências com mais de um parceiro e fazem comparações; e, mesmo, entre aquelas que só tiveram suas experiências com o mesmo homem. As queixas que prevalecem são, segundo Lins:

Quase não existem preliminares. Estimulação pouco suave do clitóris, podendo ser desagradável ou mesmo dolorosa. Depois da penetração o movimento de vaivém do pênis dentro da vagina é rápido, na mesma direção e trajetória. O homem ejacula logo e a mulher não tem orgasmo porquê dessa forma a parede do canal vaginal não é estimulada. O interesse dele pela mulher desaparece logo depois do orgasmo. O homem quer que a mulher faça muito mais sexo oral nele do que ele se dispõe a fazer nela. Insiste em fazer sexo anal, mesmo quando a parceira já disse que detesta. Mostra-se contrariado quando a mulher sugere alguma coisa ou toma a iniciativa. Ele se veste rapidamente depois do orgasmo e vai embora. (LINS, 1998, p.175)

As queixas sexuais femininas também podem, muitas vezes, ser ou virar uma disfunção sexual, que afeta a qualidade de vida gerando um bloqueio no ciclo de resposta sexual da mulher.

Tozo (2007) diz que a resposta sexual é dirigida pelo sistema nervoso, podendo ser afetada facilmente por conflitos de ordem física ou psicológica. O ciclo sexual é formado por fases sequenciais, cada fase tendo sua própria neurofisiologia, dirigidas e integradas pelo cérebro. Na fase de excitação sexual, o sistema nervoso parassimpático, vai regular o aumento do fluxo de sangue. Já o orgasmo será controlado pelo sistema simpático. Sendo que qualquer alteração, desequilíbrio hormonal, lesão física e até mesmo o uso de medicamentos pode prejudicar na resposta sexual.

Para Cavalcanti e Cavalcanti (2012) a disfunção sexual é um bloqueio total ou parcial na resposta

fisiológica. Da mesma forma entende Gonçalves:

A disfunção sexual pode ser entendida como síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou sintomas sexuais, que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica, evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo. A mulher pode experimentar também a dificuldade ou mesmo a impossibilidade da penetração vaginal, nos casos de vaginismo ou dispareunia. (GOLÇALVES, 2005 *apud* TOZO *et al.*, 2007, p.95)

Assim, muitas disfunções sexuais podem ser resultantes de condições psicológicas, fisiológicas, sociais, ou também o conjunto desses fatores interligados, até mesmo de forma situacional, devido à relação com o parceiro atual ou uma comparação com um anterior. Santos e Salles (2015) listam os principais fatores psicológicos que impactam a função sexual feminina: a depressão, a ansiedade, imagem corporal negativa, abuso sexual e a negligência emocional (SANTOS; SALLES, 2015); os fatores socioculturais seriam: problemas de relacionamento, a disfunção sexual do parceiro, acontecimentos que causem estresse na mulher.

Para Pablo e Soares (2004 *apud* LUCAS, 2009, p.103) os fatores psicológicos e socioculturais interferem no desejo sexual feminino. Estados negativos, como o sentimento de raiva, depressão e ansiedade, não são favoráveis, assim como a baixa autoestima, ter uma percepção ruim de sua imagem corporal e trazer ao pensamento experiências anteriores que não foram satisfatórias, as crenças errôneas que foram adquiridas pela criação familiar e o relacionamento conjugal afetam diretamente para a inibição do desejo sexual.

Algumas mulheres foram educadas no sentido de ignorar o sexo, aliená-lo até em pensamentos, rodeando-o de crendices, tabus, prendendo-o a sentimentos de culpa. Outras foram criadas em clima de total desinformação, desconhecendo o próprio corpo e suas potencialidades eróticas. Não é fácil se libertar desse condicionamento para vivenciar, com alegria e desejo, o prazer do sexo até pouco tempo proibido. (CURTI, 2010, p.59)

Em uma pesquisa coordenada por Abdo (2002) sobre o comportamento sexual, realizada com 3.148 mulheres de 18 cidades brasileiras, as disfunções sexuais de maior prevalência citadas pelas mulheres foram: falta de desejo sexual (por 34,6%); disfunção orgásmica (por 29,3%); e dor na relação sexual (por 21,1%); e, conforme a mulher vai ficando mais velha, aumenta a quantidade de quadros disfuncionais, como observou no alto índice de depressão que impacta na vida e na sexualidade. A autora acredita que essas disfunções estão mais ligadas a problemas de relacionamento conjugal e a questões psicossociais.

O desejo sexual, segundo Kaplan:

Ao nível das experiências subjetivas, o desejo sexual ou sensualidade é uma necessidade que impele homens e mulheres a procurar, iniciar e/ou responder à estimulação sexual. Mas o desejo não é apenas uma sensação subjetiva nem, meramente, um evento mental. O desejo sexual é um estado motivacional ou impulso [drive] que é gerado no cérebro por processos neurofisiológicos específicos. (KAPLAN, 1999 *apud* SILVA, 2011, p.21)

Alguns pesquisadores sobre a sexualidade apresentam observações sobre a diferença no comportamento sexual de mulheres e homens. Na visão de Basson (2000 *apud* LUCENA, 2013), a mulher nem sempre inicia o ato sexual com desejo espontâneo, mas o desejo responsivo surge pelo clima de intimidade, estímulos eróticos, carinho, tudo posterior à excitação. E é no ciclo de resposta sexual que pode haver algum bloqueio.

Quando o desejo feminino está bloqueado, pode prejudicar todo o ciclo de resposta sexual. As reações podem ser desde "uma grande angústia de ter que se submeter ao ato sexual, até a aceitação passiva de sua situação" (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012). Master e Johnson (1988 *apud* CURTI, 2010, p.48) dizem que são características da mulher com a disfunção de desejo o pouco interesse em iniciar a atividade sexual e as recusas diante dos convites de parceiros, salientando que, quando essas mulheres "cedem" ao sexo, geralmente é para preservar o relacionamento.

O casal não tem consciência de que a disfunção muitas vezes se deve a ignorância sexual e a utilização de uma técnica sexual inadequada. "Mais deplorável ainda é constatar que alguns homens culpam a própria mulher pela irresponsividade, gerando nela sentimentos de frustração e inferioridade" (KAPLAN, 1985 *apud* CURTI, 2010, p.59).

Cavalcanti e Cavalcanti, dizem que existe uma ligação entre desejo sexual e o orgasmo, o prazer sexual e o desejo estão profundamente relacionados.

Do ponto de vista psicofísico, durante a resposta sexual, o indivíduo é submetido a um estado de crescente excitação, chegando a um ponto em que ela é tão intensa que detona um reflexo de alívio acompanhado por agradável sensação de prazer psicofísico. É essa sensação que se chama orgasmo. Se algum fator físico ou psíquico inibe, a tensão crescente chega a

um ponto em que se converte em sensação desagradável e, às vezes, até dolorosa. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.309)

Segundo esses autores, quando as mulheres ficam excitadas por um grande período e não ocorre a descarga orgástica, pode determinar em um quadro chamado de "congestão pélvica", marcado por dores no baixo-ventre (dispareunia). Há probabilidades que de todas as disfunções sexuais, seja a anorgasmia, deixe mais vestígios, que provoca dor pélvica e persistente (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

Lins (1998) diz que as causas são variadas: a tensão no ato sexual por tabus e preconceitos, dessa forma a mulher não se sente livre para propor novas posições sexuais ao parceiro que lhe deem mais prazer. Sentimento de culpa em relação à sexualidade, o que inconscientemente acaba sendo dirigido ao parceiro. O medo de se entregar no ato sexual, o que não a deixa relaxar para atingir o nível máximo de excitação que iria desencadear no orgasmo. E a preocupação e cobrança com ela mesma para ter orgasmo, o que dessa maneira diminui as chances deste acontecer, ao mesmo tempo em que a falta de orgasmos raramente ocorre por problemas orgânicos.

Como os homens estão presos ao mito da masculinidade, na obrigação de provarem ser machos e com o medo de "falhar", eles não colaboram na obtenção do orgasmo da parceira, que necessitaria de mais tempo para obtê-lo (LINS, 1998, p.134). Além de não considerarem a lubrificação e o tempo, os homens podem fazer movimentos rápidos no clitóris que podem causar dor e desconforto.

Para Cavalcanti e Cavalcanti (2012), uma das causas da dispareunia é uma lubrificação deficiente, gerada devido à falta de excitação, por uso de remédios ou álcool. Quando se identificado através de exames ginecológicos, a dispareunia por fatores orgânicos é tratada com procedimentos orgânicos. Porém, também há dispareunia psicológica; ou seja, quando não há origem orgânica, a dor na relação pode ser decorrente de espasmos de origem psicogênica. Segundo os autores, ela pode indicar uma rejeição ao parceiro ou a atividade sexual, sendo uma resposta dolorosa a uma vida sexual sem satisfação.

Outra disfunção sexual feminina muito recorrente que Abdo (2002) cita é o vaginismo. Conforme Masters e Johnson (1985), o vaginismo é uma síndrome psicofisiológica, que envolve toda a musculatura pélvica, com contrações involuntárias da vagina, o que, em alguns casos, impede completamente a penetração sexual e até dificulta o exame ginecológico. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), a maior causa do vaginismo é o medo, que faz os músculos se contraírem. São variadas as causas que acionam o medo, uma delas é ter vivido anteriormente relações sexuais dolorosas:

É comum encontrar, na história dessas vagínicas, um tipo de educação, restritiva ou punitiva, em que o controle sobre os aspectos sexuais tenha sido tão intenso a ponto de desenvolver verdadeira repulsa pela atividade sexual. Em outras mulheres, há vivências sexuais destruidoras, experiências de situações traumáticas, tentativas de estupro, visualização de cenas de sadismo, relatos distorcidos da vida sexual. (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.325)

No vaginismo as causas principais são de ordem psicológica, já a dispareunia (disfunção sexual de dor na relação) a causa geralmente é orgânica e provoca um coito difícil e doloroso. (MASTERS; JOHNSON, 1985).

O desenvolvimento sexual da mulher ainda está muito preso às questões do patriarcado, essa herança, ainda está presente na criação machista em que mulheres e homens são educados. Nessa educação sexual restritiva e punitiva, também encontramos a orientação religiosa, que para Master e Johnson (1985) é um fator frequentemente encontrado nos casos de vaginismo e, pela qual, a mulher quando jovem é ensinada que suas formas de expressão podem ter conotações sexuais, seu sistema de valores sexuais então é carregado de tabus e condicionamentos negativos.

Como grande parte das mulheres não recebeu uma educação sexual visando a sua autonomia sexual, quando tem algum problema relacionado à sexualidade, não tem a quem recorrer: "quando a queixa é feita aos profissionais que atuam na área de saúde, estes mostram falta de interesse, tendo a sensação de que a sexualidade não faz parte da sua saúde" (GOZZO *et al.*, 2000). Assim, quando a abertura não é dada pelo profissional de saúde, ela não compartilha suas queixas, dúvidas ou insatisfações sobre sua sexualidade.

Em pesquisa de Abdo (2004 *apud* TOZO *et al.*, 2007, p.97), a autora registrou que 32,4% tinham queixas sexuais não expostas a seus ginecologistas, devido à vergonha das mulheres ou à ausência de qualificação do profissional em abordar o assunto. Já Tozo (2007) aponta que as mulheres procuram especialmente o profissional da ginecologia para falar sobre suas queixas sexuais. "Numa consulta ginecológica, a mulher, além de buscar alívio para suas queixas orgânicas, frequentemente busca auxílio para suas dificuldades emocionais" (p.98). Assim, Gonçalves complementa:

As queixas sexuais, no consultório médico, são incontáveis, podendo a princípio serem ocultas, mas tornam-se evidentes dependendo da escuta do ginecologista. Mesmo as mulheres

levando suas queixas expressas nos ambulatórios, muitos médicos sentem-se pouco à vontade em abordar a temática, justificando tal fato pela própria formação médica que ainda hoje, em pleno terceiro milênio, não inclui um estudo mais amplo e melhor da sexualidade humana. (GONÇALVES, 2006 *apud* TOZO *et al.*, 2007, p. 97)

Em situações em que o profissional de saúde, durante a consulta ginecológica, não conduz o tratamento do assunto de uma maneira adequada, que leve a compreensão das queixas femininas, pode desencadear uma série de processos, como a baixa autoestima e o medo, o que incide diretamente na vivência de sua sexualidade e, por conseguinte, na sexualidade e relacionamento do casal.

Cavalcanti e Cavalcanti (2006, p.165 *apud* CURTI, 2010, p.55) dizem que a porta de entrada para o conhecimento das disfunções sexuais femininas e masculinas, é por intermédio dos relatos e queixas das mulheres, devido à herança do machismo que não permitem sua expressão pelos homens. Nesse sentido, é necessário que se inclua na rotina de atendimento da mulher a temática da sexualidade, contribuindo assim para sua maior qualidade de vida.

Considerações Finais

Este artigo, através de referências teóricas, discorre sobre como se deu a construção de gênero feminino e quais os desdobramentos dessa construção na sexualidade da mulher.

Considerar e diferenciar “gênero” do ser mulher, conceito construído pelo Movimento Feminista, é fundamental para a análise das questões socioculturais da mulher, incluindo a sua sexualidade, entendida no tripé que considera o ser biopsicossocial.

Constata-se que os lugares definidos para o feminino, no cuidado do lar, na maternidade, bem como associá-la à fragilidade, revelam uma criação machista, fruto de uma sociedade patriarcal, que acaba por gerar a desigualdade de gênero, onde a mulher fica subordinada ao homem.

Como é controlada, a sexualidade feminina é marcada por mitos e tabus que faz as mulheres e seus corpos viver limitações e sofrimentos, seja pelo não alcance de expectativas de um corpo tido como ideal para o sexo, seja pela frustração de não sentir desejo, ter prazer ou orgasmos. Nesse sentido, grande parte das disfunções sexuais são consequência de aspectos psicossociais e não orgânicos, que de uma sociedade que a reprime sexualmente e as faz ter relacionamentos sem diálogo e onde não são ouvidas.

Considera-se que desde a Revolução Sexual a mulher alcançou muitos avanços nos direitos sexuais e reprodutivos, com constantes avanços. Porém, como continuarmos inseridos em uma sociedade machista, acreditamos o tema da sexualidade e gênero precisa estar destaque, para que mais conquistas sejam alcançadas.

Referências Bibliográficas

ABDO, C. H. N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagn Tratamento*, n.15, v.2, p.88-90, 2010.

ABDO, C. H. N. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual. *Revista Brasileira de Medicina*, v.59, p.250-257, 2002.

ALBANO, R. M. *Os estudos de gênero ao longo da história*. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2006. [Internet]. Disponível em: https://sil0.tips/queue/os-estudos-sobre-genero-ao-longo-da-historia?&queue_id=-1&v=1649444149&u=MTc3Ljk1LjEzMy43

ALMEIDA, J. S.; Gomes, Calil S. *De Eva a Maria: a Igreja e o matrimônio católico – educação religiosa e normas de conduta para mulheres*. Sér.-Estud. [Internet]. n.36, p.253-264, 2013. [Internet]. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2318-19822013000200253&lng=pt&nrm=iso

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo* (Volume II). 2ª edição. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1960.

CAVALCANTI, M.; CAVALCANTI, R. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 4º ed. São Paulo: Roca, 2012.

COLLING, A. M.. A Construção histórica do corpo feminino. *Caderno Espaço Feminino*, v. 28, n. 2, 2015. [Internet].

Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/viewFile/34170/18208>

COSTA, A. *Gênero, poder e empoderamento das mulheres*. Campinas: Replotina, 2008. [Internet]. Disponível em: <https://pactoglobalcreapr.files.wordpress.com/2012/02/5-empoderamento-ana-alice.pdf>

CORRÊA, G. F. P. Corpo e sexualidade na contemporaneidade. *III Simpósio Nacional de Educação Sexual*. Maringá, 2013. [Internet]. Disponível em: http://www.sies.uem.br/anais/pdf/genero_e_identidade_de_genero/5-13.pdf

CORTES, J.; SILVEIRA, T.; DICKEL, F.; NEUBAUER, V. A educação machista e seu reflexo como forma de violência institucional. *XVII Seminário de Educação no Mercosul*. Cruz Alta, 2015. [Internet]. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20%20ARTIGOS/A%20EDUCACAO%20MACHISTA%20E%20SEU%20REFLEXO%20COMO%20FORMA%20DE%20VIOLENCIA%20INSTITUCIONAL.PDF>

CURTI, P. A. *Disfunção sexual: Inibição do desejo sexual feminino e sintomas depressivos*. [Dissertação]. Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2010. [Internet]. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8162-disfuncao-sexual-inibicao-do-desejo-sexual-feminino-e-sintomas-depressivos.pdf>

- CRUZ, M. Z. *Psicossomática na saúde coletiva: um enfoque biopsissocial*. [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2011. [Internet]. Disponível em: http://200.145.6.238/bitstream/handle/11449/98410/cruz_mz_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- DRUMONT, M. P. Elementos para uma análise do machismo. *Perspectivas*, n. 3, p. 81-85, 1980. [Internet]. <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/viewFile/1696/1377>
- EL-HANI, C. N. Diferenças entre homens e mulheres: biologia ou cultura?. *Revista da USP*, n.29, P.149-160, 1996. [Internet]. Disponível em: www.revistas.usp.br/revusp/article/download/25665/27402
- FARIA, N. *Sexualidade e Feminismo*. Coletivo Badernas, 1998. [Internet]. Disponível em: <https://coletivomariasbaderna.files.wordpress.com/2012/09/nalu.pdf>
- FAVA, G. A.; SONINO, N. O modelo biopsissocial: trinta anos depois. *Psychotherapy and Psychosomatics*, n.77, p.1-2, 2008. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17240>
- FREIRE, M. M. L. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, n.15, suppl, p.153-171, 2008. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15s0/08.pdf>
- FURLANI, J. *Mitos e tabus sexuais*. São Paulo: Autêntica, 2007.
- GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do Biológico e do social. *Cad. Saúde Pública*, n.7, v.2, p. 190-200, 1991. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v7n2/v7n2a05.pdf>
- GÓIS JUNIOR, E. Movimento Higienista - na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. *Conscientiae Saúde. Rev. Cient. UNINOVE*, v. 1, p. 47-52, 2002. [Internet]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/929/92900109/>
- GONÇALVES, R. C; FALEIRO, J. H. MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: Impasses e desafios. *HOLOS*, a. 29, v. 5, p.251-263, 2013. [Internet]. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/784/741>
- GOZZO, T. O.; FUSTINONI, S. M.; BARBIERI, M.; ROHERI-VONEIDE, W. M.; FREITAS, A. Sexualidade feminina: entendendo o seu significado. *Rev. latino-am. Enfermagem*, v. 8 - n.3, p. 84-90,2000. [Internet]. Disponível: www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403
- HEILBORN, M. L. *Corpo, sexualidade e gênero, feminino masculino - igualdade e diferença na justiça*. Porto Alegre: Sulina, 1997.
- HENRIQUES, C. S. Famílias matriarcais, maternidade e lesbianidade. In: *IV Seminário Enlaçando Sexualidades*. Salvador, 2015, [Internet]. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlaçandosexualidades/files/2015/07/Cibele-Henriques-Enlace2.pdf>
- HILÁRI, L. Feminilidades. In: KÉFERA, I. *Cláudia*, 58, n. 3 2016. [Internet]. Disponível em: revista.famma.br/unifamma/index.php/RIC/article/download/314/153
- JESUS, J. G. *Orientações sobre identidade de gênero*. [Guia técnico]. Brasília, 2012. [Internet]. Disponível: <http://www.diversidadensexual.com.br/wpcontent/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>
- LINS, R. N. *A Cama na varanda*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- LINS, R. N. *Na cabeceira da cama*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- LUCAS, C. O. et. al. Perturbação do desejo sexual hipoaativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v.17, n.2, 2009, p.101-112. [Internet]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/.../2087>
- LUCENA, B. B. *(Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas*. [Dissertação]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. [Internet]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde27092013.../BarbaraBragadelLucena.pdf
- LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- MASTER, V.; JOHNSON, W. *A inadequação sexual humana*. São Paulo: Roca, 1985.
- MENDONÇA, C. R.; SILVA, T. M.; ARRUDA, J. T.; GARCIA-ZAPATA, M. A. T.; AMARAL, W. N. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, v.40, n.4, 2012. [Internet]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>
- MORENO R. (org.). *Reflexões e práticas de transformação feminista*. São Paulo: SOF, 2015.
- OKIN, S. M. Gênero, o público e o privado. *Rev. Estud. Fem.* v.16, n.2, p. 305-332, 2008. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n2/02.pdf>
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- SANTOS, A. T. *A construção do papel social da mulher na Primeira República*. Rio de Janeiro: Vice Reitoria PUC-Rio, 2004. [Internet]. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14404/14404.PDF>
- SANTOS, C. M.; SALLES, V. L. R. O corpo em transe: a moral sexual sobre o corpo feminino no Brasil no final do século XIX e início do XX. *Estação Literária*, v. 13, p.120-132, 2015.
- SANTOS, J.A. Gênero na teoria social. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n.1, 2007. [Internet]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17034/8549>. Acesso. 28 dez 2021.
- SCOTT, J. W. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica. trad. Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. *Educação e realidade*, n. 60, vol. 2, p.71-99, 1989.
- SIERRA, O. E. R. A representação binária do sexo "masculino" e "feminino" na ciência e nos meios de comunicação. *Revista de Biologia*, n 15, v.1, p.56-64, 2016.
- SILVA, S. L. F.G. *Neuropsicofisiologia do desejo sexual: alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual*. [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização]. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. [Internet]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9G4GUB#:~:text=Atrav%C3%A9s%20das%20avan%C3%A7adas%20contribui%C3%A7%C3%B5es%20das,m%C3%A9todos%20modernos%20utilizados%20nas%20pesquisas.&text=Ainda%20n%C3%A3o%20h%C3%A1%20consenso%20sobre,transtorno%20do%20desejo%20sexual%20hipoaativo>
- SOUZA, M. C. Dicotomização da mulher: algumas considerações sobre a representação da prostituta na sociedade. *Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades*. [Internet]. Salvador: UFBA 20 a 31 de Julho de 2009 Disponível em: <http://www.uneb.br/enlaçandosexualidades/files/2012/04/DICOTOMIZACAO-DA-MULHER-ALGUMAS-CONSIDERACOES-SOBRE-A-REPRES.pdf>
- SOUZA, P. M. T. *Contribuições para o processo de formação de professores em educação sexual*. [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia; 2016.
- TRINCA, T. P. *O corpo-imagem na "cultura do consumo"* [Dissertação]. Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2008.
- TORRÃO FILHO, A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 127-152, 2005. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a07>
- TOZO, I. M.; et.al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Arquivos Medicos*, v. 52 n. 3, p. 94-99, 2007.
- TUCKMANTEL, M. M. *Educação sexual: mas, qual? Diretrizes para a formação de professores na perspectiva emancipatória*. [Tese]. Universidade de Campinas. Campinas, 2009.

A Construção Histórica da Sexualidade da Mulher Brasileira

The Historical Construction of Brazilian Women's Sexuality

Thais Mendonça Plaza

thaismplaza@gmail.com

Graduada em Publicidade e Propaganda pelas Faculdades Anhanguera de São Caetano e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora e membro da ABRASEX e membro da ABRASEX

Resumo:

A compreensão da construção da sexualidade da mulher na sociedade brasileira na contemporaneidade, necessariamente passa por uma avaliação histórica que demonstra como o papel da mulher no contexto da sexualidade foi explorado desde o período colonial até os dias de hoje. Para tanto, o entendimento das questões que envolvem os mitos e tabus, a influência da religião, as relações de poder, repressão sexual, violências sofridas, prostituição, são os principais questionamentos e modelos de valores que delimitam moralmente os estereótipos do que é normalidade e anormalidade para o comportamento da mulher. Tendo como base a revisão literária, busca-se essencialmente verificar como a sociedade brasileira legitima ou condena certas práticas, e reforça a dualidade que resiste ao tempo sobre a sexualidade da mulher, que muitas vezes é vista como “a mulher para casar” ou “a mulher para pegar”. Partindo deste princípio, a avaliação entre a polarização de prostituta ou santa é fator essencial para definirmos como os parâmetros que enquadram a mulher na sociedade foram construídos.

Palavras-chave: Sexualidade feminina; Repressão; Educação sexual; Liberdade sexual.

Abstract:

The understanding of the construction of women's sexuality in contemporary Brazilian society necessarily goes through a historical evaluation that demonstrates how the role of women in the context of sexuality has been explored from the colonial period to the present day. Therefore, the understanding of the issues involving myths and taboos, the influence of religion, power relations, sexual repression, violence suffered, prostitution, are the main questions and value models that morally delimit the stereotypes of what is normality and abnormality for women's behavior. Based on the literature review, it essentially seeks to verify how Brazilian society legitimizes or condemns certain practices, and reinforces the duality that resists time about women's sexuality, which is often seen as “the woman to marry” or “the woman to catch”. Based on this principle, the evaluation between the polarization of prostitute or saint is an essential factor to define how the parameters that frame women in society were constructed.

Keywords: Sexual feminine; Beliefs limiting; Sexual education; Sexual freedom.

Introdução

Em pleno século XXI, mais precisamente, no dia 18 de abril de 2016, a colunista da revista “Veja” publicou, em seu portal eletrônico, uma matéria denominada “Marcela Temer: bela, recatada e do lar” (LINHARES, 2016). Nessa publicação a autora destacava, no subtítulo, “a quase primeira-dama, 43 anos mais jovem que o marido, aparece pouco, gosta de vestidos na altura dos joelhos e sonha em ter mais um filho com o vice”.

A repercussão desta matéria nas redes sociais foi mediata, feministas lançaram uma campanha virtual utilizando como *hashtag* (palavras de destaque para aparição Twitter, Facebook, Google+, Youtube e

Instagram) a tríade #belarecatadaedolar, contrapondo imagens de mulheres bebendo, no bar, trabalhando, com roupas curtas, em momentos de diversão, ironizando o tom tradicionalista e afirmando que essa tríade colocada pela publicação não as representava. Diversas outras manifestações de defesa e crítica trouxeram à tona a discussão sobre o papel da mulher na sociedade brasileira, como representá-la e interrogando por qual motivo ser “bela, recatada e do lar” causou tamanha ressonância não só nas redes sociais, como nas mesas de bares e grande debate entre diversos grupos.

De acordo com a crítica feita no dia 20 de abril de 2016, publicada no site Carta Capital, Djamila Ribeiro, pesquisadora, filósofa e política feminista, questiona com o subtítulo: “A intenção é enaltecer Marcela Temer como a mulher que todas deveriam ser, à sombra, nunca à frente”.

Fica evidente a tentativa da revista de fazer uma oposição ao que Dilma representa. Uma mulher aguerrida, forte, fora do padrão imposto do que se entende que uma mulher deve se comportar. Mas, é como se dissessem: mulher boa é a esposa, a primeira dama, a “que está por trás de um grande homem”. É evidente a misoginia da qual a presidenta Dilma vem sendo alvo. (...) A matéria de Veja confirma isso ao enaltecer Marcela Temer como a mulher que todas deveriam ser, à sombra, nunca à frente. Destaco que não critico aqui Marcela e mulheres que possuem estilo parecido. O problema é julgar que esse modelo deve ser o padrão. É não respeitar a mulher como ser humano, alguém que pode estar num lugar de liderança, e que tem o direito de ser como quiser sem julgamentos à sua moral ou capacidade. (RIBEIRO, 2016, p.1)

Contrapondo essa opinião, a historiadora Mary Del Priore, uma das maiores pesquisadoras da história das mulheres no Brasil, em entrevista ao site da BBC Brasil (PEREIRA, 2016), destacou que essa seria uma visão “intolerante” sobre o modo de vida de uma parcela significativa da população feminina do país e que a crítica feita não representaria o Brasil como um todo e sim o Brasil das capitais, do Rio de Janeiro, de São Paulo, onde há o Movimento Feminista, mulheres em cargos de comando, formadas em universidades; embora em muitas localidades brasileiras, principalmente no interior, esses adjetivos estão presentes e ainda são considerados características importantes para a escolha de uma esposa.

Isso faz parte da realidade dos tempos de hoje, da forma como nos comunicamos, mas é bom pensar que quando falamos em “mulher brasileira”, ela não é uma, mas complexa, há mulheres com formações diversas (...). Aliás, eu acho uma intolerância total esse tipo de crítica. O certo é respeitar. Se essa senhora quer viver dessa forma e faz feliz a si própria e ao seu marido, melhor para ela. Mas essa necessidade de querer que as mulheres se enquadrem numa tipologia de mulheres bem sucedidas, independentes, que fazem o que querem, deitam com quem querem ou então do seu oposto, como uma santa, em casa – essas tipologias caíram por terra. As mulheres gostam mesmo de representar todos os papéis possíveis quando elas têm a oportunidade. Eu digo sempre que a complexidade da subjetividade feminina implica em você ser santa e prostituta ao mesmo tempo, da rua e da casa ao mesmo tempo, em ter a carreira e uma realização doméstica. O grande sonho parece ser dar conta de todos esses papéis. Portanto, me parece intolerante essa reação crítica a uma pessoa que escolheu seguir esse caminho. (PEREIRA, 2016, p.1)

Essa discussão leva à retomada do questionamento sobre o papel da mulher na sociedade brasileira atual e a complexidade de ser “santa” ou “prostituta” (VIEIRA, 2013). Nesse sentido, o objetivo desse artigo está em compreender de que forma se deu a construção histórica da sexualidade da mulher na sociedade brasileira e com isso buscar respostas que justifiquem a estrutura de pensamento que opõe mulher e sexualidade.

Utilizou-se como método, uma revisão bibliográfica de autores que trazem com maestria diversos olhares sobre essa questão da sexualidade, a partir do período da colonização, até os dias atuais.

Resgate Histórico da Mulher na Sociedade Brasileira

- miscigenação do português com o índio e o negro:

O recorte histórico se inicia com a sexualidade indígena. Apesar de poucos historiadores trabalharem com o foco desse tema, é possível encontrar referências de como eram as mulheres do Brasil recém “descoberto” e o olhar europeu sobre elas.

Segundo Priore (2012), os portugueses, ao desembarcarem na que denominavam até então “Terra de Santa Cruz”, creram que haviam chegado ao paraíso. Ficaram impressionados com a beleza das índias “pardas, bem dispostas, suas vergonhas tão nuas e com tanta inocência assim descoberta, que não havia nisso desvergonha alguma”.

Assim, a primeira comprovação literária de referência ao país inclui o olhar “guloso” dos coloniza-

dores, narrando o corpo e as peculiaridades das indígenas; a carta em que Pero Vaz de Caminha (1500), o escrivão de Pedro Álvares Cabral, envia ao Rei de Portugal.

A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem feitos. Andam nus, sem cobertura alguma. Não fazem o menor caso de encobrir ou de mostrar de suas vergonhas; e nisso tem tanta inocência como em mostrar o rosto (...). Então estiraram-se de costas na alcatifa, a dormir, sem buscarem maneira de encobrir suas vergonhas, as quais não eram fanadas; e as cabeleiras delas estavam bem fanadas e feitas (...) E uma daquelas moças era toda tingida, de baixo a cima daquela tintura; e certo era tão bem feita e tão redonda, e sua vergonha (que ela não tinha) tão graciosa, que as muitas mulheres da nossa terra, vendo-lhes tais feições, fizera vergonha, por não terem a sua como dela (...) E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios que o não somos nós tanto, com o quanto trigo e legumes comemos. (CAMINHA, 500, p.95-114)

No trecho, destaca-se especialmente a estranheza do colonizador com a nudez das indígenas, a todo tempo descrita como algo vergonhoso, mas que, para essas mulheres, era tão natural quanto mostrar o rosto, apontando certa inocência. Com isso, nota-se que desde o início se iniciaria uma luta contra a nudez e o que ela simbolizava. Por isso, de acordo com Priore (2012), os padres jesuítas mandavam trazer tecidos para cobrir as crianças indígenas, permitindo que só assim frequentassem suas escolas.

Ou seja, já se desconstruía a visão inocente da nudez, sendo essencial para os colonizadores, vesti-la, como afastando esses povos do pecado e de um mal. A Igreja concebia duramente o corpo nu, como foco de problemas, luxúria e relacionados aos pecados da carne. Para Padre Anchieta, o fato das indígenas andarem desnudas e não se negarem sexualmente a ninguém era considerado um comportamento provocativo com potencial de gerar castigos divinos.

Ainda havia uma enorme escassez de mulheres brancas, como ressalta Freyre (2000 *apud* ALVES, 2016), o que terminava por fazer com que o “português sempre pendeu para o contato voluptuoso com mulher exótica”, (p.68). Com isso, recaiu sobre a mulher indígena a função de matriz de parceira sexual, pois a quantidade de mulheres brancas era insignificante. Segundo Ribeiro (1995), nesse período, os portugueses tomavam tantas quantas indígenas pudessem e, “incapaz de atender aos apelos da gente boa da terra, que pedia mulheres portuguesas, a Coroa acabou por dignificar através da lei e por estimular mediante regalias e prêmios o cruzamento com mulheres da terra” (RIBEIRO 2006, p.285).

Foi assim um período marcado por uma “intoxicação sexual”, segundo Freyre (2004, p.85 e 128), pois o comportamento indígena e suas ações eram grandes estimuladores sexuais para os portugueses. Priore (2012) ressalta, ainda, que “Aos olhos dos europeus, os selvagens não tinham sido ungidos pela graça divina. E seria considerado ofensivo colocar em dúvida os comportamentos cristãos para seguir o exemplo de índios” (p.18). Apesar disso, houve a fusão entre culturas.

À mulher indígena coube estruturar a família brasileira, pelo menos nas primeiras décadas da colonização. Seu papel, obviamente, não se resumiu à reprodução. Responsável pela educação de sucessivas gerações de brasileiros, a mulher indígena, segundo Freyre, impregnou suas marcas nas relações familiares, nos hábitos, nos costumes, na alimentação, nas brincadeiras infantis, na língua - em virtualmente toda dimensão da vida individual e familiar da sociedade brasileira. O homem indígena, por sua vez, foi prontamente aliciado ou forçado ao trabalho. O índio dedicava-se à caça e ao trabalho manual artesanal, mas não à agricultura, à exceção de formas muito rudimentares de cultivo - logo foi considerado como “preguiçoso” e “indolente”. (FREYRE, 2004, p.85-128).

Freyre (2004, p.129) diz que, na época, também houve enorme dificuldade de se escravizar a população indígena devido a sua falta de costume de se submeter ao outro para o trabalho. Por isso, a saída foi importar a mão-de-obra escrava da África, que já estava sendo realizada por outras colônias portuguesas. Assim, surge o terceiro elemento étnico de formação brasileira: o negro. Citando Wallace, Freyre (2002) diz que o negro possuía um comportamento mais extrovertido, visto como “o tipo do homem fácil, plástico, adaptável” (p.371).

Segundo Prado Junior (1957), isso deu início a um período marcado pela incumbência das escravas em satisfazer as necessidades sexuais de senhores, além da incumbência de atividades domésticas que já faziam. Freyre (2004) concorda, ao afirmar que, o grande número de filhos bastardos gerados no período, deve-se ao fato das perseguições dos senhores sobre suas escravas, assim que tomavam formas adultas, em abusos sexuais que muitas vezes derivavam em gestações.

Segundo Santana (2008), todo brasileiro traz em sua formação a marca da influência negra, que se revela, sobretudo, na “mímica excessiva, no catolicismo em que se deliciam nossos sentidos, na música, no andar, na fala, no canto de ninar de menino pequeno, em tudo que é expressão sincera da vida” (p.73). Essa

forte influência viria da convivência desde cedo com as escravas que embalavam e davam de mamar às crianças brancas, com as negras velhas que contavam as primeiras histórias de assombração, com os moleques que eram os primeiros companheiros de brinquedo e com as mulatas que tiravam até bichos-de-pé e muitas vezes eram procuradas pelos filhos dos senhores para a iniciação sexual. O autor, em uma interpretação aparentemente freudiana, insinua que as relações íntimas do ato de mamar da criança branca na ama-de-leite negra já possibilitaria o desenvolvimento psíquico desse pendor sexual pelas “mulheres de cor”.

Freyre defende que é absurdo responsabilizar o negro pelo que não foi obra sua, mas do sistema socioeconômico em que eram submetidos. “Não há escravidão sem depravação sexual. É da essência mesma do regime.” O próprio interesse econômico provoca a degradação criando nos proprietários uma ânsia desregada de possuir “o maior número possível de crias” (FREYRE, 1933, p.399).

Freyre (1933) cita que o próprio Joaquim Nabuco observou, em um manifesto escravocrata, que “a parte mais produtiva da propriedade escrava é o ventre gerador”. Assim, aquela anunciada “animalidade dos negros”, aquela “falta de freio aos instintos”, aquela “desbragada prostituição dentro de casa” – “sempre menos higiênicas do que a dos bordéis” – eram animadas constantemente pelos senhores brancos (FREYRE, 1933, p.399).

- a violência sexual nos tempos da colonização:

Segundo Prado Junior (1957), a vida social colonial, fundamentou-se na instituição de dois princípios primários do homem: o sexual, através das relações familiares; e o econômico, através do trabalho. Mas, foram: a escravidão e os abusos sexuais sobre as negras, que geraram a constituição de família naquele período. “As relações sexuais entre os senhores e suas escravas ocorriam mesmo quando elas se recusavam, uma vez que, a escrava era considerada propriedade do senhor, pouco adiantava tentar resistir à relação sexual” (DEL PRIORE, 2012, p.46).

De acordo com Freyre (2004), atribuíam-se ao clima quente a licenciosidade, a depravação e a subordinação que marcaram a vida sexual da família patriarcal colonial brasileira – confirmando o dito “não há pecado abaixo do Equador”. Embora alguns críticos afirmem que este autor incluía elementos de “doçura”, “proximidade”, “amolecimento”, na visão que tem das relações senhores e escravos. Porém, destaca-se que Freyre explicita que “essas relações não deixaram de reproduzir a superioridade dos brancos que, na maior parte dos casos, significava senhores desabusados e sádicos com escravas passivas” (p.33); havendo casos mais extremos ainda de violência: “Donos das terras. Donos dos homens. Donos das mulheres (...) Senhores mandando queimar vivas, em fornalhas de engenho, escravas prenhes, as crianças estourando ao calor das chamas” (FREYRE, 2004, p.57).

Assim, houve um processo de “embranquecimento” das populações índia e negra no país, através do estupro sistemático das mulheres submetidas, conforme Saffiotti (1994), que muitos chamaram romanticamente de “miscigenação” e de “mestiçagem”. Tal discurso ainda se vê presente nas construções sobre a “natureza” da brasileira morena, que justifica ataques de todo tipo contra mulheres pobres e com menos acesso aos direitos.

Desde os tempos pré-históricos até o presente, acredito, o estupro tem representado uma função vital; não é nada mais nada menos do que um processo consciente de intimidação através do qual todos os homens mantêm todas as mulheres num estado de medo (...) Como a arma básica de força contra as mulheres, o estupro, uma prerrogativa masculina, é menos um crime sexual do que uma chantagem de proteção; é um crime político, o meio definitivo de os homens manterem as mulheres subordinadas como o segundo sexo. (BROWNMILLE, 1975, p.15)

Salles (1996), aponta que “introduz-se a noção da natureza adversa, como algo a ser dominado e transformado” (p.6), incluindo nessa visão as mulheres. Almeida (2007) completa ainda afirmando que “o corpo feminino simboliza metaforicamente a terra conquistada. Nesse contexto, em um movimento metonímico, possuir a mulher nativa equivaleria a possuir a nova terra recém-revelada aos europeus” (p.462).

Lacerda (2010) afirma esta inclusão simbólica por meio da sexualidade:

A mulher e a terra eram metáforas uma da outra não só no sentido da exploração sensorial e sexual, mas também como meio de produção e de reprodução, como propriedades, tendo as mulheres sua sexualidade abusada ou controlada conforme os imperativos da colonização. Isso foi válido não apenas em relação às índias, mas também em relação às negras, às mestiças e às brancas. O controle, os estímulos e os influxos das mulheres foram relacionados ao seu papel de reprodutora de braços e de transmissoras de valores em função do interesse de colonização. Em função desse papel a mulher foi devastada e desgastada. (LACERDA, 2010, p.9)

Ribeiro (2016) sintetiza a questão: “nós surgimos, efetivamente, do cruzamento de uns poucos bran-

cos com multidões de mulheres indígenas e negras, cruzamento que se deu com doses altas de violência. Era o estupro como fundamento da ordem” (p.207). Como uma “espécie de sadismo do branco e masoquismo da índia ou da negra”, todas as relações sexuais entre brancos, índias e negras se deram em circunstâncias não favoráveis a mulher, que predominou tanto “nas relações sexuais como nas sociais do europeu com as mulheres das raças submetidas ao seu domínio” (FREYRE, 2004, p.85).

Já as mulheres brancas, as senhoras de engenho, eram destinadas ao casamento e a um controle rígido de sua sexualidade; ou seja, um adestramento da sexualidade ligado ao respeito ao pai e, depois, ao marido, além de uma educação dirigida exclusivamente para os afazeres domésticos” (ARAÚJO, 1997 *apud* DEL PRIORE, 2004).

Nesse sentido, Del Priore (1989) aponta que a Igreja tinha um papel relevante. Adestrava a sexualidade para que, com isso, se despertasse o interesse de se formar a família, tida como o eixo da moral cristã. Na concepção da Igreja, a mulher para se casar tinha que ser uma “mulher ideal”; ideal da elite motivada por questões econômicas ligadas diretamente à herança e à manutenção da nobreza. Assim, propagou uma mentalidade de continência e castidade para as mulheres em geral, promovendo as noções de virgindade, casamento e monogamia enquanto princípios básicos. Nesse sentido, a diferença de tratamento entre ricas e pobres era evidente: patriarcas costumavam assassinar filhas ou esposas que sáíssem da regra almejada ou por qualquer motivo que lhe conviesse; por isso, era pouco comum, homens manterem o mesmo casamento até a velhice, casando-se com as irmãs mais novas ou primas das falecidas (FREYRE, 2004), além de dispor obviamente das escravas.

Havia assim uma “submissão muçulmana diante dos maridos, sofriam humilhações, por isso, dirigiam-se a eles com medo, tratando-os sempre de senhor” (FREYRE, 2004, p.421). Tal comportamento provavelmente constituía um estímulo ao sadismo das sinhás para com as negras, reproduzindo nessas últimas as violências que sofriam. Freyre relata que, muitas vezes enlouquecidas de ciúmes, rancor e rivalidade sexual, as sinhás ordenavam arrancar os olhos de mucamas bonitas, ou determinavam vender mulatas a libertinos, ordenavam também que, cortassem fora os seios de escravas, queimassem o rosto ou orelhas, era uma lista infinita de crueldades.

Assim, conforme Del Priore (1997), dois estereótipos de padrões de mulheres foram instituídos: “o da mulher sem qualidades, luxuriosa, devassa, em oposição ao da santa-mãezinha. Normalmente tais estereótipos foram associados à raça: a simbologia das brancas frígidas em contraposição com as negras foga-sas” (p.58). Além disso, a autora aponta que a “imposição da sexualidade doméstica passou pela execração daquela que era pública, ou seja, da prostituição” (p.149). De lado a mulher destinada a criação dos filhos, do prazer erótico; de outro; a “prostituição estéril”, onde a mulher era forçada a fazer abortos e não poderia sonhar na constituição de uma família:

Os homens senhores de escravos faziam o papel de alcoviteiro, porque obrigavam suas escravas à venda do sexo, explorando o lucro (não só eram sujeitadas as escravas à prostituição, mas por vezes à bigamia, por imposição de seu senhor). (...) O que raramente acontecia era a prostituição de donas – das senhoras brancas proprietárias. As negras e as mestiças formavam amplamente o maior contingente de meretrizes. As prostitutas, “que teriam impressas nas suas carnes, até os ossos, as marcas de suas misérias”, foram úteis para a construção e a valorização do oposto, da mulher pura. (SILVA, 2002, p.249-267)

Vainfas (1997) afirma que a Colônia era uma terra silvestre com pouquíssimas cidades, sem bordéis, em que as prostitutas trabalhavam sem o tradicional prostíbulo, evidenciando a vulnerabilidade das mulheres pobres, forras ou escravas daquele tempo. Salienta ainda, nos centros mais urbanos, que em função dessa escassez de locais privados para se ter prazer, quase todos os lugares eram usados para fazer sexo: praças, fontes, ruas e casas de comércio até esbarrar nas autoridades ou nas reclamações das vizinhanças, em decorrência do constante barulho que faziam. Ao mesmo tempo ocorriam brigas entre mulheres “puras” e “impuras”, com prostitutas sendo acusadas de depravação pela Igreja (DEL PRIORE, 1989).

- religião e sexualidade: filhas de Maria ou Eva?

Inicialmente, com relação às índias, a religião, por meio dos jesuítas desempenhou um papel fundamental na domesticação dos corpos e apetites sexuais, como aponta Vaifans (1999). Por meio da coibição à nudez e dos atos considerados libidinosos, como a poligamia e a sodomia, buscaram a todo custo introduzir a tradição da monogamia e a heteronormatividade como padrão.

Seguidamente, com a constituição da sociedade colonial, a Igreja contribuiu para que as senhoras “puras” reafirmarem-se como “filhas de Maria”, sendo as pecadoras “filhas de Eva”; por isso essas últimas deveriam ser alvo de punições, sofrimentos e expulsões (DEL PRIORE, 1989, p.22). Para Igreja, a mulher ideal era uma espécie de Maria imaculada, assexuada e que não representava nenhum tipo de mal ao homem,

nem o levasse à tentação carnal (VASCONCELOS, 2005); ou seja, era quase o próprio demônio.

Essa concepção religiosa teve início na era medieval, onde a religiosidade e a negação do prazer sexual reforçaram um imaginário misógino: “sobre as mulheres, há um peso enorme ancorado na concepção do pecado original, da tentação feminina” (JOAQUIM, 1997 *apud* OLIVEIRA; FRADE, 2011, p.112), ligando a mulher à falta, ao mal”, à sedução e ao pecado do desregramento carnal, além de tagarela, mentirosa, dissimulada, licenciosa, mesquinha, invejosa e vingativa. Controlar o feminino, segundo Vasconcelos (2005), se dava para melhor proteger os homens, no que a Igreja se esforçava para ajudar “as virgens a permanecer puras, as viúvas a permanecer castas e as damas a cumprir sua função de esposa” (IDEM, IBIDEM, p.114).

A mulher deveria permanecer calada, não possuía direitos na relação homem. Além disso, era silenciada pelos sermões e punições religiosas (VASCONCELOS, 2005). Segundo Vasconcelos (2005), a formação da palavra “Eva” favorecia uma troca de posição dos signos linguísticos, formando a palavra: “Ave”, expressão utilizada pelo anjo Gabriel para saudar a Virgem Maria, e “Vae”, que significa desgraça; ou seja, três letras dizem tudo, de acordo com a maneira como são compostas em latim.

A mulher é a pecadora (Eva), que leva simultaneamente à magnífica Virgem Mãe Maria (Ave) e à desgraça (Vae). A mulher conduz à vida e à morte. (OLIVEIRA; FRADE, 2011, p.109)

Esse violento projeto normatizador, como atenta Del Priore (1997), resultou em tantas associações negativas transmitidas às populações femininas, que resultou em promover a “sua inferioridade física e moral, de delimitar o seu papel, de normatizar seus corpos e almas, e esvaziá-las de qualquer saber ou poder ameaçador” (p.35), tornando a mulher casta e obediente.

Da Matta (1997) diz que a experiência histórica brasileira constituiu, assim, uma lógica binária entre a casa e a rua. A rua é o local que permite usufruir a sexualidade, o que dá vazão aos desejos e fantasias pessoais, porém de forma abafada e obscura, um campo de competição perene, onde as situações e posições sociais não seriam tão delineadas, um espaço privilegiado para a malandragem e a prostituição. Já a casa é o local das hierarquias, onde os papéis são estabelecidos e divididos, onde a moral se impõe baseada nos preceitos e interdições e onde há a “mulher de família e um lar de respeito”. Ou seja, esse par analítico “casa-rua”, refere-se ao fato de que a casa seria reservada à mulher; e a rua, ao homem.

Quanto aos homens, em todas essas situações, Vaifans (1999) afirma que contavam seus atos extraconjugais sem nenhum respeito às mulheres índias e às “negras da terra”, que os colonos tratavam como prostitutas, isto é, “mulheres públicas” e de fácil acesso em troca de moedas ou algum presente. Ainda ressalta que os homens mais desbocados pareciam concordar que não havia pecado em “dormir com índias” ou “mulheres públicas”, mas apenas se isso ocorresse com mulheres “brancas e honradas” ou mulheres casadas em relações extraconjugais (VAIFANS,1999, p.241).

Esse reforça um sistema que a sexualidade ocupa o centro das questões, nos lembra o questionamento de Foucault:

...toda atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade, há dois ou três séculos, não estaria ordenada em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir a forma das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora? (FOUCAULT, 1985, p.38)

- compreendendo a sexualidade feminina hoje:

Sexualidade, segundo definição do dicionário é “(1) qualidade do que é sexual; (2) modo de ser próprio do que tem sexo” (DICIONÁRIO PRIBERAM, s/d). Definida sem muita profundidade e importância, é, da mesma forma, assim muitas vezes vista. Tal definição, no entanto, evoluiu e sofreu inúmeras e profundas metamorfoses ao longo dos tempos, acompanhando as transformações históricas e sociais e impulsionando muitas delas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações e, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico. A saúde mental é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciem positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. (OMS, 1975 *apud* MARTYRES, 2011, p.1-2)

A sexualidade se transforma ao longo dos anos; é dinâmica. Por isso, em publicação posterior, a OMS ampliou a sua definição:

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (OMS, 2007 *apud* AMARAL, 2007, p.3)

Essa amplitude nos aponta o quanto a sexualidade está presente em nossa vida, desde antes de nascermos, no momento de nossa concepção, e nos acompanha até a nossa morte, englobando sentimentos como amor, intimidade, acolhimento e afetividade, associados à nossa saúde física e mental.

Porém, é comum observar o discurso da sexualidade voltando tão somente ao fenômeno biológico, oferecendo uma visão reducionista da sexualidade. Além disso, existe o olhar patológico sobre a sexualidade e que a compreende através de conceitos normativos de adequação e inadequação sexual, o que muitos autores criticam:

O fato é que o exercício da sexualidade humana se rege num complexo contexto biopsicossocial. Nossa espécie, pela aquisição de sutis características anatômicas e fisiológicas, é a única no Reino Animal a poder exercer a sexualidade fora dos limitados padrões do sexo-reprodução. Nossa sexualidade, por isso mesmo, é influenciada fortemente, além dos fatores orgânicos, por elementos sociais e emocionais. E para cada um desses três compartimentos poderíamos traçar regras de "normalidade" (VITIELLO, 1998, p.1).

Vitiello (1998) ressalta que o conceito de "normal" em sexualidade se resume ao satisfazer sexualmente a si e satisfazer sexualmente o outro numa situação de parceria, desde que isso não traga riscos ou danos a si mesmo, à outra pessoa ou ao meio social. Por isso, as questões da sexualidade não podem ser reduzidas ao conceito básico de "normalidade", nem à medicalização. Ao contrário, devem abranger percepções sobre o corpo, o prazer/desprazer, valores afetivos, levando em conta as questões biológicas, psicologias e sociais (TRINDADE, 2008).

É interessante, também, destacar que sexualidade não se restringe ao sexo; ou seja, aos órgãos genitais e à relação sexual. Sexualidade é também tudo aquilo que somos capazes de sentir e expressar (BENTO *et al.*, 2007). Nesse sentido, compreendermos como foram historicamente construídas as bases da sexualidade, auxilia na compreensão da sexualidade das pessoas.

A premissa básica é entender que a sexualidade, como premissa básica da existência, deve ser vivida plenamente por todas as pessoas, sem medo, vergonha, culpa, crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos e sentimentos. Ou, como diz Bento e colegas:

Sexo é vida. É expressão de vários sentimentos. Sexo é amor, é carinho, é autoconhecimento. Sexo é escolha. Sexo é liberdade. Sexo é dar e receber. Sexo é pura energia, integração com o universo. (BENTO *et al.*, 2007, p.1).

Por isso, a sexualidade deve ser vivida de forma igualitária pelo homem e pela mulher, de forma a garanti-los ao máximo o prazer, bem-estar e felicidade.

No entanto, representações e estereótipos de feminilidade e masculinidade, enquanto construções sociais, bem como na formação de cada pessoa individualmente, atuam na consolidação da formação da sexualidade, determinando posturas, sentimentos e até ações.

O histórico negativo associado à mulher brasileira, com ideal de gênero feminino de "ser mãe, o cuidar e o maternar, a dependência, o ser companheira do homem, a pureza, a docilidade" (FAGUNDES, 2005, p.14), impactam na sexualidade feminina. Ao mesmo tempo que é evidente que a educação sexual recebida pela maioria das mulheres não é a remediadora para todos os problemas e dificuldades que esse histórico, no que diz respeito à sexualidade, feminina sujeitou as mulheres, colocando-as ora como exóticas, ora como degradantes, ora como assexuadas, ora como demônios e, de toda forma, submetendo-as à submissão, muitas vezes por meios desumanos.

Dessa forma, se passou os 500 anos dessa nação. Porém, ao contrário da mulher do passado, hoje a mulher vem conquistando o seu espaço na sociedade, enfrentando desafios e buscando maior igualdade e liberdade. Essa demanda não é apenas social, mas há também o desejo nela em responder a essa pressão que está submetida, também na sexualidade. Essa nova forma de marcar o ser mulher, que sofreu forte influência das lutas feministas, da liberação e conquistas sexuais a partir dos anos 1960 (NAPOLITANO, 2013),

e da conquista de direitos, traz novas questões.

Posteriormente, o discurso sobre o direito da mulher ter a satisfação sexual passou a ser a busca pela vivência do orgasmo (RODRIGUES, 2014). E a grande parte das mulheres já não aceita mais tantas limitações, sua inserção no mercado de trabalho gerou autonomia, mas muitas se veem presas a duplas jornadas de trabalho (NAPOLITANO, 2013).

De qualquer forma a subordinação feminina vem sendo vencida, questionando situações de desigualdade e violência antes tidas como naturais; embora ainda não se revelem como comportamento explícito em geral na área da sexualidade (RODRIGUES, 2014).

Nesse sentido e tomando emprestadas concepções da Psicanálise, de que somos resultado e expressão de nossa história de vida, ainda temos muito a galgar no campo da sexualidade. Os padrões impostos de repressão sexual, as proibições nas práticas sexuais genitais (CHAUÍ, 1991) são aspectos profundos ainda presentes para muitas mulheres.

Para muitos grupos, como a Igreja Católica, a sexualidade é, ainda em dias atuais, concebida segundo o paradigma filosófico de São Tomás de Aquino. A representação social hegemônica da identidade feminina ainda disfarça os desejos, as ambiguidades, as ambivalências, tornando o corpo um corpo dominado, que deve incorporar os modelos do consenso social, pautado num destino social reservado há muito tempo, sem deixar espaços para outros caminhos (FOUCAULT, 1996, p.48).

Para entendermos a expressão da sexualidade das mulheres hoje cabe uma constante análise dos caminhos percorridos pela mulher em nossa sociedade, considerar quantas mulheres ainda expressa conceitos antigos instituídos, libertar a mulher em sua identidade. Assim, se criará uma nova identidade sexual para a mulher, mais igualitária, que valorize a satisfação de sua sexualidade, exigida por todas as mulheres, inclusive as que não se encaixam nas expressões sociais atuais (RODRIGUES, 2014).

Considerações Finais

Considera-se que a mulher brasileira, no decorrer dos séculos, passou por um histórico de abusos, retaliações, opressões e limitações que a marcaram, bem como a seus corpos e sua sexualidade.

Essa situação combinada à exploração da miséria e da desigualdade socioeconômica, aos estigmas raciais de todos os tipos foram traços essenciais do período colonial brasileiro, além da moralização e da contenção através da religião que deixaram traços até os dias atuais.

Com o passar das décadas a mulher foi adquirindo mais espaço social, autonomia e liberdade, mas ainda não se sente e nem está totalmente livre. É fundamental refletir sobre o caminho percorrido até hoje para não apenas entender a origem de tantos mitos, discursos e limitações, mas também para atuar melhor sobre eles, para que a mulher se torne inteira, dona de si mesma e consciente de seu papel social, inclusive para viver e encarar a sua sexualidade de forma livre.

Referências Bibliográficas

AMARAL, V. L. *Psicologia da educação*. Natal: EDUFRN, 2007.

BENTO, J.; GONÇALVES, M. C.; PRIZMIC, P. *Sexualidade: autoconhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Alaúde, 2007.

BROWNMILLER, S. A. *Our will: men, women and rape*. New York: NYP, 1975.

CAMINHA DE, P. V. *Carta de Pero Vaz de Caminha a El-Rei D. Manuel sobre o achamento do Brasil*. São Paulo: Editora Martin Claret, 1999.

CHAUÍ, M. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. 5ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

DA MATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis: para uma Sociologia do dilema brasileiro*. Editora: Zahareditores, 3ª

edição, Rio de Janeiro, 1997.

DEL PRIORE, M. *A mulher na história do Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 1989.

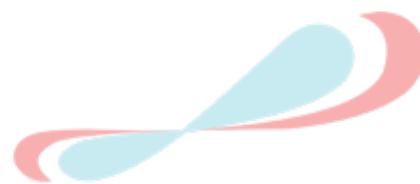
DEL PRIORE, M. *História das mulheres do Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 1997.

DEL PRIORE, M. M. *Histórias íntimas: sexualidade e erotismo na História do Brasil*. São Paulo: Editora Planeta, 2012.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Sexualidade. [Internet]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/sexualidade>

FAGUNDES, T. C. P. C. *Sexualidade e gênero: uma abordagem conceitual: ensaios sobre educação, sexualidade e gênero*. Salvador: Editora Helvécia, 2005.

- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FREYRE, G. *Casa-grande & senzala*. 49ª ed. São Paulo: Círculo do Livro, 2004.
- FREYRE, G. *O escravo negro na vida sexual e de família do brasileiro*. São Paulo: Círculo do Livro, 1933.
- LACERDA, M. B. *Colonização dos corpos: ensaio sobre o público e o privado - patriarcalismo, patrimonialismo, personalismo e violência contra as mulheres na formação do Brasil*. [Tese]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010. [Internet]. Disponível em: http://www2.dbd.pucRio.br/pergamum/tesesabertas/0812079_10_cap_03.pdf
- LINHARES J. Marcela Temer: bela, recatada e "do lar". *Veja*. abril.com.br, 18 abr 2016. [Internet]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar/>. Acesso em: 14 fev 2022.
- LOPES, M. A. S. A "intoxicação sexual" do novo mundo: sexualidade e permissividade no livro Casa-Grande & Senzala. *Mediações-Revista de Ciências Sociais*, v.8, n.2, p.171-189, 2003.
- MARTYRES, T. R. Programa de saúde sexual governamental: contribuições, dificuldades e limitações. *II Simpósio Internacional de Educação Sexual*. Maringá: UEM, 2011. Disponível em: <http://www.sies.uem.br/trabalhos/2011/216.pdf>
- NAPOLITANO, M. *Como usar o cinema em sala de aula*. São Paulo: Contexto, 2013.
- OLIVEIRA, M. M. L.; FRADE, S. O imaginário feminino na virtuosa benfeitoria e sua mediação entre o homem e o paraíso. *Mirabilia*, n.12, p.105- 123, 2011.
- PEREIRA, N., Crítica a 'bela, recatada e do lar' é intolerante com Brasil 'invisível', diz historiadora. BBC News, 21 abr. 2016. [Internet]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/04/160418_marydelpriore_entrevista_marcella_temer_np
- PRADO JUNIOR C. *Sentido da colonização: formação do Brasil contemporâneo (Colônia)*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1957.
- RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. 2º Ed., São Paulo: Editora Companhia das Letras, 1995.
- RIBEIRO, D. Bela recatada e do lar: matéria da Veja é tão 1972. *Carta Capital*, 20 abr. 2016. [Internet]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/bela-recatada-e-do-lar-materia-da-veja-e-cao-1792/>
- RODRIGUES JUNIOR, O. M. *Mulheres, mudanças da expressão sexual e a pornografia*. São Paulo: IMPASEX, 2014. [Internet]. Disponível em: <http://psicologia.inpasesex.com.br/index.php/2014/08/mulheres-mudancas-da-expressao-sexual-e-a-pornografia/>
- SAFFIOTTI, H. *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.
- SANTANA, M. C. *Alma e festa de uma cidade: devoção e construção na Colina do Bonfim*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- SILVA, M. B. N. *Donas e plebeias na sociedade colonial*. 1ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 2002.
- TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.3, p.417-426, 2008. [Internet]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300002>
- VAINFAS, R. Moralidade brasileira. In: SOUZA, L. M.; NOVAIS, F. A. *História da vida privada no Brasil I*. 3ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- VASCONCELOS, V. N. P. Visões sobre as mulheres na sociedade ocidental. *Revista Artemis*, n. 3, p.1-10, 2005. [Internet]. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/2209/1948>
- VIEIRA, S. S. "Nem santa, nem puta": performances de gênero e sexualidade em mulheres praticantes de swing. [Dissertação]. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013. [Internet]. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/15318/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final_S%C3%A2mella%20Vieira%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- VITIELLO, N. Um breve histórico da sexualidade humana. *Revista Brasileira de Medicina*, v.55, 1998.



O Controle e a Libertação da Sexualidade Feminina: da religião à publicidade X avanços feministas e educação sexual

The Control and Liberation of Female Sexuality: from religion to advertising X feminist advances and sex education

Andrei Uemura Martins Marsiglia

andreimarsiglia@gmail.com

Graduada em Administração de Empresas pelas Faculdades de Educação e Cultura Montessori e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora e membro da ABRASEX

Resumo:

Esse artigo consiste em discutir a moralidade e formas de controle impostas à sexualidade feminina, principalmente pela influência religiosa e pelo capitalismo, mas também a oposição que as propostas e contribuições feministas trouxeram para a libertação das mulheres e que impactam no auto-conhecimento e autonomia de seus corpos, assim como a importância da educação sexual para a continuidade dessas conquistas.

Palavras-chave: Sexualidade feminina; Crenças limitantes; Educação sexual.

Abstract:

This article consists of discussing the morality and forms of control imposed on female sexuality, mainly by religious influence and capitalism, but also the opposition that feminist proposals and contributions have brought to the liberation of women and that impact self-knowledge and autonomy of their bodies, as well as the importance of sex education for the continuity of these achievements.

Keywords: Sexual feminine; Beliefs limiting; Sexual education.

Introdução

Através de pesquisas, vemos que a religião foi e ainda é uma das principais causas da retração do conhecimento sobre a sexualidade. A cultura da sociedade, muito influenciada pelo padrão religioso, também influenciou e ajudou a retrain, de forma visível, a sexualidade, principalmente a feminina.

A partir da época da Revolução Industrial as mulheres europeias e, depois as americanas, conquistaram mais liberdade de expressão. Muitas lutaram pela liberdade feminina, algumas até perdendo as suas vidas por essa luta. Nessa época, os movimentos feministas foram muito importantes para tais conquistas e se mobilizam até os dias de hoje buscando visibilidade, porém sem tanta força.

Entre os itens da emancipação, as mulheres adquiriram um pouco mais de liberdade e de conhecimento sobre a própria sexualidade. Posteriormente, tais se difundiram para os países da América Latina, incluindo o Brasil, criando um movimento feminista que, inclusive, a partir da década de 1970, foi mobilizado pelo direito ao prazer feminino.

Com tantos acontecimentos a modernidade chegando, a liberdade feminina, a sua sexualidade aflorada, as propagandas, TV, músicas e voz de expressão, a sexualidade feminina entrou com muita força nas redes sociais, impondo um padrão de beleza e de sexualidade feminina, desta forma, definindo então um padrão de beleza na sociedade. Mas essa busca não atingiu apenas mulheres, atingiu homens também e as crianças, essas passaram a interiorizar desde cedo o padrão do belo e do corpo perfeito.

Mesmo com toda essa evolução das conquistas femininas, ainda encontramos muitos paradigmas

e tabus dentro da nossa sociedade. A religião e a educação sexual (ou a falta dela), ainda contribuem com a repressão feminina, tanto nas relações familiares, como em outros espaços educacionais iniciais não há estímulo ao conhecimento sobre a sexualidade da mulher, algo que acarreta malefícios à saúde física e psicológica.

Segundo Rangé (2001), a falta de conhecimento sobre a sexualidade, pode trazer várias disfunções sexuais, socioculturais e, até mesmo, físico-orgânicas.

O Controle da Sexualidade Feminina

- o papel da religião:

Cada religião trata a sexualidade de uma forma diferente. A sexóloga e psicóloga Kelly Cristine Barbosa Cherulli (2007) faz um comparativo da posição de algumas religiões sobre a sexualidade: as religiões cristãs são semelhantes em seus princípios em relação à sexualidade; associam-na ao "pecado original", ao pecado de Adão e Eva no jardim do Éden. Desta forma, a Igreja Católica associa o sexo à luxúria, carregada de carga negativa e culpa; autorizando sua realização somente para a propagação da espécie.

Assim, no Catolicismo, apesar dos muitos conflitos e discussões sobre o tema, em 1994, foi feito um afunilamento ideológico-sexual, reafirmando a prerrogativa de valorização da virgindade, da imposição de culpa pelo sexo antes do casamento e da proibição de qualquer método anticoncepcional, do aborto, da homossexualidade e do sexo anal. Enquanto uma das religiões mais presentes no mundo sua doutrina restringe o exercício da sexualidade ao casamento e à reprodução (CHERULLI, 2007).

O Protestantismo, segundo Cherulli (2007), também é restritivo com relação ao sexo fora do casamento e igualmente contra o adultério, homossexualidade, sexo anal, variações sexuais e aborto. Porém, são adeptos dos métodos contraceptivos para o planejamento familiar. Com relação à masturbação não se rotula como um pecado, mas é desaconselhada. E quanto às disfunções sexuais, indica que o pastor seja informado para que oriente encaminhamento. Atualmente, essa é a religião que mais se apega ao detalhe do controle sexual no ocidente e no Brasil, sendo considerada uma das mais rígidas nesse quesito, julgando aqueles que não seguem fielmente tais recomendações.

No Espiritismo kardecista, os métodos contraceptivos são aceitos desde que não lesem o plano físico. Laqueadura e vasectomia são proibidas, salvo se, por necessidade médica. Condenam o adultério e o aborto. Entretanto, não condenam o sexo antes do casamento, desde que haja uma união consensual, sendo a homossexualidade aceita (CHERULLI, 2007).

Já na Umbanda, também uma religião espírita, não há restrições quanto ao sexo antes do casamento, porém os médiuns não podem praticá-lo em dias de ritual. Condenam o adultério e o aborto, porém, a masturbação e os métodos anticoncepcionais podem ser usados e, nos casos de disfunções sexuais, recomendam a procura médica (CHERULLI, 2007).

No Judaísmo, há neutralidade referente ao sexo antes do casamento e aceitação da masturbação, mas condenam o casamento com pessoas de outras religiões, assim como o adultério, o sexo anal e variações sexuais. Para métodos anticoncepcionais são aconselhados os naturais (tabelinha) e, no que se refere a disfunções, aconselham a procura do rabino (CHERULLI, 2007).

No Islamismo, o sexo antes do casamento é proibido e o casamento também só é permitido com pessoas da mesma religião. Recriminam o adultério e a masturbação e são contra o aborto e os métodos contraceptivos. Já para as disfunções sexuais masculinas se orienta a procura médica e para mulheres não consideram importante esse amparo (CHERULLI, 2007).

Assim, a autora verifica que, entre as tradicionais, as religiões espíritas são as mais abertas à sexualidade, embora reproduzam discursos de controle em várias esferas.

No Budismo tudo é permitido, desde que não haja prejuízo físico e variações sexuais. Para o aborto são dadas orientações para o conhecimento da importância da vida, pois a meta é que o indivíduo seja feliz. Esta é uma das poucas religiões que não restringe o indivíduo (CHERULLI, 2007).

No Exoterismo, a única objeção é contra o aborto que é considerado crime (CHERULLI, 2007).

De forma geral, vemos que a maior parte das religiões têm restrições seculares, senão milenares, quanto ao sexo e à sexualidade. As religiões mais tradicionais são as que impõem mais restrições, como o catolicismo, o protestantismo e o maometismo, todas originárias do judaísmo, sequencialmente obedecendo à Torá, à Bíblia e ao Corão; as demais levam uma pregação mais voltada à espiritualidade, pela consideração da vida, do bem estar e pelo desenvolvimento das almas e são mais liberais.

- família, traumas e problemas sexuais:

No Ocidente, o passado católico trouxe restrições à sexualidade feminina, além da valorização do masculino: o homem é o sexo forte e provedor de tudo, o ser perfeito, enquanto a mulher é o sexo frágil que deve servi-lo de forma submissa. Este foi, sem dúvida, o principal fator de controle da sexualidade.

Outro mecanismo de controle da sexualidade foi a família que absorveu a cultura religiosa cristã preconizada pelo Catolicismo e Protestantismo, introjetando restrições, por obediência ou medo social, juntamente à preocupação com o futuro de filhos e filhas. De forma geral, garantiu que não haja diálogo sobre a sexualidade dentro de casa, além de propor a postergação da descoberta da sexualidade de filhos, mas principalmente filhas, reproduzindo o discurso repressivo.

Segundo Giddens (1993), a Igreja instituiu a confissão regular para controle da vida sexual dos fiéis logo após a Contra Reforma, sendo investigadas as fantasias, os detalhes das relações. Posteriormente, estudiosos da psiquiatria tomaram a mesma medida com seus pacientes para entender quais eram os segredos do sexo (CASTRO, 2007).

Não somente foi ampliado o domínio do que se podia dizer sobre o sexo e foram obrigados os homens a estendê-lo cada vez mais; mas, sobretudo, focalizou-se o discurso no sexo, através de um dispositivo completo e de efeitos variados que não se pode esgotar na simples relação com uma lei de interdição. Censura sobre o sexo? Pelo contrário, constituiu-se uma aparelhagem para produzir discursos sobre o sexo, cada vez mais discursos, susceptíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia. (FOUCAULT, 1985, p.26)

Segundo Foucault (1993), no final do século XVII, a noção deturpada sobre a sexualidade criada pela burguesia capitalista criou dispositivos para que fossem gastas energias somente para o trabalho, fazendo com que o homem deixasse o sexo, que é uma das maiores fontes de energia e prazer, ao domínio de ser um assunto íntimo do casal, por expressão do caráter procriador do ato (CASTRO, 2007). Em 1985, o assunto sexualidade ficou restrito ao quarto do casal e mais nada.

A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais. (FOUCAULT, 1993, p.9-10)

Atualmente, a sociedade pela sua formação sociocultural e religiosa é o principal fator atual que controla a sexualidade feminina, rotulando, julgando, condenando e restringindo seus atos e tornando as mulheres acuadas para descobertas e práticas. Por isso, mesmo quando se dá a autodescoberta, as mulheres muitas vezes ainda sentem culpa ou peso na consciência, o que pode trazer traumas para suas vidas.

Conforme Rangé (2001), a falta de informação sexual, as distorções dos ensinamentos (seja por preceitos religiosos ou sociais) ou a estimulação excessiva, podem determinar os mais variados distúrbios na atividade sexual. De modo geral, apresentam-se as causas psicossociológicas das disfunções sexuais em duas categorias: causas socioculturais (ligadas a fatores psicológicos individuais, geralmente introjetados e influenciados pela cultura) e causas comportamentais (relacionadas a problemas físicos, orgânicos). Diante de tais problemas, muitas mulheres devido à falta de informação e conhecimento, acabam escondendo os sintomas, levando-as a ter muito desconforto no sexo que, por medo do julgamento, acabam vivenciando o problema de forma silenciosa.

O início da liberação sexual feminina

- o Movimento Feminista:

Por muito tempo, as mulheres se rebelaram em busca de melhores condições, muitas delas acabaram pagando com suas vidas por essas lutas. A Igreja Católica era um dos grandes controladores dos direitos de expressão da mulher em função dos seus princípios dogmáticos. A primeira onda do feminismo se deu na última década do século XIX. As "sufragetes" como eram chamadas, iniciaram esse movimento em Londres, realizando uma luta incansável, em que muitas mulheres fizeram greves de fome, foram presas ou mortas, como a da feminista Emily Davison, que se atirou de frente ao cavalo do Rei. A primeira vitória obtida foi o direito ao voto. (PINTO, 2009).

O Brasil seguiu a mesma linha do movimento de Londres. Bertha Lutz, cientista e bióloga, considerada "sufragete" brasileira, voltou ao Brasil em 1910 influenciada por essa luta, fundando a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, entidade que organizou a campanha pública, em 1927, pautando o projeto de lei

em prol do voto feminino. A luta levou à aquisição desse direito em 1932, quando foi promulgado o Novo Código Eleitoral brasileiro (PINTO, 2009).

Nesse mesmo período, vale lembrar o movimento feito pelas operárias anarquistas que se reuniam na “União das Costureiras, Chapeleiras e Classes Anexas”. Em manifesto de 1917, proclamaram: “Se refletirdes um momento vereis quão dolorida é a situação da mulher nas fábricas, nas oficinas, constantemente, amesquinhas por seres repelentes” (PINTO, 2003, p.35 *apud* PINTO, 2009, p.16).

Embora esses movimentos, tanto nos Estados Unidos, Europa e no Brasil, tenham perdido força na década de 1930, retornaram com relevância na década de 1960, influenciados pela publicação de “O Segundo Sexo”, por Simone de Beauvoir. Na mencionada obra, Beauvoir estabelece uma das máximas do feminismo: “não se nasce mulher, se torna mulher” (PINTO, 2009).

Na década de 1960, o envolvimento dos Estados Unidos na guerra do Vietnã e o poder dos Estados Unidos fez com que muitos jovens se rebelassem contra as convocações à guerra e, juntamente ao Movimento Hippie que nascia na Califórnia, surgisse a proposta de uma nova forma de vida, com novos valores morais, pautados pelo lema “paz e amor”. Na Europa, o mesmo ocorria com o “Maio de 68”, em Paris, quando estudantes ocuparam a universidade Sorbonne opondo-se à ordem acadêmica estabelecida. Esses movimentos tiveram reflexos em todo o mundo.

Em 1963, Betty Friedan lança a “bíblia” do novo feminismo: “A Mística Feminina”, abordando diretamente as relações de poder entre homens e mulheres. O feminismo aparece, mas com um novo pensamento, no ganho de espaço no trabalho, na educação e na vida Pública, esses acompanhados pelo direito a liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida e seu corpo (PINTO, 2009).

A partir desse momento, as mulheres se tornam mais esclarecidas sobre a libertação de seu papel da esfera familiar, o que as levou a querer assumir autonomia sobre o próprio corpo e sua sexualidade, paralelamente à oferta de pílulas anticoncepcionais que começa a ocorrer, permitindo à mulher separar o sexo da maternidade:

As amarras do binômio sexualidade-reprodução foram cortadas, a partir dos anos 60 do século passado, quando o movimento feminista ganhou impulso, fazendo com que as ideias sobre casamento monogâmico ruíssem e a liberdade sexual se estabelecesse. Esse movimento foi reforçado com o advento da pílula contraceptiva que possibilitou, às mulheres, o arbítrio sobre o próprio corpo e o acesso a uma sexualidade não reprodutiva. Essa nova ordem fez com que as mulheres pudessem se libertar de uma função quase que imposta a seus corpos e optassem por ter ou não filhos. (FRANCA; BAPTISTA, 2007, p.203)

As exiladas brasileiras do Regime Militar pós-1964, principalmente que estavam em Paris, começaram a conhecer o feminismo europeu e participar de suas reuniões. Em 1976 em Paris, foi lançada a “Carta Política pelo Círculo da Mulher”, que apresentou a situação real que elas passavam (PINTO, 2009).

Ninguém melhor que o oprimido está habilitado a lutar contra a sua opressão. Somente nós mulheres organizadas autonomamente podemos estar na vanguarda dessa luta, levantando nossas reivindicações e problemas específicos. Nosso objetivo ao defender a organização independente das mulheres não é separar, dividir, diferenciar nossas lutas das lutas que conjuntamente homens e mulheres travam pela destruição de todas as relações de dominação da sociedade capitalista. (PINTO, 2003, p.54 *apud* PINTO, 2009 p.17)

No Brasil, em função do regime militar, frente ao momento de total repressão, houve grande luta política envolvendo grupos de esquerda, alguns, inclusive, aderindo às guerrilhas. Com esses acontecimentos se deram as primeiras manifestações feministas da década de 1970, frente à desconfiança militar:

Em 1975, na I Conferência Internacional da Mulher, no México, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou os próximos dez anos como a década da mulher. No Brasil, aconteceu, naquele ano, uma semana de debates sob o título “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”, com o patrocínio do Centro de Informações da ONU. No mesmo ano, Terezinha Zerbini lançou o Movimento Feminino pela Anistia, que terá papel muito relevante na luta pela anistia, que ocorreu em 1979. (PINTO, 2009, p.17)

O período de maior crescimento do movimento Feminista no Brasil se deu na década de 1980, com grande influência da classe média intelectualizada, mas se expandiu chegando à classe mais popular, que trouxe suas demandas, passando a discutir e pleitear temas que incluíam: violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito a saúde materno infantil, luta contra o racismo, opções sexuais e outros mais (PINTO, 2009).

Assim, o “feminismo” enquanto movimento de mulheres da classe média, em sua maioria intelectualizadas, no Brasil, infla suas demandas junto à luta contra a Ditadura Militar de 1964-1985, momento em que

questionou padrões culturais (FIGUEREDO, 1994; GOLDBERG, 1987), ampliando a existência da mulher no espaço público (RAGO, 1995/1996).

Fora do feminismo, mas também influenciadas por ele, surgiam outras revistas destinadas a um público feminino mais amplo, como as revistas Nova e Mais, inspiradas nos padrões jornalísticos norte americanos, que propunham novas linguagens em relação ao corpo e à sexualidade da mulher e uma reflexão que, embora construída nos marcos de um pensamento pouco contestador, avançaram a discussão de assuntos considerados tabus, como o sexo e orgasmo feminino." (RAGO, 1995/1996, p.33)

Em 1984, com a formação da CNDM - Conselho Nacional da Condição da Mulher, o Movimento Feminista teve uma grande vitória, elevando-se ao status de Secretaria, após uma campanha realizada pelo CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria, de Brasília que incluiu os direitos das mulheres na nova Constituição. A Constituição de 1988 é uma das que mais garante direitos para a mulher. Finalmente, no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, com status de Ministério (PINTO, 2009).

Ainda na última década do século XX, o movimento sofreu, seguindo uma tendência mais geral, um processo de profissionalização, por meio da criação de Organizações Não governamentais (ONGs), focadas, principalmente, na intervenção junto ao Estado, a fim de aprovar medidas protetoras para as mulheres e de buscar espaços para a sua maior participação política. Uma das questões centrais dessa época era a luta contra a violência, de que a mulher é vítima, principalmente a violência doméstica. Além das Delegacias Especiais da Mulher, espalhadas pelo país, a maior conquista foi a Lei Maria da Penha (Lei n. 11 340, de 7 de agosto de 2006), que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (PINTO, 2009 p.17)

Nesse sentido, o ápice do feminismo no século XX, pós-anos 1960, fez emergir um Movimento Feminista que perdurou e ganhou força, exigindo a solução de seus problemas. Crenças e comportamentos foram abalados, assim como vínculos tradicionais foram desestabilizados. Apesar de toda a resistência da burguesia e do militarismo, esse movimento tomou forma e corpo, trazendo vitórias significativas às mulheres.

Assim, das décadas em que a mulher seguia um padrão imposto pela sociedade; um estereótipo que compreendia desde o modo de se vestir (saías longas até a canela, camisas e blusas fechadas), o número de idas à igreja (que deveriam ser assíduas) e a forma que deveriam educar seus filhos. A mulher pós-Revolução Sexual dos anos 1960, provocada pela chegada dos anticoncepcionais, ganha maior liberdade de expressão e de emancipação de sua sexualidade.

Com todas essas conquistas, tais temáticas feministas provocaram mudanças nos espaços profissional, político, de mídia, entre outros. Desenvolveu-se também uma crítica radical teórica e prática ao modelo de feminilidade e família vigentes (RAGO, 1995/1996). A sexualidade, que para a sociedade por muitos anos foi mantida numa esfera privada, passou, com a Revolução Sexual, a ser um marco para a luta pelo direito ao prazer sexual (CASTRO, 2007).

As mulheres não admitem mais a dominação sexual masculina, e ambas devem lidar com as implicações desse fenômeno. A vida pessoal tornou-se um projeto aberto, criando novas demandas e novas ansiedades. Nossa existência interpessoal está sendo completamente transfigurada, envolvendo todos nós naquilo que chamarei de experiências sociais do cotidiano, com as quais as mudanças sociais mais amplas nos obrigam a nos engajar. Vamos proporcionar uma visão mais sociológica dessas mudanças, que têm a ver com o casamento e com a família, mas também diretamente com a sexualidade. (GIDDENS, 1993, p.18)

A partir da década de 1990, as mulheres brasileiras se tornaram mais livres para viver a sua sexualidade, tendo como conceito o prazer na relação sexual:

A evidência da sexualidade na mídia, nas roupas, nos shopping Center, nas músicas, nos programas de TV e em outras múltiplas situações experimentadas pelas crianças e adolescentes vem alimentando o que alguns chamam de "pânico moral". No centro das preocupações estão os pequenos. Paradoxalmente, as crianças são ameaçadas por tudo isso e, ao mesmo tempo, consideradas muito "sabidas" e, então, "perigosas", pois passam a conhecer e a fazer, muito cedo, coisas demais. Para muitos, elas não são, do ponto de vista sexual, "suficientemente infantis". (EPSTEIN; JOHNSON, 1998, p.120)

Assim, o final do século XX apresenta a sexualidade de forma mais comum na sociedade em geral, também na televisão, nas redes sociais, nas músicas, nas roupas. Essa mudança começa a refletir até mesmo no comportamento de adolescentes que, dependendo do enfoque, pode ser visto como tema banalizado.

O novo controle social – a “erotização” da mulher:

Segundo Di Flora (2012), no cenário do capitalismo tardio ou multinacional atual, a lógica da mercadoria continua a definir todo um círculo de relações sociais, inclusive da mulher; soma-se a isso as encenações publicitárias que tentam fazer dela um objeto de culto à beleza. Nesse processo, o corpo feminino foi apropriado, submetendo-se à mesma lógica, portanto, fetichizado. A publicidade estampa a sensualidade e o erotismo do corpo feminino em quase todo tipo de produto, numa lógica masculina que perpetua o poder do homem e apenas muda sua direção com novas estratégias. Procura-se assim neutralizar a consciência política das mulheres, inundando-as com informações e demandas mercadológicas. A caracterização feminina que antes tinha que esconder o erotismo, passa a reverenciá-lo para fins de lucratividade.

Para Marcondes Filho (1988), este processo de utilização do corpo feminino pela publicidade reduz a mulher a um produto de consumo voyeurista, em que sua real sexualidade é neutralizada. É um erotismo que induz à excitação sexual mediante sugestão, simbolismo ou alusão através da arte de mostrar “quase tudo”. Segundo o autor, neste aspecto é negativo porque induz à percepção de que a mulher nua é menos erótica do que aquela com um biquíni, valorizando, no erótico, o encobrimento, o escondido que permite a vazão das fantasias masculinas. Tal erotização está muito bem imposta pelas mídias (televisão, revistas, jornais, etc.) estimulando, na mulher, o desejo de consumir para se identificar e ser a imagem padrão imposta e, no homem, o desejo de tê-la daquela forma, desconsiderando sua diversidade, sua especificidade, sua realidade, enfim.

Perspectivas para uma Libertação pela Educação Sexual

Segundo Laplanche (1995), a informação, o autoconhecimento fornecidos de forma coerente na educação sexual, pode trazer benefícios para o indivíduo, se colocados desde a infância.

[...] sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual. (LAPLANCHE, 1995, p.619)

Porém, como diz Caridade (1995), é preciso considerar que a influência da cultura e da religião ainda estão introjetadas dentro de nossas vidas e das escolhas que fazemos. As exigências da educação e da cultura sobre a sexualidade a sacrificam, como, por exemplo, ao promover o culto ao homem, em que a mulher é educada para servi-lo. Daí a afirmação, “nem tudo deve ser patologizado, mas compreendido em sua essência” (CARIDADE, 1995, p.3).

Na nossa sociedade, como aponta Diamantino (1993), a mulher é vista como objeto de prazer, pois é criada “para dentro”; ou seja, no decorrer do seu crescimento a mulher vem sendo educada para negar o prazer, sentir culpa, censura e medo; criada para servir, obedecer, casar, ter filhos, cuidar, respeitar o marido e ter bons modos. Por isso, a existência do constrangimento no quesito sexualidade é uma frequente. Se cala no momento em que deseja expor suas vontades e ter prazer, se torna algo errado, vindo conscientemente ou inconscientemente. Com isso, a busca de receber e dar carinho nem sempre é encontrada (GOZZO *et al.*, 2000). Nesse sentido, o prazer sexual feminino é reprimido durante o desenvolvimento educacional e familiar da mulher, que, apesar de ter consciência e percepção corporal, introjeta crenças que limitam a exploração de sua própria sexualidade.

Ao mesmo tempo, Madlener (2007) aponta que, ainda hoje, a ligação entre prazer e ato sexual permanece estereotipada e não há conhecimento corporal, fazendo com que a concepção de sexualidade siga um padrão fálico, em que o prazer sexual está intrinsecamente ligado à penetração nas relações sexuais.

Alguns homens acreditam que para a mulher a penetração é suficiente para atingir o orgasmo, mas ocorre o oposto, o contato para a mulher deve ser mais íntimo, cuidadoso, porque tem sensações no corpo como um todo, daí a necessidade maior do estímulo tátil do que somente a penetração. A visão individualista do homem voltada para o seu prazer, para algumas mulheres é vista como egoísmo e para outras somente falta de informação sobre o prazer feminino. Isso pode representar um fator de crise, afetando a vida conjugal e sexual do casal. A sexualidade deve ser vivida de forma igualitária pelo homem e pela mulher, e o desfrutar de uma vida sexual boa e saudável vai propiciar felicidade e bem-estar. (SOUZA *et al.*, 2016, p. 37)

Nesse contexto, podemos analisar que a falta de informação sobre o prazer sexual feminino, apesar de toda a tecnologia, informações via Internet, a televisão com seus programas, series e novelas, ainda necessitam de informações para com a sua percepção corporal, a descoberta de zonas de prazer, o conhe-

cimento anatômico dos próprios órgãos genitais. Não só para as mulheres, como também para os homens, fazendo com que os dois saibam como dar prazer e também ter prazer com a masturbação. Isso sem dúvida aponta a importância da educação sexual, não só como meio de trazer informações sobre a sexualidade, mas também a contrapor estigmas e tabus culturalmente construídos, refazendo a conexão da percepção corporal com o prazer e estimulando descobertas e sensações.

Segundo Ribeiro (1990), as descobertas, pesquisas, informações, o movimento feminista e o engajamento social e político e a conquista de direitos democráticos, inclusive pelas mulheres, fortaleceram a importância dos estudos de sexualidade, incluindo as propostas de educação sexual, como meios para contrapor a moralidade das religiões e a vulgaridade influenciada pelo machismo:

[...] desmistificação dos estereótipos sexuais (por exemplo, o machismo e a pré-determinação dos papéis sexuais em função de cada sexo; a dupla moral sexual; a discriminação social pelo fato de se ser mulher), através da procura do equilíbrio entre posições radicais de extrema moralidade ou vulgaridade. (RIBEIRO, 1990, p.20)

Dessa forma a Educação Sexual seria uma proposta não só libertação pessoal para todos, como feminista ao permitir o avanço da emancipação das mulheres frente a seus próprios desejos, corpos e prazeres.

Considerações Finais

Os grandes entraves para a emancipação das mulheres com sua sexualidade, sempre foi a hegemonia dos direitos masculinos e da Igreja, que sempre preconizaram que a mulher deve estar ligada apenas à procriação e ao espaço doméstico e sem direito à sexualidade e ao prazer sexual.

A sexualidade feminina, ante à libertação sexual decorrente dos movimentos sociais e feministas, com a modernização dos costumes e comportamentos, na virada para o século XX com a Revolução Industrial e, posteriormente dos anos 1960 para cá, com a Revolução Sexual, tomou fôlego e ultrapassou tabus, ganhando maior autonomia e a mulher ganhou direito sobre o próprio corpo. Porém, ainda hoje, a cultura deixada na sociedade pela religiosidade, junto ao Capitalismo que transforma a sexualidade da mulher em produto, se apresentam como formas modernas de controlá-la.

É necessário unir a educação sexual às conquistas feministas para que seja feita a total emancipação da mulher no sentido de autodeterminar seu corpo, sua sexualidade e seu prazer.

Referências Bibliográficas

- CARIDADE, A. *Abordagem corporal em terapia sexual*. [Mimeografado]. Recife, 1995.
- CASTRO, K. L. *Educação sexual e erotização na televisão - uma análise crítica do programa Ponto Pê, da MTV Brasil*. Belo Horizonte, 2007. [Internet]. Disponível em: <http://bocc.ufp.pt/pag/castro-karina-educacao-sexual-erotizacao-na-televisao.pdf>
- CHERULLI, K. C. B. Sexo e religião. *História da Sexualidade*. [Internet]. Disponível em: http://www.historiadalsexualidade.com/sexo_religiao.html
- DI FLORA, M. C. *Mulher, mídia e erotismo no contexto do capitalismo tardio*. Universidade Metodista, 2012. [Internet]. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/c/cb/MULHER_e_Midia.pdf
- DIAMANTINO, E.M.V.; CLÍMACO, F. M. S. AJZMAN, J. C.; NOWAK, L. D.; OLIVEIRA, L. D. P.; et al. *Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica*. Parte I. *Femina*, v.21, n.10, p.10,16-29, 1993.
- EPSTEIN, D.; JOHNSON, R. *Schooling sexualities*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- FRANCA, I. S. X.; BAPTISTA, R. S., A construção da cultural sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.2, pp.202-206. [Internet]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200014>
- FIGUEIREDO, L. C. *A invenção do psicológico; Quatro séculos de subjetivação, 1500-1900*. São Paulo, EDUC, 2ª ed., 1994
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade - a vontade de saber*. v.1, São Paulo Edições Graal, 6ª edição, 1985.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP, 1993.
- GOLDBERG, A. *Feminismo e autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante*. [Dissertação]. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1987.
- GOZZO, T. O.; FAUSTINONI, M. B.; ROHERLVONEIDE, W. M.; FREITAS, A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev. Latino-am Enfermagem*, vol. 8, n. 3, p.84-90, 2000.
- LAPLANCHE, J. *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MADLENER, F. A homossexualidade e a perspectiva foucaultiana. *Revista do Departamento de Psicologia: UFF*, v.19, n.1, p.49-60, 2007.

MARCONDES FILHO, C. *Linguagem da sedução - a conquista das consciências pela fantasia*. São Paulo: Perspectiva, 1988.

PINTO, C. R. J., Feminismo, História e poder. *Rev. Sociol. Polit.*, v.18, n.36, p 15-17, 2009. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/03.pdf>

SOUZA, F. O.; FERNANDES, K. T. M. S.; SANDOVAL, R. A. Análise da satisfação sexual feminina de jovens e adultas: estudo transversal. *Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago – RESAP*, v.2, n., p.35-47, 2016.

RAGO, M. L. Adeus ao feminismo. Feminismo e (pós) modernidade no Brasil. *Cadernos AEL*, n. 3/4, p.11-34, 1995/1996. [Internet]. Disponível em: http://www.ifch.unicamp.br/ael/website-ael_publicacoes/cad-3/Artigo-1-p11.pdf

RANGÉ, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: transtornos psiquiátricos*. v. 2. São Paulo: Livro Pleno, 2001.

RIBEIRO, P. R. M. *Educação sexual além da informação*. São Paulo: EPU, 1990.



A Masturbação Feminina como Técnica de Autodescoberta

Female Masturbation as a Technique for Self-Discovery

Maria Lucimar Domingues Marcon

santoslucimar5@gmail.com

Graduada em Administração pela Universidade do Alto Vale do Rio Peixe e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

A masturbação feminina ainda é um assunto em que prevalecem muitos mitos e tabus. O objetivo geral escolhido foi investigar o papel da masturbação feminina na função sexual em relação à saúde da mulher; compreender se há benefícios ou malefícios com a prática da masturbação; verificar as possíveis influências da religião, tabus e mitos relacionados à masturbação feminina. A metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica descritiva através do método hipotético-dedutivo acerca da masturbação feminina como uma técnica de autodescoberta. Concluímos que a prática masturbatória é positiva na medida em que há empoderamento sexual da mulher, que inclui consciência do corpo, maior autoconfiança e possibilidade de autogestão do próprio prazer, desafiando proibições socioculturais pré-estabelecidas pela cultura predominante. A masturbação também não causa doenças e nem malefícios.

Palavras-chave: Masturbação feminina; Mitos e tabus; Autodescoberta; Benefícios.

Abstract:

Female masturbation is still a subject where many myths and taboos prevail. The general objective chosen was to investigate the role of female masturbation in sexual function in relation to women's health; understand whether there are benefits or harms with the practice of masturbation; Check the possible influences of religion, taboos and myths related to female masturbation. The methodology used was a descriptive bibliographic search through the hypothetical-deductive method about female masturbation as a technique of self-discovery. We concluded that the masturbatory practice is positive to the extent that there is sexual empowerment of women, which includes body awareness, greater self-confidence and the possibility of self-management of their own pleasure, challenging socio-cultural prohibitions pre-established by the prevailing culture. Also the masturbation does not cause disease or harm.

Keywords: Female masturbation; Myths and taboos; Self-discovery; Benefits.

Introdução

"Tocar-se" ainda é uma ação impronunciável e que recebe repreensão com raízes profundas nas famílias, escolas, igrejas e na sociedade em geral (BAUMEL, 2014). Abordar o tema da masturbação causa um conjunto de sentimentos e emoções, como vergonha, sentir-se em pecado, medo, pudor, constrangimento, entre outros, principalmente a masturbação feminina. Segundo Baumel (2014), "essas ideias facilitam o desenvolvimento do sentimento de culpa que, em última instância, inibe a prática da masturbação ou a sua utilização como parte do desenvolvimento saudável da sexualidade da mulher" (p.102).

Descobrir o próprio corpo é, sim, saudável e natural, porém, infelizmente, muitas mulheres não têm essa oportunidade de conhecer o próprio corpo pelo auto-toque. Baumel (2014) menciona que a masturbação ainda é vista como socialmente indesejável.

Por isso, falar sobre a masturbação é uma forma de naturalizar e mostrar que é preciso conhecê-la sem tabus ou mitos. Ainda hoje, muitas mulheres não têm liberdade de falar sobre a própria sexualidade; não receberam qualquer educação sexual adequada e, muito pelo contrário, foram reprimidas na abordagem deste assunto. Como explica Sousa (2015), “a masturbação só atrapalha e faz mal quando provoca culpa ou vergonha na pessoa, passando a ser fonte de conflito e de baixa autoestima, isto é, o que faz mal é a pessoa sentir-se culpada, e não a masturbação em si” (p.15). De acordo com Ramos (2018), “as mulheres são criadas para a passividade, sendo reprimidas, controladas, vigiadas e silenciadas” (p.71). No entanto, para Komesu (2019), “os benefícios são o prazer que você sente, conhecer mais sobre seu corpo, que tipo de toque lhe dá mais prazer. Não há malefícios” (p.1).

Mais do que falar em masturbação feminina, importa saber como ela está ligada a outras questões não apenas relacionadas ao prazer, mas também vinculadas à saúde feminina. “A sexualidade tem muito mais riqueza e complexidade do que imaginamos, pelo simples fato de ser a capacidade de um ser tão rico e complexo como é o ser humano” (DE QUERO, 1996 *apud* RIQUE, 2017, p.28).

Compreender a dificuldade que as mulheres possuem em permitir-se olhar e se tocar é o objetivo deste trabalho, que questiona: a masturbação feminina pode ser uma técnica de autodescoberta?

Buscando cumprir este objetivo foi feita uma revisão bibliográfica descritiva da literatura científica disponível, procurando verificar a hipótese de que a masturbação é parte de um amplo repertório sexual, masculino e feminino, sendo complementar e alternativa à prática sexual, propiciando e benefícios à saúde sexual da mulher, embora seja punida por tabus e mitos presentes nas normas sociais e culturais de nossa sociedade, o que dificulta a livre expressão sexual da mulher.

A Sexualidade Feminina Através dos Tempos

A sexualidade, segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde:

[...] é um aspecto central do ser humano durante toda sua vida e abrange o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (WHO, 2007, p.1)

Lanz (2015) refere que a sexualidade “abarca muito mais coisas do que a simples atração física entre indivíduos ou o aparelho genital de cada um e o seu engajamento no intercurso sexual com outra pessoa”. A autora dá sequência salientando que:

Vários elementos biológicos, sociais, políticos e psicológicos que influem diretamente na formação e no direcionamento da sexualidade, com destaque para o gênero, orientação sexual, níveis de hormônio no organismo, idade e perspectiva de vida, bem como as visões que os indivíduos possuem de sexo, baseadas em suas crenças religiosas e valores culturais. (LANZ, 2015, p.426)

Corroborando, Louro (2016) contribui esclarecendo que “podemos entender que a sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções (...). Processos profundamente culturais e plurais” (p.11). Para essa autora, as dimensões sociais e políticas escrevem suas marcas nos indivíduos durante o processo de constituição da sexualidade.

De outra forma, Manosalva e colegas (2014), afirmam que “a sexualidade é definida como um fenômeno multidimensional que pode variar de acordo com a cultura e o contexto sócio-histórico em que é desenvolvido” (p.131). Os “padrões sociais” refletem-se na história da sexualidade feminina que, no entanto, no transcurso do tempo, atravessou transformações até chegar ao molde que se vê atualmente, sendo um tema cingido por debates, carregado de mitos, tabus e verdades, como aponta Zinkan (2005 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2018): “até o final do século XIX as mulheres saudáveis eram as que não tinham desejos sexuais, esperava-se da mulher o não prazer” (p. 305).

A união matrimonial é vigorosamente disseminada pela igreja, na sociedade medieval, sendo que essas só estavam liberadas a partir do dito casamento, entretanto, isso era mais uma forma da igreja normatizar a intimidade dos casais, pois existiam algumas condições impostas por ela para a relação sexual, uma delas era que o sexo deveria ter como objetividade a reprodução/ procriação na intenção de perpetuar a humanidade e não de vivenciar o prazer... (REIS, 2020, p.20)

Nessa conjuntura, a finalidade do sexo no matrimônio era a procriação e, geralmente, o homem escolhia mulheres reprodutoras para casar e tinha as mulheres mais voluptuosas como amantes:

Embora o sexo esteja essencialmente ligado ao pecado, todas as atividades sexuais que não tenham finalidade procriadora são consideradas ainda mais pecaminosas, colocadas sob a categoria de concupiscência e da luxúria e como pecados mortais. (CHAUÍ, 1984 *apud* NASCIMENTO, 2019, p.154)

Desta forma, verifica-se que rejeitavam o ato sexual, no entanto, o aceitavam como um “pecado permitido”, contanto que fosse adequado às normas já constituídas, para a continuação da espécie. Além disso, como esclarece Silva (2019):

[...] a mulher, pela sua condição dada como desigual em relação ao homem, por muitos anos viveu sob a sua tutela, em primeira instância do pai e em segunda do marido, com sua sexualidade normatizada pelos padrões cristãos, legitimada pela instituição do casamento e pelo cumprimento da função reprodutora. (SILVA, 2019, p.72)

Portanto, a vida sexual das mulheres, no transcurso da história, teve como base os padrões morais, padrões éticos e comportamentais, entre tantos outros, que instruíam as mulheres para conviver em família, a zelar pelo lar, da casa e dos filhos. Sob essa ótica, Oliveira e colegas (2018), salienta que por isso as mulheres deveriam ter seus desejos abafados e reprimidos. Depois, tornavam-se prontas para o matrimônio, muitas vezes feito com homens bem mais velhos do que elas. “Finalmente, com prazer ou sem prazer, com paixão ou sem paixão, a menina tornava-se mãe, e mãe honrada, criada na casa dos pais, casada na igreja. Na visão da sociedade misógina, a maternidade teria de ser o ápice da vida da mulher” (DEL PRIORE, 2004 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2018, p.305).

De acordo com Morga e Lage (2015):

[...] o mundo feminino passa pela história da humanidade como um lugar a ser vigiado e punido. Condenada ao degredo de pecados silenciosos, contidas confissões de corações entristecidos e olhares melancólicos, a mulher se vê entre o labirinto do pudor e os prazeres que lhe são negados. Filhas do medo, mães do silêncio, esposas do recato, mulheres do mundo feérico. (Morga; Lage, 2015, p.164)

As igrejas católicas e protestantes promoviam a ideia de que a mulher deveria ser obediente e não possuir domínio sobre seu próprio corpo e aquelas que não se adequavam nas leis da igreja não eram consideradas honestas e, assim, não eram vistas como aptas para o casamento (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Cuz del Castrillo e colegas (2013) asseveram que, ainda hoje, para muitas mulheres, o exercício da sexualidade continua sendo tido exclusivamente no campo da reprodução e esta também se enquadra em uma relação estável.

Mudanças Sociais no Papel da Mulher

Apesar de a Revolução Francesa ter iniciado uma nova fase no Direito Constitucional, com proteção dos cidadãos, não mudou a subalternidade da mulher, que só ocorreu após as I e II Guerras Mundiais, que faz as mulheres saírem de casa e buscarem a independência:

O grande marco da mulher ocorreu após as I e II Guerras Mundiais, onde ela teve que sair de casa para começar a trabalhar nas indústrias. Neste período os homens estavam lutando e também muitas mulheres ficaram viúvas, a única maneira de obter o sustento de casa foi buscar espaço no mercado de trabalho. (OLIVEIRA *et al.*, 2018, p.306)

Surge então, a disputa entre o trabalho do homem e da mulher, embora essas fossem menos remuneradas, como esclarecem Bottini e Batista (2013).

No Brasil, as mulheres conquistaram direito ao voto somente partir de 1932, conforme a afirmação de Louro (2014), “amplitude inusitada, alastrando-se por vários países ocidentais, o sufrágio passou a ser reconhecido, posteriormente, como a “primeira onda” do feminismo” (p.19).

Também, a partir de 1994, durante o pontificado do Papa Karol Woityla, houve uma importante mudança no registro discursivo da Igreja Católica em relação às disposições da mulher: “Diferentemente do que postulava a doutrina tradicional da Igreja, agora a mulher deixa de ser representada como subordinada ao homem e torna-se sua complementar. Diferente, mas igual em dignidade” (JUNQUEIRA, 2017, p.38).

Assim, durante os séculos XX e XXI, a representação da mulher e da sexualidade feminina foi abordada de formas ambivalentes e estereótipos foram criados e adaptados às mulheres que trabalhavam e gozavam de relativa independência. “Por outro lado, algumas críticas da pesquisa feminista anglo-saxônica é que

elas estão contribuindo para a propagação da experiência sexual” (SALAZAR; SÁNCHEZ, 2014, p.17).

Em 1956, conforme Araújo, (apud DIEHL; VIEIRA, 2017, p.38) Gregory Pincus e colegas desenvolveram o primeiro método contraceptivo eficaz, a pílula anticoncepcional oral, que passou a ser comercializada a partir da década de 1960, permitindo o sexo desvinculado da procriação. Este surgimento, segundo Vieira (2016), promoveu a Revolução Sexual, ocasionando mudanças na vida sexual das mulheres, pois,

Diversas foram as contribuições feministas nas décadas 60 e 70 do século XX que visaram uma ruptura na ordem social vigente, que mantinha a pretensa naturalidade da opressão feminina. Com a palavra de ordem das feministas, “nosso corpo nos pertence”, surge o debate acerca da reapropriação do corpo, que contemplava tanto os aspectos individuais da mulher, quanto suas relações na vida coletiva (VIEIRA *et al.*, 2016, p.65).

Neste contexto, o ato sexual deixou de ter sua função exclusivamente reprodutiva, passando a ser um ato de prazer igualmente para as mulheres, tal como já era para os homens. Elas passaram a ter controle sobre sua fecundidade, apropriando-se não só de seus corpos, mas também de sua sexualidade.

Sexualidade Feminina e o Prazer

Antes ligada apenas à procriação, Masters e Johnson destacam, em “A Resposta Sexual Humana” (1984), que a sexualidade é uma função biológica universal, que homens e mulheres têm a mesma capacidade de resposta sexual e que o desejo sexual feminino não desaparece com a gravidez, com a menstruação ou com a menopausa. Assim, todos os seres humanos devem experimentar, desfrutar da sexualidade (GARCÍA, 2015), tal como chamam a atenção Sousa e colegas (2020), abordando a sexualidade feminina nos dias atuais:

[...] possui dimensão fundamental em todas as etapas da vida tanto de homens, como de mulheres, uma forma de comunicação entre os seres humanos, não se limitando apenas à possibilidade de obter prazer genital, mas envolvendo desejos e práticas relacionados à afetividade, satisfação, sentimentos, prazer, ao exercício da liberdade e saúde. (SOUSA *et al.*, 2020, p.177)

Salas (2016) acrescenta que também o avanço da ciência demonstrou que a emoção e os processos cognitivos fazem parte do ciclo da resposta sexual feminina, apontando a importância dos elementos biopsicossociais e sua relevância no desenvolvimento da intimidade emocional, como fator desencadeante da estimulação sexual, intimidade emocional e física, bem como satisfação emocional durante a atividade sexual.

Rosen e Reese (2006), complementando, destacam que o nível de ativação erótica está relacionado à estimulação física e aos processos psicológicos que ela acarreta, afirmando que a qualidade da experiência erótica vai depender diretamente da habilidade da forma como a mulher percebe as sensações de prazer, incorporando o que sente com seu corpo e o que este produz, ao nível dos sentidos, sentimentos e emoções durante a experiência erótica.

Sologuren-García (2013) mostram que mulheres adolescentes observam diversas tendências quanto à conceituação da sexualidade feminina, sendo, uma delas, o compartilhamento de afetos, sentimentos e pensamentos, que permitem compartilhar a felicidade de alcançar o prazer sexual. Já outra conceituação exclui o afeto e mostra apenas a relação coital, concluindo que o prazer sexual é uma fonte de satisfação para o corpo feminino quando há bem-estar físico-emocional da pessoa, que produz o clímax e o orgasmo. Um terceiro conceito aponta o prazer sexual feminino em relação à função que ocupa na vida, fortalecendo a relação do casal, o equilíbrio do corpo e a própria busca do prazer sexual.

Segundo Cunha (2008), há mitos culturais que restringem sua prática como a opinião de que só é praticada na adolescência. Conforme Alonso (2016), também em mulheres adultas, a busca do prazer é outra expressão da sexualidade que vai além da atividade reprodutiva, transformando a experiência sexual e a estimulação sexual recebida pelas mulheres em importantes preceptores de sua satisfação.

O prazer é uma percepção sensorial do mundo (ou sua antecipação), imerso em um agradável estado emocional físico ou intelectual e que se desdobra em um quadro social, portanto, você não pode sentir prazer em lugar nenhum, de forma alguma, ou com ninguém. Algumas sociedades consideram o prazer e sua busca como um objetivo final, enquanto outras o restringem a algumas ocasiões. Nem sempre é fácil distinguir sexualidade de prazer. As duas acabam se misturando: a sexualidade permite a realização do prazer e o prazer se dá dentro da sexualidade. (GEFFROY, 2016).

Nessa perspectiva, a relação de gênero entre mulheres e homens desempenha um papel importante na experimentação e prática sexual, mesmo estando longe de ter um equilíbrio equitativo na sociedade

atual. Vários pesquisadores sugerem que os dois sexos recebem diferentes avaliações sociais; enquanto nos homens a sexualidade é valorizada como um teste de masculinidade ou virilidade, nas mulheres a experimentação sexual é valorizada negativamente, como sinal de seu baixo valor como mulher e como indivíduo (RULL et al., 2015).

- componentes da sexualidade feminina:

Levanta-se como componentes da sexualidade feminina:

A intimidade emocional, entendida por Rodríguez (2015) como “um sentimento de proximidade com outra pessoa, um verdadeiro sentido bidirecional baseado na empatia” (p.1). Assim, quando somos emocionalmente íntimos, “podemos compartilhar sentimentos pessoais sem nos sentirmos julgados, não aceitos ou incomodados por não fazer ou pensar o que é suposto ser certo”. Também se deve levar em consideração que a intimidade afetiva vai muito além de apenas ter relações sexuais, referindo-se a forma como administramos a empatia com o parceiro, sermos nós mesmos, mostrar-nos transparentes, aceitar-nos como somos e como o outro é, desta forma, apresentando uma intimidade emocional correta e livre.

A masturbação feminina, segundo Nieto (2019), e os tabus sobre a nossa sexualidade que enfrentamos há séculos parecem, finalmente, estar em declínio. Aos poucos, o medo de sentir prazer e de descobrir nossa sexualidade abertamente vai se perdendo, sozinho ou acompanhado, com ou sem brinquedos; assim, também o prazer feminino evolui, ligado a autodescobertas que vão muito além do prazer. Nesse sentido deve-se buscar a liberação da mulher em sua sexualidade, para que possa se sentir segura em seu corpo e segura de si mesma, deixando de lado tabus e mitos que tentam ofuscá-la.

A saúde sexual, conforme Álvarez (2020), é um aspecto fundamental na vida da mulher, pois influencia seu bem-estar geral e a autoestima. Sexo não é apenas para reprodução, mas tem implicações muito mais profundas na psicologia do indivíduo, em sua afetividade, em seu corpo, seja ele homem ou mulher. No entanto, a sexualidade feminina não tem recebido muita atenção das ciências e da Medicina, visto que até pouco tempo atrás o corpo da mulher ainda era considerado um tabu e sua resposta a qualquer estímulo sexual era considerada secundária. Em alguns países, a repressão sexual feminina envolveu atos tão terríveis como a ablação do clitóris (BAUTISTA, 2016), sendo importante lembrar que para se obter uma vida sexual plena é relevante importante ter e conhecer o corpo íntegro e suas funções, para que se possa compreender que gozo, excitação ou orgasmo, são diferentes se comparados os homens e as mulheres.

O preconceito quanto à sexualidade das mulheres, que faz com que várias sejam vistas como ninfomaníacas ou assexuais, introjetando preconceitos de gênero na própria ciência. Só atualmente, cientistas começam a entender que o desejo feminino não pode ser classificado em uma única categoria, mas varia entre as mulheres, atingindo um amplo espectro de manifestações (DÍAZ, 2019). Assim, a sexualidade feminina varia, assim como os desejos e pensamentos também variam e isso vai depender da personalidade de cada mulher, não se podendo padronizar tipos e respostas sexuais.

A anorgasmia, segundo Martínez (2020) ocorre quando as mulheres têm relações sexuais sem atingir o orgasmo, geralmente por razões psicológicas para além de traumas da infância, incluindo a forma que a mulher foi subordinada durante o seu desenvolvimento e no contato com uma série de estereótipos negativos presentes em mitos e tabus sociais e que fazem, conforme aponta Álvarez (2020), a mulher se adaptar a satisfazer seu parceiro, esquecendo-se de si mesma e de seu gozo pessoal.

É preciso entender que o orgasmo é o prazer físico e a sensação de liberação das tensões que podem produzir estresse, também é acompanhado por contrações rítmicas dos músculos pélvicos. A forma como cada mulher sente o orgasmo varia, tal qual as suas possibilidades de sentir, fantasiar as relações sexuais. Ou seja, o relaxamento que faz a vivência da sexualidade ser um aprendizado contínuo e não uma busca ansiosa de um final.

O Papel da Masturbação Feminina no Autoconhecimento Sexual da Mulher

Atualmente, a masturbação é reconhecida pela ciência e pela sociedade mais esclarecida, como uma prática que ajuda as mulheres a conhecer e valorizar seus corpos, a identificar seus limites e pontos mais sensíveis, a ter mais autonomia e empoderamento no âmbito sexual, podendo conhecer seus pontos erógenos. “Para que se busque o autoconhecimento, e a experiência “do aprofundar as sensações, e tenha paciência para esperar os resultados que logo virão, antes de duvidar e pior ainda: desistir sem ao menos tentar” (RACCO, 2019, p.24).

Como explica Baumel (2014),

[...] da segunda metade do século XX a ciência médica – pelo menos na área da Sexologia – passou a considerar a masturbação não apenas como não patológica, mas até mesmo como benéfica para o bom desenvolvimento da sexualidade feminina, sendo inclusive prescrita como parte do tratamento das disfunções sexuais. Na terapia sexual proposta por Kaplan (1987), a masturbação é sugerida como parte importante do tratamento da anorgasmia feminina, inicialmente sozinha, depois com o parceiro. (BAUMEL, 2014, p.23)

Tal fato é alcançado por meio de um trabalho de auto-conhecimento e autoexploração, por meio da ação masturbatória, despertando a curiosidade e o prazer sexual nas mulheres (REGNERUS *et al.*, 2017). Como afirma Goodman (2012), a masturbação feminina “[...] permite que uma mulher se conheça e descubra seu prazer. Muitas mulheres esperam que seus parceiros descubram seu próprio prazer, e isso é um erro, porque elas nunca serão tão eficazes em sua busca quanto a própria mulher” (p.513). E essa atitude das mulheres esperar que os parceiros descubram o seu prazer, na maioria das vezes é desastrosa, pois provoca insatisfação para ambos.

A masturbação pode ser realizada de várias maneiras, sendo a estimulação do clitóris a mais utilizada. Em geral, utilizam-se os dedos para realizar movimentos circulares de estimulação em várias direções, enfatizando a pressão exercida na região púbica e vulvar, embora muitas mulheres evitem a estimulação direta da glândula clitoriana, por apresentar maior sensibilidade (URIBE ARCILA *et al.*, 2015).

Outros pesquisadores apontam que o tipo de estímulo que a mulher prefere ou precisa para atingir o orgasmo varia entre os locais de estímulo, podendo ser vários, isso é fundamental porque o estímulo correto faz a diferença entre atingir ou não o orgasmo, mesmo para mulheres saudáveis. Os locais reconhecidos são: clitoriano, vaginal médio, vaginal profundo e outros, como o retal. (PEÑA, 2019, p.9)

Em diversas pesquisas, a masturbação é mencionada e recomendada como terapia adequada para a superação de algumas disfunções sexuais da mulher (SIERRA *et al.*, 2010), além de combater a baixa autoestima das mulheres e, nos casos em que haja diminuição do desejo sexual, promover a autoexploração e o autoconhecimento, sejam sozinhas, seja com seus parceiros (URIBE ARCILA *et al.*, 2015).

A liberação hormonal que ocorre com a ejaculação, aliada à liberação da tensão, melhora o humor e promove relaxamento, além de prevenir diversas patologias como Diabetes tipo 2. Especificamente, a liberação de cortisol fortalece o sistema imunológico e a liberação de endorfinas na corrente sanguínea reduz a depressão. (GUERRERO, 2018, p.9)

Este autoerotismo ajuda a superar as barreiras psicológicas que levam às disfunções sexuais, como a anorgasmia e a perda do desejo sexual, proporcionando um melhor conhecimento da própria anatomia e contribuindo para a inibição da ansiedade. Também reduz infecções ou doenças do trato urinário (GUERRERO, 2018).

Conforme afirma Marquardt, (2019):

A mulher que se autoconhece, é capaz também de repassar isso com sua parceria sexual. Afinal, o (a) parceiro (a) não é capaz de adivinhar as necessidades da mulher. Antes, é preciso ela mesma se conhecer. É um erro esperar que alguma pessoa virá e trará todo o prazer que até então a mulher não conseguiu obter sozinha. (MARQUARDT, 2019, p.37)

Dentro da análise da masturbação feminina em práticas sexuais em casal, Regnerus e colegas (2017), observaram uma dupla função: a masturbação é, por vezes, mostrada apenas como um comportamento compensatório da atividade sexual para homens e mulheres, mas também, principalmente a masturbação feminina, como um comportamento complementar agregado à atividade sexual do casal.

Da mesma forma, Racco (2019) aponta que a mulher que investiga a própria sexualidade, beneficia-se de variadas formas: “Somos recompensadas com saúde, energia e resposta sexual orgástica em igual proporção à nossa consciência vaginal. Entender esse processo, avaliar o grau de consciência, aumentar seu conhecimento, é parte de um plano de vida melhor, sadio e prazeroso” (RACCO, 2019, p.23).

Conhecer o próprio corpo e experimentar prazer é muito importante para o desempenho sexual, pois essa aprendizagem leva à descoberta das zonas erógenas mais sensíveis, dos toques que excitam mais, das melhores maneiras de despertar o desejo. É muitas vezes necessário que se explique para a mulher técnicas de autoerotização e de masturbação que incluam, principalmente, a estimulação clitoriana, uma vez que muitas mulheres esperam pelo orgasmo vaginal, quando sua resposta é efetivamente clitoriana. (GARCIA; LISBOA, 2012, p.714)

De acordo com Burgos (2012), no geral, a masturbação é favorável a ambos os sexos. No entanto, meninos e meninas apresentam aprendizados diferenciados relacionados à masturbação, já que homens obtêm informações por outros homens, em leituras e outros meios de informação, enquanto que as mulheres

passam por uma auto-descoberta, muitas vezes ocasionalmente. Também meninos geralmente começam a se masturbar muito mais cedo do que as meninas, já que a masturbação feminina foi culturalmente mais reprimida e criticada do que a masculina.

Há uma luta pelo vencimento do sexismo que domina as culturas ocidentais fazendo com que as mulheres busquem superar as limitações impostas por pensamentos patriarcais buscando fazer com que as mulheres encarrem não só a sexualidade delas como algo natural, mas como também vejam de forma natural o próprio corpo com a sensação de que os próprios genitais não são um local sujo e que seja errado tocá-las. (COSTA, 2019, p.36)

Atualmente, de acordo com Lins (2010),

A masturbação na adolescência é vista pelos sexólogos como uma prática fundamental para a satisfação sexual na vida adulta, por permitir um autoconhecimento do corpo, do prazer e das emoções. As adolescentes femininas que se iniciam na masturbação também apresentam o orgasmo clitoridiano, sendo isso um sinal de evolução sexual sadia. (LINS, 2010, p.365)

Atualmente, o tema da masturbação está deixando de ser ignorado, constituindo-se mais comumente abordado no diálogo contínuo entre jovens e adultos, embora socialmente haja muitas pessoas que preferem não falar do tema, da mesma forma que o tema da ejaculação feminina e dos fluidos corporais secretados pela mulher (ESPITIA DE LA HOZ, 2019).

Técnicas de Masturbação Feminina

- técnica do espelho:

A técnica do espelho não pretende mudar as conformações corporais estéticas, mas permite que se reestruturem as ideias preconcebidas de padrões culturais estereotipados, de modo a permitir à mulher a melhor aceitação corporal.

Para compreender, viver e desfrutar de uma sexualidade plena, é importante que a mulher compreenda e assuma que o prazer não é concedido por ninguém, o prazer é pessoal e pode ser compartilhado com quem quiser. Reconhecer o prazer requer autoconsciência, disponibilidade e autodeterminação. O autoconhecimento para o prazer reside em algo tão elementar quanto conhecer o próprio corpo, incluindo, obviamente, os órgãos genitais. (DIAS, 2018, p.14)

Diante de um espelho que, de preferência, permita ver o corpo inteiro, a mulher faz essa "viagem" visual pelo corpo, assumindo uma atitude positiva e integral de si mesma.

Para aquelas com resistência à estética do próprio corpo, podem ser utilizadas roupas nos primeiros contatos, restringindo a "viagem" aos cabelos, rosto, pescoço, braços, mãos, pernas e pé. Até, progressivamente, passar para outros locais do corpo, e observando de iniciar pelas regiões que lhe cause menos ansiedade. Não há pressa, pois a técnica não se restringe a uma única sessão. A "viagem" deve observar minuciosamente cada região corporal, tomando conhecimento de detalhes.

Para quem começou a fazer sua exploração corporal com alguma roupa, o ato de despir-se deve ser gradual até que a pessoa possa ver-se, em ocasião em que estiver pronta, por inteiro.

Como o corpo tem íntima relação com a sexualidade, a técnica do espelho não é apenas uma forma de encontro sensorial, mas uma verdadeira lição de anatomia sexual, uma vez que a sexualidade não é genital, mas se difunde por todo o corpo.

Uma das fases avançadas da técnica consiste na visualização dos órgãos genitais, visto que, tanto homens quanto mulheres quase nunca se preocuparam com o exame minucioso dessa região. Olhar a conformação da vulva (com um pequeno espelho) ou do pênis, descendo aos menores detalhes, é fundamental.

O procedimento termina por uma autoavaliação em que o paciente se pergunta: "Que conclusões posso tirar dessa "viagem" corporal? Quando a técnica é bem encaminhada, as perspectivas são as melhores possíveis", culminando em propósitos de exercícios, regimes, cortes de cabelo, etc (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019, p.159).

Essa técnica ajuda a enfrentar as dificuldades de relacionamento da pessoa consigo mesma, permitindo-a descobrir e apreciar os aspectos de sua aparência, além de possibilitar um aprofundamento e nítida compreensão dos sentimentos que nutrimos em relação ao nosso corpo e, sobretudo, nossos sentimentos, "uma modalidade de relacionamento intrapessoal que nos leva à aceitação de nosso esquema físico" (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019, p.158).

- técnica da auto-focagem:

Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2019), enquanto a técnica do espelho utiliza a visão como elemento básico de percepção sensorial, a auto-focagem concentra-se, sobretudo, na percepção tátil. Seguindo os mesmos passos da técnica do espelho, a autofocagem é uma verdadeira viagem tátil pelo corpo.

Recomenda-se que esse procedimento seja realizado durante ou após banho morno, quando a pessoa pode estar mais relaxada, quando ela deverá fechar os olhos por alguns minutos e se concentrar no que estiver tocando. Primeiro, procurando sentir a temperatura da água escorrendo pela pele; o contato com o corpo ensaboado pode desencadear um sentimento afetuoso de intimidade pessoal. Ha quem prefira usar gotas perfumadas ou sais aromáticos nessa experiência, mobilizando também o sentido do olfato. Isso propicia maior dimensão à proposta terapêutica inicial.

Num ambiente com pouca luminosidade, onde a privacidade esteja resguardada, a paciente se deita confortavelmente. Respira fundo e procura relaxar, começando lentamente a se acariciar; primeiro a cabeça, depois o pescoço, os braços, os seios, o abdome, as coxas. Não há pressa; a pessoa está inteiramente concentrada na agradável sensualidade do toque. É muito conveniente, mormente em pessoas com pele ressecada, o emprego de lubrificantes para as mãos (óleos, vaselina líquida ou cremes hidratantes, principalmente os de perfume agradável).

Um dos tempos essenciais dessa “viagem” tátil é o toque nos genitais: a mulher deve sentir os pelos do monte de Vênus, a consistência dos grandes e dos pequenos lábios, explorando o clitóris e o intróito vaginal. Essas regiões são extremamente sensíveis e o toque pode despertar uma série de sensações conhecidas ou não e gratificantes.

A auto-focagem não leva necessariamente à auto-manipulação genitálica com a finalidade masturbatória, embora não seja proibido realizá-la. Como explicam Cavalcanti e Cavalcanti (2019, p. 169), “o objetivo desta técnica está menos vinculada ao prazer sexual e muito mais comprometida com o auto-conhecimento corporal, em todos os níveis”. Esse conhecimento é essencial para a compreensão de si mesmo, permitindo à pessoa transmitir essa experiência ao parceiro e, assim, desfrutar do prazer sensorial de modo ainda mais perfeito.

A masturbação pode ser utilizada como elemento integrante de várias técnicas em terapia sexual, no tratamento de quadros disfuncionais masculinos e femininos. É particularmente valiosa na terapêutica dos distúrbios ejaculatórios e das disfunções orgásmicas.

Contudo, centenas de mitos e preconceitos se cristalizaram de tal forma nesse tipo de autoerotismo, o que faz certas pessoas se mostrarem temerosas e relutantes, quando não particularmente resistentes. Considerada durante muitos anos uma “prática antinatural e pecaminosa, uma perversão ou vício capaz de causar danos físicos e psíquicos irreparáveis” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019, p.169) não é de admirar a existência de pessoas, em todos os níveis sociais que tenham preconceitos bem arraigados em relação à masturbação. A Medicina moderna tem, cada vez mais, afirmado que a masturbação é benéfica e constitui-se numa das principais fontes naturais de descarga de tensões eróticas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), é importante promover uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como favorecer experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de toda coerção, discriminação e violência.

- masturbação com vibrador:

Ao longo da história, a busca do prazer sexual feminino, embora tabu, tem registrado mudanças, inclusive a busca de autoestimulação pelas mulheres, incluindo de suas zonas erógenas visando à obtenção de prazer sexual. Uma das técnicas para promover sensações agradáveis que favoreçam uma melhor resposta sexual tem sido o uso de objetos sexuais, utilizados no mundo desde a Antiguidade, com função de causar prazer, bem-estar físico/psicológico e/ou gerar satisfação em quem o utiliza (FELITTI, 2016). O vibrador é um deles.

Da vasta gama desses artigos sexuais, um dos mais utilizados e recomendados é o vibrador, criado por Granville e John-Smythe no século XIX, como dispositivo de cura à histeria causada pela insatisfação sexual observada nas mulheres. Seu uso conhecido como tratamento de “massagem pélvica”, proporcionava a algumas mulheres atingir o orgasmo e, desta forma, curar sua ansiedade e suposta “histeria”. Em 1902, a invenção foi patenteada pela Hamilton Beach, nos Estados Unidos, na forma do primeiro vibrador elétrico disponível para venda unitária (WESTHEIMER; LEHU, 2008).

Atualmente, há dispositivos de diferentes empresas que são promovidos como “massageadores vibratórios”, utilizado em todo o mundo, geralmente feitos de plástico macio com diferentes tamanhos e formas e movidos a pilhas (FELITTI, 2016).

Os vibradores podem ser usados para masturbação ou como parte de atividades sexuais com um parceiro e são recomendados por especialistas em Sexologia como um tratamento complementar em situações em que haja alteração da resposta sexual ou disfunção sexual, a fim de melhorar a qualidade de vida sexual e encurtar os tempos para o conhecimento do prazer e obtenção de orgasmos (BILLUPS, 2002). Também Bat Sheva e colegas (2011) recomendam o uso do vibrador para tratar anorgasmia, distúrbios da excitação sexual feminina, ou qualquer outro tipo de problema na esfera sexual.

Em pesquisa realizada na Colômbia, Espitia de La Hoz (2018), observou que a satisfação propiciada pelo vibrador alcançou 89,74% entre mulheres que antes, em 78,48% fingiam ter orgasmos com seus parceiros.

Atualmente, a mudança social nos papéis de gênero antes petrificados por uma cultura machista, ainda faz com que a masturbação feminina seja um assunto tabu. Embora as mulheres estejam conseguindo viver de forma mais livre o gozo do prazer sexual por meio da masturbação, esse comportamento é vivenciado de diferentes maneiras pelas mulheres. Muitas não admitem praticá-lo ou simplesmente não o praticam por sentimento de culpa (GALDÓS, 2013).

A circulação de imagens e vivências de mulheres que vivem uma sexualidade mais lúdica, menos presas à monogamia e à reprodução, desestabiliza a ordem de gênero e oferece à mulher um lugar ativo, propositivo e exigente para com os outros e até consigo mesma. (FELITTI, 2016, p.189)

Mas observa-se que a ideia de liberação feminina tem sido, cada vez mais, associada à liberação sexual. Um estudo realizado no Chile, que investigou a percepção de diferentes gerações de mulheres sobre a masturbação, mostrou que não houve mudanças nas falas de seu uso entre as mulheres, mas sim na observação de sua prática, visto que ambas as gerações percebem a masturbação como um ato natural do ser humano. A geração mais velha de mulheres não realizava essa prática, visto que foram socializadas em um contexto educacional e familiar que as restringia, enquanto a geração mais jovem apresenta maior experiência na prática, embora se evidencie que o assunto continua sendo um tabu (PEÑA, 2019).

Rowland e colegas (2011) apontam que há mudanças na experiência sexual e nas expectativas da mulher após a introdução do vibrador, promovendo comportamentos como aumento de seu uso, embora este uso seja reservado principalmente para uso individual e não compartilhado com parceiros masculinos. Hungrege (2016), em investigação realizada nos Estados Unidos, verificou que o uso do vibrador tinha sido feito por 52% das 3.800 mulheres de 18 e 60 anos de idade pesquisada, indicando experiências positivas para o autoconhecimento, autoconceito e autoestima. Para Brochmann e Dahl (2017, p.116), "Quanto mais prática você ganhar em dar orgasmos a si mesma, maior a probabilidade de atingi-los quando está com um parceiro".

Também Bat Sheva e colegas (2019), apontam que há menor uso desses dispositivos durante a prática sexual, quando há relacionamento, seja porque não ousam falar sobre o assunto por medo de prejudicar a masculinidade do homem, por medo ou vergonha do que pensam a respeito, ou simplesmente porque não encontraram a oportunidade ou a forma de abordar o assunto, como mostrou Jing e colegas (2018).

Bat Sheva e colegas (2019) registraram as seguintes preocupações das mulheres quanto ao uso de vibradores: (1) receio dos diferentes padrões orgásticos; (2) considerar o orgasmo induzido por objeto externo "antinatural" e não tão válido quanto o produzido pela relação sexual; (3) medo da dependência do aparelho para chegar ao orgasmo; (4) questionamentos de seu direito de sentir prazer de forma autônoma, sem o parceiro, sentindo-se desleal para com ele; (5) medo ou falta de conforto em informar parceiro sobre o uso do aparelho; (6) a ideia de que o uso do vibrador impactou seus pensamentos ou atitudes em relação ao seu modo de viver a sexualidade. As autoras enfatizam que o impacto do uso do vibrador será positivo, desde que o usuário esteja preparado para as mudanças que enfrentará física e emocionalmente.

Fahs e Swank (2013) registraram 90% de uso entre mulheres de 18 a 51 anos, para auto-penetração durante a masturbação, para a auto-satisfação para compensar inadequações de um parceiro masculino e por ser um ato de rebeldia ao administrar o prazer de forma autônoma; também para liberar tensões decorrentes da rotina diária e, por fim, é praticado e descrito como uma fonte que permite expressar sentimentos positivos em relação ao corpo, uma fonte de alegria, diversão e prazer, ao mesmo tempo em que várias mulheres vêem a masturbação como uma ameaça ao domínio masculino. Assim, o empoderamento feminino, dá destaque à masturbação e ao conhecimento do clitóris como órgão destinado ao prazer, o que tem facilitado a apropriação do corpo pelas mulheres (HUNGRIGE, 2016), ganhando uma satisfação autoerótica executada manualmente e/ou com o uso de vibradores (PEÑA, 2019).

Benefícios da Masturbação

A masturbação pode proporcionar o auto-conhecimento, expressar liberdade, energia e o conectar-se com o próprio corpo, explorando sua sensibilidade como um todo. Sedicias (2019) aponta que a prática proporciona o alívio do estresse, evitando o aparecimento de infecções, prevenindo contra a incontinência urinária.

ria, diminuindo as câibras da tensão pré-menstrual e melhorando a autoestima. “Além disso, a masturbação feminina é uma forma natural de conhecer o próprio corpo com o objetivo de atingir o orgasmo” (SEDICIAS, 2019, p.1), pois permite o autoconhecimento, exercita a musculação pélvica e reduz a insônia.

Para as mulheres, a masturbação auxilia o colo do útero a abrir e liberar muco e fluidos cervicais que geralmente abrigam bactérias. A masturbação também apresenta vantagens para o primeiro parto, pois, ao fortalecer a pelve, proporciona contrações mais eficazes (GUERRERO, 2018), como também informa Dias (2018):

A masturbação feminina também tem importantes vantagens em termos de saúde: as paredes da pelve são reforçadas, o que ajuda a evitar a fuga da urina e, portanto, previne as chances de incontinência em uma idade mais avançada; quando a pélvis é fortalecida, as contrações do primeiro nascimento são geralmente mais eficazes e os desconfortos da regra diminuem: a dor pode ser combatida se a mulher se masturba antes e depois dela. (DIAS, 2018, p.21)

Ela também ajuda a aliviar as dores menstruais, já que este desconforto geralmente diminui ao se masturbar antes e após este período de sangramento. Caicedo e colegas (2020, p.25) corroboram que a masturbação,

[...] auxilia e promove o ciclo menstrual, aliviando as cólicas menstruais. Em um estudo, 9 por cento de aproximadamente 1.900 mulheres americanas que relataram práticas de masturbação nos três meses anteriores citaram o alívio das cólicas menstruais como motivação. (CAICEDO *et al.*, 2020, p.25)

Não há dúvida de que a excitação sexual e o orgasmo podem aumentar os níveis de endorfinas e corticosteróides que aumentam o limiar da dor, aliviando o desconforto associado à artrite, cólicas menstruais, enxaquecas e outras doenças. Assim, traz benefícios para a saúde física, emocional e sexual, bem como para o bem-estar das relações com outras pessoas, aliviando o estresse e beneficiando o coração com um aumento da frequência cardíaca similar a uma caminhada (Souza *et al.*, 2012, p. 345).

No campo da saúde psicológica, emocional e afetiva constatamos que diversos estudos realizados sobre os efeitos da boa sexualidade, como a masturbação, as relações sexuais, a masturbação a dois e tudo o que o autoerotismo acarreta, ficou evidenciado que a expressão sexual pode ter benefícios para a saúde, melhorando a qualidade de vida e a autoestima, e reduzindo o estresse, a depressão e o suicídio (CAICEDO *et al.*, 2020).

A masturbação também funciona como uma forma de relacionamento seguro ou sem penetração para reduzir o risco de doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez indesejada, além de, segundo os autores:

[...] proporcionar prazer sexual a pessoas que não têm um parceiro, incluindo idosos, proporcionar uma liberação de energia sexual para pessoas que desejam se abster de relações sexuais devido à gravidez, menstruação ou doença do parceiro, dá às pessoas a oportunidade de aprender como querem ser tocadas e estimuladas, aliviar a tensão pré-menstrual em muitas mulheres, induzir o sono, prevenir indiretamente a doença e desenvolver defesas contra infecções aumentando a contagem de células sanguíneas e renovar a circulação de hormônios, fortalecer o tônus muscular pélvico e anal, reduzindo as chances de perda involuntária de urina e prolapso uterino, aumentar o suprimento sanguíneo na região genital, portanto acredita-se que a atividade sexual é um estímulo intenso ao sistema cardiovascular. Há evidências de que o custo metabólico é modesto e o aumento da frequência cardíaca é semelhante a exercícios leves a moderados estimulando a produção de endorfina, permitindo melhor metabolismo do oxigênio e funcionamento celular mais eficiente em todo o corpo, criando uma sensação de bem-estar, melhorando a autoestima, permitindo níveis mais elevados de satisfação sexual e fornecer tratamento para disfunções sexuais. (SOUZA *et al.*, 2012 *apud* ROZO; MONSALVE, 2017, p.29)

Portanto, segundo Frederico (2019), hoje é consensual que a “masturbação tem muitos benefícios para a saúde. Além de aumentar os níveis de dopamina, serotonina e ocitocina, neurotransmissores associados ao bem-estar e ao prazer, ainda exercita os músculos do pavimento pélvico” (p.1).

Atualmente, as mulheres aprenderam sobre a masturbação mais cedo e com mais detalhes do que no passado, principalmente por meio de livros, revistas ou filmes. Alguns estudos apontam que muitas mulheres afirmam ter orgasmos melhores (GUARÍN-SERRANO *et al.*, 2019). No entanto, segundo Guarín-Serrano e colegas (2019), médicos e sexólogos ainda têm sido complacentes demais em sua abordagem sobre a masturbação, devido à sua longa associação com a vergonha e o descrédito. Levine (2008 *apud* CUNHA, 2008) lembra que é do interesse físico e emocional das mulheres terem informação sobre a masturbação e seus benefícios para a saúde, pois

[...] ajuda a prevenir e aliviar as infecções do trato urinário, assim como, está também associada à melhoria da saúde cardiovascular e ao menor risco de diabetes (tipo-2). Esta prática sexual pode ajudar a trabalhar contra a insônia, naturalmente, através da liberação hormonal e da tensão. (LEVINE, 2008 *apud* CUNHA, 2008, p.75)

Considerações Finais

Ao longo da história, a busca do prazer sexual feminino tem sido um tema tabu e polêmico, repleto de mitos e proibições no cotidiano e no âmbito científico. As influências da religião judaico-cristã e do contexto sociocultural têm estabelecido aprendizagens e mandatos sociais para o comportamento de homens e mulheres, estabelecendo-os também no exercício da sexualidade. É assim que muitas mulheres limitaram o gozo da sexualidade plena.

A estimulação das zonas erógenas permite obter prazer sexual. Uma das técnicas utilizadas nesta prática é a masturbação feminina, onde os órgãos genitais são estimulados para promover sensações agradáveis que favoreçam uma melhor resposta sexual. Por isso, a masturbação pode ser usada como um marcador do desejo sexual biológico e tem sido altamente recomendada por sexólogos e feministas como uma forma de as mulheres aprenderem sobre seus corpos e prazeres; superar as mensagens culturais negativas da imagem do corpo e dos órgãos genitais, a ponto de não priorizar o prazer, e para o desenvolvimento de maior autoestima e, como diz Guarín-Serrano e colegas (2019), "...pode estar ligada a indicadores de saúde sexual e ser um bom marcador da função sexual feminina, em parte devido ao seu papel educativo e ao (re)conhecimento do próprio corpo" (p.64).

A masturbação é percebida como uma prática que permite aprender a vivenciar a sexualidade sem tabus, vergonha ou culpa, tanto na família quanto na sociedade, pois são influenciadas por valores educacionais e morais específicos de seu contexto, adquirindo confiança e amor em si mesmas para romper com aqueles estigmas sociais com os quais cresceram de geração em geração.

Nas últimas décadas, o uso de objetos sexuais para complementar a masturbação na região genital, como vibradores, tem contribuído para o auto-conhecimento e a auto-satisfação sexual das mulheres, e por isso tem sido recomendado para facilitar a masturbação como tratamento complementar em situações em que haja alteração da resposta sexual ou disfunção sexual, a fim de melhorar a qualidade de vida sexual e encurtar o período de tratamento.

Também faz com que as mulheres façam a auto-descoberta de seus corpos e prazeres, tendo um maior domínio sobre seus corpos e uma maior habilidade para comunicação em torno de suas necessidades sexuais, ensinando seus parceiros a estimulá-las e a satisfazê-las.

Ela produz mudanças internas e externas, gerando autonomia e melhoria para que as mulheres se libertem das repressões sexuais às quais a cultura lhes condiciona, beneficiando a sua saúde física e mental e ampliando seus direitos sexuais e reprodutivos.

Referências Bibliográficas

- ALONSO, M. C. V. Trastorno orgásmico femenino. Protocolo asistencial. *Revista Sexología y Sociedad*, v. 22, n. 2, p. 216-247, 2016.
- ÁLVAREZ, T. A. S. *Sexualidad femenina, mitos y tabúes en el desarrollo sexual de las estudiantes de la carrera de psicología educativa orientación vocacional y familiar de la unach*. [Mongrafía]. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador, 2020.
- BAT SHEVA, M. Changes in a woman's sexual experience and expectations following the introduction of electric vibrator assistance. *J. Sex. Med.*, v.8, n. 12, p. 3398-3406, 2011.
- BAUMEL, S. W. *Investigando o papel da masturbação na sexualidade da mulher*. [Dissertação]. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2014.
- BAUTISTA, D. Con permiso para el autoerotismo. *Baytuto*. [Internet]. Disponível em: <https://www.baytuto.com/articulo/sexo-y-mujer-con-permiso-para-elautoerotismo,10778>
- BILLUPS, K. L. The role of mechanical devices in treating female sexual dysfunction and enhancing the female sexual response. *World J Urol.*, v. 20, n. 2, p. 137-141, 2002.
- BOTTINI, L. M.; BATISTA, R. L. O trabalho da mulher durante a revolução industrial inglesa (1780 a 1850). Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE. *Cadernos PDE*, v. 1, 2013.
- BROCHMANN, N.; DAHL, E. *Viva a vagina*. 1a ed. Noruega: Paralela, 2017.
- BURGOS, G. *La masturbación*. Barcelona: Editorial De Vecchi, 2012.
- CAICEDO, D. A.; CAMACHO, L. P.; GÓMEZ, L. F. *Masturbación masculina y femenina en adulto joven: beneficios y tabúes*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C., 2020.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Payá, 2019.
- COSTA, A. A. F. *O papel da masturbação na vida sexual da mulher*. 2019. [Monografia]. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2019.
- CRUZ DEL CASTILLO, C.; ROMERO, A.; GIL-BERNAL, F. M. E. Indicadores de deseo, autoerotismo e impulsividad sexual en mujeres de la Ciudad de México. *Acta de Investigación Psicológica*, v. 3, n. 1, p-1031-1040, 2013.
- CUNHA, V. T. G. *A masturbação feminina: abordagem de um tabu*. [Dissertação]. Instituto Superior de Psicologia

Aplicada. Lisboa, 2008.

DIAS, A. S. *Antropologia da sexualidade: o orgasmo e sua fisiologia*. [Monografia]. Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro, 2018.

DÍAZ, S. Mitos, curiosidades y otras verdades sobre la sexualidad. *ISEP*, 1º mar. 2019. [Internet]. Disponível em: <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/mitos-curiosidades-sexualidad/>

DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. *Sexualidade: do prazer ao sofrer*. Rio de Janeiro: Roca, 2017.

ESPITIA DE LA HOZ, F. J. Dispositivo EROS en el manejo de la anorgasmia femenina: Estudio prospectivo de serie de casos en mujeres del Quindío. *Univ y Salud*, v. 21, n. 1, p. 38-47, 2018.

ESPITIA DE LA HOZ, F. J. Prevalencia y caracterización de la eyaculación femenina. Estudio de corte transversal en mujeres colombianas del Quindío, 2012 a 2016. *Biociencias*, v. 14, n. 1, p. 45-54, 2019.

FAHS, B.; SWANK, E. Adventures with the “Plastic man”: sex toys, compulsory heterosexuality, and the politics of women’s sexual pleasure. *Sexuality Culture*, v. 17, n. 4, 2013.

FELITTI, K. Juegos y juguetes para la liberación sexual femenina. *Apunt Investig del CECYP*, v. 28, p. 188-206, 2016.

FREDERICO, T. Masturbação feminina: o prazer que (só) faz bem. *Saber Viver*, 17 mai. 2019. Disponível em: <https://www.saberviver.pt/bem-estar/sexo/masturbacao-feminina-faz-bem/>

GALDÓS, S. S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*, v. 30, n. 3, p. 455-460, 2013.

GARCÍA, Marta I. González. *La medicalización del sexo: el viagra femenino*. 1a ed. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2015.

GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, L. C. S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. 3, p. 708-716. Florianópolis, 2012.

GEFFROY, C. En busca del placer... Una perspectiva de género. *Bulletin de l’Institut Français d’Études Andines*, v. 45, n. 3, p. 373-388, 2016.

GOODMAN, L. R. Masturbation and fornication. *British Medical Journal*, v. 284, p. 513, 2012.

GUARÍN-SERRANO, R.; MUJICA-RODRIGUEZ, A. A. M.; CADENA-AFANADOR, L. P.; USECHE-ALDANA, B. I. 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.

GUERRERO, L. G. P. *Masturbación en estudiantes de tercero de bachillerato de la unidad educativa Amelia Gallegos Díaz en Riobamba, marzo- julio 2017*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidad Nacional de Chimborazo Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas Y Tecnologías, 2018.

HUNGRIGE, A. *Women’s masturbation: an exploration of the influence of shame, guilt, and religiosity*. [Dissertação]. Texas Woman’s University. Denton, Texas, 2016.

JING, S.; Lay A.; Weis L.; Furnham, A. Attitudes Toward, and

Use of, Vibrators in China. *J. Sex Marital Ther.*, v. 44, n. 1, p. 102-109, 2018.

JUNQUEIRA, R. D. “Ideologia de gênero”: a gênese de uma categoria política reacionária – ou: a promoção dos direitos humanos se tornou uma “ameaça à família natural”? In: RIBEIRO, P. R. C.; MAGALHÃES, J. C. [org.]. *Debates contemporâneos sobre Educação para a sexualidade*. Rio Grande: Ed. da FURG, 2017.

KOMESU, C. Quais são os malefícios e benefícios de se masturbar frequentemente? *Quora*. [Internet]. Disponível em: <https://pt.quora.com/Quais-s%C3%A3o-os-malef%C3%ADcios-e-benef%C3%ADcios-de-se-masturbar-frequentemente-para-uma-garota>

MASTERS W, JOHNSON V. *Human sexual response*. Boston: Little Brown & Co, 1966.

LANZ, L. *O corpo da roupa, a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero: uma introdução aos estudos transgêneros*. Curitiba: Transgente, 2015.

LINS, R. N. *A cama na rede*. Rio de Janeiro: Best Seller, 2010.

LOURO, G. L.; WEEKS, J.; BRITZMAN, D.; HOOKS B.; PARKER, R.; et al. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 3a ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

LOURO, G. L. *O corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e a Teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

MANOSALVA, Marcela Quiceno, et al. Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Informes Psicológicos*, v. 14, n. 1, p. 129-141, 2014.

MARQUARDT, A. C. *Pompoarismo: o despertar do potencial orgástico feminino*. [Monografia]. Universidade Cândido Mendes AVM. Jaraguá do Sul/SC, 2019.

MARTÍNEZ, M. S. ¿Por qué algunas mujeres no llegan al orgasmo? *Cuidate Plus*, 4 mar. 2021. [Internet].

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Editora Roca, 1984.

MORGA, A. E.; LAGE, M. M. L. Sedução, intriga e entrega nos seringais do Amazonas - Francisca Ribeiro e Antonio Alves da Cunha. *Temas de Mujeres – Rev. CEHIM*, a. 11, nº 1, p. 154-173, 2015.

NASCIMENTO, D. N. Normatização da sexualidade nos discursos médicos europeus a partir do século XVIII: a prostituta, uma “espécie sexual”. In: PEREIRA, D. P. [org.]. *Sexualidade e relações de gênero*. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019.

NIETO, B. Masturbación femenina: así ha evolucionado el placer de la mujer. *Enfemenino*. 20 out. 2019. [Internet]. Disponível em: <https://www.enfemenino.com/sexualidad/masturbacion-femenina-placer-mujer-s4006367.html>

OLIVEIRA, E. L.; REZENDE, J. M.; GONÇALVES, J. P. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. *Revista Ártemis*, v. XXVI, n. 1, pp. 303-314, jul-dez. 2018.

PEÑA, P. S. G. *Percepciones de la masturbación y el uso de vibradores en mujeres sexualmente activas*. 2019. [Tese]. Universidad de Concepción Dirección de Postgrado Facultad de Medicina. Concepción-Chile, 2019.

RACCO, R. *O livro de ouro do pompoarismo*. 11a ed. São Paulo: Regina Racco Editora, 2019.

RAMOS, M. C. *Precisamos falar sobre o clitóris na escola:*

investigando representações de estudantes de graduação em biologia acerca do clitóris. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

REGNERUS, M.; PRICE, J.; GORDON, D. Masturbation and partnered sex: ¿substitutes or complements? *Archives of Sexual Behavior*, v. 46, n. 7, p. 2111-2121, 2017.

REIS, D. S. *Estudos sobre as concepções e influências históricas nas abordagens no ensino de ciências sobre o corpo humano e as aproximações de uma visão crítica realizadas na licenciatura em educação do campo*. [Monografia]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

RIQUE, A. L. *Perguntas e respostas sobre sexo*. 1a ed. Jabotão dos Guararapes, 2017. [E-book]. (Internet) Disponível em: <http://www.anarique.net/files/ebook/.pdf>

RODRÍGUEZ, E. M. *La mente es maravillosa*. [Internet]. 2015.

ROSEN, R. C.; REESE, J. B. Normal Sexual Response in Women. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, vol. 33. n. 4, p. 515-526, 2006.

ROWLAND, D.; DONARSKI, A.; GRAVES, V.; CALDWELL, C.; HEVESI, B.; et al. The Experience of Orgasmic Pleasure during Partnered and Masturbatory Sex In Women with and Without Orgasmic Difficulty. *J Sex Marital Ther.*, v. 45, n. 6, p. 550-561, 2019.

ROZO, J. E.; MONSALVE, Y. V. T. *La masturbación, una práctica común en adolescentes*. 2017. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C., 2017.

RULL, M. A. P.; LOZANO J. L. G.; COUTO, C. V. P.; ROJANO M. R. Algunas dimensiones de la experimentación sexual: una comparación por sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, v. 18, n. 4, p. 1691-1694, 2015.

SALAS, M. S. *Terapia sexual: hacia un modelo integrativo multidimensional*. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/144923>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SALAZAR T. R.; SÁNCHEZ, I. P. La sexualidad femenina en discursos de la prensa popular y la ficción televisiva. *Nueva Época*, n. 21, p. 15-41, 2014.

SIERRA, J. C.; PERLA, F.; GUTIÉRREZ-QUINTANILLA, R. Actitud hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española del attitudes toward masturbation inventory. *Universitas Psychologica*, v. 9, n. 2, p. 531-542, 2010.

SILVA, W. M. F. A invisibilidade do prazer feminino na saúde: uma análise da relação entre direitos humanos e direitos sexuais. *Revista de Serviço Social da Universidade Unigranrio*, p. 60-74, 2019.

SOLOGUREN-GARCÍA, G. N. Percepción del placer sexual en los estudiantes y las estudiantes del quinto año de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, 2010. *Revista Médica Basadrina*, v. 7, n. 2, p. 31, 2013.

SOUZA, C. B.; SOUZA, V. S.; FIGUEIREDO, R. C. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. *Revista Multidisciplinares*, v. 4, n. 2, 2020.

SOUZA, M. S. *Uma análise crítica sobre a sexualidade: a educação e doméstica x educação escolar na construção da identidade de adolescentes*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande –

Paraíba, 2015.

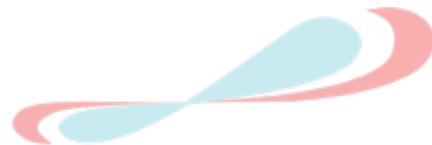
SOUZA, C. A.; CARDOSO F. L.; SILVEIRA, R.; WITTKOPF P. Comportamento da frequência cardíaca em adulto jovem durante exercício físico e atividade sexual. *Rev Bras Med Esporte*, v. 18, n. 5, p. 345-346, 2012.

URIBE ARCILA, J. F.; QUINTERO TOBÓN, M. T.; GÓMEZ, M. Orgasmo femenino: definición y fingimiento. *Revista Urología Colombiana*, v. 24, n. 1, pp. 19-27, 2015.

VIEIRA, K. F. L.; NOBREGA, R. P. M.; ARRUDA M. V. S.; VEIGA P. M. M. Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 36 n. 2, abr./jun. 2016, p. 329-340.

WESTHEIMER, R. K.; LEHU, P. A. *Sexo para dummies*. New York University, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Sexual health*. Genebra: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/



O Orgasmo Feminino no Universo da Sexualidade e seus Benefícios à Saúde da Mulher

The Female Orgasm in the Universe of Sexuality and it's Benefits to Women's Health

Josefa Delfino de Freitas Haisch

josefa_adv@yahoo.com.br

Bacharel em Direito, Universidade Católica de Pernambuco e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

O artigo faz uma revisão bibliográfica referente ao tema “sexualidade feminina e orgasmo”, detendo como foco a relação “orgasmo feminino, mitos, tabus e crenças”. O delineamento da pesquisa pautou-se principalmente sobre o orgasmo e no ciclo de resposta sexual feminina e sua importância para uma melhor compreensão por parte das mulheres.

Palavras-chave: Orgasmo feminino, Saúde sexual feminina, Disfunções sexuais femininas, Sexualidade feminina, Resposta sexual feminina.

Abstract:

This article do a research of bibliographic review of the female sexuality and its orgasm made through understanding understanding of the female orgasm phenomenon and myths, taboos and beliefs. The research was based mainly on orgasm and the cycle of human sexual response and especially the cycle of female sexual response and its importance for a better understanding on the part of the women.

Keywords: Female orgasm, Female sexual health, Female sexual dysfunctions, Female sexuality, Female sexual response.

Introdução

Este trabalho busca a melhor compreensão do corpo e do prazer feminino. Para tanto, é realizado um breve resumo da história da sexualidade humana desde seu início, ressaltando a influência do cristianismo e de seus confessionários como mecanismo de controle da sexualidade feminina ocidental, passando pelos tabus e mitos dos diferentes períodos na constituição da sociedade até os nossos dias.

O ponto de partida considerado foi o enfoque do orgasmo feminino, sendo ressaltada a forma como as pessoas se relacionavam entre si e percebiam o orgasmo dentro da questão sexual. O trabalho colabora para a compreensão da sexualidade como algo construído pela interação entre o indivíduo e as estruturas sociais, considerando que a sexualidade é um potencial humano e que os direitos sexuais são direitos humanos universais, baseados na liberdade inerente, dignidade e igualdade para todos os seres humanos, juntamente à saúde sexual (WAS, 1999).

Assim, observa as diferentes construções conceituais, definições e características para a compreensão no nível físico, psíquico e social do orgasmo feminino e seu impacto na saúde da mulher; descrevendo o caminho que este fenômeno trilhou ao longo da história da sexualidade feminina.

A Sexualidade Feminina ao Longo da História Humana

- a sexualidade feminina na Pré-História:

Há 4 milhões de anos, os hormônios motivavam a relação sexual e tinham como função a manutenção da vida de nossos ancestrais que viveram no sul da África (primatas australopithecus afarensis), hominí-

deos já extintos. Sabe-se agora que Lucy, a fêmea encontrada dessa espécie, andava de quatro, era peluda, tinha cérebro com 450 centímetros cúbicos, 1,5 metros de altura, 27 quilos aproximadamente, genitais na parte inferior da coluna e espalhava seus feromônios pelas moitas, atraindo uma infinidade de machos (DIEGUES, 2016).

Segundo as teorias, a sedução era exclusivamente bioquímica, não dependendo do olhar nem da estética corporal. A posição fazia com que os genitais ficassem em uma posição posterior e a ação da gravidade sobre o útero evitava abortos e problemas no parto, e os hormônios determinavam a disposição para o sexo, que se reduzia com a gravidez, voltando ao estado sexual "ativo", apenas com o final da amamentação.

Tudo isso mudou há 2,2 milhões de anos, quando esses hominídeos começam a correr e a ficar de pé para colher frutos, sendo transformados em homo habilis. Nesta posição, os genitais começaram a ficar mais escondidos entre as pernas, o que provocou uma transformação nas relações sexuais, permitindo o sexo de frente e a troca de olhares durante esta prática, de modo a estabelecer vínculos afetivos entre macho e fêmea. A partir daí, o macho reconhece a sua prole e passou a proteger a fêmea que se relacionava sexualmente (SAMPEDRO, 2015; MOTOMURA; SILVEIRA, 2009).

Há 2 milhões de anos, a fêmea, com as mãos livres, começou a criar utensílios (cestas e maceradores de grão), e os machos iniciaram as caçadas para manter a família, dando origem ao homo erectus. Agora a espécie já tinha 1,30 a 1,70 metros de altura, um peso de aproximadamente 70 quilos e seu volume craniano era de 750 a 1.250 centímetros cúbicos (DIEGUES, 2016). A fêmea perde os pelos do corpo e mantém-os nos genitais, continua a liberação de feromônios e o contato visual passa a predominar, gerando a necessidade de comunicação.

Na cultura de outro tipo de hominídeos, os neandertais, habitantes da África, Europa e Ásia e que tinham um cérebro maior, com 1.700 centímetros cúbicos e altura de 1,65 metros, a mulher desempenhava um papel fundamental e até superior ao masculino, passando, seu sangue menstrual, a representar um importante valor ritual (SAMPEDRO, 2015; DIEGUES, 2016).

Posteriormente, o homo sapiens cro-magnon surge no norte da África e se espalha pela Europa e Ásia. Ele possui 1,80 metros de altura e capacidade craniana de 1.500 a 1.790 metros cúbicos (LODVIEW, s/d.). A fêmea tinha igualmente um papel importante: engravidava, criava e cuidava, sendo considerada uma "deusa" na terra. Eis a origem das primeiras deusas criadas pela mitologia religiosa primitiva, sendo a sexualidade feminina venerada socialmente (DOMINGUÊZ, 2015).

Enquanto machos tinham predominantemente a testosterona, que dava (e, ainda, até hoje) aos homo, a virilidade e a força física, as fêmeas secretavam estrogênio, que determinava a feminilidade, e a progesterona, que promovia a gestação e a maternidade. Diegues (2016) afirma que o sangramento da fêmea afastava o macho, permitindo-lhe a "escolha" de sentir prazer ou não com um determinado parceiro.

Os registros de arte rupestre desenhadas em paredes de cavernas e em pedras, representando pessoas e animais, incluem imagens da sexualidade humana desde esse período.

- a sexualidade feminina no Período Neolítico:

O Neolítico foi um período muito longo, que se inicia com o surgimento da agricultura e da pecuária, provocando o abandono do nomadismo e a fixação na terra, com a necessidade de proteção do patrimônio, representado pelas terras e pela produção (MOTOMURA; SILVEIRA, 2009). Junto a esta mudança, surge a monogamia e formação das primeiras famílias, visando à defesa do patrimônio do grupo. A partir daí, a sexualidade feminina passou a ser controlada, de forma a permitir que o macho tivesse certeza dos seus herdeiros para a continuidade do patrimônio econômico; com as posses das fêmeas, passa-se a obrigá-las à prática sexual de exclusividade de parceria (DIEGUES, 2016). Assim, as primeiras formações familiares surgiram, levando à divisão do trabalho por sexo, nos campos, sendo o macho já o chefe familiar.

As manifestações religiosas se orientam para os eventos naturais, em paralelo à adoração das fêmeas que têm o poder em gerar a vida (MONTAMORA; SILVEIRA, 2015). Nesses simbolismos, as representações do corpo da fêmea as retratavam com traços sexuais avantajados, como sinônimo da fertilidade dessas, como, por exemplo, na região noroeste da Índia, nas cidades de Harappa e Mohenjo Dhara, onde a chamada civilização drávida, regida pelo matriarcado, enfatizava o feminino e sua potencialidade de reprodução da vida (LEAL; ANANDA; 2018).

Para a civilização drávida, a mulher era criadora do universo, representando o próprio corpo deste universo; era o suporte e essência do universo. Como o corpo feminino, o culto à mulher foi associado também às estações e agricultura (RAGO 1985 *apud* REBOLHO, 2015). A explicação sobre a origem da vida e da espécie humana deriva nos mitos de criação.

- a sociedade da Antiguidade e o cristianismo:

Dentre esses mitos, a tradição judaica, sociedade já com organização patriarcal, possuía o mito de Adão e Eva, incorporado ao cristianismo em sua origem e depois implementado socialmente por meio do Império Romano. Essa sociedade já se caracterizava pela proeminência do poder social masculino e a mulher possuía status inferior, tinham não apenas a sexualidade, o prazer e os orgasmos controlados, como toda a sua vida. As mulheres, igualmente aos filhos menores de idade, eram consideradas patrimônio do patriarca, do homem, inclusive entre as classes mais ricas.

A ascensão do cristianismo reforçou o controle sexual das mulheres; os símbolos representantes dos órgãos sexuais femininos antes utilizados e utilizados em cultos religiosos pagãos, tais como a serpente, foram proibidos e transformados em símbolos do pecado. O catolicismo romano criou uma doutrina que passou a defender a virgindade e a castidade femininas, pregando a prática e o prazer sexual das mulheres como impuros e instrumentos do mal que deveria ser controlado, reprimido e escondido (ROBERTES, 1998 *apud* REBOLHO, 2015).

- sexualidade feminina da Idade Média ao século XIX:

Na Idade Média (séculos V ao XV), todas estas crenças religiosas foram ao longo dos anos sendo impostas como normativa para a sociedade e a religião romano-cristã adjetivou o sexo e o prazer em perversidade e pecado. Então, foi por conta disso que a instituição passou a reger e controlar a sexualidade humana, e ainda com mais rigor a sexualidade feminina.

De todos os grupos sociais existentes, as mulheres eram marginalizadas e invisíveis, e as autoridades religiosas, como São Paulo e Santo Agostinho, pregavam sua inferioridade frente aos homens. Deveriam ser subjugadas ao poder masculino, juntamente com sua sexualidade, e os homens tinham poder de servirem-se delas para necessidade e satisfação sexual.

A Igreja Católica impõe a sua moral e influencia a política até o extremo da perseguição às "bruxas", consideradas, a partir do século XIII, como aquelas que seduzem homens ou mantêm atividades sexuais por prazer. Tal posicionamento, juntamente à determinação de que o sexo deveria ser apenas para a reprodução, passou a regular toda a vida sexual, incriminando as atitudes divergentes como "contrárias à natureza".

Segundo a filósofa Marilena Chauí (1984) e a teóloga Penélope Ryan (1999) a repressão sexual exercida pela moral cristã no decorrer dos séculos, promoveu uma associação da sexualidade a sentimentos e pensamentos ligados ao que é sujo, anormal e pecaminoso. (HEILBORN, 2018 *apud* GARCIA, 2007, p. 124)

- sexualidade feminina na Idade Moderna:

Posteriormente, no século XVIII, na Europa impõe-se a diferenciação sexual dos corpos "masculino" e "feminino" por meio da Biologia, que teoriza a chamada "natureza feminina sistematizada", caracterizando a mulher pelo funcionamento reprodutivo de seu corpo. As ciências reforçaram a ideia da existência útil da mulher pautada pela sua capacidade de gerar filhos, atribuindo-lhe a função doméstica de cuidadora dos filhos e da casa e mantendo-a submissa ao marido; situação em que a prática sexual deveria se dar (para elas) sem prazer e apenas para o fim da procriação (VIEIRA, 2005).

O corpo feminino passou a sofrer um grande controle e vigilância social, as meninas eram desestimuladas a se tocarem para que não descobrissem o prazer do próprio corpo, e a sexualidade feminina no geral também era vigiada e controlada pelos homens mais próximos dos grupos familiares. Os chamados confessionários, criados pela Igreja Católica para que os fiéis confessassem seus pecados, aos poucos, foram reforçando nas mulheres a chamada "culpa cristã". Tal expressão, assim como a frase "Deus está vendo tudo", reforçavam a proibição do prazer, provocando medo, tensão e ansiedade em relação a sua atividade sexual, gerando bloqueios que até hoje impedem que muitas mulheres vivam uma atividade sexual a plenitude, prazerosa e orgástica.

Também os médicos se voltaram para o corpo feminino como objeto de investigações "científicas", destacando o aparelho reprodutor e associando-o à procriação – situação em que o clitóris, por não ter função reprodutiva, era considerado desnecessário e um resquício anômalo. No século XIX, em Paris, meninas eram submetidas a procedimentos cirúrgicos que, por vezes, retiravam-lhe o clitóris, para que mantivesse apenas a sua função procriadora, tornando-as incapazes física e emocionalmente de sentir prazer (AUGUSTO, 2017).

Da mesma forma, a masturbação feminina não era tolerada, por isso, toda e qualquer atividade que a mulher executava, tais como costura ou equitação, em que movimentasse as pernas, era associada ao estí-

mulo do prazer feminino, por isso eram proibidas e desaconselhadas (AUGUSTO, 2017). A mulher tinha a sexualidade controlada e vigiada conforme os padrões culturais-religiosos cristãos, por meio de uma educação familiar, pela escola repressora, pela Igreja e seus eficientes confessionários e pelos mecanismos que criavam uma culpa feminina para tais práticas (FOUCAULT, 1987).

A sexualidade feminina atendia, assim, somente aos interesses patriarcais e sociais. E aquelas mulheres que os contestavam eram declaradas como que possuídas pelo demônio ou acometidas de “histeria” – doença estabelecida na época e associada ao gênero feminino. Foi frente a este mal que, em 1953, Van Forrest criou o massageador da genitália feminina (vibrador) (PATRÍCIA, 2015), de forma a resolver o “paroxismo histérico” das mulheres, que, reprimidas, não tinham expressão, satisfação sexual e nem orgasmos. Isso porque o orgasmo como resposta sexual feminina não era reconhecido pela sociedade devido ao machismo que não enxergava a mulher como ser capaz de expressar seu desejo e ter satisfação (PATRÍCIA, 2015).

- sexualidade feminina no século XX:

No início do Século XX, no mundo todo, as mulheres foram pioneiras em vários setores, embora, nas condições de trabalho terríveis e discriminatórias, continuassem em desigualdade em relação aos homens que eram mais beneficiados quanto aos salários, carga horária, condições de trabalho e liberdade sexual (DE-MÉTRIO, 2008).

Ainda em 1952, a sexualidade ativa nas mulheres era considerada uma doença pela já criada Associação Americana de Psiquiatria – uma das maiores instituições de referência para, ainda hoje, serem diagnosticados os transtornos mentais. O vibrador, utilizado nos consultórios médicos e por alguns especialistas que tratavam a “histeria feminina”, desapareceu das práticas de saúde.

Outras mudanças ocorreram em relação à sexualidade feminina a partir da década de 1960, como a invenção da pílula anticoncepcional e de outros métodos contraceptivos, conscientização, trazendo a informação e a opção de se fazer um planejamento familiar. A partir deste período, houve um retorno à divulgação e uso do vibrador, associado à difusão da ideia do orgasmo feminino, passando a ser um acessório sexual feminino e não mais um instrumento exclusivamente médico (TERRA.COM, 2013).

Durante o XIV Congresso Mundial de Sexologia, realizado em 1999 em Hong Kong, na China, a Assembleia Geral da WAS - *World Association for Sexology*, aprovou a “Declaração de Direitos Sexuais” que havia sido proposta dois anos antes, no Congresso Mundial de Sexologia, na Espanha, em 1997 (WAS, 1999).

Segundo essa declaração, a sexualidade é parte integral da personalidade de todo o ser humano. Seu pleno desenvolvimento depende da satisfação de necessidades humanas básicas, tais como o desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, carinho e amor.

Desde a Conferência das Nações Unidas do Cairo (PATRIOTA, 1994), os direitos sexuais e reprodutivos são considerados direitos humanos universais baseados na liberdade, dignidade e igualdade inerentes a todos os seres humanos. Assim, uma vez que a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual passa a ser considerada um direito humano básico, devendo ser os direitos sexuais reconhecidos, promovidos, respeitados e defendidos por todas as sociedades.

O Orgasmo

A sexualidade é de grande importância já que está inclusa entre as necessidades básicas do ser humano. O interesse pela função da sexualidade feminina teve início com Hipócrates (400 a.C), porém, sobre seu prazer o interesse surgiu apenas no Século XVI com os pesquisadores anatomistas Realdo Colombo e Gabriel Falloppio. Porém, desde os primórdios, especificamente o orgasmo feminino nunca despertou o interesse de médicos, pesquisadores e financiadores (ÁRBOL, 2013), que mantinham o foco no corpo feminino apenas para questões relacionadas ao processo de reprodução humana e, posteriormente, de controle de natalidade e métodos contraceptivos. Assim, o prazer feminino durante toda a história foi ignorado e ainda hoje é um tabu.

Quanto ao orgasmo, a Enciclopédia Britânica (*apud* HAISCH, s/d), o conceitua como: “o grau máximo de excitação e culminação do prazer sexual e subsequente relaxamento das tensões sexuais”. Em 1921, Freud conceituou o orgasmo como “libido, energia do desejo de qualquer espécie” (FREUD, 2011). Logo em seguida, em 1927, o biólogo austríaco Wilhelm Reich (1975) publicou “A Função do Orgasmo”, em que o descreve como “energia orgone, energia do prazer”:

Potência orgástica: capacidade de abandonar-se, livre de quaisquer inibições, ao fluxo de energia biológica; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo. (REICH, 1975, p.94)

Os pesquisadores Masters e Johnson (1966/1984), definiram o orgasmo como:

Um breve período de liberação física do aumento prévio da tensão muscular, da concentração do fluxo de sangue na pelve e da sensação corporal de excitação, somado à percepção subjetiva que o indivíduo tem deste estado. Esta liberação energética ocorre por contrações musculares ritmadas na região genital que se refletem em outras partes do corpo. As contrações resultam ser bastante prazerosas e produzem uma sensação de alívio e relaxamento. (MASTERS; JOHNSON, 1984).

No Oriente, desde o século XVII, Gheranda Samhita (VAN LYSEBETH, 1994) conceituou o orgasmo como “energia sustentadora da vida, força vital presente em todos os seres, poder energético que dá vida ao universo”. Esta definição é a que mais transcende o prazer, ao associar o orgasmo à energia sustentadora da vida (Kundalinî) e fundamenta a abordagem do Tantra, filosofia que fala sobre a consciência, sobre a sexualidade para que o ser humano atinja uma vida consciente, criativa e prazerosa e se torne um “ser original”. Nesse sentido a prática do Tantra visa “despertar” essa energia, simbolizada por uma serpente “adormecida” que se localiza na base da espinha dorsal e, ao ser ativada, se eleva até o alto da cabeça. Tal energia é vista como ígnea, incendiária, por isso, quando despertada gera “correntes tântricas”.

Quanto às reações fisiológicas, o orgasmo é um fenômeno complexo que envolve o sistema nervoso central e periférico do corpo humano e as respostas sensorio-motoras dos órgãos nele envolvidos. Pela medula, descem conexões nervosas que, através do sistema simpático e parassimpático, provocam mudanças e sensações no corpo. Por isso, no caso do orgasmo feminino, segundo Redelman (2006), existem as seguintes estruturas anatómicas e fisiológicas a serem ativadas: (1) a conexão córtico-medular, fibras S2, S3, S4 e os nervos pudendos; (2) a estrutura cavernosa com nervos saudável; (3) uma adequada força muscular pélvica; (4) a excitação e congestão genital.

A conexão córtico-medular se dá desde o córtex cerebral, região com numerosos vasos linfáticos que drenam a linfa em direção à cápsula ou junção corticomedular localizada nos rins, onde outros vasos linfáticos se espalham pelo corpo, acompanhando os vasos sanguíneos.

Já as fibras S2, S3, S4 estão localizadas na medula sacral, localizada no interior da pelve, chegando ao tronco cerebral que concentra neurônios que fazem parte do sistema nervoso parassimpático (SNP), que por sua vez é um segmento do sistema nervoso autônomo (SNA). É esse SNP o responsável por estimular ações que permitem ao organismo responder a situações de calma, onde há desaceleração dos batimentos cardíacos, diminuição da pressão arterial e a diminuição da adrenalina e do açúcar no sangue.

O nervo pudendo ou pudendal é o principal nervo do períneo feminino, responsável pela transmissão das sensações dos órgãos genitais externos, da pele ao redor do ânus e do períneo. Este nervo estimula vários músculos pélvicos, incluindo o esfíncter uretral externo e o esfíncter anal externo. Além do pudendo, parte da estrutura cavernosa feminina está no clitóris, órgão que apresenta duas estruturas fixadas aos ísquios e púbis por uma “cruz”, o “ramo do clitóris”. Esses ramos são formados por regiões esponjosas que se enchem de sangue durante a ereção, juntando-se ao corpo do clitóris, provocando também a dilatação da chamada “glande do clitóris”.

Descendo alongadas da entrada da vagina, se situam, sob o corpo do clitóris, os dois bulbos do vestíbulo, também compostos de tecido erétil, que não são visíveis, uma vez que são recobertos pelo músculo chamado bulboesponjoso – responsáveis pela liberação da urina e responsáveis pelo contato do orifício da vagina com o pênis que será recebido, o que gera a sensação de peso e inchaço em toda a região pudenda.

A resposta orgástica ocorre, segundo Meston e colegas (2004), quando após o estímulo e excitação eficaz provoca contrações rítmicas no terço inferior da vagina, contrações uterinas e contrações do esfíncter uretral e retal. Outras reações podem ocorrer, como eritema (vermelhidão) na pele, taquicardia, hiperventilação respiratória e espasmos musculares voluntários ou involuntários nos membros e/ou na face.

Assim, o orgasmo feminino é uma experiência psicofisiológica. Reich chama a atenção para o aspecto psicossomático de nossa biologia:

Mente e corpo constituem uma unidade funcional, tendo ao mesmo tempo uma relação antitética. Ambos funcionam segundo leis biológicas. A modificação dessas leis é resultado de influências sociais. A estrutura psicossomática é o resultado de um choque entre as funções sociais e biológicas. A função do orgasmo é a medida do funcionamento psicofísico, porque é nela que se expressa a função da energia biológica. (REICH, 1990, p.313)

Margaret Mead (2006 *apud* GARCIA, 2007) entende que a capacidade para o orgasmo é uma “resposta aprendida”, sendo certo que o ambiente onde está inserida a mulher tem a capacidade de influenciar positivamente ou negativamente o aprendizado desta mulher quanto a sua sexualidade e principalmente o seu prazer, sendo assim forçosa a conclusão de que sentir o orgasmo pode ser um aprendizado cultural.

Nesse sentido, a resposta orgânica que provoca sofre influências psicossociais, o que se observa nos casos em que a cultura é repressiva, como a brasileira. Abdo (2004) registrou que, no Brasil, a dificuldade de orgasmo é um problema que atinge 26,2% das mulheres, mais do que 5 vezes essa ocorrência entre homens. Essa dificuldade é, conforme o estudo, crescente conforme a faixa de idade, atingindo 33,8% das mulheres na faixa etária de 18 a 25 anos; 23,8% entre 26 e 40 anos; 21,7% entre 41 e 50 anos; 20,7% entre 51 e 60 anos e 30,3% para as acima de 60 anos. Pesquisa feita pela organização não governamental ECOS (2000) também mostrou que apenas 22% das mulheres brasileiras atingiam o orgasmo em suas relações sexuais.

Kinsey (1954), no seu livro "Comportamento Sexual da Mulher", foi o primeiro autor que demonstrou que mulheres que costumam se masturbar desde cedo aumentam as probabilidades de sentirem orgasmos já no primeiro ano de práticas sexuais. Também Masters e Johnson (1975), chegaram à mesma conclusão.

Para Gagnon (2006 *apud* GARCIA, 2007): "é através da masturbação que a competência orgástica é convertida em desempenho orgástico. O autor afirma que na cultura ocidental, com raras situações práticas de aprendizagem de desempenho orgástico, a masturbação passa a ter um papel importante" (p.179),

Porém, segundo Heilborn e colegas (2006 *apud* GARCIA, 2007), a prática da masturbação historicamente sofre uma condenação moral. Esses autores descrevem que, em suas pesquisas, ¼ dos jovens consideram a masturbação um vício. Outra pesquisa, realizada em 1988, mostrou que 92,1% das mulheres brasileiras não se masturbavam frequentemente (ABDO *et. al.*, 2002).

Nos Estados Unidos, a educadora Herbernick (VENTAS, 2015), verificou que 44% dos homens se masturbavam de duas a três vezes por semana, mas no caso das mulheres, apenas 13% delas se masturbavam com a mesma frequência.

Quanto aos fatores para uma resposta sexual que possibilite o orgasmo, Kaplan (1977) enfatizou a importância do "desejo" (apetite sexual), seria ele que desencadearia no cérebro o "gatilho" que deflagra o ciclo da resposta sexual. A APA - Associação Psiquiátrica Americana (1980), considera que este ciclo, para ambos os sexos é composto por quatro fases, que na mulher tem as seguintes características:

- *desejo*: em essência, é a experiência subjetiva que associa a sentidos e pensamentos provocando mudança da percepção dos estímulos como uma experiência prazerosa, que tem base nos hormônios andrógenos (testosterona e outros hormônios masculinos), possibilitando o avanço de fases de envolvimento. que a faz avançar pelas fases subsequentes;
- *excitação*: é identificada pela resposta fisiológica lubrificação-tumescência: tensão muscular, vasocongestão do genital, lubrificação vaginal, ligeiro aumento do clitóris, elevação do útero e expansão da vagina;
- *orgasmo*: contrações reflexas ritmadas em 8 décimos de segundo (3 a 12 vezes) da musculatura peri-vaginal e perineal, quando a circulação se acelera, as pupilas dilatam e a motilidade e sensibilidade se expandem;
- *resolução*: caracterizada pelo relaxamento e regressão das alterações: o clitóris geralmente retorna a sua posição normal em cerca de 10 segundos e a plataforma orgástica sofre uma rápida detumescência, os pequenos lábios perdem sua coloração arroxeadada e há de retorno da vagina ao seu estado prévio para que o útero atinja sua posição basal, após 10 ou 15 minutos do orgasmo.

Masters e Johnson (1984) defenderam que o ciclo da resposta sexual humana contém quatro fases lineares:

- *fase da excitação*: resultado físico e psicológico do estímulo que ocorre por meio da visão, tato, olfato, audição e paladar e por meio dos pensamentos, emoções e fantasias, etapa em que a mulher apresenta lubrificação vaginal, expansão da parte interna da vagina variando entre 7 e 8 até 12 centímetros, com aumento do tamanho do útero, afinamento, achatamento e abertura dos grandes lábios (em mulheres que ainda não tiveram filhos), ou espessamento e aumento do volume dos grandes lábios (em mulheres que já tiveram filhos), aumento de tamanho dos grandes lábios e do clitóris e enrijecimento e discreto aumento dos seios.
- *fase de platô*: quando ocorre altos níveis de excitação sexual, 30% de aumento de pressão vaginal sobre o pênis e expansão da parte interna da vagina, causando elevação do útero, preparando as mulheres para o orgasmo. Nesse momento, há diminuição da lubrificação vaginal e o clitóris e pequenos lábios se retraem ao mesmo tempo em que aumentam de tamanho afastando os grandes lábios, que tem sua cor mudada para um rosado (em mulheres que nunca engravidaram) e vermelho (para as que já engravidaram). As areolas dos seios aumentam de tamanho, ocorrendo o chamado rubor sexual na região superior do abdômen: seios, parte frontal do tórax, podendo também ocorrer no pescoço, nádegas, costas, braços, pernas e rosto. Há aumento da tensão muscular nas nádegas e costas, a respiração e batimentos cardíacos se aceleram e há conseqüentemente um aumento da pressão do sangue.

- *fase orgástica*: refere-se ao cume ou pico de excitação sexual, onde há uma brusca tensão, com contrações musculares cadenciadas no útero e até vagina e esfíncter anal e tensão no corpo, finalizadas pelo relaxamento. Nessa fase, algumas mulheres produzem mais lubrificação vaginal.

- *fase de resolução*: o corpo começa a retornar à sua condição normal de ausência de estimulação sexual, desaparecendo as contrações musculares, cessando o bombeamento de sangue para a região genital, clareando as cores dos pequenos lábios, retomada do tamanho original do clitóris, diâmetro da vagina e posição do útero e normalização respiratória e cardíaca. Porém, na mulher há a possibilidade de continuidade de estímulos produzindo os chamados orgasmos múltiplos em um período curto de tempo.

No contexto do orgasmo feminino, parece ser importante esclarecer a diferença entre “gozar” e sentir um orgasmo, assim como a satisfação sexual pode ocorrer sem orgasmos. Assim, para as mulheres, orgasmo e excitação não são entidades particularmente distintas. O gozo corresponde à resposta fisiológica, de apenas hiperestimulação, em que pode haver inclusive a ejaculação feminina, expelindo líquido pela uretra, que, no entanto, não se constitui de urina, também produzidos pelas glândulas de Skene. Essas glândulas também produzem a enzima PDE5, motivando a excitação sexual feminina e a lubrificação vaginal quando estimulada sexualmente.

Em 2001, a pesquisadora Rosemary Basson sugeriu que o ciclo de resposta sexual feminina em relacionamentos de longa duração é diferente da resposta sexual masculina. Seu modelo teve validação no “II Encontro Internacional para Levantamento de Consensos Relativos às Desordens Sexuais”, caracterizando o ciclo de resposta sexual feminina em 5 fases. Seu Modelo Circular (MARCIA, 2010) aponta que o desejo não é fator mais importante, mas outras razões de estímulo se impõem, como a proximidade emocional com o parceiro, o vínculo e no comprometimento; além de se sentir atraída ou atraente para o parceiro e querer dividir e sentir prazer sexual:

- *fase 1*: Início da atividade com motivação não necessariamente sexual, podendo não haver consciência do desejo sexual;

- *fase 2*: receptividade ao estímulo sexual, identificação da excitação potencial, desencadeando a responsividade biológica;

- *fase 3*: excitação subjetiva e tomada de consciência de desejo sexual;

- *fase 4*: aumento da intensidade da excitação e do desejo responsivo, podendo ou não ocorrer o alívio orgástico;

- *fase 5*: satisfação física e emocional, contribuindo para a receptividade e respostas de futuras relações sexuais (imagem 2).

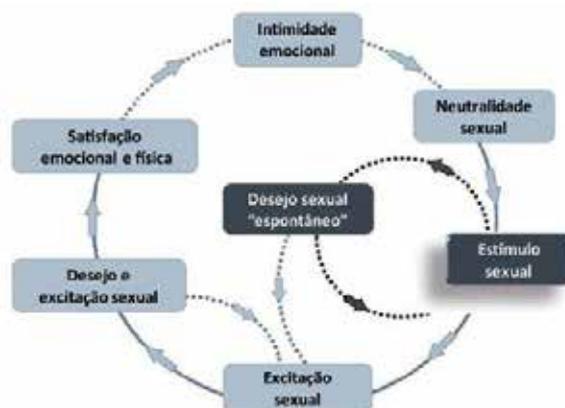


Figura 1 - Modelo Circular de Basson

Assim, a autora ressalta que a ausência do desejo espontâneo não caracteriza uma disfunção sexual feminina. Também cabe lembrar que a estimulação sexual feminina e sua resposta não estão limitadas aos órgãos reprodutores e suas reações fisiológicas, mas integram e, por isso, podem ser estimuladas, áreas extragenitais, como os mamilos, o pescoço, face, seios, coxas, nádegas, que compõe as zonas erógenas secundárias.

Na sexualidade feminina, as carícias são um ingrediente de grande importância para que ela tenha uma resposta sexual bastante satisfatória, por isso os estímulos devem começar primeiro em outra parte do corpo menos sensível ao toque como coxa, pernas, seios, nuca, etc., que facilitarão seu desejo e lubrificação. Também toques genitais para além da penetração são importantes e há mulheres que sentem mais prazer no toque manual ou com a boca do que pela penetração.

É importante mencionar que neurotransmissores e hormônios responsáveis pelo prazer exercem estímulo e respostas sexuais, sensíveis a fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos. A ocitocina, produzida pelo hipotálamo e armazenada na hipófise, é responsável pelas contrações musculares uterinas, estimulando o orgasmo, o apego e a empatia; e a dopamina dispara as sensações de motivação e recompensa; e a serotonina potencializa a sensação de prazer e bem-estar, além de outros hormônios específicos, como, no caso da mulher, o estrogênio e a progesterona, produzidos pelos ovários; além da testosterona, também produzida pelos ovários e presente no corpo feminino, porém em menor quantidade do que no masculino. Essas substâncias estão envolvidas no desejo, sensações da atividade sexual, auxiliando também no equilíbrio da saúde da mulher.

Gagnon (2006 *apud* GARCIA, 2007) afirma que a capacidade a nível fisiológico para o corpo desenvolver o orgasmo, a "competência biológica", tem início ainda na vida intrauterina, destacando assim a importância dos fatores sociais e psicológicos na conversão de "competência orgástica" em "desempenho orgástico", representando uma maior sofisticação no corpo feminino.

Essa competência para o orgasmo, de acordo com os biólogos Pavlicev e Wagner (MARIE CLAIRE, 2016), surgiu há mais de 150 milhões de anos, quando os mamíferos fêmeas passaram a ter ovulação espontânea e o orgasmo produzia a ovulação para a fertilização durante o sexo, no processo de reprodução. Porém, com a mudança da ovulação para um período diferenciado do sangramento do endométrio uterino, que permitiu a prática sexual independente do cio, desvinculou-se também o orgasmo do processo reprodutivo humano, tornando-se parte exclusivamente de práticas de satisfação sexual, embora a fecundação ocorra com mais facilidade quando a mulher, no ato sexual, entra em processo de orgasmo.

- benefícios do orgasmo feminino para a saúde da mulher:

Os benefícios do orgasmo feminino (pelo que se conhece) foram vistos pelo médico holandês Pieter Van Forrest (PATRICIA, 2015), que em 1653 utilizava a massagem no genital como tratamento terapêutico, o qual vem avançando ao longo da história com pesquisas e descobertas sobre os benefícios terapêuticos do orgasmo.

Freud considerava as questões sexuais como geradoras das neuroses. Para Reich (1975), a saúde é psicobiodinâmica, situação em que a sexualidade tem papel fundamental; em suas pesquisas este autor propôs uma fórmula similar à do processo de divisão celular do corpo humano: "tensão-carga-descarga-relaxamento" que determina bloqueios e problemas psicossomáticos.

Entre os benefícios do orgasmo feminino para a saúde da mulher, Frideman e Martin (2012) apontam que promove a longevidade; alivia a tensão (JANNINI, 2009); alivia e cria resistência a dores de cabeça e cólicas menstruais, artrite, tensão pré-menstrual (WOMANIZER.COM, s/d; URIVAEV; PETROV, 1996); melhora o sono (FERNANDEZ, 2008); deixa pele e cabelos mais bonitos (Universidade Queens do Reino Unido); diminui o estresse (Biological Psychology); protege o coração (HALL *et al.*, 2010); e fortalece a imunidade pelo aumento da liberação de dopamina, aumentando consequentemente os níveis de um anticorpo de imunoglobulina A, responsável pela proteção do organismo a infecções, gripe e resfriados.

A falta de orgasmos, além da perda desses benefícios para a saúde e da insatisfação sexual que pode ocasionar, deixa as mulheres mais controladoras, desconfiadas e receosas (MARÇAL, 2011). Magdalena Salamanca (HAISCH, s/d) afirma que o orgasmo representa a satisfação de um dos instintos mais importantes para a espécie humana, o instinto sexual; sua insatisfação pode desencadear transtornos mentais.

Considerações finais

A sexualidade da mulher, incluindo o orgasmo, sempre foi rodeada por tabus e mitos que associavam o prazer sexual feminino à falta de pudor, imoralidade e outras críticas negativas e regras limitantas à sexualidade natural. Da mesma forma, a pesquisa científica sobre o prazer feminino e o orgasmo ainda é tímida.

Por isso, ainda no contexto social atual, a sexualidade feminina e, principalmente, o orgasmo, têm sido vivenciados pelas mulheres de maneira limitada e condicionada aos padrões sociais que afastam a mulher da vivência desses e seus benefícios. Mais que uma mera função biológica e reprodutiva, a sexualidade é uma fundamental experiência humana, possibilitando o conhecimento do próprio corpo, além da facilitação do prazer individual e/ou com o parceiro.

O conhecimento de seu corpo, das formas de obter prazer e do processo de excitação e orgasmo permite às mulheres a vivência do prazer, por isso é fundamental o autoconhecimento e a automanipulação pela masturbação para esta descoberta. É notório que o órgão mais importante para o prazer da maioria das mulheres é o clitóris, que precisa ser estimulado para que a mulher atinja o orgasmo clitoridiano. Também as zonas erógenas secundárias femininas são de grande relevância para uma relação sexual plenamente satisfatória e devem ser exploradas pela própria mulher e pelo parceiro, mostrando que preliminares, além da estimulação clitoriana, são importantes para o prazer da mulher, por isso que em relações homoeróticas femininas há uma prevalência de orgasmos do que entre casais heterossexuais em geral, que nem sempre realizam essas práticas.

Também cabe lembrar que o processo de excitação e resposta sexual feminino depende de condi-

cionantes psicológicos e culturais, que, além de influenciarem na disposição sexual, interação da mulher com sua própria sexualidade, seu corpo e seu parceiro, lhes estimula o direito ao prazer, para que possa libertá-la de crenças e condicionamentos sociais e religiosos que reprimiram seu pleno desenvolvimento e percepção e que, para muitas, podem até provocar disfunções.

Referências Bibliográficas

- ABDO C. H. N.; OLIVEIRA JUNIOR, V. M.; MOREIRA, E. D.; FITTI-PALDI, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultado do estudo Comportamento Sexual do Brasileiro. *RBM Rev. Bras. Med.* 2002, v.59, n.4, p.250-257.
- ABDO, C. H. N. *Descobrimto Sexual do Brasil*. São Paulo: Summus, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. 4ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2002.
- ÁRBOL, M. R. Orgasmo feminino tem efeito terapêutico, sugere pesquisador. *BBC News*. 20 out. 2013. [Internet]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/10/131020_orgasmo_feminino_efeito_terapeutico_rw
- AUGUSTO, A. *Antropologia da sexualidade*. São Paulo: CEFA-TEF, 2017. [Apostila de Curso].
- DEMÉTRIO HR. *O significado da sexualidade para mulheres jovens*. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2008.
- DIEGUEZ, F. Australopithecus afarensis: o retrato do passado. *Super Abril*, 31 out. 2016. [Internet]. Disponível em: <https://super.abril.com.br/comportamento/australopithecus-afarensis-o-retrato-do-passado/>
- DOMÍNGUEZ, N. Viagem à origem do ser humano. *Brasil El País*, 19 set 2015. [Internet]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/10/ciencia/1441905346_685486.html?rel=mas
- ECOS – Estudos em Sexualidade Humana. *Comportamento Sexual do Brasileiro*. São Paulo, 2000.
- FERNANDEZ, A. L. R. V. Sexualidade em mulheres entre 40 e 65 anos e com 11 anos ou mais de escolaridade: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008, v.30, n.4. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BjYq67tKcdcxTzMKkwyNnZJ/?format=pdf&lang=pt>
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREUD S. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- FRIEDMAN, H. S.; MARTIN, L. R. *O projeto longevidade*. São Paulo: Editora Prumo, 2012.
- GARCIA, ORZ. *Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero*. [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.
- HAISCH, J. D. F. o orgasmo feminino e seus benefícios à saúde da mulher. *Espaço Anahata*. [Internet]. Disponível em: <https://www.tantransforma.com.br/nossos-cursos/trabalho-cientifico--tantra--saude-da-mulher/35>
- HALL, S. A.; SHACKELTON, R.; ROSEN, R. C.; ARAUJO, A. B. Sexual activity, erectile dysfunction, and incident cardiovascular events. *American Journal Cardiology*. 2010, v.105, issue2, p.192-197.
- JANNINI, E. A., FISHER, W. A., BITZER, J.; MCMAHON C. G. Is sex just fun? How sexual activity improves health. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 6, n. 10, p. 2640- 2648, 2009.
- KAPLAN, H. S. *A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974, 197.
- KINSEY, A.; POMEROY, W.; MARTIN, C.; GEBHARD, P. *A conduta sexual da mulher*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1954.
- LEAL, O; ANANDA, L. Curso de Maithuna - ritual do sexo tântrico sagrado. *Humaniversidade.com*. [Internet]. Disponível em: www.humaniversidade.com.br
- MARÇAL, E. Anorgasmia feminina: falta de orgasmo nas relações da mulher tem três fases. *Folha de Londrina*, 14 abr. 2011. [Internet]. Disponível em: <https://www.bonde.com.br/saude/sexualidade/falta-de-orgasmo-nas-relacoes-da-mulher-tem-tres-fases-177077.html>
- MARCIA, E. Modelo circular da resposta sexual feminina: Basson - Parte II. *Vivendo a Sexualidade*. nov. 2010. [Internet]. Disponível em: <http://vivendoasexualidade.blogspot.com/2010/11/modelo-circular-da-resposta-sexual.html>
- MARIE E CLAIRE. Cientistas descobrem a origem do orgasmo feminino. *Revistamarieclair.globo.com*, 2 ago 2016. [Internet]. Disponível em: <https://revistamarieclair.globo.com/Amor-e-Sexo/noticia/2016/08/cientistas-descobrem-origem-do-orgasmo-feminino.html>
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Editora Roca, 1984.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *O vínculo do prazer*. 6ª ed. São Paulo: Círculo do Livro S.A., 1975.
- MESTON, C.M.; LEVIN, R.J.; SIPSKI, M.L.; HULL, E.M.; HEIMAN, J.R. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res*. 2004. v.15, p.173-257.
- MONTAMORA, M.; SILVEIRA, G. Como era o sexo na pré-história? *Superabril*, 11 jul 2015. [Internet]. Acesso em 6 de junho/2017. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/como-era-o-sexo-na-pre-historia/>
- PATRICIA, K. No século XIX, uma doença conhecida como histeria feminina era tratada com massagem genital. *Diário de Biologia*, 2015. [Internet]. Disponível em: <https://diariodebiologia.com/2015/08/histeria-feminina-massagem-genital-seculo-19/>
- PATRIOTA, T. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Brasília: UNFPA-BR, 1994. [Internet]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>
- REBOLHO, A. C.F. *Estudo bibliográfico das atitudes e comportamentos ligados à prostituição da Pré-História aos dias atuais*. [Tese]. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araraquara, 2015.
- REDELMAN, M. A general look at female orgasm and anorgasmia. *Sexual health*.v. 3, p.143-153, 2006.
- REICH, W. *A função do orgasmo*. 9ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1975.
- SAMPEDRO, J. Os neandertais contrariam a Lei Margulis. *El País-Brasil*, 22 fev. 2015. [Internet]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/02/21/ciencia/1424517687_755400.html
- TERRA.COM.BR Vibrador foi inventado para fins medicinais – vibradores eram utilizados como remédio contra a “histeria” no século 19. 20 jun. 2013. [Internet]. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/educacao/voce-sabia/vibrador-foi-inventado-para-fins-medicinais-saiba-mais,ad0e8326c816f-310VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>
- URYVAEV, Y. V.; PETROV, G. A. Extremely low doses of oxytocin reduce pain sensitivity in men. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, v.122, n.5, p.1071-1073, 1996. [Internet]. Disponível em: link.springer.com/article/10.1007%2FBF02447648
- VAN LYSEBETH, A. *Tantra - o culto da feminilidade: outra visão da vida e do sexo*. 3ª ed. São Paulo: Summus Editorial, 1994.
- VIEIRA, J. A. A identidade da mulher na modernidade. *DELTA*, n.21, espec., p.207-238, 2005.
- WAS - World Association for Sexology. Declaração dos direitos sexuais. *XV Congresso Mundial de Sexologia*. Hong Kong - China, 1999.
- WOMANIZER.COM. Masturbation: the natural painkiller? the results of the menstruation study. *Menstruation.com*. [Internet]. Disponível em: <https://menstruation.com/>

Sexualidade de Mulheres Durante a Gestação: abordagem considerando as questões de gênero e disfunções

Women's Sexuality During Pregnancy: a approach considering gender issues and dysfunctions

Samara Marchiori

samaramarchioricoach@gmail.com

Graduada em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Linhares e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

Há muitos séculos, as práticas sexuais estabelecidas têm sido exclusivamente ligadas à reprodução humana principalmente em relação à mulher, reduzida a objeto sexual e desvinculada de sua própria sexualidade. Essa bagagem cultural e simbólica, juntamente às mudanças ocasionadas pela gestação pode interferir significativamente nas atividades sexuais das gestantes. A crença que a manifestação de desejo sexual neste período seria inadequada, juntamente às alterações físicas e psicológicas da gestação muitas vezes decorre na diminuição do interesse ou prática sexual. Nesse sentido, conhecer detalhadamente essas alterações é fundamental, assim como o esclarecimento das mulheres sobre esses processos e o diálogo sobre suas percepções e tabus acerca do sexo na gravidez. Desta forma, profissionais de saúde, inclusive terapeutas sexuais, podem auxiliar as gestantes em suas dúvidas e noções sobre a sexualidade, promovendo práticas sexuais satisfatórias e o bem-estar da mulher no período de gravidez.

Palavras-chave: Gestação; Atividades sexuais; Terapia sexual.

Abstract:

For many centuries, the established sexual practices have been exclusively connected to human reproduction, especially in relation to women, reduced to sexual objects and disconnected from their own sexuality. This cultural and symbolic baggage, along with the changes occasioned by pregnancy can significantly interfere in the sexual activities of pregnant women. The belief that the manifestation of sexual desire in this period would be inadequate, combined with the physical and psychological changes of pregnancy often results in a decrease in interest or sexual practice. In this sense, knowing in detail these changes is fundamental, as well as the clarification of women about these processes and the dialogue about their perceptions and taboos about sex during pregnancy. Thus, health professionals, including sex therapists, can help pregnant women with their doubts and notions about sexuality, promoting satisfactory sexual practices and the woman's well-being during pregnancy.

Keywords: Gestation; Sexual activities; Sex therapy.

Introdução

A evolução trouxe ao homem a capacidade de utilizar a reprodução sexuada além do coito, através de mudanças cerebrais que foram envolvendo adaptações na sexualidade a níveis emocionais (CECCARELLI, 2018). A partir disso, a questão visual e olfativa passa a incitar as práticas sexuais através de memórias agradáveis ou particularidades físicas que afetam significativamente a região encefálica relacionada

ao desejo sexual. Sendo assim, a sexualidade vai além do ato sexual propriamente dito; inclui uma série de fatores que estão ligadas às práticas sexuais dos indivíduos, por isso se faz necessário ampliar o entendimento que cerca a temática em destaque.

Há muitos séculos, as práticas sexuais eram estabelecidas exclusivamente para a reprodução humana, principalmente, em relação à mulher. Dentro do matrimônio, as relações sexuais, geralmente, induziam o prazer parcial e eram direcionadas ao homem. Seguindo esta perspectiva, a mulher deveria manter seu papel como mantenedora do lar.

Assim, a obrigação social da mulher, por décadas, rodeava a concepção de herdeiros legítimos para seus cônjuges. Neste sentido, ela era privada da sua manifestação sexual, sendo a prática unicamente voltada à reprodução. Logo, no período de gestação, em que sua obrigação havia sido "efetivada", a atuação sexual já não era mais necessária. Ficando ela responsável por manter a sua integridade física e a do bebê, até o momento do parto. Esta situação foi sustentada por séculos, dando origem a mitos e tabus que afetaram e ainda afetam a vida sexual de algumas mulheres no período da gestação.

Esta situação foi se alterando historicamente à medida que a mulher começou a se inserir no mercado de trabalho, recorrendo a sua independência financeira e social. Logo, muitas ideias antigas foram abandonadas, dando lugar a pensamentos mais modernos; neste sentido, o sexo deixa de ser restrito à procriação, passando a focar o prazer como uma ferramenta para a qualidade de vida e bem-estar, que abrangem aspectos físicos, psicológicos e sociais (VIEIRA *et al.*, 2016).

A gestação traz muitas alterações fisiológicas no corpo da mulher, juntamente a aspectos psicológicos que podem interferir significativamente nas atividades sexuais das gestantes. A cada trimestre, novas mudanças surgem tornando mais nítido os fatores associados à vida sexual das gestantes. Entre os mais comuns, está a falta de vontade de continuar com a vida sexual ativa, o que exige a orientação de profissionais no sentido de contribuir com uma melhor qualidade de vida para as gestantes.

Para tanto, o presente estudo, por meio de uma abordagem qualitativa bibliográfica que utilizou como descritores os termos: "gestação", "atividades sexuais" e "terapia sexual", procura abarcar conhecimentos sobre as mudanças que ocorreram na vida sexual das mulheres no período de gestação, procurando abordar experiências, principais problemas e técnicas que contribuam para qualidade de vida das mulheres gestantes, integrando a compreensão das vivências que ocorrem nessa fase de vida e descartando crenças para a percepção da possibilidade em manter uma vida sexual plena e efetiva durante o período gestacional. Busca-se, assim, responder à problemática "Mulheres gestantes possuem práticas sexuais prejudicadas?", considerando-se como hipótese o pressuposto de que mulheres gestantes têm baixa qualidade de prática sexual e considerando que devem ser importantes as orientações de terapias sexuais para esses "conflitos" sexuais que ocorrem durante a gravidez.

Sexo e Gênero

Entender os aspectos que se referem à sexualidade se faz necessário, pois as práticas sexuais não abrangem apenas o coito, existe uma série de fatores que as abarcam. O ato sexual em si caracteriza apenas umas das particularidades da sexualidade, designado por um mecanismo biológico que envolve as genitálias femininas e masculinas. Porém, entre os seres humanos este ato não consolida apenas uma ação, mas aspectos culturais e psicológicos, inclusive relativos à classificação de gênero dos indivíduos homens e mulheres, os valores dessa classificação e as representações e valores de papéis definidos a serem desempenhados pelos sujeitos de cada um desses gêneros.

O termo "gênero" foi utilizado pela primeira vez, com sentido próximo ao atual, pelo biólogo neozelandês John Money (MONEY, 1952), precisamente para dar conta dos aspectos sociais do sexo. Antes disso, "gênero", tanto em inglês como em português, era um termo utilizado pela gramática para designar o "sexo" das palavras. Este autor inova ao afirmar que "gênero" e o "sexo" diferem-se enquanto ao seu significado, pois, enquanto o "gênero" refere-se aos aspectos socialmente construídos, o "sexo" refere-se aos aspectos estritamente biológicos (BRASIL, 1997).

As colocações de Money ao associar gênero a elementos sociais, caracterizam que este é criado e transmitido aos indivíduos socialmente, designando como a sociedade crê ser a maneira correta de se colocar diante do mundo, conforme o sexo biológico de nascimento, definido pela condição de ser homem ou mulher. Assim, salienta que as diferenças biológicas, enquanto fenômenos naturais, não podem ser utilizados como justificativa para a acentuação de papéis e comportamentos sociais e desigualdades por esses promovidos; ao contrário, as diferenças se relacionam à construção do gênero, que definem padrões de masculinidade e de feminilidade e suas distinções:

[...] a questão do gênero em relação à construção do que é pertencer a um ou outro sexo se dá pelo tratamento diferenciado para meninos e meninas, inclusive nas expressões diretamente ligadas à sexualidade, e pelos padrões socialmente estabelecidos de feminino e masculino. Esses padrões são oriundos das representações sociais e culturais construídas a partir das diferenças biológicas dos sexos, e transmitidas através da educação, o que atualmente recebe a denominação de “relações de gênero”. Essas representações internalizadas são referências fundamentais para a constituição da identidade do indivíduo. (BRASIL, 1997, p.296)

Assim, Cabral e Diaz (2008, p. 142) lecionam que “gênero se refere às relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres que são o resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais”. Percebe-se a partir desses autores que o conceito de gênero está relacionado com modelos criados e legitimados para ser incorporados pelos sujeitos. Os impactos da construção de gênero nos sujeitos significam, conforme Louro (2014):

[...] gênero institui a identidade do sujeito (assim como a etnia, a classe, ou a nacionalidade, por exemplo) pretende-se referir, portanto, a algo que transcende o mero desempenho de papéis, a ideia é perceber o gênero fazendo parte do sujeito, constituindo-o. O sujeito é brasileiro, negro, homem, etc. Nessa perspectiva admite-se que as diferentes instituições e práticas sociais são constituídas pelos gêneros e são, também, constituintes dos gêneros. (LOURO, 2014, p.24)

Sabe-se que as influências sociais, religiosas, familiares, dentre outras, interfere diretamente na legitimação de modelos que cada sujeito precisa seguir dentro de uma dada organização social. Desse modo, a afirmação do gênero na sociedade reverte-se em uma acentuada diferenciação entre os sujeitos homens e mulheres, gerando desigualdades e desequilíbrios nas relações sociais. Comentando essas desigualdades, Dias e Reinheimer (2008) esclarece:

A relação de desigualdade entre o homem e a mulher, realidade milenar que sempre colocou a mulher em situação de inferioridade lhe impondo a obediência e a submissão, é terreno fértil à afronta ao direito à liberdade. A liberdade é reconhecida como a primeira geração dos direitos humanos, direito que é violado quando o homem submete a mulher ao seu domínio. Também não há como deixar de reconhecer nesta postura afronta aos direitos humanos de segunda geração, que consagra o direito à igualdade. De outro lado, quando se fala nas questões de gênero, ainda marcado pela verticalização, é flagrante a afronta à terceira geração dos direitos humanos, que tem por tônica a solidariedade. (DIAS, 2008, p.32)

Nesse sentido, as construções e relações de gênero são produto de um processo pedagógico que se inicia no nascimento e continua ao longo de toda a vida, reforçando a desigualdade existente entre homens e mulheres, principalmente em torno a quatro eixos: a sexualidade, a reprodução, a divisão sexual do trabalho e o âmbito público/cidadania (CABRAL; DIAZ, 2008, p.142).

O processo de construção de gênero se faz quase como uma obrigação por parte dos pais, que cumprem integralmente a cartilha que define o modo como homem e mulher deverão ser criados e comportar-se na sociedade. Daolio (1995, p.102) lembra que:

Um menino, mesmo antes de nascer, já recai toda uma expectativa de segurança e altivez de um macho que vai dar sequência à linhagem [...] Pouco tempo depois, dão-lhe uma bola e estimulam-no aos primeiros chutes [...] em torno de uma menina, quando nasce, paira toda uma névoa de delicadeza e cuidados. Basta observar as formas diferenciais de se carregar meninos e meninas, e as maneiras de os pais vestirem uns e outros. As meninas ganham de presente, em vez de bola, bonecas e utensílios de casa em miniatura. Além disso, são estimuladas o tempo todo a agir com delicadeza, a não se sujar, não suar. (DAOLIO, 1995, p.102)

Por sua característica basicamente relacional, a categoria “gênero” procura destacar que os perfis de comportamento feminino e masculino se definem um em função do outro, quase como opostos. Variando social e historicamente num tempo, espaço e cultura determinados, constituindo relações sociais baseadas nas diferenças que não são igualitárias, mas ao contrário, são hierárquicas em nossa sociedade, configurando-se como uma forma primária de relações significantes de poder (MATOS, 1997).

Não à toa, tais caracterizações serão canais de perpetuação dos mais diversos preconceitos, inclusive relativos à sexualidade humana e aos comportamentos individuais. Nesse sentido, a sexualidade deve ser sempre analisada considerando-se o processo relacional intenso que se fundamenta nos indivíduos também conforme o gênero, indo além do potencial biológico, e tomando em conta as relações sociais de

gênero e a capacidade psicoemocional dos indivíduos envolvidos. Neste sentido, entende-se o fenômeno da sexualidade em suas três grandes dimensões: a biológica, a psicológica e a sociocultural (FAGUNDES, 2005, p.16). Logo, como afirma Maia (2008):

[...] o conceito de sexualidade é bastante amplo e difuso. A sexualidade é compreendida como um conceito que expressa historicamente às concepções sobre a vida humana no que diz respeito às práticas sexuais e afetivas. É um conceito abrangente, que inclui aspectos da genitália, mas não se resume a ela, isto é, diz respeito a sentimentos, emoções, prazeres e erotismo libidinal envolvido nas relações interpessoais, que incluem ou não o relacionamento sexual entre indivíduos. (MAIA, 2008, p.69)

A Sexualidade

A sexualidade é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos, influenciados pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, cultural, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Nesse sentido, a sexualidade é um aspecto central humano, durante toda a sua vida, abrangendo o sexo, as identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (WHO, 2007, p.3). Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressas.

Como se percebe o conceito de sexualidade é amplo e envolve a manifestação do impulso sexual e o que dele é decorrente: o que inclui o desejo, a busca de um objeto sexual, a representação do desejo, a elaboração mental para a realização do desejo, a influência da cultura, da sociedade e da família, a moral, os valores, a religião, a sublimação, a repressão (AMARAL, 2003). Ela perpassa a questão de gênero e abrange outros aspectos intrínsecos a constituição humana. Nesse sentido, é "algo que se constrói e aprende, parte integrante do desenvolvimento da personalidade" (SUPLICY *et al.*, 1994, p.87), o que, conforme Freud, constitui-se como instinto, mas também como desejo psicológico, mesmo que não esteja ao nível do real, mas da representação como percebe a Psicanálise.

Para Freud (1996, p.23) "a sexualidade é uma manifestação da vida psíquica que se desenvolve por fases sucessivas". Fagundes (2005) defende que "a sexualidade é um elemento que constitui a existência humana e, como tal, precisa ser compreendida em sua totalidade" (p. 14).

Amaral (2007) considera a sexualidade na vida das pessoas, como algo vivido de maneira única, associando ideias e sensações de amor, prazer, afetividade e autoestima; embora seja tratada como um assunto proibido e constrangedor na nossa sociedade, o que provoca a pouca afinidade do indivíduo com a sua própria sexualidade. Para Foucault (1988):

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não a uma realidade subterrânea que se aprende com dificuldade, mas a grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, à formação do conhecimento, o reforço dos controles e das resistências [...]. (FOUCAULT, 1988, p.117)

Roche (2008) aponta que, apesar da sexualidade ser algo natural aos seres humanos, tal como outras funções, há um cuidado excessivo e preconceito na orientação das pessoas quanto à sua ocorrência, visto que frequentemente estimulamos a evolução de nossos filhos em vários aspectos (comer sozinho, andar, ler...), ao contrário do que fazemos quanto à sexualidade. Isso se deve ao histórico de percepção que as práticas sexuais são voltadas apenas à reprodução, por isso não era tema para se tratado com crianças e, conforme a moralidade, mesmo antes do casamento (AMARAL, 2007).

- sexualidade na gestação:

O período de gravidez traz mudanças internas e externas que faz com que a mulher busque se adaptar à nova imagem corporal e um metabolismo diferente devido às mudanças hormonais. Esses fatores podem afetar diretamente o sexo e a sexualidade da gestante. As mulheres que vivem este período também se envolvem numa série de mudanças emocionais que junto aos mitos que acompanham a sociedade podem refletir negativamente em sua vida sexual. Assim, não só as mudanças fisiológicas podem interferir nas práticas sexuais durante a gestação, como cada mulher, particularmente, confrontará suas percepções e crenças sobre a gestação com a vivência da sexualidade.

De acordo com Portelinha (2003) a sexualidade durante a gravidez é influenciada por diversos fatores, em que a vivência da gravidez implica na adaptação a novas condições fisiológicas, psicoafetivas e socioculturais, situação em que as relações sexuais assumem um caráter ambíguo: naturalmente, podem

representar um fator importante para a satisfação das necessidades acrescidas da mulher em se sentir amada e constituir uma importante fonte de prazer. Todavia, segundo a autora, podem também ser entendidas como prática transgressiva, no sentido em que já não se justificam pela sua função procriativa, resultando na ocultação ou desqualificação dos desejos sexuais da gestante.

Hamerski (2003) considera que a gravidez desencadeia um desafio adaptativo frente às mudanças, que fornecem certo desconforto nas mulheres, principalmente entre as que vivenciam essa experiência pela primeira vez. Por sua vez, Medeiros (2013) aponta que a fase da gestação, caracterizada pelo crescimento abdominal, aumento mamário, ganho de peso, náuseas e vômitos, entre outros, possibilita o desencadeamento favorável ou agravamento de transtornos emocionais.

Segundo Mendes e Cardoso (2008 *apud* MEDEIROS, 2013) a gestação é um dos períodos mais marcantes que compõem o ciclo vital da mulher, sendo sua sexualidade influenciada por diversos fatores como, alterações na percepção da imagem corporal, diminuição no nível de energia, presença de sintomas fisiológicos e desconfortos corporais, os novos papéis sociais, a qualidade do relacionamento, alterações de humor, a necessidade de uma nova adaptação física, emocional, existencial e também sexual que podem ser sentidos pela gestante, bem como por seu parceiro.

Para Mota, Moutta e Brandão (2009), a sexualidade na gestação, por ser dificultada por diversos motivos além das alterações corporais, como o preconceito da mulher, do parceiro e de familiares quanto a mesma, o medo de afetar o feto durante o ato sexual, a insegurança em relação à autoestima e outras inúmeras outras causas que deveriam ser discutidas abertamente pelos casais, até mesmo antes de engravidarem.

Assim, falar sobre sexualidade na gestação se torna um desafio, enfoque importante se se considerar que a mulher deve ser assistida em sua totalidade durante este período de vida, disseminando informações e desmistificando tabus sobre o exercício de sua sexualidade, que há séculos interferem no conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo (SANTOS; SILVA, 2012).

Promovendo a Sexualidade na Gestação

Entendendo a sexualidade como processo natural do ser humano, fonte de prazer, de bem-estar físico e psicológico, de expressão e comunicação com o próprio corpo, de contato e manifestação de carinho, cabe desenvolver essa percepção na mulher em toda a sua vida, inclusive durante a gestação. Nesse sentido, segundo Silva e colegas (2015) o processo educacional da gestante deve visar à promoção da saúde, favorecendo o aprendizado e o desenvolvimento pessoal através de trocas de experiências de cada mulher com o profissional que a acompanha.

No período gestacional, as transformações vividas devem ser analisadas, considerando a mulher em sua totalidade, incluindo seus valores e práticas culturais, vida familiar, educação, acesso aos meios de comunicação, redes de amizade e vizinhança, etc. Assim, o corpo e a sexualidade devem ser considerados numa dimensão maior que a biológica (SANTOS; SILVA, 2012), embora saibamos, como aponta Fernandes (2004), que os hormônios e suas alterações se constituem como elementos fundamentais na condição física e emocional feminina.

Durante a gestação, não há restrições ou impedimento absoluto ao ato sexual, desde que seja confortável e agradável, nem haja contra indicações obstétricas ou complicações associadas

[...] como histórico de abortamento, sangramento genital sem diagnóstico, dispareunia, placenta prévia, rotura da membrana ou até mesmo medo de comprometer o crescimento fetal". (SANTOS *et al.*, 2012, p.5)

Porém, por questões culturais, algumas sociedades desestimulam tal prática entre mulheres grávidas, assim como faz com as que estão menstruadas, encarando-a como algo perigoso e nocivo ao homem (provocar impotência, infertilidade, etc) ou à própria mulher (causar esterilidade e facilitar abortos), ou à própria gravidez (como produzir "monstros", etc.); já em outras culturas, como a nigeriana e japonesa e a yanomanes, consideram as relações sexual durante a gravidez como benéficas (pois alargariam a vagina, estimulando contrações do trabalho de parto e o próprio parto) (ARAÚJO, 2011, p.2) ou vista como um fonte de saúde para que a criança nasça e cresça forte (LAZAR, 2002)

Psicologicamente, segundo Araújo (2012) a gravidez é considerada um período de crise, que exige uma resposta adaptativa daqueles que participam do processo. Para a autora, o período gestacional demanda equilíbrio diante das mudanças inerentes a esta fase.

Diversos significados são atribuídos às manifestações relativas à sexualidade. Estes são decorrentes de valores e práticas culturais e evidenciam várias e diferentes socializações que o indivíduo experimenta em sua vida: família, tipos de escola, acesso aos diversos meios de comunicação, redes de amizade e vizinhança. Essas socializações vão exercendo papel fundamental na construção do indivíduo como um todo, gerando formas de interpretar e vivenciar a sexualidade. Sendo assim, ao pensarmos o corpo e a sexualidade, é necessário considerar uma dimensão maior que a biológica, pois devem ser compreendidos em um contexto sociocultural, imbuídos de significados e que são continuamente reelaborados na vida de cada indivíduo e na história das sociedades. (ARAÚJO, 2011, p.2)

Algumas mulheres, ainda sentem desconfortáveis durante as atividades sexuais em relação à presença do bebê e por acharem que tais práticas poderiam ser nocivas ao feto. Reduzindo a frequência sexual por tais fatores. Por outro lado, muitas gestantes querem retornar as práticas sexuais normalmente realizadas antes da gravidez, mas a predominância dos desconfortos gastrointestinais pode afetar demasiadamente (ARAÚJO, 2012).

Assim, cada mulher possui sua particularidade e pode experimentar diferentes sensações e percepções.

- mudanças fisiológicas gerais na gestação:

Ao longo dos meses de gestação, muitas mudanças vão ocorrendo gradativamente em todo corpo da mulher. Entre as diversas modificações estão na pele, no peso, no útero e genitália, e no sistema gastrointestinal.

Sobre as transformações ocorridas no corpo da mulher em decorrência da gravidez, Silva e colegas (2015) chama as transformações do aspecto biológico e psíquico e essas referências variam de gestante para gestante e também conforme a idade gestacional. Trimestralmente, as mudanças que mais influenciam na sexualidade da gestante são, tendo por base Maldonado (1997).

Quadro 1 - Mudanças fisiológicas trimestrais que ocorre na mulher durante a gravidez

1º Trimestre (1 a 12 semanas)	Em termos fisiológicos, as alterações mais comuns do primeiro trimestre são o cansaço fácil, a fadiga e o sono intenso; segundo Maldonado (1997) a sonolência é uma das primeiras manifestações da gravidez, e a maior necessidade de dormir ajuda o organismo a se preparar para as tensões fisiológicas adicionais.
2º Trimestre (13 -27 semanas)	Ao longo do segundo trimestre, os desconfortos do primeiro trimestre geralmente desaparecem, mas outros emergem. Tudo continua a aumentar, devido ao acompanhamento normal do desenvolvimento fetal. Ganho de peso maior em relação ao primeiro trimestre, afetando na estabilidade postural da gestante.
3º Trimestre (28-40 semanas)	Nesta fase, o volumoso abdômen é o grande causador dos desconfortos, incômodos e dores. No final da gestação, há uma compressão do diafragma, provocando dificuldade respiratória, maior necessidade de urinar, e as dores na coluna são mais frequentes. O ganho de peso é ainda mais presente, afetando mais na postura da gestante.

Frente a essas ocorrências, a prática sexual em uma gravidez normal não implica riscos de eventos adversos, pelo contrário tem um aspecto contributivo para o bem-estar da mulher (MARTINS *et al.*, 2007). No entanto, a atividade sexual deve ter abstinência se elas tiverem riscos obstétricos, como por exemplo, ruptura prematura de membranas, hemorragias vaginais, incompetência do colo uterino, entre outras.

Alguns estudos, inclusive, demonstram que a vida sexual pode ser mais ativa durante a gestação, caso desconfortos corporais e sintomas físicos não estejam presentes, já que, embora, existam evidências que o interesse pela atividade sexual apresenta leve declínio no primeiro trimestre gestacional, principalmente, devido à náuseas e vômitos, este, no entanto, acentua-se no segundo trimestre da gravidez, quando náuseas cessam e os níveis hormonais aumentam a vascularização pélvica, permitindo à mulher excitação com maior facilidade e facilitando o aumento da frequência das práticas sexuais (TERESO, 2013). Segundo Araújo (2011), no último trimestre gestacional esse desejo continua presente, embora Tereso (2013) aponte que considere que a ansiedade, a fadiga e o temor de chegada do parto atuem negativamente na sexualidade da mulher e de seu companheiro, para várias mulheres, provocando nova diminuição de frequência.

- alterações específicas nas genitálias interna e externa e de aspectos sexuais:

Neste ponto, é necessário que se entenda mais especificamente quais alterações físicas mais frequentes ao longo da gestação. Contudo, a título de comparação (Quadro 2) é imprescindível entender os aspectos gerais das genitálias internas e externa da mulher não grávida (NETTER, 2020) e da grávida (QUANDT, 2006):

Quadro 2 – Situação Específica de Genitálias e de Caracteres Físicos e Sexuais

	Mulher Não Grávida	Mulher Grávida
pele	<i>Padrão inicial</i>	Pode ocorrer o surgimento de espinhas devido às alterações hormonais e geralmente ocorre o escurecimento dos mamilos e linea nigra no abdomen, podendo causar manchas na pele.
peso	<i>Padrão inicial</i>	As necessidades metabólicas para nutrição fetal são afetadas pelos hormônios da gestação, causando ganho de peso, aumento do apetite e reservas de gordura para o metabolismo energético suprir o feto.
mamas e glândulas mamárias	Situadas nos seios, são consideradas também parte do sistema genital feminino, relatadas muitas vezes como órgãos acessórios. (HUMPF, 2015, p.21-22).	Desenvolvem-se para a produção de leite, ficando maiores e mais sensíveis. O estímulo local pode induzir a liberação de ocitocina, hormônio contribuinte de contrações uterinas durante o parto.
Vulva (púbis ou monte de vênus)	Osso curvo recoberto de pelos que cobre os órgãos genitais, pelos servem para proteger esta área sensível do corpo de irritação das roupas e transpiração; é constituído por pele e tecido adiposo.	Há aumento da coloração local devido ao maior suprimento de sangue na região pélvica, originando uma coloração vermelho-azulada do epitélio vulvar que veio gradualmente, denominado Sinal de Chadwick.
grandes lábios (ou lábios externos)	São duas dobras de pele, cobertas de pelos púbicos, que envolvem e protegem os pequenos lábios; são constituídos de pele e tecido adiposo.	
pequenos lábios	São constituídos de tecido fibroelástico revestidos de tecido cutâneo, desprovidos de pelos, situam-se dentro dos grandes lábios e se bifurcam em duas estruturas: uma passa por cima do clitóris e forma o "prepúcio" clitoridiano e a outra forma o freio clitoriano, na porção inferior fundem-se formando uma "fúrcula" .	
clitóris	Órgão pequeno circular, extremamente sensível à estimulação sexual, com rica enervação e vascularização e erétil com função exclusiva de excitação e prazer. Internamente é constituído por dois corpos cavernosos, recobertos por uma túnica fibrosa. Junto ao clitóris localizam-se os bulbos vestibulares, estruturas esponjosas vasculares situadas de cada lado do introito vaginal e o vestibulo da vulva, o espaço limitado pelos pequenos lábios, na forma de triângulo com vértice para cima.	
uretra	Orifício por onde passa a urina, está acima da abertura vaginal.	O desenvolvimento fetal ocasiona em seu crescimento comprimindo regiões intra-abdominais como bexiga. Isso pode ocasionar incontinência urinária: a gestante passar a realizar micções com maior frequência.
abertura vaginal ou "introito vaginal" e canal vaginal	Abertura protegida inicialmente pela membrana do hímen que possui em sua base. Nela encontram-se 2 pequenos orifícios chamados glândulas uretrais e periuretrais e as de Bartholin. Dessa abertura abre-se num canal muscular de 8 a 10 cm que se encompridam e alargam durante a excitação sexual. Os músculos em torno da vagina chamam-se músculos pubococcígeos e a área entre a base da abertura vaginal e o ânus é chamada perineo.	Os hormônios sexuais atuam no aumento da secreção vaginal, além de acelerar a repitelização vaginal. Neste período o risco de infecção aumenta. A região conectada ao colo uterino sofre mudanças durante o período gestacional para a passagem do feto. Os ligamentos, músculos e os ossos pélvicos aumentam sua mobilidade através dos efeitos hormonais gestacionais, sendo necessário para o parto.
vagina	[...] comunicação entre o externo e o interno é feita pelo conduto vaginal. O canal em repouso mede de 6 a 8,5 centímetros. [...] é apresentada como um canal músculo-membranoso, de consistência elástica que une a vulva ao colo uterino. [...] é o órgão de cópula da mulher.	

Ânus/reto e mudanças gastro-intestinais	Orifício cercado de fortes músculos, por onde passam as fezes que, apesar de ser visto com tabu, está envolvido na estimulação sexual.	A compressão intra-abdominal altera o circuito gastrointestinal afetando o esvaziamento gástrico, provocando vômitos e náuseas; aumento do apetite e, às vezes, constipação intestinal e hemorroidas.
Útero	É um órgão oco em formato de pêra que mede cerca de 6,5 a 7,5 cm de comprimento e de 3 a 4 cm de largura.	No início, o corpo lúteo mantém a decídua da parede endometrial para que o embrião não seja rejeitado. Depois, a parede desaparece e surge a placenta com função de manter e nutrir o embrião. As estruturas internas do útero ficam amolecidas e o útero cresce devido à irrigação local.
Trompas de Falópio (ou Tubas Uterinas)	Órgãos tubulares de forma cilíndrica com diâmetro variável de 2 a 4 milímetros e comprimento de 10 a 14 cm, para servir de passagem para o óvulo ou do ovo fecundado em direção ao útero.	
Ovários (ou Gônadas Femininas):	Ligados lateralmente ao útero, têm com 25 a 26ml de comprimento, 14 a 16ml de largura e de 10 a 12ml de espessura, produz estrogênio e progesterona e amadurece e fornece óvulos.	

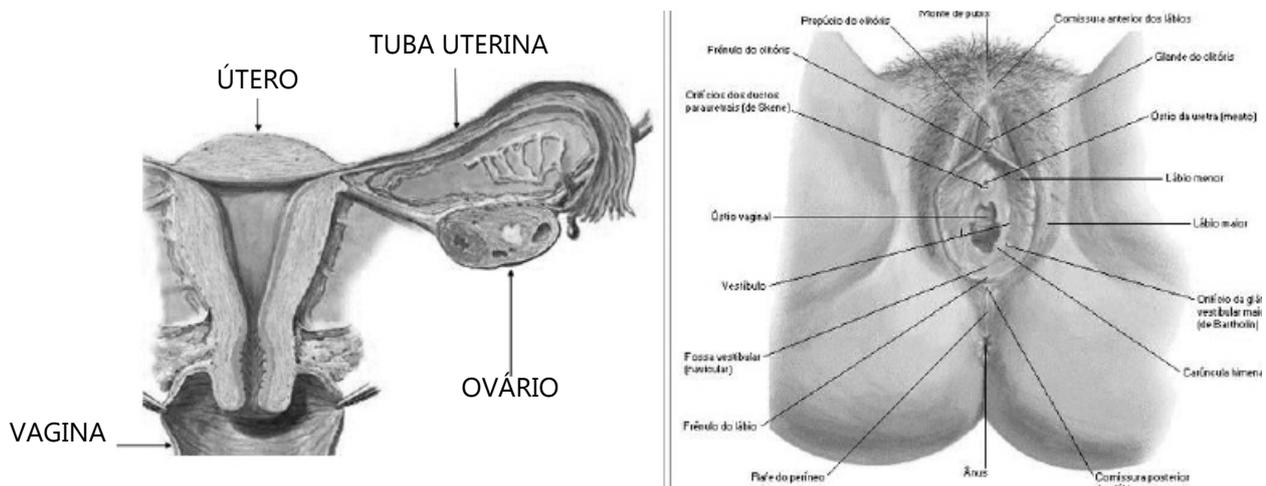


Figura 1 – Genitália Interna e Externa Feminina

Pode-se, assim, perceber que as alterações podem desencadear desconforto às gestantes, com potencial de influenciar diretamente no desejo sexual e na prática sexual. Tais alterações devem ser levadas em consideração durante a avaliação sexual das mulheres e faz-se necessários que insatisfações relatadas, inclusive de cunho sexual, sejam orientadas à gestante pelo profissional, estimulando a compreensão das alterações fisiológicas ocorridas e seus impactos geral, contribuindo para traçar soluções técnicas que melhorem a vida sexual durante a gestação.

- disfunções sexuais na gestação:

Algumas mulheres, em algum período da vida, podem experimentar de insatisfações pessoais no aspecto sexual, seja nas particularidades fisiológicas e/ou psicológicas interferindo nas práticas sexuais. Quando tais situações interferem frequentemente nas funções sexuais, denominam-se as disfunções sexuais (CARVALHEIRA, 2011), afetando as respostas femininas que são diferentes das masculina. As mulheres possuem respostas sexuais em três etapas: o desejo, a excitação e o orgasmo. O principal aspecto incentivador para as práticas sexuais femininas é o desejo sexual, independente se a etapa final inclui ou não o orgasmo (LARA, 2008). Nesse sentido, é preciso realizar uma avaliação clínica adequada juntamente à mulher para que seja evidenciada corretamente o tipo de disfunção sexual, classificadas, conforme Lara (2008) em:

Quadro 3 - Disfunções Sexuais Femininas

Desejo sexual hipoativo	Deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.
Aversão sexual	Aversão e esquivas ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.
Transtornos da excitação sexual	Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.
Transtornos do orgasmo	Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual; Dispareunia - dor genital associada com intercurso sexual.
Transtornos sexuais dolorosos	Dispareunia - dor genital associada com intercurso sexual.
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	Disfunção sexual decorrente de alterações genitais anatômicas, inflamatórias ou qualquer outra condição médica.
Disfunção sexual induzida por substância	Disfunção sexual decorrente do uso de fármacos, tais como anticoncepcionais hormonais, antidepressivos, drogas psicoativas, toxinas, álcool, etc.
Disfunção sexual sem outra especificação	Disfunções sexuais que não se enquadram nos anteriores.

Na gestação, as disfunções sexuais estão associadas geralmente à autoimagem da mulher frente às alterações externas de seu corpo, além dos desconfortos ocasionados pelas alterações internas em seu organismo. Todas as disfunções sexuais listadas (Quadro 2) são válidas numa investigação clínica, porém as mais comuns listadas durante a gestação são: o desejo sexual hipoativo, a disfunção sexual devido à condição médica geral e os transtornos sexuais dolorosos.

O desejo sexual hipoativo, geralmente vincula vários fatores psicológicos, seja com o parceiro ou sentimentos internos de não serem sexualmente atraentes (CARVALHEIRA, 2011). Nesse sentido, promover a autoestima da mulher durante a gestação é algo fundamental e que deve ser incentivado, além de contribuir significativamente para as práticas sexuais.

Também é importante distinguir a inibição do “desejo de vida”, que se caracteriza pela falta de motivação para com as coisas em geral, um processo amplo e muitas vezes depressivo, distinto da inibição exclusiva de desejo sexual. Queixas de padrão geral e depressivo devem ser atendidas, para que não piores quadros depressivos e não atendidas como falta de desejo sexual, que não é o aspecto mais fundamental do problema (DIEHL; VIEIRA, 2013). Já a falta de desejo exclusivamente sexual pode ser averiguada pelo diálogo para saber sobre associações preconceituosas que a gestante possa estar fazendo entre sua gestação e a prática sexual, ou mesmo ser averiguado se está ocorrendo em função de outros desconfortos ou alterações hormonais, sendo que devem ser vistas como um período relativamente curto que a gestante passará e não é patológica, pois se sabe que as transformações naturais e necessárias para o desenvolvimento do feto.

Entre as mudanças comuns são relativas aos desconfortos gastrointestinais devido à compressão dos órgãos intraabdominais pelo crescimento do bebê, ocasionando em modificações anatômicas transitórias como bexiga, útero e intestino, que podem desencadear desconforto durante as atividades sexuais, que podem ser minimizadas com adequações nas posições sexuais.

Por outro lado, há também os transtornos sexuais dolorosos, estes transtornos são denominados dispareunia: dor genital relacionada à penetração. Este transtorno pode aparecer concomitante às disfunções sexuais à condição médica geral, já que as alterações anatômicas ocorridas naturalmente durante a gestação podem ocasioná-la durante as relações sexuais. Sendo assim, pode-se destacar as principais disfunções sexuais em mulheres gestantes e que têm poder interferir diretamente nas atividades sexuais dessas

mulheres, permitindo contribuir com estratégias de ação mais adequadas à cada disfunção pelo uso de técnicas específicas. Essas alterações físicas também influem nas condições emocionais em relação à gestação.

Práticas sexuais na gestação

- técnicas de terapia sexual:

A sexualidade interpretada como um ato inapropriado fora do seu principal objetivo de procriar foi sendo estudada através dos comportamentos sexuais humanos e analisada e definida como uma forma de prazer inerente aos indivíduos. Essas análises propiciaram no desenvolvimento de técnicas que auxiliaram na qualidade das atividades sexuais.

Paralelamente a essas propostas, ocorreu a epidemia de HIV e o entendimento da importância, na abordagem em saúde sexual, das infecções sexualmente transmissíveis (IST), que passaram a ser alvo da atuação dos governos de cada nação, visando traçar estratégias, como a educação sexual orientando que as práticas sexuais podem ser benéficas e realizadas de modo prazeroso e saudável. Isso deu origem à implementação de estratégias de saúde sexual que incorporaram perspectivas sobre a sexualidade e ampliando a função da saúde para olhar o sexual para além do aspecto reprodutivo; modelos terapêuticos começaram a surgir como resolução de problemas sexuais que traziam insatisfação aos indivíduos, junto a estratégias de promoção de saúde.

O terapeuta sexual é profissional habilitado que utiliza de diversas ferramentas para a solução das disfunções sexuais de seu paciente. Também analisa todos os aspectos biopsicossociais, fazendo uma avaliação integral que considera todo histórico da mulher que sofre com a disfunção sexual. Segundo Vieira (2017 *apud* CAVALCANTI, 2012) não basta ao terapeuta sexual ter conhecimento das técnicas e procedimentos a serem adotados na terapia; faz-se necessário possuir capacidade analítica para identificar os fatores psicológicos desencadeadores dos distúrbios que possam estar intrinsecamente associados à queixa principal. Essa habilidade é essencial para a elaboração de um planejamento terapêutico abrangente e eficaz e que leve em consideração, não só a queixa principal, mas também a análise de áreas da personalidade do cliente e seu parceiro(a).

Vieira (*apud* CAVALCANTI, 2012) ainda lembra que, apesar de possuir uma base biológica essencial, a resposta sexual é vivenciada dentro de um contexto extrapessoal, interpessoal e cultural, envolvendo uma interação complexa entre os fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Por isso, as técnicas terapêuticas são utilizadas para o tratamento de fatores que ocasionam problemas sexuais, que podem ser de ordem interna ou externa, ou até ambos.

Cavalcanti (2012) classifica as técnicas terapêuticas em gerais e específicas. As técnicas gerais

[...] são usadas particularmente na terapia das disfunções sexuais. O fato das técnicas específicas serem particularmente usadas na terapia das disfunções sexuais, não significa dizer que exista uma técnica para cada tipo de disfunção ou mesmo que uma técnica utilizada no tratamento de uma disfunção não possa ser utilizada para outra. Com exceção de casos especiais como é o caso da ejaculação prematura em que existe uma técnica própria para o tratamento dessa disfunção (stop-start) e também na anorgasmia, que se utiliza a técnica do condicionamento orgástico, as técnicas específicas constituem um conjunto de ferramentas que são aplicadas nos diversos processos disfuncionais. (VIEIRA *apud* CAVALCANTI, 2012, p.51)

De acordo com Vieira (*apud* CAVALCANTI, 2012), a aplicação das técnicas deve ser respaldada pela análise clara da atitude do cliente em relação ao problema apresentado que corresponde, tanto à sua queixa inicial, como a sua motivação em relação à terapia ao longo do processo. Só assim produzirão os efeitos esperados e serão de grande importância no sucesso do tratamento.

Nesse sentido, as técnicas gerais que citaremos são utilizadas como métodos que auxiliam no tratamento das disfunções sexuais, combatendo os componentes biopsicossociais responsáveis pelas mesmas:

- Técnica da Entrevista Terapêutica: etapa inicial da terapia, coleta dados sobre a saúde e histórico do paciente e também a forma como este realiza a transmissão de informações, observando as questões e dúvidas do(a) paciente. Permite assim a interação entre o paciente e o terapeuta sexual, promovendo a maior percepção da problemática a ser tratada. Pode utilizar o questionário de Lo Piccolo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012), que investiga vivências de todas as fases da vida do paciente, a fim de pesquisar fatos que interferem negativamente nas práticas sexuais e percebendo a sexualidade em seu contexto somatório de experiências que poder servir como estimuladores ou não da sexualidade.

- Técnica de Controle Encoberto: muito utilizada em complementação às demais técnicas, de acordo com as particularidades individuais. Segundo Cavalcanti (2012, p.165) "os procedimentos de controle

encoberto (reforçamento, modelação, sensibilização e extinção encoberta) obedecem aos mesmos princípios comportamentais que regem a conduta manifesta”. Tal técnica tem como objetivo estimular o cliente a simular situações para demonstrar ou eliminar o comportamento avaliado em questão.

- *Técnica de Dessensibilização Sistemática*: utilizada em conjunto com a técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson que ensina o relaxamento muscular ao paciente, para depois “induzi-lo a enfrentar, gradualmente, situações invocadoras de ansiedade em presença do relaxamento” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.154). Tal técnica é gradual, abordando duas fases: a primeira utiliza o treinamento do relaxamento muscular; a segunda fase trabalha os aspectos interferidos pela ansiedade, muito utilizada em situações de vaginismo, dispareunia, anorgasmia, disfunção erétil, ejaculação prematura (precoce), ejaculação bloqueada e anorgasmia.

- *Técnica de Distração Cognitiva*: aplicada em clientes com tendência a distrações que interferem no ato sexual, prejudicando a mecânica deste ato sexual por causar bloqueios na resposta sexual; tem potencial de provocar a neutralização psíquica a essas distrações.

- *Técnica da Parada do Pensamento*: promove a redução de pensamentos negativos e ocasionados pela ansiedade. “Em terapia sexual, pode ser empregada em casos de ‘temor de desempenho’, quando pensamentos altamente negativos põem em risco o êxito da atividade sexual” (CAVALCANTI ; CAVALCANTI, 2012, p.164).

- *Técnica do Espelho*: trabalha o autoconhecimento corporal e a autoaceitação, proporcionando a(ao) paciente melhora no desempenho sexual, ao combater tabus sociais que inibem a mulher de se conhecer, contribuindo para a autoconfiança e autoestima.

Por fim, segundo Cavalcanti (2012), objetiva-se sempre reforçar um “comportamento assertivo”; aquele “que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade indevida, a expressar sentimentos sinceros sem constrangimentos ou a exercitar os seus próprios direitos sem negar os alheios” (p.158).

Essas diversas técnicas são utilizadas em conjunto em função dos aspectos desencadeadores e/ou agravantes do processo disfuncional e a motivação do cliente em relação à terapia e são utilizadas com técnicas de estimulação sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

Quadro 4 - Técnicas Específicas de Terapia Sexual

Técnica de Autofocagem	Procedimento que objetiva autoconhecimento corporal, em todos os níveis, permitindo aproximação e conhecimento dos próprio corpo e sentidos e também que a pessoa transmita essa experiência ao parceiro, para facilitar a troca prazerosa (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.168).
Técnica do Coito não Exigente	“uma modalidade da focagem das sensações, apenas diferenciando porque não está buscando a sensação corporal como um todo, mas aquela circunscrita ao estójo vaginal” . (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p. 179).
Técnica de Desbloqueio Ejaculatório	Utilizada para tratar o bloqueio ejaculatório, quando há dificuldade em ejacular ou quando a ejaculação se produz de forma muito demorada. Nessa disfunção, o indivíduo fica incapaz de ejacular durante o ato sexual, ocorrendo normalmente a ejaculação com práticas masturbatória.
Técnica de Dessensibilização Masturbatória	“A masturbação pode ser utilizada como elemento integrante e várias técnicas em terapia sexual, no tratamento de quadros disfuncionais masculinos e femininos” (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.168)
Técnica da Dilatação Vaginal	técnica utilizada no tratamento do vaginismo e dispareunia, consideradas na atual versão do DSM-5 como transtorno de dor gênito-pélvica/penetração.

O domínio dessas técnicas específicas é fundamental, bem como a compreensão das principais características nela envolvidas, não sendo nenhuma específica para tratar determinada disfunção, mas servem como um "leque" de escolhas para o terapeuta, conforme suas observações. Apenas dois problemas exigem técnicas específicas de tratamento: a ejaculação prematura (que não integra o estudo aqui abordado) e a anorgasmia.

Cabe ressaltar que fazer terapia sexual não é empregar de modo aleatório procedimentos padronizados, numa perigosa e certamente iatrogênica insensatez que pode provocar ou piorar os problemas. Da mesma forma que o uso indiscriminado de antibióticos induz à criação de resistências a certos microorganismos, o emprego inadequado de procedimentos psicoterápicos sensibiliza o psiquismo dos indivíduos em relação a esses "remédios" (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.135). Por isso, caso a caso deve-se avaliar e propor o uso de tais técnicas e o momento correto do processo terapêutico para oferecê-las, visando a resolução do problema com o respeito a cada caso e no menor tempo possível.

Terapias Sexuais para Mulheres Grávidas

Quando se trata de terapia destinada a mulheres grávida com problemas sexuais, é importante o emprego adequando da técnica que melhor e mais rápido traga a resposta esperada pela paciente.

- práticas sexuais na gestação:

De acordo com Bertoldo (2016), as práticas sexuais consistem em diversos tipos de atividades com caráter sexual. Essas podem ser bastante variadas, dependendo da experiência, gosto e contexto social onde a pessoa se insere. Aqui consideraremos as atividades de "masturbação", "ser masturbada", "masturbar o parceiro", "masturbação mútua", "receber sexo oral", "fazer sexo oral", "sexo oral mútuo", "sexo vaginal", "sexo anal", "estimulação com vibrador" e "outras".

Desta forma, as práticas sexuais durante a gravidez não devem ser interpretadas somente como ato sexual de penetração vaginal, mas compreendida como os vários tipos de atividade sexuais possíveis e que podem ser utilizadas de levando-se em conta o gosto, a experiência vivida por cada um, mas também a sensação e o conforto da gestante em realizá-las (PADILHA, 2021), da mesma forma que as posições sexuais.

Assim como as alterações fisiológicas da gestação interferem organicamente na sexualidade da mulher, interferem também na disposição geral física, inclusive promovendo restrição de movimentos e cansaço em determinadas posturas. Nesse sentido, a adoção de algumas posições sexuais podem ser benéficas para proporcionar melhor aproveitamento da prática sexual, principalmente conforme for ocorrendo o crescimento do bebê. Segundo Lazar (2002, p. 23) as posições podem ser:

- *a mulher por cima*: nessa posição, o abdômen não é pressionado, ao mesmo tempo que permite que a mulher controle melhor o ritmo e a profundidade da penetração (Figura 2).
- *a mulher embaixo*: deitada sobre as costas, que podem ser apoiadas ou não com um travesseiro, ela dobra os joelhos. O parceiro, de joelhos, faz a penetração apoiado nos braços, e não deve soltar seu peso sobre o abdômen da mulher (Figura 3).
- *o homem atrás*: de joelhos, penetra por trás a mulher que está também ajoelhada, mas reclinada para a frente com apoio nos braços, podendo ou não (caso necessário) apoiar o ventre e os peitos em travesseiros. Nessa posição, o parceiro controla o ritmo e o grau de penetração, por isso a mulher deve comunicar qualquer incômodo para alertá-lo (Figura 4).
- *de lado*: com ambos deitados de lado, o homem fica por trás, permitindo o apoio do corpo todo da mulher e uma penetração menos profunda (Figura 5).



Figura 2: mulher por cima



Figura 3: mulher por baixo



Figura 4: homem por trás



Figura 5: de lado

Assim, o estímulo da sexualidade saudável na gestação pode ser feito, trazendo benefícios para a mulher. Dentre os mamíferos, somente humanos e algumas espécies de primatas têm relações sexuais durante a gestação. Por isso, como afirma Lazar (2002, p.24) o relacionamento sexual na gravidez pode aproximar o casal e influir beneficemente para seu relacionamento, ao mesmo tempo que a omissão de sua abordagem por profissionais pode estimular que ocorram crises conjugais (LAZAR, 2002, p.24)

Considerações Finais

O período gestacional, com suas modificações físicas e emocionais pode acarretar dificuldades, afetando a sexualidade da gestante. Por isso, o melhor conhecimento das mudanças fisiológicas e a abordagem da sexualidade deve ser feito junto à mulher neste período, uma vez que este assunto não é discutido pela sociedade e, por vezes, está envolto de tabus. Técnicas terapêuticas e de terapia sexual específica podem e devem ser utilizadas para enfrentamento desses problemas, contribuindo para a qualidade de vida sexual e bem-estar.

O desconhecimento da mulher sobre o próprio corpo e sobre as mudanças que vivenciará, juntamente aos preconceitos sociais e medos quanto à sexualidade e seus efeitos sobre o bebê são fundamentais e devem ser feitos considerando-se a individualidade do caso, percebendo preocupações e, inclusive, problemas e disfunções que a gestante possa ter. O conhecimento específico dessas técnicas, incluindo dicas de posições, além do tratamento de problemas específicos é de fundamental importância e deve ser foco da atuação de profissionais que lidam com essas mulheres e também de estudos e abordagem de profissionais entre si, quebrando silêncios e tabus.

Referências Bibliográficas

- AMARAL, V. L.. Sexualidade – aula 13. [Apostila]. Rio Grande do Norte: UNIDIS Grad, 2007.
- ARAÚJO, N. M.; SALIM, D. M. R.; GUALDA, D. M. R; SILVA, L. C. S. P. Corpo e sexualidade na gravidez. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 6, n. 3, p.552-558, 2012.
- BERTOLDO, L. D. Análise da atividade sexual de gestantes atendidas nos serviços de pré-natal de duas maternidades públicas federais do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual. Brasília, DF: MEC/SEF, 1997.
- BRASIL.BABYCENTER.COM. Posições sexuais para a gravidez – fotos. [Internet]. Disponível em: <https://brasil.babycenter.com/l25016779/posi%C3%A7%C3%B5es-sexuais-para-a-gravidez-fotos>
- CABRAL, F.; DIAZ, M. “Relações de gênero”. In: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE BELO HORIZONTE. Cader-nos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Belo Horizonte; Fundação Odebrecht, 1999, pp. 142- 150.
- CARVALHEIRA, A. A.; GOMES, F. A disfunção sexual na mulher. In: OLIVEIRA, C. F. (ed.) Manual de ginecologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia; 2011. p.p. 119-34.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. tratamento clínico das inadequações sexuais. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2012.
- CECCARELLI, P. R.; ANDRADE, E. L. O sexual, a sexualidade e suas apresentações na atualidade. Revista latino-americana de psicopatologia fundamental. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 229-250, 2018.
- DAOLIO, Jocimar. Da cultura do corpo. Campinas: Papirus, 1995.
- DIAS, M. B.; REINHEIMER, T. L. Da violência contra a mulher como uma violação de direitos humanos – artigo 6º, 2014. p.195-200. [Internet]. Disponível em: https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2014/02/2_artigo-6.pdf
- DIEHL, A.; VIEIRA, D; L. Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo: Roca, 2013.
- FAGUNDES, T. C. P. C. Sexualidade e gênero–Uma abordagem conceitual. In: Ensaio sobre educação, sexualidade e gênero. Salvador: Helvécia. 2005. pp.9-20.
- FERNANDES, M. R. A saúde da família: Respostas para as dúvidas mais comuns sobre todas especialidades médicas. v. 1. São Paulo: Grupo Saúde e Vida, 2004
- FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Obras psicológicas completas: Edição Standard Brasileira, v.7. Rio de : Imago, 1996,
- FOUCAULT M. História da Sexualidade - A vontade de saber. Vol. 1. São Paulo: Graal, 1988.
- HAMERSKI, L. M. Mulheres em seu primeiro parto: relatando as vivências, expectativas e sentimentos. [Monografia]. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, 2003.
- LARA, L.; SILVA, A. C.; ROMÃO, A.; JUNQUEIRA, F. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 6, p.312-21, 2008.
- LAZAR, M. C. S. Práticas sexuais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002
- LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- MAIA, A. C. B.; MAIA, A.F. (org.). Sexualidade e Infância. pp.17-32. Bauru: Faculdade de Ciências; Cecemca; Brasília: MEC/SEF. Cadernos CECMCA, 2008.
- MALDONADO, M.T.P. Psicologia da Gravidez. Petrópolis: Vozes, 1997.

MARTINS, S.; GOUVEIA, R.; CORREIA, S.; NASCIMENTO, C.; SANDES, A. R.; et al. Sexualidade na gravidez: Influência no bebê? Mitos e atitudes e informação das mães. Rev. Port. Clin Geral, v. 23, n. 4, p.369-378.

MATOS, M. I. S. Outras histórias: as mulheres e estudos dos gêneros-percursos e possibilidades (Org.). In: Gênero em debate: trajetória e rrspectivas na história contemporânea. São Paulo: Educ. 1997.

MEDEIROS, M. Sexualidade na gravidez. Interd., v.6, n.4, p.34-43, 2013.

MONEY, J. Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox. [Tese]. Harvard University. Cambridge, 1952.

MOTA, C. P.; MOUTTA, R. J. O.; BRANDÃO, S. M. O. C. A sexualidade do casal no processo gravídico- puerperal: um olhar da saúde obstétrica no mundo contemporâneo. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Salvador, 2009. [Internet]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12844231/a-sexualidade-do-casal-no-processo-gravidico-puerperal-um-olhar>

NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PADILHA M. Tratamento Fisioterapêutico nas Disfunções Sexuais Femininas: uma revisão de literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2021.

PORTELINHA, C. Sexualidade durante a gravidez. Coimbra: Quarteto Editor, 2003.

QUANDT, C. A. Modificações do organismo da mulher grávida. [Monografia]. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2006.

ROCHE, F. Sexualidade infantil. 2007. [Internet]. Disponível em: <http://espacomorumbi.com.br/modules/news/article.php?storyid=103>

SANTOS, T.F.; ANDREONI, S.; SILVA, R.S. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente – São Paulo. Rev Bras Epidemiol, v. 15, n.1, p.123-133, 2012. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n1/11.pdf>

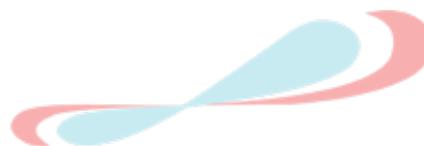
SILVA, L.; PESSOA F. B.; PESSOA, D. T. C. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. Revista Faculdade Monte Belos, v. 8, n.1 p.1- 6, 2015.

SUPLICY, Marta. Guia de orientação sexual: diretrizes e metodologia. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

TERESO, A. Sexualidade na Gravidez, mitos e verdades. Universidade De Coimbra. Coimbra, Lisboa, 2013.

VIEIRA, K. F. L.; NOBREGA, R. P. M.; ARRUDA M. V. S.; VEIGA P. M. M. Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. Psicologia, Ciência e Profissão, v. 36 n. 2, abr./jun. 2016, p. 329-340.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual health. Genebra: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/



Práticas Sexuais e Tabus Durante o Período de Gestação

Sexual Practices and Taboos During the Pregnancy Period

Sabrina Munno

sabrina.munno@globo.com

Graduada em Processamento de Dados pela
Universidade Presbiteriana Mackenzie,
Pós-Graduada em Terapia Sexual
na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum
de Juiz de Fora e membro da ABRASEX

Resumo:

O artigo consiste em uma reflexão sobre como o período gestacional e sua influência ao feto podem afetar a saúde física e emocional do casal, e apresenta a necessidade de esclarecimento a questões que circulam no senso comum e que são consideradas, pela grande maioria das mulheres e seus parceiros, como interdições para a prática sexual neste período. A inquietação do casal por atender aos seus desejos sexuais aliada à pouca quantidade de informações a respeito dessa prática durante o período gestacional e, ainda, à ansiedade e à depressão, tornam-se realidades e difíceis barreiras a serem transpostas principalmente pelas mulheres que, muitas vezes, se encontram solitárias e vulneráveis diante dessa questão. Assim, a intervenção de um(a) terapeuta sexual enquanto apoio integrativo na rede dos cuidados necessários durante esse período mostra-se fundamental para que o casal grávido possa obter apoio e informações mais precisas sobre a saúde da gestante e do bebê, e também da relação conjugal, proporcionando seu bem-estar.

Palavras-chave: Sexologia; Sexualidade; Gravidez; Período gestacional; Terapia sexual.

Abstract:

For many centuries, the established sexual practices have been exclusively connected to human reproduction, especially in relation to women, reduced to sexual objects and disconnected from their own sexuality. This cultural and symbolic baggage, along with the changes occasioned by pregnancy can significantly interfere in the sexual activities of pregnant women. The belief that the manifestation of sexual desire in this period would be inadequate, combined with the physical and psychological changes of pregnancy often results in a decrease in interest or sexual practice. In this sense, knowing in detail these changes is fundamental, as well as the clarification of women about these processes and the dialogue about their perceptions and taboos about sex during pregnancy. Thus, health professionals, including sex therapists, can help pregnant women with their doubts and notions about sexuality, promoting satisfactory sexual practices and the woman's well-being during pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Sexual Activities; Sex Therapy.

Introdução

Como espécie sexuada, entre os seres humanos as mulheres têm o papel de procriação. Por isso, muitas vezes vistas apenas como mães e atribuídas a objetos sexuais devido à percepção cultural masculina predominante na sociedade; seus ciclos de vida se constituíam, desde muito tempo, em nascimento, reprodução e morte. Assim, o sexo, desde a Pré-História, teve como eixo principal a fecundação e não o prazer.

De acordo com CAMBIAGHI (2002), é possível verificar, nas estatuetas de “vênus” encontradas pela Arqueologia, a demonstração de corpos femininos carnudos, salientes, nus, com órgãos sexuais e reprodutivos exacerbados numa referência clara à veneração da mulher enquanto promotora da fertilidade e da maternidade, nas civilizações mais remotas. Mulheres valorizadas, conforme o autor, como meios explícitos para a propagação da prole e formação dos clãs.

A desassociação da mulher da fertilidade é, portanto, muito recente, e começou no século XIX, ganhando ênfase, particularmente, a partir da década de 1960, com o aparecimento dos métodos contraceptivos químicos. A partir de então, o sexo para procriação começa a dar lugar ao sexo para o prazer, com a opção de uso de anticoncepcionais para evitar a gravidez indesejada. Anteriormente automáticas e sem planejamento, as ocorrências de ser pai e mãe passaram a poder ser opções planejadas.

O foco no prazer, no entanto, é muitas vezes alterado no período de gestação, em que há grandes mudanças e descobertas. O casal necessita estar muito bem conectado e o parceiro aberto à readequação da mulher, principalmente no que diz respeito à sua sexualidade.

A mulher tem que se acostumar e se adaptar a sua nova imagem corporal, além de se sentir querida e desejada pelo seu parceiro, que precisa estar atento a suas mudanças hormonais que implicam em situações delicadas que devem ser acolhidas. O suporte de carinho e respeito do parceiro é fundamental, portanto, e deve ser discutido juntamente às mudanças vividas também por ele quanto às noções de responsabilidade e preocupação que a paternidade traz.

Por isso, quando um casal decide ter um filho, deve justamente entender a gravidez como um período de alterações, em que um novo olhar é importante, a fim de realizar as adaptações necessárias para que a sexualidade e o relacionamento sejam preservados e valorizados. Embora a existência de um bebê possa ser considerada “um sonho” se tornando realidade, também pode colocar o relacionamento “à prova”, daí a importância de ambos os genitores se sentirem confiantes.

É um cenário em que a mulher poderá se sentir insegura com relação ao desejo do homem e, com isso, se retrair sexualmente. Por sua vez, o homem poderá se sentir excluído da relação mãe-bebê pela dedicação da parceira à gestação. Da mesma forma, a prática sexual pode ser envolta em tabus e questões que devem ser esclarecidos por um profissional da melhor forma possível, visando promover o bem-estar do casal. Esse profissional pode ser um terapeuta sexual, que vai proporcionar o acolhimento necessário para este período e fazer com que ambos passem por esta experiência de uma forma tranquila, entendendo todas as transformações que fazem parte desta fase, se permitindo vivê-la plenamente.

Como cada casal funciona de uma maneira, não há uma regra a ser seguida, além da indicação de muito diálogo e busca por informações com o profissional que acompanha a gravidez. Por isso, em alguns casos, o acompanhamento de um terapeuta sexual tem potencial de ajudar o casal a se redescobrir e descobrir caminhos para que possa passar por esta fase sem traumas ou carências, sentindo-se seguro e confiante.

Murkoff e colegas (2011) afirmam que o comportamento sexual de ambos terá mais nuances de imprevisibilidade do que erotismo. Este comportamento poderá mudar a cada dia: em um dia, a mulher pode se sentir mais sensual e, no outro, nada sensual. A comunicação, o entendimento entre o casal e o bom humor serão ferramentas importantíssimas durante todo o período gestacional. Alguns podem ter receio de que a prática sexual possa “magoar o bebê”, “machucá-lo” ou de que ele possa “ver” o que está acontecendo durante o ato sexual, fazendo com que muitos casais tenham dificuldade para fazer sexo durante a gravidez. Sentem que não estão sozinhos e que existe uma terceira pessoa entre eles; preocupação muitas vezes relacionada à crença de que o sexo é promíscuo e pecaminoso.

Percebe-se que há escassez de trabalhos e dados que tratem da questão de como os casais entendem as mudanças do corpo da mulher e da sexualidade durante a gestação, o que remete ao predomínio do senso comum, muitas vezes guiado pelo sensacionalismo. Por isso surge a necessidade de esclarecimento de questões consideradas tabus por grande parte das mulheres, como a prática sexual e sua influência negativa no feto, que pode ter implicações inicialmente de ordem emocional, mas que se não forem bem resolvidas, podem refletir na saúde física da mulher, considerando que o lado emocional está diretamente ligado à saúde mental e que, posteriormente, podem vir a repercutir em suas funções fisiológicas.

Esse pressuposto da expansão de um problema de saúde incorpora o conceito de “somatização”, que Bombana, Leite e Miranda (2000, p.180) afirmam ter sido proposta por Steckel, em 1921, referindo-se ao “modo de se expressar (uma variação individual normal), ou indicando uma doença orgânica ainda não diagnosticada, ou como parte de outras patologias psiquiátricas” como, por exemplo, transtornos depressivos ou ansiosos. Neste sentido, pode-se considerar que a inquietação das gestantes por atender aos seus desejos sexuais, aliada à ausência de informações e ao excesso de tabus sobre o tema pode resultar em um quadro de ansiedade e até mesmo de depressão, tornando esse período uma realidade difícil a ser transposta por essas mulheres, que muitas vezes se encontram solitárias e vulneráveis diante dessa questão.

Bombana, Leite e Miranda (2000) também afirmam que “os quadros de somatização são muito frequentes nos serviços de saúde, sendo responsáveis por grande número de consultas médicas e gerando importantes gastos” (p. 180), demonstrando a importância do apoio terapêutico. Assim, o objetivo deste trabalho é contribuir para a desmistificação das práticas sexuais durante o período gestacional, refletindo sobre como tabus podem prejudicar a vivência plena da sexualidade das mulheres durante os meses de gestação. Assim, visamos demonstrar como é possível às mulheres grávidas descobrir outras formas de prazer, melhorando a qualidade de sua vida íntima.

Tabus sobre a Sexualidade na Gestação

De modo sintético, “tabu” tem o sentido de “sagrado”, “invulnerável”. Em um conceito mais abrangente é a “proibição tradicional imposta por tradição ou costume a certos atos, modo de vestir, temas, palavras etc., tidos como impuros, e que não pode ser violada, sob pena de reprovação e perseguição social” (FURLANI, 2007, p.87). Ou seja, tabus são propulsores de comportamento e baseados em informações de impacto e que chocam a opinião pública, sem que haja necessariamente veracidade daquilo que é propagado ou preocupação com as consequências de sua propagação. Ainda de acordo com Furlani,

As múltiplas representações, significados e saberes, no contexto das diversas sociedades e culturas, são “invenções” dos seus respectivos contextos discursivos. Podemos escolher pinçar na história, algumas temáticas da sexualidade. Veremos como cada sociedade, ao seu tempo, “constrói” específicos significados acerca do objeto que fala. Cada sociedade legitima ou condena, certa prática sexual, certos sujeitos, dependendo do entendimento momentâneo que tem sobre eles. (FURLANI, 2007, p.11)

Os sentidos da palavra tabu nos remetem a uma proibição da prática de qualquer atividade social que seja moral, religiosa ou culturalmente reprovável. Dizer que algo é um tabu pode significar que é sagrado e por isso qualquer contato deve ser interdito ou, ainda significar algo perigoso, imundo ou impuro. Cada sociedade possui os seus próprios padrões morais, de modo que os tabus existentes em uma cultura podem não existir em outras.

A sexualidade não é um fenômeno simples de se compreender ou mesmo abordar, sendo envolta por muitos questionamentos. A ausência dessa temática em discussões familiares, em escolas e, até mesmo no âmbito religioso, faz com que muitos tabus sobre a sexualidade sejam criados e permaneçam nas sociedades por anos e anos. Assim, trazem à tona o jogo de poder que institui “verdades” e que atingem as pessoas em determinados contextos e culturas.

Para Nunes (1997), é importante a compreensão de que as relações sexuais “são relações sociais, construídas historicamente em determinados interesses de épocas diferentes” (p.114-155). Esta compreensão vem ao encontro dos conceitos trabalhados por Furlani (2007), para quem os interesses mencionados não apenas “consolidam modelos sociais hegemônicos de vivência, como ditam as ‘verdades’ sobre a sexualidade individual e coletiva” (p.15).

Alguns tabus são frequentes na relação sexual durante o período da gestação, e provêm das mais diversas fontes, desde crenças que são passadas na família para suas filhas gestantes e destas para as netas, gerando traumas que carregamos psicologicamente, historicamente e em histórias de vida, até publicações de textos e imagens que perpetuam este senso comum, o que dificulta a vivência plena da sexualidade e da atividade sexual no período gestacional. A perpetuação de tais tabus atua como um “fantasma” em momentos tão importantes e íntimos do casal, devendo ser investigados de maneira mais profunda.

Alguns desses tabus são crenças como: é normal sentir menos desejo sexual na fase de gestação; o orgasmo, pelas contrações que proporciona, leva ao aborto; o ato sexual machuca o bebê; o bebê consegue “enxergar” o que está acontecendo; o sexo nas últimas seis semanas desencadeia o trabalho de parto; o pênis transmite infecções para o bebê e para a mãe durante a penetração; o sexo oral na gravidez é perigoso e pouco higiênico; a ideia de que é mais difícil atingir o orgasmo durante a gravidez; que as relações sexuais podem magoar o bebê ou, ainda, machucá-lo. Salvo exceções (como em procedimentos de fertilização artificial), toda gestação começa com o ato sexual. Sendo assim, então por que o ato gerador da gestação se torna um problema? Há veracidade ou embasamento para tais crenças?

Ao contrário, são vários os atores como Castro (2011), que afirma que o “sexo faz bem e pode ser feito sem restrições até a chegada do bebê, desde que a gravidez esteja bem e a gestação transcorra normalmente” (p.23). Para estes profissionais, a prática sexual só não é recomendada “caso a mulher tenha sangramento vaginal, ameaça de trabalho de parto prematuro e aparecimento de lesões genitais”, portanto em que haverá explícita recomendação médica de abstinência de penetração vaginal (Idem, ibidem), mas não necessariamente de outras práticas sexuais.

Quando grávida, a mulher sofre uma alteração hormonal significativa, além das mudanças físicas que, em muitos casos, tais alterações a fazem não se sentir sexy e, conseqüentemente, crer na falta de desejo do parceiro. Muitas grávidas se sentem “menos femininas”, pois ganham peso e perdem as suas formas corporais originais, sentimento que encontra apoio em outro mito, o mito do corpo feminino perfeito e desejado, vendido e proliferado pela grande mídia.

A gravidez também pode trazer como stress adicional, o fato de que, mesmo antes do nascimento do bebê, seja necessário o preparo e a reorganização da vida cotidiana, mudança de espaços domésticos, compra do enxoval para o bebê, preocupação de como será a rotina e a vida a partir de então, etc. É normal que essa mudança possa afetar a sexualidade do casal, mesmo que de forma inconsciente.

Além disso, a gravidez provoca adaptações físicas e emocionais e, por isso, é vivida intensamente pelos casais, gerando, em quase todos, mudanças significativas no seu relacionamento sexual durante os meses de gestação. O importante é haver comunicação entre o casal e nunca se deve confundir a parentalidade com a conjugalidade (JURAS; COSTA, 2016); ou seja, frente à constituição de uma nova família, deve ser mantido o vínculo matrimonial do casal e não somente ser assumido o papel de pai ou mãe:

Existem homens que projetam na mulher grávida uma pessoa igual à mãe deles e, por isso, então, não se faz sexo. Isto mobiliza determinados aspectos psicológicos. A mulher, por um lado, sente-se menos feminina, ganhou peso, perdeu as formas e o homem, por outro lado, acha que aquela passou a ser a mãe dos seus filhos. Tudo isto exige que se faça um trabalho de flexibilidade para nunca desintegrar aquilo que é a mulher esposa, daquilo que é a mulher mãe. (SILVA; GONÇALVES, s/d)

Ao mesmo tempo em que a gestante pode se sentir plena, carregando em si o fruto de uma gravidez desejada, ela também pode duvidar de sua própria competência fisiológica e emocional de levar adiante a gestação, colocando em questão sua capacidade ligada à fertilidade e sua condição feminina. Começam aí as dúvidas: “sou capaz de gerar uma vida saudável?”. Nesse sentido, a insegurança da mulher inclui o sentimento contraditório entre a feminilidade e a maternidade, entre a sexualidade e a reprodução, com a ansiedade, como: o medo de ter o filho com anomalias, de não ter leite para amamentar esse filho e até de perdê-lo durante a gestação ou o parto. Ou seja, questionar-se “meu corpo é lugar seguro para abrigar meu bebê?”. Essas fantasias são comuns e se manifestam no nível mental consciente projetado na saúde física do bebê, com questionamentos como: “meu bebê tem todos os dedinhos?”, “ele é todo perfeito?”. Questões só sanadas após o nascimento e a visualização materializada do filho que permitem à mulher relaxar quanto às questões e tensões que a acompanharam durante todo o processo gestacional.

Esses aspectos se tornam mais críticos quando a gravidez é indesejada e vista como um problema, como algo que veio atrapalhar a vida, os estudos, a profissão e os sonhos do casal ou, em muitos casos, somente os planos da mulher. Por isso, não é incomum que frente à falta de apoio da família ou do companheiro, a mulher opte pelo aborto, realizado ilegalmente no Brasil em clínicas clandestinas ou em casa com remédios comprados também ilegalmente. Ambas as formas de aborto são de alto risco de vida para a mulher.

Há também mulheres que, por estarem em situação de vulnerabilidade, escondem o máximo que podem a gravidez, negando sua existência, não fazendo o pré-natal, não falando sobre o assunto e não aceitando as mudanças corporais.

Respostas científicas aos mitos do sexo na gravidez

A fim de esclarecer alguns tabus sobre o sexo na gravidez, foi enviado por e-mail um questionário para ser respondido por um profissional de Ginecologia-Obstetrícia, em 2018. O objetivo foi verificar se esses tabus, passados culturalmente, tinham fundo científico. Complementamos as informações levantadas com uma pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Sobre a afirmação se “é normal sentir menos desejo sexual na fase de gestação?”, a informante afirmou que em muitas mulheres a libido aumenta devido ao aumento dos níveis hormonais, o que faz muitas mulheres terem sonhos eróticos e se masturbarem mais.

Sobre o mito de que “as relações sexuais podem “magoar” o bebê, machucá-lo ou provocar aborto”, foi-nos dito que não, que as relações sexuais não atingem o bebê e também não provocam aborto, a menos que haja algum contraindicação/situação de risco já instalada ameaçando a perda do bebê.

A informante também explicitou quanto às questões se “o sexo oral é perigoso” e a prática sexual seria “suja”, o que foi negado, afirmando que o bebê, tampouco, “vê” o que está acontecendo. Porém, foi ressaltado, que o “pênis pode sim transmitir infecções à gestante e ao bebê”, caso o parceiro seja portador de

alguma infecção sexualmente transmissível (IST), até mesmo a zika vírus, também sexualmente transmitida. Por isso, a importância da realização dos exames de pré-natal.

Da mesma forma, a suposição de que “as contrações de orgasmo provoque aborto” é uma afirmação falsa. Da mesma forma que é falsa a afirmação de que “a mulher terá maiores dificuldades em atingir o clímax sexual”.

Sobre o questionamento sobre “é verídico o desencadeamento do trabalho de parto caso a mulher pratique o ato sexual nas últimas seis semanas de gravidez”, a resposta foi que a relação sexual, ao contrário de ser um fator maléfico, ajuda a mulher a entrar em trabalho de parto pela prostaglandina contida no esperma e liberada nos movimentos realizados durante o ato sexual associados ao orgasmo; por isso é importante que os movimentos sejam mais delicados e sutis neste período, tanto com relação à penetração quanto à masturbação feminina intra-vaginal.

As respostas contestam os mitos do imaginário cultural que rondam a gestantes e não têm, de acordo com a profissional entrevistada, qualquer relação com fundamentos comprovados cientificamente. Assim, a prática sexual durante uma gestacional saudável, não provoca dano nem a gestante, nem ao bebê, já que este se encontra em um ambiente muito bem protegido, no útero, envolto pelo líquido amniótico e a placenta; além do colo uterino, estrutura firme e espessa, não permitir impactos que atinjam o bebê.

A preocupação se dá quanto à transmissão de IST, uma vez que, se o homem for portador de alguma dessas infecções, a relação necessita ser protegida com o uso da camisinha, caso contrário, haverá risco da contaminação. Esse cuidado, porém, não é algo atrelado ao período da gravidez, por isso não se constitui impedimento de uma prática sexual saudável.

Considerando que essa é uma fase em que o casal pode ter relações sexuais apenas pelo prazer, livre de calendários, tabelinhas e ansiedades, pode ser que, inclusive para a mulher que nunca tenha atingido um orgasmo, essa atmosfera de relaxamento possa contribuir para a plenitude de sua satisfação sexual, além do aumento dos níveis hormonais, o que faz aumentar a libido, conforme explicitado pela profissional entrevistada.

Portanto, não há nenhuma razão para alterar a vida sexual durante a gravidez, desde que não existam contraindicações; deve-se apenas abster-se da atividade sexual caso haja a presença de fatores de risco. Segundo Murkof e colegas (2011), a atividade sexual será restrita nos casos em que ocorrer: sangramento (hemorragia) inexplicado, durante o primeiro trimestre; se houver história ou ameaças anteriores de aborto espontâneo, ou se houver sinais de ameaça de aborto durante a gravidez atual; durante as últimas 8 a 12 semanas, se a mulher tiver história de trabalho de parto prematuro ou estiver com ameaça ou sinais de trabalho de parto prematuro, colo de útero se abrindo; se as membranas fetais (bolsa d'água) se romperem; quando se sabe que há placenta prévia, placenta em posição anormal, junto ou perto da cérvix e que pode se deslocar prematuramente durante a relação sexual, provocando sangramento e ameaçando a mãe e o bebê; além de no último trimestre em gravidez gemelar, ou mesmo, em alguns casos, no segundo trimestre da gestação se houver mais de dois fetos.

Cabe esclarecer que, entre 10 a 15% de todas as gestações, resultam em aborto espontâneo, mas raramente em virtude de traumas ou lesões físicas. O feto está a salvo de ataques e solavancos e o coito e outras atividades sexuais dificilmente são as causas de problemas nas gestações que terminam em aborto, exceto nas situações citadas, ou por decorrentes de defeitos uterinos ou se um dos parceiros tem doença venérea ou é portador de certas bactérias que podem ser transmitidas por contato vaginal; caso se sople ar com força dentro da vagina, no sexo oral, algo muito perigoso para a mulher pela possibilidade de embolia (bolhas de ar nos vasos sanguíneos), resultando, em casos extremos, na morte da mãe. (MURKOF *et al*, 2011, p.340)

Por isso, é sempre muito importante o diálogo entre o casal e o obstetra para delinear o que oferece risco ou não à gravidez. Embora, nem sempre o(a) médico(a) escolhido(a) ou disponível para o acompanhamento pré-natal possua conhecimentos, tempo hábil ou mesmo compatibilidade emocional e/ou ideológica com suas pacientes para discutir tais orientações. Isso pode contribuir para que a paciente se sinta ainda mais confusa devido à falta de respaldo profissional e científico de quais as mudanças e limites reais do seu corpo nesta nova fase, deixando-a mais vulnerável a crenças e tabus do imaginário popular.

O acompanhamento de um(a) terapeuta sexual, nessa situação, é um importante complemento para que o casal se sinta seguro e que suas principais queixas, inquietudes e incômodos sejam ouvidos e esclarecidos com a atenção que se requer para o período em questão (MURKOF *et al*, 2011). Ter um entendimento mais amplo da vida íntima do casal grávido e saber abordar com sensibilidade as questões são tarefas fundamentais da terapia sexual, que promove a interação entre fatores psicológicos, biológicos e relacionais na problemática sexual, além de poder trabalhar de forma multidisciplinar para ajudar cada casal dentro de suas particularidades.

A sexualidade na Gestação

A OMS - Organização Mundial de Saúde compreende a saúde como parte integral da personalidade dos indivíduos, como necessidade básica e um aspecto impossível de ser separado de outras esferas da vida,

A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita a presença ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade que se expressa na forma de sentir, no movimento das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações e, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico. A saúde mental é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciam positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. (OMS, 1975 - grifo e tradução nossa)

Sendo assim, um casal gestante pode descobrir outras formas de prazer sem ter a obrigatoriedade da relação com penetração, caso a gravidez seja de risco ou então se a mulher, por fatores hormonais e incômodos relativos a náuseas, cansaço ou peso, não possa ou não queira ter relações sexuais com penetração. Por isso, o sexo durante a gravidez, deve variar de casal para casal e a atividade sexual "normal" deve ser aquela que se torna satisfatória para ambos, podendo a grávida descobrir que o sexo durante essa fase seja o mais prazeroso que já teve, ou que seja algo difícil, ou que ainda tenha se transformado em uma obrigação incômoda e, por vezes, uma prática que chega a ser abandonada.

A mulher somente deverá fazer sexo se sentir vontade, estiver tranquila e se sentindo bem para ter relação com penetração. É normal a mulher sentir menos desejo sexual durante a gestação, sobretudo no primeiro trimestre pois, neste período, ocorrem com mais frequência enjoos, fadiga e tonturas, além do medo que algo ocorra na gestação, já que esta está em seu início. Nesta fase, o ideal é que o casal procure manter uma vida sexual ativa e busque se redescobrir. É importante fortalecer os laços que ligam a mulher e seu(a) parceiro(a).

Segundo Mabel Cavalcanti e Ricardo Cavalcanti (2012, p.341), podemos dividir os estudos sobre sexualidade e gravidez em três grandes fases históricas: de 1960 a 1980, a preocupação foi algo nitidamente da área médica, analisando-se o impacto da atividade sexual sobre o feto e se ela pode ser permitida ou não durante a gravidez; de 1980 a 1990, os estudos se voltaram para os aspectos psicológicos e sociais observando-se a atividade sexual na gravidez também pelo prisma do parceiro e a pressão familiar sobre a psicologia da gestante; de 1990 até o momento presente, os estudos têm focado preferencialmente o modo como a gravidez interfere na qualidade da relação sexual do casal, tornando-se algo mais maduro e cuja autorresponsabilidade passa a ser um fator que envolve a ambos em uma relação.

Em todo caso, em relação à intimidade do casal grávido, é importante compreender como essas diferentes facetas se integram para que o homem e a mulher possam desfrutar mais do sexo, mesmo se eles o praticam menos. O bom relacionamento sexual em qualquer fase da vida dificilmente se constrói da noite para o dia, mas sim com paciência, prática, compreensão e amor. Isso também vale para o relacionamento sexual no período da gestação, no qual ocorrem muitas alterações físicas e emocionais além das já mencionadas anteriormente.

Dentre essas alterações, estão aquelas relacionadas ao desejo sexual. A cultura em que os indivíduos estão inseridos é um fator decisivo para a atividade sexual durante a gravidez. Em certos grupos, o sexo durante a gravidez é bem aceito e necessário e, para outros, é proibido. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), os grupos que incentivam a prática sexual durante a gravidez acreditam que o embrião é fluido e que só o aporte periódico de esperma seria capaz de solidificá-lo e nutri-lo.

Para outras comunidades, a gemelaridade é determinada por relações sexuais repetidas. Em povos primitivos, não se correlacionava a gravidez com o coito, acreditando-se que as mulheres ficavam grávidas pela ingestão de certos frutos, práticas de certos ritos ou, simplesmente, ao sabor dos deuses.

Em algumas sociedades o ato sexual é permitido em qualquer época da gestação, sendo somente suspenso quando iniciar o trabalho de parto e em outras é totalmente proibido, pois pode cegar ou ferir o feto (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012, p.341).

Todas essas crenças influenciam diretamente no desejo da gestante e de seu companheiro. Nas sociedades nas quais a relação sexual durante a gravidez é permitida e desejada e mais do que isso, o coito é considerado algo bom para o desenvolvimento do sexo, muito provavelmente o desejo sexual seja impulsionado de forma positiva. Já nas sociedades nas quais a relação sexual é vista como um tabu, a força do proibido e o medo a ele associado remetem à falta do desejo sexual e, conseqüentemente, à inapetência à

relação sexual. Nesse sentido, é possível verificar que a conduta de cada sociedade tem relação direta com o desejo sexual. Para os grupos cristãos ortodoxos, a sexualidade está ligada à reprodução e, uma vez que a missão já foi cumprida, não há incentivo para as relações sexuais durante a gravidez.

Em uma gravidez desejada, com o parceiro amado, em um bom ambiente familiar e em uma cultura em que não haja proibições sexuais, é provável que não encontremos alterações à apetência sexual, e caso haja, existem algumas formas de recuperar o desejo sexual, como por exemplo, focar a atenção nas preliminares, fazendo com que a mulher se sinta desejada, amada e não transformar a penetração em parte principal, mas sim a proximidade, intimidade e carícias. Enfim, para um casal que esteja na mesma sintonia, que explore juntos outras forma de prazer e, principalmente, que respeite um ao outro, o desejo ocorre naturalmente.

Em relação ao orgasmo, os trabalhos de diversos autores assinala redução de sua frequência e intensidade na gravidez. Essa redução ocorre normalmente a partir da 20ª semana, se restabelecendo após o 12ª mês do pós-parto e, de acordo com Masters e Johnson (1979, p.169), e teria como motivação o fato das contrações da plataforma orgásmica serem identificadas na gravidez somente do primeiro até a metade do segundo trimestre da gravidez. Depois deste período, a plataforma orgásmica no terço exterior da vagina torna-se tão congestionada com sangue venoso e todo o canal vaginal tão edematoso, que a intensidade das contrações durante a experiência orgásmica parece mínima à observação direta. Embora a mulher sinta subjetivamente resposta contrátil da plataforma orgásmica, toda a área pode ficar tão superdistendida que a evidência objetiva da eficiência contrátil fica acentuadamente reduzida.

- alterações fisiológicas relacionadas à sexualidade na gestação:

- *1º trimestre de gestação*: representa a iniciação da gravidez com todas as suas inseguranças já mencionadas, é o novo acontecendo; questões como aceitação e/ou rejeição da gravidez poderão ser relevantes e causar angústia. Sentimentos ambíguos em relação a esse momento da vida poderão estar presentes, os quais, na grande maioria das vezes, irão repercutir na resposta sexual. Várias mulheres não notam diferença no desejo sexual, algumas podem até sentir, melhora no desempenho sexual, mas outras apresentam uma diminuição e/ou falta do interesse sexual. Alterações hormonais poderão causar sintomas como: náuseas, vômitos, sonolência e até mesmo depressão, que também refletirão de forma negativa no desempenho sexual e a mulher poderá se sentir extremamente vulnerável e precisar de muito carinho e proteção. Simples atos de carinho ou ternura e cuidado podem significar afeto e conforto. Outras mudanças físicas significativas afetam os seios, em particular os mamilos, que se tornam supersensíveis ao toque, além do inconveniente da urinação frequente devido ao aumento do útero e a pressão sobre a bexiga.

De acordo com Murkoff e colegas (2011, p.336), são alguns destes fatores a náusea e o vômito, a fadiga, a mudança da forma física, o ingurgitamento da genitália, a secreção do colostro, a sensibilidade mamária, as alterações nas secreções vaginais e o sangramento. Se a náusea acompanha a gestante dia e noite, talvez a melhor forma seja aguardar pelo desaparecimento dela. Geralmente ela desaparece no final do primeiro trimestre. É sempre mais adequado aguardar o horário mais oportuno para fazer sexo e ter horários flexíveis, pois a náusea muitas vezes é agravada em momentos de estresse emocional, portanto não convém forçar a disposição para o sexo.

Já a fadiga costuma ceder por volta do quarto mês e é muito comum voltar no último trimestre. Sendo assim, não é aconselhável que a grávida fique acordada até tarde para fazer sexo, pois pode sentir muito cansaço. O ideal é que o sexo ocorra em momentos tranquilos, como por exemplo, nas tardes de finais de semana, momentos propícios para descansar acompanhada por uma sessão de sexo.

Neste período também ocorre o crescimento do útero causado pelo aumento da circulação nos tecidos pélvicos. Isso pode causar o entumescimento pélvico como acontece com a fase pré-menstrual ou ovulatória do ciclo e fazer com que algumas mulheres queiram uma penetração mais profunda e vigorosa ao mesmo tempo em que ficam preocupadas com a possibilidade de não ser seguro para a gravidez.

O maior fluxo de sangue para a região pélvica, provocado pelas mudanças hormonais da gravidez pode fazer aumentar a resposta sexual em algumas mulheres. Mas pode também tornar o sexo menos satisfatório, com uma sensação incômoda, de plenitude não alcançada, de falta de alívio. Para os homens, o ingurgitamento dos órgãos genitais pode também aumentar o prazer ou diminuí-lo, uma vez que podem sentir a vagina muito apertada a ponto de perderem a ereção.

- *2º trimestre de gestação*: representa a integração e o equilíbrio; os temas relacionados à aceitação/rejeição geralmente deixam de compor o repertório das gestantes. É uma fase na qual várias mulheres sentem uma melhora na sua autoestima e, conseqüentemente, percebem-se mais felizes com sua aparência, influenciando positivamente no seu desempenho sexual. Este é um momento de estabilidade, as mulheres tendem a adorar esta fase, sentirem-se maravilhosas e a terem uma aparência radiante e sintomas como

náuseas, vômitos e sonolência tendem a desaparecer, pois os ajustes hormonais e mecânicos essenciais já ocorreram, o que promove um maior bem-estar. Por outro lado, outras mulheres podem apresentar uma diminuição do desejo sexual, o que frequentemente está relacionado a sentimentos de fragilidade, sejam eles motivados pelas dificuldades emocionais pertinentes à gestação e/ou problemas relacionais com a parceria, entre outros.

No geral, as mulheres se sentem com poderes excepcionais de percepção, concentração e recuperação, os quais acentuam a expressão sexual, o equilíbrio físico e incrementa a libido.

- *3º trimestre de gestação*: representa a conclusão e a transição para o nascimento do bebê e para uma fase desconhecida que é a criação de uma criança e a nova rotina que se estabelecerá e, como o parto está próximo, algumas mulheres passam por maiores ansiedades relativas à chegada do bebê e não é incomum a diminuição do interesse sexual

Mudanças físicas mais acentuadas podem acarretar dores físicas que também influenciarão negativamente na resposta sexual e o sono pode ser facilmente interrompido, pois fica mais difícil encontrar posições confortáveis para o descanso, e a azia passa a ser comum, causada pela compressão do estômago pelo útero. Também há a necessidade de urinar várias vezes durante a noite por conta da crescente pressão sobre a bexiga e nenhum desses fatores é favorável às aventuras amorosas.

Ao evoluir na gestação, a ginástica para escalar o abdômen, cada vez maior, pode, para alguns casais, não valer o esforço. Além disso, a silhueta volumosa da mulher pode desestimular um ou ambos os parceiros por conta dos receios em machucar o bebê ou mesmo por ser desconfortável. De qualquer forma, a melhor maneira de minimizar esse desconforto é compreender que o bebê necessita ganhar peso, se alimentar e ter um espaço para se desenvolver, e isso quer dizer que é natural e necessário que a mulher ganhe peso e que será em sua barriga que o bebê poderá acomodar-se de forma saudável.

O colo do útero também se ingurgita durante a gestação e fica muito mais amolecido. Isso significa que a penetração profunda pode causar sangramento, sobretudo no final da gestação. Caso isso ocorra, o melhor a se fazer é evitar a penetração profunda para um sexo mais prazeroso e livre de preocupações.

Também se alteram as secreções vaginais, que aumentam de volume e se modificam na consistência, odor e sabor. A maior lubrificação pode tornar o sexo mais prazeroso quando a mulher tiver um histórico de secura, ou pode tornar o canal vaginal tão molhado e escorregadio que o homem encontre dificuldade em manter a ereção. Também o cheiro e o sabor podem tornar o sexo oral desagradável para alguns homens e, neste caso, uma alternativa é recorrer ao uso de óleos perfumados na região púbica e interna da coxa (nunca dentro vagina), ajudando assim a tornar os odores mais agradáveis e não comprometendo essa prática.

Quanto à secreção do colostro, no final da gestação, algumas mulheres começam a produzir nos seios uma substância prévia ao leite materno, o colostro. Esse colostro pode ser secretado se forem feitas carícias nos seios durante as preliminares, o que pode ou não ser desconcertante, conforme associações e simbolismos percebidos pela pessoa. Em caso afirmativo, pode-se optar por não acariciá-los ou que os parceiros conversem entre e si sobre essa possibilidade, para não haver surpresas ou qualquer constrangimento. Já em relação à sensibilidade mamária, em muitos casos os casais se divertem com os seios cheios e firmes pela primeira vez, mas isso pode trazer um desconforto para a grávida que deverá externar seu desconforto. Já no final do primeiro trimestre, quando diminuir o possível incômodo, a extrema sensibilidade dos seios pode estimular o sexo em alguns casais.

- as mudanças na relação marido-mulher:

Além das mudanças orgânicas gestacionais, podem surgir problemas para que o casal se ajuste à ideia da parceria como amantes, já que o homem e a mulher passam a ser também pai e mãe de um bebê. É comum que não associemos sexo a nossos pais, por isso, a projeção do sexo nesses papéis pode ser difícil para algumas pessoas; já para outros casais, essa nova condição pode criar uma nova atmosfera de intimidade e excitação.

Dentre as dificuldades encontradas está uma possível hostilidade (mesmo que inconsciente) do homem em relação à mulher, que agora se tornou o foco das atenções, ou então da mulher em relação ao homem, por achar que todo o sofrimento trazido pelo bebê, que ambos desejam muito, recai sobre ela. Esses sentimentos devem ser discutidos em momentos apropriados ao diálogo e que não comprometam a intimidade sexual.

É importante salientar que os homens também passam por mudanças significativas durante cada fase da gravidez. Se, no 1º trimestre ele se sente preocupado com a possibilidade de prejudicar a gestação, durante o 2º trimestre, o fato de sentir o bebê se mexer pode aumentar ainda mais este medo já que o homem ainda acredita que a vagina seja um tanto delicada e a ideia de penetração profunda perto de onde o

bebê está se desenvolvendo pode deixá-lo receoso. Além disso, o parceiro pode confrontar-se com imagens conflitantes dos papéis de sua companheira, ora mãe, ora amante e, por vezes, tornar-se incapaz de separá-los, podendo gerar confusão sobre como se relacionar com a parceira grávida.

Não podemos deixar que a frequência ou a infrequência das relações interfira em outros aspectos do relacionamento. Precisamos nos lembrar de que a qualidade do sexo é sempre mais importante do que a quantidade, principalmente durante a gravidez, uma vez que o sexo possui um importante papel para a autoestima da mulher, "que se sente desejada, querida e cuidada, principalmente quando é feito com carinho pelo seu companheiro", segundo afirma Bárbara Murayama (2011).

- a relação entre o parto e o sexo:

Ter uma relação sexual no início do trabalho de parto pode parecer uma ideia boa, levando-se em consideração o vínculo entre o sexo e a oxitocina, "hormônio do amor", que tem como função promover as contrações musculares uterinas e reduzir o sangramento durante o parto, cujo primeiro estágio é marcado por uma dilatação de cerca de 4 centímetros e pelo fato das contrações mal serem notadas. A oxitocina também provoca o relaxamento da pélvis, estimula outros hormônios e conduz os parceiros a um estado íntimo e relaxado, propiciando um rápido progresso. Porém, se a bolsa já estiver rompida, a penetração vaginal deve ser evitada, pois pode causar infecção, sendo indicada apenas a masturbação. As endorfinas também são liberadas com a atividade sexual e conduzem ao sentimento sutil do momento que se segue ao orgasmo.

No segundo estágio do parto, a mulher respira de uma maneira muito semelhante a uma respiração durante a excitação sexual e o orgasmo. O mais importante é admitir que o comportamento sexual da gestante e do marido terá mais a imprevisibilidade do que o erotismo: a pessoa pode sentir-se sexual num dia e nada sensual no dia seguinte. O entendimento mútuo e a comunicação franca, além do bom humor, serão necessários durante todo o período.

- mudanças no pós-parto:

Após o parto, também pode ocorrer a perda do apetite sexual. Muitos homens, ao presenciar o parto vaginal, ficam com um sentimento dúbio entre perceber o corpo da parceira como gerado de "um milagre" ou vê-lo ainda apenas como erótico. Outros podem desenvolver o sentimento de que o seu "espaço" foi "violado" e que a vagina, entendida pelo parceiro como um lugar especial feito para o amor, foi transformada em algo com uma finalidade prática desvinculada do prazer. Tais sentimentos tendem a passar à medida em que o pai vai incorporando a ideia da maternidade e da dupla função da vagina. Além disso, a vagina é veículo para o parto só por um período breve, enquanto é fonte de prazer entre os parceiros durante a vida toda.

A mulher também passa por um período de "ajuste" após o parto, quando seu corpo está dedicado a se recuperar fisicamente. O casal deve respeitar o período de resguardo que dura 40 dias, com a abstinência sexual é necessária também para que a mulher se proteja de microorganismos e evite infecções enquanto seus órgãos cicatrizam devido ao parto normal e, até para a recuperação pós-cirúrgica quando houve uma cesareana. Neste período, a mulher geralmente não deseja ter relações sexuais.

Aos poucos, a mulher vai experimentando outras trocas sexuais, até que seu apetite sexual retorne. Se ela foi submetida à episiotomia – uma incisão feita para alargar a abertura vaginal logo antes que a cabeça da criança passe – ela sentirá um desconforto durante certo período. Descargas vaginais e sangramentos residuais também podem retardar o reinício das atividades sexuais com penetração. O casal pode iniciar a relação aos poucos, apenas com carícias íntimas e, em ocasiões sucessivas, com a introdução gradual do pênis até que seja penetrado totalmente. A princípio sem movimentos pélvicos, depois acrescentando esses movimentos gradualmente.

Os padrões de resposta sexual que incluem a lubrificação e a distensão vaginal, assim como a intensidade do orgasmo, levam entre 8 a 12 semanas após o parto para retomarem seus níveis normais. Durante a gravidez (e depois dela), é importante levar em conta dois fatores fundamentais: o que é seguro e o que é confortável. As decisões devem ser consideradas pelo casal com muita comunicação e parceria. Quando o apetite sexual não retorna e a sua ausência começa a provocar tensão entre os parceiros é importante buscar a ajuda de um(a) profissional para aconselhamento do casal. O mais indicado seria um(a) terapeuta sexual para que o apoio adequado seja direcionado.

Também a amamentação pode ter efeito sobre a sexualidade feminina. A prolactina é o hormônio responsável pela produção de leite; em contrapartida inibe diretamente a produção de estrogênio que mantém a vagina lubrificada. Por isso, enquanto amamenta, a mulher pode precisar de um lubrificante íntimo para que o sexo lhe seja confortável.

A amamentação também pode influenciar quando provoca ereção do bico da mama, sensação de calor nos seios, sensações clitorianas ou contrações uterinas. De forma inversa, os bicos dos seios podem ficar mais sensíveis após o parto, causando maior excitação.

De todos os modos, é importante que o casal conheça essas alterações e possa conviver com elas junto a suas próprias singularidades, sabendo que a sexualidade também pode ser uma aliada durante a gestação e o pós-parto para que possa ser explorada de diversas maneiras.

Considerações finais

A maioria das gestantes não compartilha ou discute sua sexualidade com seu obstetra, sendo igualmente lamentável que esses profissionais não tomem a iniciativa de abordar esse assunto com suas pacientes. Esses profissionais ficam presos ainda aos aspectos biológicos, sem se preocupar com as condições psicológicas e socioculturais que envolvem a mulher gestante.

O esclarecimento e a autoridade científica do profissional tranquilizam o casal, porém o apoio psicológico e emocional é tão importante quanto esses aspectos e faz com que as dúvidas, medos e inseguranças sejam esclarecidas de uma forma acolhedora, uma vez que, na maioria dos casos, isso não é possível por meio da medicina tradicional. Alternativas, como o apoio de um(a) terapeuta sexual, são muito importantes para essa fase.

Através do apoio psicológico e emocional é possível restabelecer a autoestima da gestante, encorajando-a à conversa aberta e honesta com o parceiro sobre suas necessidades sexuais, expectativas e obstáculos já que, como vimos, a meta nesta fase não é, e nem deve ser, apenas o orgasmo, mas sim a proximidade física que pode igualmente satisfazer a ambos.

Referências Bibliográficas

BOMBANA, J. A.; LEITE, A. L. S.; MIRANDA, C. T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 22, n. 4, p. 180-184, 2000.

CAMBIAGHI, A. S. Fertilização um ato de amor. 3a ed. São Paulo: LaVidapress, 2004.

CASTRO, N. C. Sexualidade durante e após a gravidez. Rev. Crescer. Rio de Janeiro, v. 210, p. 23, 2011.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 4 ed. São Paulo: Rocca, 2012.

FURLANI, J. Mitos e tabus da sexualidade humana – subsídios ao trabalho em educação sexual. 3a ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

JURAS, M. M.; COSTA, L. F. Não foi bom pai, nem bom marido: Conjugalidade e parentalidade em famílias separadas de baixa renda. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 32 n. esp., p.1-9, 2016.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. A conduta sexual humana. 3a ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1979.

MURAYAMA, B. Escolha a melhor posição para fazer sexo na gravidez. Minha Vida, 10 nov. 2018. Disponível em: <https://minhavidacom.br/familia/galerias/15561-escolha-a-melhor-posicao-para-fazer-sexo-na-gravidez/>

MURKOFF, H.; EISENBERG, A.; HATHAWAY, S. O que esperar quando se está esperando. 14a ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

NUNES, C. A. Desvendando a sexualidade. Campinas: Papirus, 1997.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical Report Series, n. 572, 1975. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf

SILVA, C. V.; GONCALVES, L. B. Mitos Associados ao Sexo na

Gravidez que, na realidade, não tem razão de ser. SapoLifeStyle. [Internet]. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/familia/gravidez/artigos/mitos-associados-ao-sexo-na-gravidez>



Disfunções Sexuais da Mulheres no Período do Puerpério e Fatores Associados

The Sexual Dysfunctions of Women in the Postpartum Period and Associated Factors

Sandra Maria Chalmers Sisle

sandrasisle.fisio@gmail.com

Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Especialista em Saúde da Mulher pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e pela Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

Este trabalho pretende averiguar as disfunções sexuais femininas prevalentes no período do puerpério relacionando fatores associados a este período mediante pesquisa da literatura e publicações científicas relacionadas ao tema. A experiência de parto e intervenções utilizadas no modelo obstétrico atual e o impacto na experiência da mulher, as vias de parto; cesariana ou via vaginal, a amamentação, os estados psíquicos relacionados ao parto, os aspectos corporais após o parto, os processos adaptativos do novo núcleo familiar e os aspectos culturais; os mitos e tabus relacionados ao puerpério. Os resultados obtidos em relação as disfunções sexuais prevalentes no puerpério encontramos a dispareunia em primeiro lugar, o transtorno do interesse/excitação em segundo e transtorno do orgasmo feminino em terceiro.

Palavra-chave: Puerpério; Disfunção sexual; Maternidade.

Abstract:

This study aims to investigate the prevalent female sexual dysfunctions in the puerperium period, relating factors associated with this period through a literature search and scientific publications related to the theme. The experience of childbirth and interventions used in the current obstetric model and the impact on the women's experience, the routes of childbirth: caesarean or vaginal, breastfeeding, the psychological states related to childbirth, the body aspects after childbirth, the adaptive processes of the new family nucleus and cultural aspects; the myths and taboos related to the puerperium. The results obtained in relation to the prevalent sexual dysfunctions in the puerperium found dyspareunia in first place, the interest/excitement disorder in second and the female orgasm disorder in third.

Keywords: Puerperium; Sexual dysfunction; Motherhood.

Introdução

O puerpério, período após o parto e nascimento do bebê, é repleto de desafios para a vida da mulher e requer adaptações para a nova vida com o nascimento do novo membro da família. As mudanças corporais e o processo de recuperação da mulher após o parto, a amamentação, as tarefas com os cuidados com o bebê, as mudanças emocionais e psíquicas relacionadas à nova vida familiar são processos que exigem uma energia vigorosa da mulher, período em que o lugar da sexualidade pode ser complexo.

Fenômenos, como a recuperação genito-pélvica no caso de um parto vaginal, as suturas em caso de episiotomia (incisão efetuada na região do períneo) ou de lacerações espontâneas, a cicatriz da cesariana, o abdomen mais flácido, as mamas enormes doloridas pela apojadura (descida do leite materno), o engajamento e apoio familiar e acima de tudo a disponibilidade física e psíquica da mulher para dar conta de tantas exigências nos cuidados com o bebê, são circunstâncias que afetam a mulher em múltiplas dimensões.

Os aspectos sociais embasados na cultura judaico-cristã, que ao longo da história impôs a culpa e a repressão com regras e proibições à mulher, programada para a função maior da reprodução, sem direito ao prazer e a vivência da sexualidade plena e vê a mãe como um ser puro e assexuado (TESSARIORI; CAMBIA-GHI, 2003), tem pesado sobre a mulher e seu corpo, causando impacto negativo significativo na expressão de sua sexualidade durante a gestação e puerpério até os dias de hoje.

Maldonado (1980), citando Kniebiehler e Foulquet, ressalta essa máxima, comparando a representação da feminilidade e da maternidade como as figuras básicas da mulher na tradição religiosa cristã, onde Eva é apresentada como tentadora e erotizada, vista como fraca e frívola, pecadora associada à noção de castigo e à expulsão do paraíso (apesar de tudo, a “mãe de todos”); enquanto Maria, que concebeu Jesus sem pecado, ou seja sem sexo, é associa-se à pureza, castidade, humildade, renúncia e dedicação, imagem da maternidade santificada e dissociada da sexualidade, como “condição indispensável para a redenção”. Assim, Bio (2015) aponta que há uma “negação cultural do vínculo da sexualidade e o parto, entre parto e prazer, entre prazer erótico e maternidade. Tal dicotomia reduz a maternidade a um acontecimento procriativo dissociado do prazer e do corpo erótico” (p.55).

Sendo um momento tão cheio de dissociações e aglutinações na esfera psíquica da mulher que vira mãe, devemos ter cautela em detectar diagnóstico de disfunção sexual nas queixas da mulher diante de tantas variáveis. A manifestação de uma disfunção sexual feminina no puerpério pode ter relação com a sexualidade vivida por ela antes mesmo da gravidez e parto como um prolongamento de um problema já pré-existente, ao mesmo tempo em que pode advir da situação vigente que o puerpério impõe e dessa vivência específica por cada mulher.

Da mesma forma, o pós-parto pode revelar incômodos e inadequações já existentes entre o casal ou surgirem fatos e situações que predisponham um quadro de disfunção sexual, precisando-se levar em consideração o cansaço, o apoio nuclear da família para a amamentação, para as tarefas domiciliares e de cuidados com o bebê e todo o universo da maternidade que recai sobre a mulher e o casal, fatores que propiciaram ou não a sustentação física e psíquica na vida da mulher e seu parceiro, inclusive na esfera sexual. Assim, a nova família deverá se organizar e se adaptar ao novo elemento que vem romper paradigmas e cada um terá um papel singular, ao mesmo tempo em que dependerá de como o casal lida e se adapta às transformações fisiológicas, psíquicas e do núcleo familiar.

Entretanto, devemos nos questionar sobre as condições nas diversas esferas da vida da mulher e sobre a complexidade do puerpério diante de um diagnóstico de disfunção sexual, verificando as variáveis dessas situações, de modo a sermos cautelosos diante da queixa de uma disfunção sexual puerperal, avaliando o tempo, o sofrimento e as circunstâncias envolvidas; também em seus componentes biológicos, psicológicos, sociais, culturais e na forma como os desconfortos e sofrimentos ocorrem, se em maior ou menor grau.

Devemos verificar se o quadro de disfunção sexual genuinamente advém da falta de apoio ou cansaço extremo, ou da relação que a mulher tem com seu corpo, da mudança de sua imagem corporal, da alteração nas prioridades de vida, ou em sua própria estrutura psíquica e avaliar os recursos pessoais que cada mulher tem para enfrentá-los. Devemos considerar também o tempo de puerpério e as características do núcleo familiar, sua cultura costumes e crenças.

As queixas de disfunção sexual femininas no período do puerpério podem ser mais comuns que em outros períodos da vida sexual da mulher. Se o retorno das atividades sexuais do casal é um consenso e, mesmo assim, um quadro de disfunção sexual se instala com sofrimento para a mulher, torna-se necessário uma atenção e um cuidado especial para este momento, para que seja dada a devida compreensão, apoio e informações relevantes ao mesmo.

Nesse sentido, o foco deste artigo é analisar, por meio da literatura científica, a mulher em seu contexto da maternidade seus desafios, ambiguidades, fatores associados à maternidade e sua relação com a sexualidade antes e depois no pós-parto, investigando até que ponto a imagem corporal no puerpério, as vias de parto, a situação hormonal puerperal, a amamentação são fatores que podem afetar sua vida sexual da mulher.

Puerpério

Já, o Dicionário Aurélio (1986) aponta-o como: “1. Período que se segue ao parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher retornem à normalidade. 2. Conjunto de fenômenos ocorrentes neste período” (p.1415).

Para Baracho (2012), o período do puerpério se inicia logo após o nascimento do bebê e se estende por até 6 a 8 semanas, ou seja, cerca de 42 a 54 dias após o parto, quando todos os órgãos da reprodução retomaram seu estado não gravídico

Já, de acordo com a FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2010), o puerpério designa o período cronologicamente variável durante o qual o corpo feminino retoma as condições anteriores à gravidez nos aspectos físicos, endócrinos e gerais. O puerpério se inicia entre uma a duas horas após a expulsão da placenta pelo útero; e seu término é imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar, estará sofrendo modificações da gestação em seu corpo. Didaticamente podemos dividir este período em (FEBRASGO, 2010):

- *puerpério imediato*: 1º ao 10º dia com a prevalência de fenômenos involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasias na gravidez, especialmente da genitália e alterações endócrinas
- *puerpério tardio*: 10º ao 45º dia, período de transição com continuidade da recuperação genital
- *puerpério remoto*: com duração imprecisa, dependendo da amamentação

As definições de puerpério baseadas em aspectos biológicos e pelo olhar da Medicina são orientadas pela observação da retomada funcional e fisiológica do corpo da mulher e da normatização dos ciclos hormonais. Já as considerações sobre os aspectos afetivos/psíquicos, relacionais/sociais podem oferecer um olhar mais complexo e tocar em esferas mais profundas da representação e significados deste período.

Para a psicoterapeuta familiar Gutman (2010), a separação é somente física e a mãe e seu bebê permanecem em estado de "fusão emocional" no período do puerpério (p.90). Pelo fato do bebê ainda não ter desenvolvido capacidade intelectual para processar suas emoções e vivências, a autora afirma que ele existe através da "alma" da mãe. Gutman considera a díade "bebê-mãe", fusão em que o bebê se transforma em um espelho cristalino revelador das profundezas ocultas da psique da mãe e vice-versa. Tal processo ocorreria até o período de 2 anos mais ou menos, onde há adaptações físicas, psíquicas e sociais.

A autora distingue o período pós-parto até 40 dias como "quarentena", quando a mulher deveria ficar sob resguardo sem a "obrigação" de manter relações sexuais e com atenção exclusivamente voltada ao recém-nascido. Porém considera que a quarentena é muito curta para se considerar a recuperação da mulher dentro do esquema social em que vivemos, sem as comunidades de apoio; diferentemente dos tempos em que a mulher se encarregava exclusivamente da criação de crianças exclusivamente.

Coimbra (2016) considera o puerpério como o período em que a mulher vai construir uma consciência profunda sobre qual é o seu lugar no mundo depois da chegada do bebê e de como a sua identidade irá se manifestar a partir do nascimento deste. Iaconelli (2005) inclui neste processo a consideração da teia familiar que envolve a mulher como parte deste processo, incluindo bebê, parceiro e avós, e agregados mais íntimos, formando um panorama mais abrangente.

Para que haja um bebê dá provas de que há uma mulher e de que há um homem. Além disso, mas não menos importante, um bebê só existe a partir da pré-existência dos avós e assim sucessivamente, o que nos remete ao próprio tecido social da qual emergem os pais e seus recém-nascidos. (IACONELLI, 2005)

O puerpério é, portanto, um conceito amplo e deve ser considerado em suas complexidades nos âmbitos biopsíquicosocial, além de ser um período com tempo variável para cada mulher e de acordo com sua perspectiva e que deve ser aqui considerado, verificando suas implicações na esfera da sexualidade da mulher e do casal.

- gravidez e parto como evento da sexualidade:

Para entender o puerpério é preciso se aprofundar na experiência que a maternidade expressa, desde a gestação e parto, como influência que evidenciará, posteriormente, a qualidade do pós-parto. É preciso também entender a construção social e psíquica do ciclo gravídico puerperal e da sexualidade inserida neste contexto.

Nesse sentido, cabe salientar que a gravidez, em nossa cultura, está atrelada às imagens judaico-cristãs de pureza, de virgem e imaculação. A mulher como detentora de desejos e do prozer, nesse sentido, eram proibitivas: "Vivemos há muitas décadas a negação do vínculo entre sexualidade e parto, entre parto e prazer, entre prazer erótico e maternidade" (BIO, 2015, p.55). Por isso, muitas gestantes vivem a sexualidade com a ambiguidade, nem sempre permitindo a manifestação de seu desejo consciente ou inconscientemente ou libertando-se das amarras da repressão impregnada em sua memória corporal ancestral.

Camacho e colegas (2010) destacam, em estudo qualitativo, que existem gestantes que não conseguem relacionar-se sexualmente, apesar de sentirem desejo, devido ao universo em que estão inseridas não ser favorável, pois ainda há relações conjugais em que prevalece o caráter de dominação masculina destinando à mulher o papel de submissão e obediência. A percepção de que o corpo está gerando um novo ser gera uma ambivalência de sentimentos, embora as mulheres da contemporaneidade tenham mais acesso a

mais informações sobre a sexualidade, possibilitando uma maior vivência desta com satisfação, inclusive na gestação.

Camacho e colegas (2010) apontam, ainda, que observaram melhoria do relacionamento conjugal, com sentimentos de feminilidade aguçada e com maior prazer sexual, quando há liberdade de expressão da sexualidade e de práticas sexuais durante a gestação. Em contrapartida, também observaram situações onde houve o abandono do parceiro, diminuição da atividade sexual e, até, a ocorrência de violências não físicas.

A gestação afeta a intimidade do casal. Nesse sentido, a forma como cada mulher vivenciará a sua sexualidade dependerá de como se relaciona com seu corpo e com as transformações da gestação, de sua construção psíquica e cultural sobre a maternidade e a feminilidade, podendo a idealização do papel materno dificultar a associação da maternidade com a feminilidade.

O amor materno é uma construção cultural e não uma manifestação natural que toda mulher deve sentir. Segundo Maldonado (2001), historicamente, a partir da Idade Média, onde há altos índices de mortalidade, aborto e infanticídio, a influência da Reforma Protestante e da Contra-Reforma Católica do século XVI, houveram modificações nos relacionamentos maritais e familiares, passando a se preconizar a fidelidade para os casais e a castidade para os religiosos; situação em que houve aumento de mães ilegítimas e o abandono de criança passou a ser uma prática difundida em grande quantidade.

No final do século XVIII, Rosseau, lançou as ideias fundamentais sobre o “amor materno”, ressaltando a valorização do vínculo afetivo entre mãe e bebê. A Medicina contribuiu para esse discurso, ao descrever a mulher como feita exclusivamente para a reprodução, com seus “corpos de ossatura mais elástica e bacia larga”, propício para cumprir seu “dever natural” de gestar, parir e amamentar, eliminando de vez com as amas de leite que serviam para o papel da amamentação e cuidados com o bebê.

Curiosamente até o século XIX, a fecundação era atrelada às consequências do prazer sexual. Porém, quando foi descoberto que a concepção não dependia da mulher sentir prazer ou orgasmos, médicos da época passaram a entender que seria então mais benéfico que as mulheres fossem fecundadas sem sentir prazer, porque estariam reteriam melhor o esperma (MALDONADO, 2001). Assim, a função da esposa passou a ser estritamente procriar e, durante a gravidez, passou-se a não recomendar o sexo, uma vez que a mulher já estaria “com a natureza satisfeita”. O mesmo ocorreria durante a amamentação, quando o sexo era algo que poderia “estragar o leite materno”.

A assistência ao parto a parteira foi paulatinamente substituída pelo médico e, entre os sec XVI e XVII surge a figura do cirurgião em casos de parto de risco. As intervenções passam a ser cada vez maiores com uso de fórceps e com uso da cesariana, bem como a posição de parto passou a ser em decúbito dorsal, com episiotomia feita na vulva com o propósito de “liberar” o desprendimento cefálico com mais rapidez e eficiência. Segundo Diniz (2005), passamos do modelo tutelado pela Igreja Católica que adotava a máxima “parirás com dor”, conforme “desígnio divino”, para o parto médico, em que se resgata a mulher do “sofrimento” e da dor com práticas intervencionistas e o modelo hospitalar, tecnocracia e por vezes sem evidências científicas comprovadas e, portanto, questionáveis.

Para a parteira Naoli Vinaver (2015), o parto é o clímax da sexualidade que começa 9 meses antes. E precisa que a mulher se sinta segura, protegida para que possa relaxar e se entregar, liberar o hormônio da ocitocina que auxilia as contrações uterinas logo após o nascimento do bebê, prevenindo os músculos uterinos de uma hemorragia. Nesse sentido, a ambiência do parto deve recriar o ambiente de uma relação sexual, ativando a ação deste mesmo hormônio envolvido na relação sexual já que é hormônio liberado durante o orgasmo na ativação do útero e da ejaculação masculina.

Odent (2000) considera a ocitocina como o “hormônio do amor” e capaz de despertar um vínculo saudável na relação mãe/bebê, ao mesmo tempo em que é capaz de ativar as contrações uterinas e contrair os ductos mamários para ejetar o leite materno.

Por isso, a qualidade do parto e da assistência à mãe, ao bebê e à família resultará na qualidade do puerpério, do vínculo que se estabelecerá entre mãe e seu bebê e das relações que se constituirão a partir daí. Nesse sentido, correlacionar as intercorrências e dificuldades no puerpério com a condução na assistência ao parto, seja vaginal ou cesariana, considerando os casos de violência obstétrica e do formato tecnocrático atual é fundamental.

Tal como o sexo, o parto atualmente também é um tabu em seu aspecto mais “sagrado” e poderoso, ao invés de ser um evento de prazer e potência. Vinaver (2015), comenta;

uma mulher durante o parto sente um universo inteiro passando dentro dela com uma combinação de calor, expansão, e sexualidade exuberante. A mulher conhece seu potencial durante seu parto se houver a chance de vivenciar esse evento com respeito e sem intervenções desnecessárias. (VINAVE, 2015)

Os aspectos subjetivos com os quais a parturiente vive suas experiências revela os significados com que organiza, dentro de si, suas vivências e os graus variados de satisfação frente a essas.

- vias de parto; parto vaginal, cesariana e violência obstétrica:

O nascimento de um bebê é um evento marcante na vida da mulher e a satisfação está diretamente relacionada às escolhas da forma do nascimento, de acordo com as crenças e valores da sociedade em que vive.

O bebê pode nascer via vaginal ou via abdominal cirúrgica, pela cesariana. A cesariana, deve ser indicada pelo médico em situações com indicação absoluta, onde mãe ou bebê podem correr riscos de vida. Embora seja essa indicação, por razões variadas e mesmo quando não há risco materno-infantil ela vem sendo feita no Brasil (DINIZ; DUARTE, 2004). Apesar de programas do Ministério da Saúde, como o “Rede Cegonha”, ainda atingimos patamares vergonhosos de cesarianas marcadas com indicações discutíveis, contrariando as recomendações da OMS - Organização Mundial de Saúde, que estabelece índices de 10 a 30% para a sua ocorrência, que no Brasil chegam a 56% dos partos.

O impacto que uma cesariana feita sem uma indicação plausível causa em muitas mulheres sentimentos de indignação e frustração, como se seu parto fisiológico tivesse sido “roubado”. Ao mesmo tempo sabemos que a cesariana realizada sem justificativa pode agregar riscos desnecessários à gestante, como a trombose profunda, a histerectomia entre outras complicações, além de provocar problemas respiratórios para o neonato (BRASIL, 2016).

A cesariana é feita com analgesia e incisão transversal, na região supra pubiana de aproximadamente 12 centímetros onde são seccionadas 7 camadas de tecido entre pele, tecido muscular e peritônio até chegar ao útero para chegar ao bebê e possui um pré-operatório comum com limitações de uma cirurgia. Já o parto via vaginal concorre a muitos modelos de assistência em se tratando das intervenções e modos de condução.

Apesar das mulheres terem o corpo projetado para parir naturalmente, observam-se que são realizados procedimentos invasivos sem comprovação científica e às vezes até dolorosos e arriscados, como toques vaginais repetidos, imobilização da gestante na cama, instalação de soro com medicamentos para estimular (e assim encurtar) o trabalho de parto, a rutura da bolsa d’água quando há 6 cm de dilatação uterina, a episiotomia, a manobra de kristeller (empurrar a barriga), entre outros (DINIZ; DUARTE, 2004). Com essas formas de assistência ao parto vaginal, a mulher o associa à dor e ao desconforto, ficando com sequelas físicas e emocionais.

As recomendações da OMS são baseadas nas evidências científicas e pautadas nas premissas da humanização do parto. Segundo o manual “Humanização do Parto - Humanização no Pré-natal e Nascimento”, do Ministério da Saúde (2001), humanizar o parto significa amparar a mulher com dignidade e respeito no durante todo o processo de parto, por uma equipe de profissionais da assistência adequados, receber medidas e procedimentos comprovadamente benéficos e evitando práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a mulher. Também as escolhas da mulher precisam ser levadas em consideração, visto que é um processo fisiológico onde ela é a protagonista; nesse sentido ela deve estar adequadamente informada sobre as intervenções necessárias e os modos de condução e nascimento, como direito humano e reprodutivo.

Nesse sentido, precisamos destacar que no Brasil uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência obstétrica (VENTURI; GODINHO, 2010). As violências se caracterizam por abuso físico como toques vaginais dolorosos e repetitivos, episiotomias e cesarianas desnecessárias, intervenções sem anestesia alegando que a “mulher já está sentindo dor mesmo”, imposições de intervenções não consentidas, abuso verbal como formas de comunicação desrespeitosas desmoralizando seus pedidos de ajuda, humilhações insinuando que “quando fez foi gostoso e agora está chorando”, discriminação, abandono, recusa na assistência. Esta realidade não pode ser ignorada pelos danos iatrogênicos que podem causar e impactar na qualidade do puerpério e vida sexual da mulher.

- o corpo no pós-parto: aspectos culturais e sociais:

É necessário considerar que a forma como a mulher e o casal vivenciam sua sexualidade antes e durante a gestação e na experiência do parto poderá ser determinante na forma como será vivenciada a sexualidade também no puerpério. O corpo, após o parto, sofre uma intensa transformação, incluindo a involução uterina, a liberação de secreções vaginais advindas do parto (lóquios), alterações nos músculos do períneo e da parede abdominal, alterações da mama, com a descida do leite (apojadura), dentre outras modificações fisiológicas, endócrinas e emocionais.

O retorno da menstruação ocorre, em média, por volta do 6 a 8 semanas após o parto. No entanto, a

amamentação pode determinar a amenorreia por mais de 12 meses, dependendo da frequência das mamas (FEBRASGO, 2010), com certo grau de contracepção, mas não confiável completamente.

A vulva, após o parto vaginal, apresenta-se edemaciada, situação que regride nas primeiras 48 horas quando ocorre a atrofia das paredes vaginais pela diminuição drástica do estrogênio, que reduz a parede do epitélio à metade, e que perdurando por até 15 dias. Também, na parede vaginal podem ser realizadas suturas, nos casos de episiotomia e em alguns casos de laceração e escoriações na parede vaginal.

O aparelho urinário e gastrointestinal também se acomoda após o parto para a situação original e outras manifestações gerais podem ocorrer, como a pele seca, acne ou queda de cabelo (FEBRASGO, 2010).

Apesar de muitos acreditarem que a cesariana livra a mulher da dor, estudos confirmam que a cesariana causa dor abdominal no pós-operatório, ou seja, durante o puerpério, especialmente na primeira semana do parto, obrigando a mulher a permanecer em posição de tronco fletido e repouso para garantir a cicatrização, o que implica em uma recuperação mais longa e com fraqueza o que pode dificultar os cuidados do bebê (DINIZ; DUARTE, 2004). A cesariana também não previne as dores normais do pós-parto em decorrência da involução do útero com as contrações, quando volta ao seu tamanho normal.

Dentre as situações recorrentes que podem impactar na sexualidade da mulher, podemos destacar, segundo Palma (2014):

- *a episiotomia*: corte na parede vaginal que pega as camadas da musculatura, especialmente do músculo bulbo cavernoso relacionado ao corpo do clitóris e seu tecido erétil – que não encontra respaldo na literatura, mas ainda é uma intervenção protocolar para a maioria dos obstetras.
- *laceração espontânea perineal*: ocorrência comum para 60% das mulheres durante a passagem da cabeça do bebê, provocando distensão da pele da mucosa e do músculos, que pode ser de 1o grau, com lesão superficial; de 2o grau, com lesão muscular; e de grau 3o grau, com lesão grave. O tipo de assistência aplicada durante o parto, com intervenções como puxo dirigido, puxo espontâneo, ou puxo natural, ou a posição do expulsivo para o desprendimento cefálico, o tempo do expulsivo e outras variantes, também podem interferir nessas lesões;
- *alteração do assoalho pélvico*: é a distensão dos músculos, ligamentos e fâscias pélvicas no parto via vaginal, ocasionando fraqueza muscular, diminuição do tônus e alterações neurais na região;
- *disfunções do trato urinário e da parede da vagina e útero*: que, quando ocorre, pode levar a quadros de incontinência urinária de esforço, aumento da frequência diurna miccional e urgência urinária;
- *estiramento da fâscia endopélvica e alongamento excessivo das fibras colágenas*: podendo que quando ocorre causa a incompetência dos tecidos em sustentar as paredes vaginais, ocasionando cistocele, retocele ou prolapso de útero.

Dentre a situações recorrentes para os músculos abdominais após o parto vaginal ou cesariana destacamos, conforme Baracho (2012):

- diástase ou estiramento da aponeurose abdominal, que pode ser fisiológica ou não;
- abdômen flácido, sem tônus: que fica com falta de força muscular devido à distensão da gravidez (que normalmente retoma a tonicidade normal após 6 semanas do parto);
- ruptura da cicatriz da cesariana ou da pele e músculos: que pode apresentar sensações como comichão e alterações de sensibilidade no local (e normalmente leva até 4 semanas para cicatrizar totalmente).

Tendo por parâmetro a sociedade ocidental, a mídia propaga de ideais de juventude e beleza e de obtenção de um corpo perfeito, que atualmente segue um padrão estético de extrema magreza. Isso influencia os processos de construção da própria auto-imagem da mulher, induzindo-a à adoção de comportamentos alimentares ou físicos, na tentativa de se moldarem seus corpos.

Para a mulher puérpera, o peso adicional e a transformação de seu corpo devido à gestação e ao parto gera um estranhamento natural, mas a pressão da cultura da magreza faz com que tente retornar ao corpo original, o mais rápido possível e algumas se sentem muito incomodadas com medo de não retomar ao peso.

A disposição física, no puerpério, também se modifica e dependerá do apoio que a mulher vai ter para lidar com os cuidados ao bebê, o que, em caso de cesariana, demanda mais tempo de recuperação pela necessidade de cicatrização. Com o tempo, a disposição da mulher estará associada à sua adaptação, da personalidade e reações do bebê e dos novos ritmos familiares.

- amamentação - aspectos socioculturais e familiares:

A amamentação conjuga uma complexidade de aspectos socioculturais, marcando as relações culturais de cada época que caracterizaram o comportamento humano no contexto da maternagem. Na França do século XVII, entre as famílias com poder aquisitivo, parte dos bebês, assim que nascia, era enviada às amas de leite ou ama mercenária. O modelo de mães que amamentavam diretamente seus próprios filhos era minoritário, caracterizando um período de ocorrência de mortalidade infantil significativa (BADINTER, 1985).

Nos idos anos 1960 as indústrias de leite e derivados incentivou a substituição do leite materno pelo seu "produto complementar e rico em vitaminas" disseminando a ideia de que o leite materno seria fraco. Isso provocou a queda da amamentação, que demorou anos para ser incentivada e permitir o direito do bebê de ser amamentado. Com muita comprovação científica, provou-se que o leite materno é o melhor alimento para o bebê, além de ser também um "alimento psíquico" que promove benefícios na relação mãe-bebê, contribuindo para a saúde integral de ambos.

A amamentação foi e ainda é considerada por várias pessoas que se sentem desconfortáveis na presença de uma mãe amamentando o seu bebê em lugares públicos. Ou considerar um espetáculo impróprio que violaria a decência, como disse o prefeito em Miami, em 1975, frente a um grupo de mães amamentava seus filhos em um parque público (MONTAGUY, 1988).

Apesar do incentivo dos governos e projetos de incentivo a amamentação, ainda hoje, vemos hostilidade em relação ao ato de amamentar. A OMS - Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, desde 1991, recomenda a amamentação exclusiva e em esquema de livre demanda até 6 meses de vida do lactante, sem nenhum outro tipo de complemento, salvo exceções necessárias. Além disso, o Ministério da Saúde preconiza o aleitamento até 2 anos. Essa recomendação está baseada em evidências que comprovam a excelência do leite materno sobre qualquer complemento, além de proteção da saúde infantil contra diversos males.

No entanto, na prática, encontramos realidades incompatíveis para a aplicação desta orientação; a começar pela lei da licença maternidade que está garantida pelo artigo 7º, inciso XVIII da Constituição Brasileira, que concede à mulher trabalhadora que deu à luz uma licença remunerada de 120 dias, podendo ser prorrogada por mais 60 dias para as empresas que aderiram ao Programa "Empresa Cidadã". Nesse sentido, o total de licença seria de 4 a, no máximo 6 meses, tornando impossível o cumprimento da orientação pela maioria das mães trabalhadoras.

A amamentação traz muita expectativa para as mães e, às vezes, também se torna um grande desafio. A mulher está fisiologicamente preparada para isso, já que, nas primeiras 24 a 72 horas, ocorre a "descida do leite materno", ou apojadura, com o ingurgitamento das glândulas mamárias, o que para algumas pode provocar mamas nodulares e distendidas e elevar a temperatura da mulher a 39 graus centígrados (BARACHO, 2018, p.183). Após esta decida, a produção de leite estará fisiologicamente relacionada com a resposta à estimulação do mamilo pela criança, que gera a ação dos hormônios da prolactina e da ocitocina (GONZALEZ, 2014).

Por isso, para a mulher a amamentação é um processo de adaptações profundas entre a produção de leite e a demanda do bebê. Para além dos aspectos fisiológicos, amamentar é também um benefício psíquico em que a intimidade fortalece o desenvolvimento do vínculo necessário para a saúde de ambos. Gutman (2010) salienta que o leite materno não é apenas alimento, mas sobretudo, amor, comunicação, apoio, presença, abrigo, calor, palavra, o bebê se alimenta de leite, mas, acima de tudo, do contato corporal permanente com a mãe.

Gutman (2010) também reitera que o sucesso da amamentação está no apoio emocional e na tranquilidade materna e que a falta de informação adequada e de apoio pode impedir a produção do leite pela mulher. Também frases como "seu leite não presta", "está aguçado" ou, o estabelecimento de horários rígidos para as mamadas, além do preconceito e da preocupação em deixar o bebê que mama livremente "mal-acostumado" conseguem "cortar" a produção de leite materno. Por isso a amamentação é empenho e disponibilidade psíquica e física da mãe, mas é também de toda a família que circula e apoia no espaço/tempo, evitando comentários ou orientações infundadas, respeitando as necessidades da diade mãe-bebê.

A amamentação também está relacionada à relação que a mulher tem com seu próprio corpo; algumas mulheres não suportam a ideia do contato do bebê com os mamilos, outras ficam incomodadas com a estética corporal e os efeitos que a amamentação surtirá em suas mamas.

- estados psicológicos do puerpério – processos internos de adaptação, nova organização familiar, baby blues, depressão pós-parto:

Os aspectos emocionais advindos do puerpério merecem um capítulo à parte, por ser um momento paradoxalmente crítico e fantástico, que envolve vários fatores. Embora a separação física do bebê de sua

mãe aconteça com o nascimento, psiquicamente a fusão entre ambos ainda permanece, cada um sentindo o outro como si próprio; assim, a mãe sente e vivencia internamente o bebê como se fosse seu eu, incluindo suas sombras (GUTMAN, 2010, p.18). Por isso, muitas ficam em estado de vulnerabilidade ao ter contato com a sua fragilidade diante das reações de seu bebê, necessitando aprender rápido os sinais de fome, evacuação, desconfortos etc.

Assim, depois da gravidez e do parto, amamentar se constitui num segundo desafio para a mãe. Se o parto foi bom e a primeira hora de contato com o bebê foi garantida, a prolactina e a oxitocina estimulam normalmente a descida do leite, facilitando uma amamentação que ocorrerá sem grandes percalços. Este processo facilita à mulher a reservar um tempo para o processo de amamentação. Porém a disponibilidade da mulher pode ficar afetada e ela ter dificuldade para ter tempo para si, até nas tarefas mais simples, como tomar banho, trocar de roupa ou até mesmo ir ao banheiro.

A mulher sofre a perda da identidade, "a mulher que eu era não é mais a mulher que sou", ela reconhece que nada ficou no lugar e que não sabe qual é seu novo lugar, segundo Coimbra (2016). A mulher se desconstrói e neste momento cabem todos os sentimentos humanos; veneração, êxtase, tristeza, raiva, amor, o puerpério é um verdadeiro paradoxo a mulher se sente plena, maravilhada e ao mesmo tempo esvaecida, em luto.

É uma grande novidade! A novidade da exclusividade da doação plena, que vem junto com a progressão do amor pelo bebê, que não é imediato. O amor vai ser construído aos poucos.

Por isso Gutman (2010) afirma que, neste período, a mulher precisa ser apoiada afetivamente, compreendida e ouvida com empatia, de forma a se tornar capaz de se sentir segura em tomar conta do bebê. Redes de pessoas ligadas à família é fundamental, mas, nem sempre isso é possível e, com frequência, a mulher fica em casa sozinha, cansada e desorientada nos primeiros dias de puerpério; uma vez que a licença paternidade no Brasil dura apenas 5 dias.

- a cultura e sociedade - influências da mídia, da religião e construções culturais da maternidade:

Antigamente, a representação da maternidade na sociedade brasileira impunha à mulher restrições à vida sexual, mas favorecia o desenvolvimento de suas atividades e funções maternas como papel quase que imposto. Após o advento da pílula anticoncepcional e da liberdade sexual conquistada, os papéis da mulher se ampliaram e se diversificaram.

A psicanalista Langer (1978), afirma que a mulher em nossa civilização adquiriu liberdade sexual e social, mas, por outro lado, as circunstâncias sociais, culturais e econômicas imponham graves restrições à maternidade. A mulher e mãe contemporânea tem sua jornada de trabalho amplificada, com responsabilidades e tarefas extenuantes e costumam não terminar com o fechamento de um dia de trabalho, para se já que, dentro de casa, ela continua trabalhando com as tarefas domésticas, sempre necessárias.

A maternidade não é apoiada pelo mundo organizacional, uma vez que a licença maternidade no Brasil é muito curta. Também as avós, que antes apoiavam a criação dos bebês, muitas vezes atualmente trabalham e não têm qualquer licença para este apoio a filhas e noras.

Por isso, vive-se um paradoxo entre a liberdade sexual e cultural da mulher e o aprisionamento nas tarefas infundáveis sem apoio consistente da sociedade, da família e do parceiro: a maternidade está acompanhada de êxtase e de exaustão.

Devido ao passado social patriarcal e os papéis reconfigurados, a divisão de tarefas domésticas e de cuidado com o bebê com o parceiro, ainda provocam a vivência da maternidade sem a confiança e a segurança necessárias para poupar desgastes exclusivos à mulher. Isso ocorre tanto nas famílias que têm pais presentes, mas também e principalmente entre as mulheres que tem bebês sem parceiros, seja por falta de vínculo deste, por abandono, ou por outras questões.

Com relação à pressão que a mulher sofre, age a imposição da mídia que propaga "corpos perfeitos", moldados na forma, magros e sem celulite, barriga etc, provocando um conflito na imagem corporal com o corpo real do pós parto (FURLANI, 2007).

Considerando todos esses fatores, temos que, ainda que a mulher tenha se libertado da tarefa estritamente reprodutora e doméstica, ela não encontrou condições de apoio e sustentação e de reconhecimento da maternidade como uma função primordial e fundamental para a formação de humanidade.

Disfunções Sexuais do Puerpério

Por toda a complexidade que o envolve, o período do puerpério pode promover o surgimento ou intensificação de disfunções sexuais entre mulheres que voltam às atividades sexuais. Segundo Holanda (2014)

fatores como a religião, a jornada de trabalho, história prévia de disfunção e tipo de parto, podem ser associados a essas ocorrências. Pereira (2018) refere que o retorno médio à vida sexual pela mulher é de 53 dias após o parto e observou que não há diferença significativa na função sexual entre mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia ou cesariana.

Estudos brasileiros apontam a prevalência de 53% de disfunções sexuais em mulheres em geral; enquanto que no estado gravídico-puerperal essa prevalência sobe para 70%, incluindo dificuldades sexuais advindas da gestação e do puerpério (VETORAZZI, 2012). A dispareunia é a mais frequente, com índice de 57% entre os problemas; seguida pelo vaginismo, com 32%, e o desejo hipoativo, vivido por 25%; além da disfunção orgásmica, referida por 21%, e a de excitação, por 16% das que vivem essas queixas (HOLANDA, 2014). Já Abdo e colegas (2004) detectaram que, no puerpério, 26,7% referem queixas sexuais.

Desajustes anteriores e durante a gestação, onde há baixo grau de intimidade entre os parceiros, são preditivos para a disfunção sexual no puerpério. Cabe também excluir desvios para este diagnóstico, como o de homens que têm ejaculação precoce e levam a mulher a considerar-se anorgásmica. O retorno à vida sexual pode ser de acordo com a vontade pessoal ou as vezes pela vontade só do parceiro, o que é referido por muitas mulheres que temem que a falta de sexo possa fazê-lo buscar sexo "fora de casa".

Aspectos sociais de nossa cultura patriarcal legitimam a demanda sexual masculina, ao mesmo tempo em que negligenciam a feminina, tanto em geral, quanto frente à maternidade e aos cuidados com o recém-nascido (JUSTINO *et al.*, 2019). Nesse sentido, a sexualidade feminina não é foco no sistema de saúde, que geralmente a relaciona à reprodução e contracepção, deixando questões da sexualidade, inclusive das mulheres puérperas, sem visibilidade e assistência.

Infelizmente a procura de ajuda de casais que apresentam dificuldades sexuais após o nascimento de um filho é tímida, seja por inibição ou por falta de conhecimento sobre esta possibilidade (HOLANDA, 2014). A mesma desinformação e falta de capacitação para discorrer sobre o tema da sexualidade se dá entre os profissionais que assistem a mulher durante a gestação, parto e puerpério.

- disfunção sexual e vias de parto:

A grande preocupação das mulheres com o corpo no puerpério é com a função do perineo após um parto vaginal, pois, dependendo da condução do parto, o períneo pode sofrer alterações orgânicas e estruturais como distensões dos músculos bulbocavernoso e bulboesponjoso, que participam diretamente na função sexual incrementando a excitação e o orgasmo quando contraídos voluntariamente (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019). Os músculos transversos e elevador do ânus também podem sofrer com a episiotomia ou com laceração espontânea advinda de um parto normal mais foçoso. Lacerações ocultas podem ocorrer mesmo em períneos íntegros ocasionando possíveis disfunções futuras.

É importante ressaltar que, dependendo da condução e do contexto do parto vaginal no momento do expulsivo com conduções como; a respiração dirigida com inspiração forçada (manobra de valsalva), longo tempo de período expulsivo, uso de fórceps, posição semideitada, podem favorecer as distensões musculares como também comprometer as estruturas ligamentares (BLANDINE, 2005).

Da mesma forma, a realização da episiotomia, ainda rotina no país e comprovadamente ineficaz, pode provocar dores intensas, aumento do risco de incontinência urinária e fecal, e com frequência leva a complicações infecciosas, problemas na cicatrização e deformidades genitais sendo um agravante para possíveis danos sexuais importantes (LEMONS, 2014). O parto vaginal com sutura representou um risco três vezes maior para disfunção sexual quando comparado à cesariana, registrando queixas relacionadas a diminuição de libido, satisfação sexual e dor durante a relação sexual (HOLANDA, 2014).

Após o parto vaginal, as mulheres brasileiras apresentam risco duas vezes maior de desenvolver disfunção do assoalho pélvico assim como Incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso uterino, alterações na integridade do assoalho pélvico e da inervação, em comparação com as que se submetem a uma cesariana (LEMONS, 2005). No entanto, a cesariana não é preditiva e protetora de transtornos sexuais, provocando alta incidência de efeitos adversos a longo prazo, como incontinência urinária e altos níveis de dor durante os 6 primeiros meses, sintomas depressivos aos 3 meses e baixa satisfação sexual entre 4 e 6 semanas do que no puerpério de parto vaginal (PEREIRA, 2018).

Vetorazzi (2012) conclui, em revisão da literatura, que a associação entre a via de parto e a disfunção sexual não é clara e que a grande maioria dos estudos não encontrou associação significativa. Em contrapartida, um parto vaginal assistido e instrumentalizado esteve relacionado à disfunção sexual no puerpério, comparado ao parto vaginal espontâneo que está associado à retomada mais cedo da atividade sexual no puerpério.

De qualquer forma, a gestação em si, gera sobrecarga sobre o assoalho pélvico e estruturas ligamen-

tares e o efeito do hormônio da relaxina, cuja função é flexibilizar os tecidos e abrir a pelve, o que pode repercutir sobre o assoalho pélvico independente da via de parto. Nesse sentido a fraqueza muscular após o estiramento do assoalho pélvico ocorre, o que pode prejudicar a vida sexual feminina.

A violência obstétrica também deve ser considerada como um fator predisponente para a disfunção sexual quando reconhecemos que intervenções não consentidas podem violar a dignidade da mulher, bem como a ferir física e psicologicamente, a ponto de criar situação predisponente a disfunção sexual. Um parto traumático é uma vivência desastrosa que se associa à inibição total ou parcial da atividade sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2019).

Nesse sentido, profissionais da saúde como enfermeiras obstétricas e fisioterapeutas podem ser um apoio importante informando sobre os cuidados e restituindo o tônus, a integridade e a função do assoalho pélvico após o parto.

- disfunção sexual e puerpério:

Padrões estéticos são construídos na cultura e impostos historicamente, em nossa sociedade onde a mulher é a que mais constantemente, no modelo heterossexual, hegemônico de relacionamento, busca agrandar o homem (FURLANI, 2007).

No caso da mulher puérpera, seu corpo é transformado por dentro e por fora. Há efetivamente uma involução dos órgãos internos reprodutores e mudanças nos genitais: vagina e a vulva. Também o abdômen, após uma cesariana, aumenta de volume, assim como as mamas e há um o aumento de peso, certa flacidez do abdômen e do períneo, além de mudanças na pele que podem ocorrer, com estrias, alterações da coloração etc. Para algumas mulheres as mudanças físicas sugerem uma preocupação e desvalorização da autoestima, podendo encarar tais processos como uma evolução esperada e natural, ou como algo extremamente problemático e indesejado.

Salim (2010) mostrou que algumas mulheres relatam sentimentos negativos em relação aos seus corpos após o parto, o que influencia negativamente em suas vidas sexuais. Vergonha em relação ao próprio corpo, estranhamento frente às mudanças da forma, a não conquista do corpo como era antes da gestação, fazem com que não se sintam a vontade diante dos parceiros.

O padrão corporal de "grávidas saradas" ou "gravidas fitness" impõe que, tão logo a mulher dê a luz, já deve procurar recuperar um corpo perfeito (PETRIBU, 2017), o que para várias mulheres pode ser um modelo inatingível. A busca desse corpo ideal e o foco nas abordagens para alcançá-lo podem se tornar uma forma de defesa psíquica que desvia o próprio foco da nova situação de maternidade, desvalorizando-a. Furlani (2007) aponta que a mesma sociedade que vende "o mito do corpo perfeito" é a promove angústias da insatisfação permanente em relação ao corpo real, fazendo com que haja sempre um desconforto quanto à forma física e a aparência; o que durante o puerpério se intensifica. No âmbito identitário, Felice e colegas (2000) afirmam que "as mudanças corporais devidas à gravidez, parto e amamentação podem conflitar com os desejos narcísicos da mulher de preservar o corpo como objeto de atração erótica.

Nesse sentido, a deficiência ou ausência de fantasias sexuais e de desejo da mulher, pode estar relacionada à alteração de sua autoimagem e à maternidade (HOLANDA, 2014). Ao mesmo tempo, a mulher no puerpério se encontra num momento adaptativo que pode retirar a atenção da mulher no cuidado consigo mesma (MACHINESKIA, 2006), o que deve ser compreendido.

Por isso, para a vida sexual, dependerá da forma como cada mulher transita na realidade do corpo transformado e de como internaliza e expressa a imagem corporal desde antes da gravidez.

- disfunção sexual e amamentação e sono:

Os seios conferem grande importância no processo de atração sexual. Ao mesmo tempo que pode ser um fator de atração evolutiva de boa procriação, assegurando ao "macho" a certeza de uma "fêmea" saudável que dará sustento e perpetuação de sua prole (FURLANI, 2007).

Mas, como a representação simbólica das mamas, em nossa cultura, valoriza apenas o aspecto erótico e sensual, a maternidade pode influenciar nesta percepção ao despertar outros sentimentos afetivos relacionados à experiência de ternura e amor. Feliciano (2018) aponta que, para a cultura ocidental, isso pode influenciar na sexualidade, já que, além do seio estar associado a um dos maiores atrativos eróticos femininos, os mamilos que são aliados na excitação genital estão cumprido outra função e são por isso muito desejados pelo bebê.

Por isso, Feliciano (2018) acredita que é fundamental que a mulher diferencie esses dois tipos de estímulos de seus mamilos, o sensual e maternal, para que não se torne um impedimento nem para a amamen-

tação e sucção pelo bebê, quanto à estimulação erótica realizada pelo parceiro, para que não se caracterizem em aspectos “incestuosos” que possam aterrorizá-la. Isso lembrando que, na cultura judaico-cristã, o sexo está associado a algo impuro e contrário à maternidade que é sagrada, pura e imaculada.

Outro fator é o fato de que, a maioria das mulheres, após o parto, fica inteiramente absorvida com a amamentação e as adaptações necessárias com o seu bebê, colocando em segundo plano outras esferas da vida, como a sensualidade. Não é incomum, inclusive que algumas abandonem a preocupação com a feminilidade sensual e adotem um papel exclusivamente maternal.

De qualquer forma, cabe lembrar que a amamentação contribui para a recuperação física do corpo, provocando contrações uterinas de retorno ao estado anterior à gestação. Ela provoca também uma “crise genital”, modificando a mucosa vaginal devido à queda dos hormônios esteroides, inibidos pela prolactina, hormônio da lactação. Prevaecem, assim, os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas durante a gravidez, resultando em uma vagina sensível e ressecada (LEMOS, 2014). A prolactina e a ocitocina liberadas durante a amamentação também podem contribuir para a diminuição do interesse sexual e para a falta ou diminuição da lubrificação vaginal (VETORAZZI, 2012).

Seria essa falta de lubrificação associada à dispareunia, uma das principais queixas da sexualidade no puerpério, segundo Vetorazzi (2012), queixa 4,4 vezes maior entre mulheres que seguem amamentando até o sexto mês do bebê. A dispareunia aparece como uma das principais disfunções sexuais do puerpério que comprometem o desejo, a satisfação sexual e a frequência das relações sexuais (HOLANDA, 2014), podendo estar também relacionada à episiotomia e lacerações espontâneas do parto.

O comportamento negativo em relação a amamentação por parte do parceiro também pode trazer resultados negativos em relação à sexualidade, por isso à importância do apoio do cônjuge durante a amamentação, respeitando as mudanças que esta provoca e mostrando que o vínculo do casal pode se expressar de forma diferente (PISSOLATO, 2016). Também é importante saber que é natural que o estímulo mamário durante o intercurso sexual pode provocar a ejeção espontânea de leite, o que pode inibir ou constrear algumas mulheres.

A amamentação está relacionada estatisticamente ao momento da retomada da atividade sexual, à menor frequência da atividade sexual e à menor satisfação sexual segundo Vetorazzi (2012). Porém, muitas mulheres consideram que o estado de plenitude e preenchimento conquistado com o ato amamentar é suficiente e satisfatório, suprimindo o desejo por outro tipo de prazer, como o ato sexual. Além disso, a amamentação traz à tona a história psíquica dos parceiros.

Quanto às adaptações do sono do bebê, podem requerer a energia por parte da mãe ou do casal.. Alguns bebês dormem como anjos e outros gostam de ficar acordados e há situações incômodas que podem ser vivenciadas, como noites interrompidas. Nesse sentido, falta de lida, ansiedade e cansaço derivados de tais situações podem atrapalhar o dia e a vida íntima da mulher e do casal. Essas são as queixas mais presentes no período do puerpério, segundo Vetorazzi (2012), citado por 50-60% das puérperas pesquisadas por esse autor.

Também a cama compartilhada com o bebê pode ser benéfica par o período de adaptação à amamentação, mas pode se tornar uma espécie de barreira física entre o casal afastando-os de práticas sexuais (SANDRE-PEREIRA, 2003).

- disfunção sexual e estados psíquicos do puerpério:

Do ponto de vista psicológico, a mulher mobiliza os mais diversos campos arquetípicos no puerpério, experimentando tal realidade a partir do paradigma de sentir-se completa, de cumprir uma expectativa social e/ou familiar, do sonho de vivenciar um amor materno idealizado e incondicional e de garantir a manutenção de sua continuidade. Para Petribu (2017), a mulher nesse período estará exposta a rever seus papéis e lugares no mundo, descartando alguns que perderão sentido e assumindo e ressignificando outros.

Para Feliciano (2018), os ciúmes que alguns homens sentem da relação da mulher com o bebê estão relacionados ao fato dele ser “excluído” do prazer que percebe haver entre eles, seja pela abstenção temporária do ato sexual ou pelo próprio prazer e plenitude que vislumbra na ternura materna. Alguns homens têm dificuldade de ver a mulher-mãe como parceira sexual, ficando a imagem materna associada à representação da mãe “assexuada” da sua infância. Por isso, a dualidade do casal pode só retornar ao normal com o desmaime, quando a dupla mãe-bebê “se perde”. Isso pode ser um transtorno para o casal, o que, segundo Feliciano (2018), pode criar um estado mútuo de hostilidade e frustração, nem sempre consciente.

Os fatores relacionados à disfunção sexual no puerpério são relacionados no DCM5 - “Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5a edição” (APA, 2013, p. 431): inadequações, vulnerabilidade individual, como a baixa autoestima, má autoimagem corporal, ou histórias de abuso e violência, depres-

são, ansiedade e estresse.

Nesse sentido, é um grande desafio no pós-parto a mulher integrar as faces da maternidade e da feminilidade e erotismo. As formas de experimentar a gestação são infinitas e singulares; do mais puro deleite à ameaça de invasão e perda de controle. Uma mãe que teve problemas com sua representação do arquétipo materno em seu desenvolvimento pode entender esse processo como uma ameaça (PETRIBU, 2017).

- disfunção sexual e a cultura de maternidade:

Os fatores associados à cultura e à sociedade na disfunção sexual no puerpério não fogem dos fatores relacionados aos da sexualidade em geral. A família como núcleo inicial e as representações positivas ou negativas acerca do gênero, da sexualidade e das relações, as crenças e os dogmas, a vida em sociedade, o contexto político constroem discursos e posições que se revelam nas ações e na expressão da sexualidade. Holanda (2014) mostra que a religião, a jornada de trabalho, entre outros são prevalentes nas experiências das puérperas. Mulheres católicas ou evangélicas apresentam um risco três vezes maior do que as mulheres sem religião para apresentar problemas de sexualidade no puerpério. Isso se deve à segregação do erotismo não associada à condição de mãe/santa, derivada da Virgem Maria e incutida no imaginário social.

Apesar das inúmeras conquistas e da maior liberdade feminina conquistadas, tanto no mercado de trabalho, como financeiras, e em relação aos papéis sociais, ainda estamos sob o julgo de uma sociedade que não promove o apoio necessário à mulher durante a maternidade. Elas se sobrecarregam com dupla jornada de trabalho (remunerado e o doméstico), além da função materna, por vezes terceirizada, promovendo exaustões e ansiedades para várias mulheres durante o puerpério. Holanda (2014) aponta que essa jornada complementar aumenta acrescenta pelo menos 12% de trabalho a cada 1 hora da jornada de trabalho. Assim, várias mulheres podem colocar em segundo plano as suas próprias necessidades e acabam por ficar indisponíveis para as práticas sexuais devido à sobrecarga física e/ou emocional que essas tarefas suscitam.

Para uma sociedade em que discursa que o homem precisa estar sempre "ereto" e que a mulher não podem vivenciar e assumir plenamente a sua sexualidade (PISSOLATO, 2016), é de se esperar que esta fragmentação influencie na vida sexual do casal.

Considerações Finais

A complexidade do período do puerpério com o nascimento de um filho e a passagem para a dimensão de "pais" é um fator que afeta a sexualidade do casal. É um período em que a atenção da mulher se volta principalmente para os cuidados infantis e para as adaptações que a chegada de um bebê requer.

As disfunções sexuais mais recorrentes no período do puerpério são a dispareunia, o vaginismo, o desejo hipotivo, a disfunção orgásmica e a de excitação. Apesar da disfunção sexual ocorrer devido à sutura derivada de partos vaginais, a cesariana não se mostra protetora de transtornos da função sexual no puerpério. O parto vaginal assistido e instrumentalizado está mais relacionado à disfunção sexual no puerpério em relação ao parto vaginal espontâneo, mostrando que as mulheres submetidas à intervenção da episiotomia e as que tiveram laceração devido a métodos comumente adotados sem comprovação científica na assistência ao parto está fortemente relacionado às disfunções sexuais no puerpério.

A FEBRASGO e a OMS já comprovaram que vários desses procedimentos, como a episiotomia, são contraindicados para uso rotineiro e a cesárea desnecessária. Eles provocam complicações, incluindo dores, aumento do risco de incontinência urinária e fecal, quadros infecciosos, problemas de cicatrização e deformidades genitais, afetando os direitos sexuais das mulheres. Assim, podemos dizer que a violência obstétrica enquanto violação dos direitos sexuais e reprodutivos e da dignidade humana, está associada à disfunção sexual das mulheres no puerpério. A esses fatores se somam outras consequências sociais e tabus que incidem sobre a sexualidade das mulheres enquanto seus papéis de mães. Sentimentos negativos de mulheres em relação aos seus corpos devido à pressão social e midiática para que se tenham corpos modelos, também se constituem como fatores para as disfunções sexuais femininas no puerpério, bem como o desconhecimento do próprio corpo e das modificações corporais e emocionais que virão com os processos fisiológicos e psicológicos que rondam a gestação, o parto e o puerpério.

A amamentação pode se constituir ou não como um fator inibitório, bem como os cuidados iniciais com o bebê, por isso o apoio à gestante e a posição do parceiro nesse processo são fundamentais.

Para o modelo obstétrico atual, a capacitação de profissionais seria fundamental para levar o assun-

to sexualidade com uma escuta atenta, sem tabus pessoais para informar e apoiar a mulher e fazer diferença e atenuar o desenvolvimento de disfunção sexual no puerpério, inclusive considerando fatores culturais e religiosos que possam facilitá-las.

Referências Bibliográficas

- ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA, W. M.; MOREIRA, E. D. et al. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women; results of the Brazilian study on sexual behavior. *Clinical Science*, v.63, n.6, p. 775-782, 2004.
- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DCM 5. 5a ed. Virgínia, EUA, 2013.
- BANDINTER, E. Um amor conquistado – o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Novas Fronteiras, 1985.
- BARACHO, E. Fisioterapia aplicada a saúde da mulher. 5a ed. São Paulo: Guanabara Kogan Editora, 2012.
- BIO, E. O corpo e o trabalho de parto - o resgate do processo natural do nascimento. São Paulo: Summus Editorial, 2015.
- BLANDINE, C. G. O períneo feminino e o parto. Barueri: Ed Manole, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização no pré natal e nascimento. Brasília; 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONITEC. Diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana. Brasília, 2016.
- CAMACHO K., VARGENS O., PROGIANTI J., Adaptando-se a uma nova realidade; a mulher grávida e o exercício da sexualidade. *Rev. enferm. UERJ*; 18(1): 32-37, jan.-mar. 2010.
- COIMBRA, A. Puerpério não é depressão pós-parto. Instituto ARIPE, 21 set 2016. [Internet]. Disponível em: <https://aripe.com.br/puerperio-nao-e-depressao-pos-parto/>
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das inadequações sexuais. 5a ed. São Paulo: Editora Roca, 2019.
- DICIONÁRIO AURÉLIO. Puerperio. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986. p.1415.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, v.10, n.3, p.627-637, 2005.
- DINIZ, C. S. G.; DUARTE, A. C. Parto normal ou cesárea, o que toda mulher deveria saber (e o homem também). São Paulo: Ed. UNESP, 2004.
- FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério. São Paulo, 2010.
- FELICIANO D, Amamentação e sexualidade. Documento Científico do Departamento de Aleitamento Materno. Sociedade Brasileira de Pediatria, n, 7, 2018.
- FURLANI, J. Educação Sexual: do estereótipo à representação – argumentando a favor da multiplicidade sexual, de gênero e étnico-racial. In: RIBEIRO, P. R. C., SILVA, M. R. S., SOUZA, N. G. S., GOELLNER, S. V., SOUZA, J. F. (orgs.). *Corpo, Gênero e Sexualidade: discutindo práticas educativas*. Rio Grande: Editora da FURG, 2007p. 46-58.
- GONZALEZ, C. Manual prático de aleitamento materno. São Paulo: Editoratimo, 2014.
- GUTMAN, L. A maternidade e o encontro com a própria sombra. Rio de Janeiro: Ed. Bestseller, 2010.
- HOLANDA, J. B. L.; ABUCHAIN, E. S.; COCA, K. P.; ABRÃO, A. C. F. V. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período do pós parto. *Acta Paul Enferm.*, vol 27, n. 6, p. 473-578, 2014.
- IACONELLI, V. Maternidade e erotismo na modernidade: assepsia do indispensável na cena do parto. *Revista Percurso*, n. 34, 2005. [Internet]. Disponível em: <https://institotogerar.com.br/wp-content/uploads/2017/02/maternidade-e-erotismo-na-contemporaneidade.pdf>
- JUSTINO, G. B. S.; SOARES, G. C. F.; BARALDI, N. G.; TEIXEIRA, I. Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivência de mulheres. *Revista de Enfermagem REUOL*, v.13, 2019. [Internet]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240054>
- LANGER, M. Maternidade e sexo. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1978.
- LEMONS, A. Fisioterapia obstétrica baseada em evidências. São Paulo: Ed Medbook, 2014.
- MACHINESKIA, G. G.; SHNEIDER, J. F.; BASTOS, C. C. B. C. Corporeidade da mulher no pós-parto: uma compreensão da linguagem em Maurice Merleau-Ponty. Congresso Brasileiro de Enfermagem. [Anais]. Salvador : ABEn, 2006. [CD-Rom]
- MALDONADO, M. T. Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ed. Ideias e Letras, 2017.
- MONTAGUY, A. Tocar – o significado da pele humana. São Paulo: Summus Editorial, 1988.
- ODENT, M. A cientificação do amor. São Paulo: Ed. Paz Terra, 2000.
- SALIM, N. S.; ARAUJO, N. M.; GUALDA, D. M. R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.18, n.4, p. 1-8, 2010. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PLmVFsTRscYCrjSpMkYkb6P/?format=pdf&lang=pt>
- PALMA, P. C. R. Urofisioterapia – aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas: Personal Link Comunicações Ltda, 2014. [E-book].
- PEREIRA, T. R. C.; DOTTORI, E. H.; MENDONÇA, F. M. A.; BELEZA, A. C. S. Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto: um estudo transversal. *Rev. Bras. Saude Mater. Infantil*, v.18, n.2, p. 295-300, 2018.
- PETRIBU, B. G. C.; MATEOS, M. A. B. A. Imagem corporal e gravidez. *Junguiana*, v.35, n.1, p.33-39, 2017.
- PISSOLATO, L. K. B.; ALVES, C. N.; WILHELM, L. A.; RESSEL, L. Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 8, n. 3, p.4674-4680, 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidado-fundamental/article/view/4236/pdf_1
- SANDRE-PERIERA, G. Amamentação e sexualidade. *Estudos Feministas*, n. 11, v. 2, p. 467-691, 2003.
- TESSARIOLLI, P.; CAMBIAGHI, A. S. Gravidez na sexualidade - mitos do sexo vaginal na gravidez. São Paulo: IPGO; 2003. [E-book].
- VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.
- VETORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENTSCHEL, H.; RAMOS, J. G. L.; COSTA, S. Sexualidade e puerpério: uma revisão da Literatura. *Revista HCPA*, vol. 32, n. 4, p.473-479, 2012.
- VINAVER, N. Sexualidade, parto e o poder da mulher. [Vídeo]. 2015. [Internet]. Disponível em: <https://youtu.be/40oI4mUUGOo>

A Sexualidade de Mulheres Idosas

The Sexuality of Elderly Women

Kelly Cristina Sousa Chaves

chavesdoamor.adm@gmail.com

Graduada em Educação Física pelo Centro Universitário Luterano de Palmas e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

Este estudo traz uma abordagem qualitativa de caráter de descritivo – explorativa apurando-se as produções acerca da vida sexual da mulher idosa, a partir dos descritores: Sexualidade, Idosas e Psicologia. Ao final, concluiu-se que a vida sexual de mulheres idosas é prejudicada pela influência de diversos fatores emocionais e/ou físicos e apesar das poucas evidências que derrubam as crenças por traz da sexualidade das mulheres na terceira idade, a idosa e a sociedade tem pouco conhecimento a respeito da sexualidade na terceira idade e a importância dela na senescência. Sendo assim, ainda se faz necessário o desenvolvimento de técnicas e protocolos específicas que promovam qualidade de vida sexual e autoconhecimento das idosas, voltadas à saúde sexual de idosas e que sejam facilmente acessíveis e compreendidas.

Palavras-chave: Sexualidade; Idosas; Psicologia.

Abstract:

This study presents a qualitative approach of descriptive-explorative character, investigating the productions about the elderly woman's sexual, from the descriptors: Sexuality, Elderly and Psychology. In the end, it was concluded that the sexual life of elderly women is impaired by the influence of several emotional and/or physical factors and, despite the few evidences that brings down the beliefs behind the sexuality of women in the third age, the elderly and the society have little knowledge about sexuality in third age and its importance in senescence. Thus, it is still necessary to develop specific techniques and protocols that promote quality of sexual life and self-knowledge of the elderly, focused on the sexual health of the elderly and that are easily accessible and understood.

Keywords: Sexuality; Elderly women; Psychology.

Introdução

A reprodução sexuada é uma forma evolutiva que existe há milhares de anos com o propósito de concessão da vida. No decorrer do tempo, a evolução dos ancestrais animais desencadeou uma série de alterações adaptativas que proporcionou o desenvolvimento cerebral de tal forma a remodelar as particularidades da sexualidade, o que chega ao ser humano (CECCARELLI, 2018). Ainda na Idade Moderna e beirando a Idade Contemporânea, as práticas sexuais foram firmadas como atos voltados à reprodução humana, vendo a mulher como objeto reprodutivo. Assim, sestrinchando as particularidades sexuais nos períodos históricos anteriores à atualidade, observa-se que as práticas sexuais matrimoniais, em geral, proporcionavam prazer unilateral, sendo, portanto, direcionadas apenas a satisfazer o homem e essa contextualização da mulher, enquanto cuidadora do lar, não possuía autonomia sobre seu corpo.

Entretanto, com o passar dos anos, esta linha de pensamento foi sendo desnudada, conforme o sexo se restringiu apenas à procriação, passando a envolver, cada vez mais, sentido para a obtenção do prazer. Os laços conjugais já não são mais impostos pela cultura patriarcal; em consequência, mudanças sucederam-se de modo que o pudor feminino em relação à sexualidade e ao seu corpo começou a ser desmitificado, tendo

em ascensão à valorização do prazer feminino dentro das práticas sexuais. Atualmente, a inserção no mercado de trabalho, a figura feminina passou a adquirir independência, desencadeando uma situação singular: mulheres ditam regras sobre seu corpo (LOYOLA, 2003).

Todavia, apesar do progresso quanto à valorização da sexualidade, ainda hoje, existem diversos mitos e tabus em relação às práticas sexuais na vida das mulheres, observando-se poucas abordagens que discursam o tema em questão. Nesse sentido, a sexualidade na vida das mulheres longevas pode ser destacada como um dos assuntos pouco discutidos nos seguimentos atuais em relação às práticas sexuais das mulheres. Ao considerar as mulheres idosas dos dias atuais, pode-se observar um grupo que carrega uma bagagem cultural antiga regada nos valores do modelo patriaral recente; tal paradigma, induz a elas uma dificuldade de impor suas vontades em prol da aceitação social, o as faz reprimir seus desejos e sentimentos quanto à sexualidade (OLIVEIRA, 2018).

Apesar das alterações fisiológicas que ocorrem ao longo da vida de uma mulher, a assexualidade não cessa frente ao envelhecimento. Deve-se ressaltar, que as mudanças de caráter biológico podem sim interferir nas práticas sexuais; porém, não as inativam.

Outra coisa que se deve considerar, é que a sexualidade vai além do coito; ela abrange aspectos psicológicos que rodeiam as vivências e as próprias práticas sexuais, desde vontades até percepções sobre as sensações que essas práticas podem gerar (OLIVEIRA, 2018). Ou seja, como afirma Vieira (2016), envolve, não somente aspectos fisiológicos, mas, também, psicossociais.

Nesta perspectiva, os muitos anos de restrição na retratação das práticas sexuais na vida de mulheres, trazendo como consequência credices que, na conjuntura atual, ainda permeiam os costumes, principalmente entre as mulheres idosas que mais os viveram como herança social, intervindo no interesse dessas mulheres sobre a própria sexualidade.

Tendo em vista este pressuposto, mas também que a sexualidade é um dos componentes fundamentais da vida humana (VIEIRA, 2016), aqui abordaremos como os aspectos psicossociais impactam a vida sexual de mulheres idosas, considerando as mudanças fisiológicas e as credices culturais que podem interferir em suas práticas sexuais. Para tanto, discute-se aspectos da bibliografia pesquisada sobre o tema.

A Sexualidade Humana

- sexualidade e saúde sexual:

Para se considerar a sexualidade de mulheres da terceira idade e para início, faz-se necessário destacar as diferenças entre o sexo propriamente dito e a sexualidade: o sexo será discursado enquanto o processo biológico que envolve órgãos genitais masculinos e/ou femininos e a ação do coito. Mas, esta ação, no contexto humanos, é mais ampla, como afirma a Organização Mundial de Saúde (2007):

A sexualidade é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, cultural, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. (OMS, 2007, p.3)

Assim, a sexualidade abrange muito mais do que o ato sexual, faz parte das manifestações sexuais que envolvem questões emocionais, comportamentais e corporais que ocorrem diferentemente em cada estágio da vida, não se limitando apenas aos instintos ligados ao mecanismo reprodutivo, mas à consciência remodelada pelos desejos (MAIA, 2014; AMARAL, 2007).

Cada cultura carrega consigo uma visão diferente da sexualidade, contudo, os conceitos a respeito das práticas sexuais foram mudando ao longo do tempo desmitificando pontos antes condenados pela sociedade e pela religião, que considerava o ato sexual apenas uma prática da reprodução humana, acreditando que, antes da puberdade ela inexistia (AMARAL, 2007).

Em 1905, Freud, definiu vários estágios da sexualidade que indicam que a sexualidade surge bem antes do que imaginado pela sociedade e com o desenvolvimento do indivíduo ocorre o amadurecimento dos impulsos sexuais, ou seja, todos os atos que levam o indivíduo a ter comportamentos que induzem as vontades em busca da satisfação sexual.

[...] defende a manifestação da sexualidade em fases muito mais precoces do desenvolvimento: está presente na criança desde o seu nascimento. (AMARAL, 2007, p.4)

A partir daí, no mundo ocidental, a sexualidade passa a relevada também como pelo seu aspecto de

geradora de prazer, embora, na prática social, ainda exista muita dificuldade em ressaltar tal aspecto, principalmente entre as mulheres, devido ao passado patriarcal repressor à sexualidade feminina.

Com a constante perda do perfil patriarcal, a mulher, na sociedade, passou a ocupar um papel social para além da manutenção do lar e do cuidado de filhos, passando a um duplo papel que inclui o de trabalhadora. Isso provocou a lutar por seus direitos sociais e o questionamento de doutrinas religiosas quanto ao casamento, à virgindade, ao aborto e a sua submissão aos homens. As mulheres foram tendo a percepção de que não precisavam de uma figura masculina mais para representá-las, compeli-las e para dá-las o sustento, ocasionando numa grande mudança social.

Assim, o conservadorismo cultural em relação ao papel das mulheres na sociedade vai perdendo a força, tornando mais forte as ideias do movimento feminista. As questões sexuais femininas começaram a ser incluídas na Medicina, Psicologia, Terapia Sexual e em outras áreas e, junto ao surgimento dos anticoncepcionais, promoveu a mudança do significado do sexo para a obtenção da satisfação pessoal (DIEHL, 2013). Diversos métodos contraceptivos para evitar gestações indesejadas e a necessidade de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis tornaram-se foco de ação, o que promoveu a grande interface da sexualidade com a Saúde Pública (GIR *et al.*, 1994); logo, a Atenção Básica de Saúde de saúde passou a ter um papel importante na garantia da saúde sexual, de modo a identificar as dificuldades sexuais fisiológicas e/ou psicológicas atuam sobre a sexualidade.

- performance sexual humana:

A performance sexual se refere ao desempenho sexual durante o sexo, que tem impacto sobre a autoestima pessoal e os laços do casal. Este desempenho pode ser dividido em cinco tipos de práticas: preliminares, masturbação, penetração com sexo vaginal, sexo oral ou sexo anal. (PECHORRO, 2009). A preliminar é considerada uma etapa essencial, pois estimula a excitação entre os parceiros, contribuindo para uma resposta sexual adequada e vale ressaltar que a manipulação direta sobre a genitália também permite a realização de outras práticas conjuntas. Muitas mulheres consideram as preliminares como a parte mais satisfatória das práticas sexuais. A prática masturbatória também é um tipo de preliminar que permite à mulher e seu parceiro conhecer melhor seus corpos. O sexo oral também é apreciado por muitas mulheres, enquanto outras ainda consideram tabu quanto à prática do mesmo devido à exposição de seu do corpo ou de sua genitália (RICO, 2010).

Outra prática que pode ser vista como tabu é o sexo anal, muitas vezes por isso negado pela mulher, além das que o consideram doloroso e desconfortável. Cabe ressaltar que são práticas de gosto pessoal e que sua ocorrência deve ser feita com consentimento e bem estar de ambos os parceiros, o que causa danos (RICO, 2010).

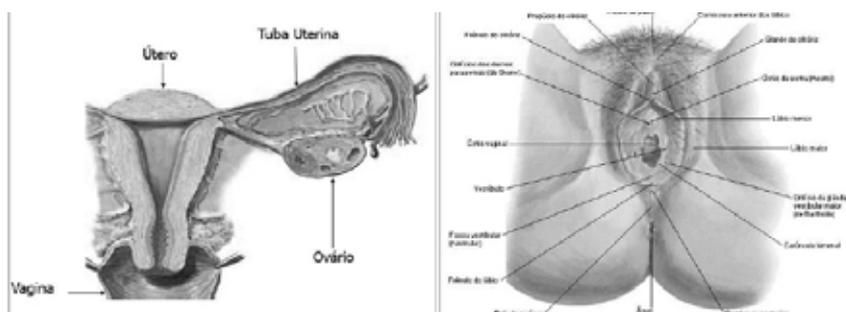
Quanto ao sexo vaginal, o mais comum, cabe lembrar que muitas mulheres necessitam estímulos adicionais para obter orgasmo com essa prática, por isso a importância do conhecimento da mulher e do parceiro sobre seus gostos.

Alterações Fisiológicas e Sexuais nas Longevas

- clítoris e vaginas - áreas erógenas:

Para o entendimento do prazer feminino dentro das práticas sexuais é necessário entender as estruturas que compõem a resposta sexual, considerar os efeitos do envelhecimento em seus mecanismos de ação.

Todo estímulo gerado pela região externa do aparelho genital feminino acarretam em respostas produzidas pela genitália interna feminina. Dentro destas respostas, pode-se destacar a lubrificação vaginal e contratilidade local, além de mecanismo fisiológicos internos envolvidos na concepção.



Fonte: NETTER, Frank H. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Ao abordar todos aspectos estruturais que envolve a genitália feminina, pode-se neste momento dar ênfase a duas estruturas erógenas: vagina e clítoris. No entanto, deve-se deixar claro que as zonas erógenas não se restringem a estes dois componentes. Para isso, é importante definir que as zonas erógenas são áreas que promovem a excitação sexual por um estímulo externo. Regiões como orelha, língua, mãos, mamilo, barriga, parte interna da coxa, dedos dos pés, nuca e costas são podem que podem desencadear em excitação (RICO, 2010). Assim, Tanto a genitália feminina interna, quanto a externa possuem inervações que promovem, durante a mecânica de estímulo e da penetração, contrações musculares e vasoconstrição induzindo uma resposta sexual normalmente prazerosa.

Por outro lado, existe a atuação hormonal: o estradiol e a progesterona não têm quase efeitos reprodutivos do desejo sexual após a menopausa, mas sim, sobre as estruturas anatômicas afetando na resposta sexual advinda da estimulação (BARROS; FIGUEIREDO, 2014). Porém, o estradiol é um precursor da produção de testosterona, hormônio envolvido nos desejos sexuais. Logo, a mulher climatérica por ter sua atividade hormonal de estradiol cessada, pode ter tanto resposta sexual como o desejo sexual reduzidos (HAMPF, 2015).

Além disso, o cérebro, juntamente do hipotálamo, está diretamente associado às práticas sexuais e coordenará todo o desenvolvimento dos processos, envolvendo três sistemas: o complexo R, o sistema límbico e o neocórtex. O complexo R (também chamado de cérebro reptiliano) abrange as respostas instintivas que promovem a autopreservação pela reprodução, assim como a busca por parceiros. O sistema límbico é responsável pelas emoções e comportamentos sociais humanos. Já o neocórtex envolve as regiões cerebrais com capacidades sensitivas que registram as percepções sensoriais (FRIDA, 2011).

- o orgasmo feminino:

O orgasmo feminino é a sensação máxima de prazer que desencadeiam um conjunto de respostas motoras que pode variar conforme intensidade de estímulo. Contudo, independentemente do tipo de orgasmo, a finalidade é a mesma: gerar satisfação sexual sem pudor e sem culpa.

Defende-se a existência de dois tipos de orgasmos femininos: o orgasmo vaginal e o clitoriano. Os dois assumem experiências corporais distintas, sendo que ambos podem desencadear uma resposta sexual que percorre todo o corpo. Poucas mulheres vivenciam o orgasmo vaginal, necessitando para tê-lo auto-conhecimento e intimidade com o parceiro; já o orgasmo clitoriano é sentido mais facilmente; geralmente um simples toque no clítoris desencadeia sensações prazerosas (HAMPF, 2015).

É sustentado a existência do ponto G, região no interior da parede vaginal, atrás do osso púbico perto do canal da uretra, que, quando constantemente estimulado, geraria o orgasmo feminino durante a penetração. Essa região incha quando a mulher está muito excitada e ganha um aspecto rugoso e enrijecido. Posições como a mulher deitada para cima contribuem para se alcance o ponto G durante a penetração (RICO, 2010).

- a mulher climatérica e resposta sexual:

As transformações socioeconômicas proporcionaram mudanças no posicionamento da sociedade sobre as formas contemporâneas de família. Nesta perspectiva, destaca-se, em geral, que uma sociedade predominantemente envelhecida e a redução da maternidade, inclusive pelas que optam não ter filhos (ALBERTUNI; STENGEL, 2016, p.718). Ao mesmo tempo pesquisas comprovam que mulheres possuem maior longevidade em relação aos homens, por isso a população feminina acima do climatério é relativamente maior (FRANCO, 2011).

Também não se pode descartar, na conjuntura social atual, a valorização dos padrões estéticos impostos pela sociedade, como parte dos critérios ditos para que as mulheres encontrem e/ou agradem parceiros. Tais ideias contribuem para as distorções, gerando nas mulheres idosas uma internalização da negação do envelhecimento, as induzindo a práticas de embelezamento com a finalidade de disfarçar mudanças físicas da idade, considerando os processos fisiológicos naturais como hediondos e que apenas a juventude é bela (FRANCO, 2011). Neste contexto as indústrias da beleza investem fortemente no marketing que utiliza estratégias de convencimento ao cliente para que este seja induzido a comprar seus produtos, sendo que o principal alvo são as mulheres.

[...] é do senso comum pensar-se que a autoestima deva diminuir à medida que chegam os últimos anos de vida, dado o stress, as perdas que vêm com o aumento da idade, a falta de consideração mostrada para com a velhice, dada a diminuição das capacidades físicas e muitas vezes cognitivas. (RODRIGUES; COSTA, 2011, p.36)

Associada a questão cultural, o envelhecimento pode trazer subjetivamente frustrações e os sentimentos de proximidade da morte, gerando sentimentos de incapacidade em várias questões que cercam da vida, inclusive quanto à sexualidade, além das mudanças orgânicas. As mudanças do processo de climatério que findarão com a menopausa, que ocorrem para a maioria em torno dos 50 anos de idade (ÁGUAS, 2011) e a desativação das funções ovarianas geram mudanças físicas transitórias:

- *os tecidos vaginais*: tendem a atrofiar em decorrência da redução do fluxo sanguíneo;
- *o intervalo entre as menstruações se altera*: podendo diminuir ou estar aumentado e fazer as menstruações serem abundantes e de maior duração;
- *mudanças neurogênicas*: são verificadas em várias mulheres, causando ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga;
- *também alterações psicogênicas*: como a diminuição da autoestima, irritabilidade, labilidade afetiva, sintomas depressivos, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais e insônia.

Além disso, existem manifestações não-transitórias, ou seja, permanentes, decorrentes da redução hormonal da menopausa (BRASIL, 2016):

- *no aspecto urogenital*: a mucosa se torna mais delgada, propiciando prolapso genitais, ressecamento e sangramento vaginal, dispareunia, disúria, aumento da frequência e urgência miccional; no metabolismo lipídico ocorrem mudanças dos níveis de estrogênio na pós-menopausa é considerada como fator relevante na etiopatogenia da doença cardiovascular e das doenças cerebrovasculares isquêmicas.
- *no metabolismo ósseo*: há mudanças no metabolismo ósseo, variáveis de acordo com características genéticas, composição corporal, estilo de vida, hábitos (como tabagismo e sedentarismo) e comorbidades.
- *na composição corporal*: ocorrem o ganho de peso e a modificação no padrão de distribuição de gordura corporal, com tendência ao acúmulo de gordura na região abdominal.

Esteticamente, as alterações hormonais fazem a pele adquirir um aspecto mais fino e com perda da elasticidade (SPG, 2016), modificando a aparência, o que pode refletir emocionalmente na mulher em processo de envelhecimento. E sexualmente essas alterações podem gerar diminuição da autoestima, a labilidade emocional, as dificuldades sexuais, o ressecamento vaginal e a dispareunia como episódios frequentes na vida de idosas.

A labilidade emocional, também denominada transtorno da expressão emocional involuntária, está relacionada às flutuações emocionais, que se observa pelo descontrole emocional que oscila entre choro e risadas, tirando a pessoa de seu estado de humor original do e desencadeando expressões inapropriadas (SARTORI, 2008). Já a dispareunia se configura como uma dor gerada durante, antes ou após o ato sexual, podendo ser desencadeada por vários motivos, mas, quando posteriormente à menopausa, pode estar também associada à atrofia das estruturas da genitália e/ou à redução da lubrificação vaginal. Essas manifestações influenciam negativamente nas práticas sexuais da mulher, corroborando ideias adquiridas pelas imposições sociais levando várias a acreditar que as práticas sexuais não mais lhes competem.

As mudanças no parâmetro de resposta sexual que ocorrem com a longevidade podem ser complementadas pelo envelhecimento das estruturas nervosas e dos vasos sanguíneos desencadeando uma resposta sexual mais lenta, porém esse aspecto não é necessariamente gradativo ao envelhecimento e nem a resposta aos estímulos sexuais deixa de existir (CARDOSO, 2004).

- principais disfunções sexuais da mulher idosa:

Em determinados momentos ou épocas da vida, os indivíduos podem enfrentar, nas práticas sexuais, insatisfações, seja sobre si ou com o(s) parceiro(s). Quando tais situações, frequentemente tornam as funções sexuais prejudicadas se caracteriza as disfunções sexuais (CARVALHEIRA, 2011).

Outro aspecto essencial para a função sexual feminina, e conseqüentemente para o desencadeamento de disfunções, é o contexto sexual, incluindo a qualidade do estímulo e do padrão relacional do casal. A atividade sexual reflete modelos relacionais próprios do desenvolvimento do indivíduo. Refletem como a família de origem demonstra amor e afeto, experiências sexuais traumáticas anteriores, crenças religiosas, culturais e sociais sobre sexo, impacto da mídia sobre conceitos e comportamentos, exercendo função importante na etiologia e na manutenção das dificuldades sexuais. (FLEURY; ABDO, 2012, p.134)

Quando estudadas em mulheres, as disfunções atingem nas três etapas envolvidas na resposta sexual feminina: desejo, excitação e orgasmo (MASTERS; JOHNSON, 1984). Por isso, nas disfunções sexuais femininas, a satisfação sexual independe do orgasmo e começa pelo desejo (LARA *et al.*, 2008).

Analisando, a influência das modificações orgânicas gerais na mulher idosa, ocorridas juntamente da menopausa, sobre suas práticas sexuais, pode-se inferir, com base nas afirmações desenvolvidas até o momento, que as principais disfunções a ela associada são: desejo sexual hipoativo, transtornos da excitação sexual, transtornos do orgasmo e transtornos sexuais dolorosos.

Um desejo sexual hipoativo costuma ser encontrado em mulheres com anos de relacionamento, mesmo que haja uma sexualidade saudável. Estas situações podem estar vinculadas a diversos fatores como a situação emocional com seu parceiro e/ou o sentimento de não serem desejadas ou atraentes sexualmente (LARA *et al.*, 2008). Porém, algumas mulheres, iniciam a prática sexual sem desejo e, ao envolver-se intimamente, atingem a excitação que resulta no desejo pelo sexo plenamente. Assim, mulheres com relacionamentos longos possuem outros aspectos motivadores e que não estão necessariamente ligados à sexualidade e sim a questões emocionais de longa data.

Quanto à aversão sexual, geralmente são motivadas por situações de abuso sexual na infância e/ou adolescência, estupro e outras experiências traumáticas, sendo necessário apoio terapêutico para revertê-los.

A disfunção da excitação, não necessariamente evidenciada pela lubrificação vaginal, pode estar associada a fatores orgânicos e/ou psicológicos. E a falta de orgasmo pode estar associada à não estimulação correta ou necessária, mas também aos sentimentos de culpa em relação atividade sexual, aos problemas no relacionamento, a falsas crenças sobre a sexualidade, ao medo de engravidar, à expectativas fantasiosas a respeito do orgasmo por parte da mulher ou do parceiro, a o estresse do cotidiano, à rotina no relacionamento, ao abuso ou violência sexual, até a falta de intimidade ou comunicação entre os parceiros.

A dispareunia, dor durante a relação sexual, é a ocasionada pela utilização de fármacos como a pílula anticoncepcional. É comprovado que o uso deste pode desencadear redução da libido, ou seja, diminuição dos desejos sexuais (BORGES *et al.*, 2016).

Assim, a resposta sexual ocorre dentro de uma sequência de estímulos e sensações que existe numa relação sexual saudável. Cavalcanti e Cavalcanti (2012) defendem que "existe uma íntima correlação entre a apetência sexual e o orgasmo. O prazer sexual e o desejo estão intimamente associados. O orgasmo é o maior reforçador do desejo erótico" (p.210). Além disso, O desejo sexual hipoativo "[...] varia de acordo com a sociedade e o momento histórico que o grupo humano atravessa. As deficiências na apetência sexual podem ser classificadas de acordo com os critérios de cronologia e amplitude" (p.306).

A Epidemiologia analisa as disfunções sexuais por meio de quatro categorias (FLEURY; ABDO, 2012):

- *Fatores predisponentes*: constitucionais (doenças congênitas, deformidades anatômicas) e experiências prévias (vínculos problemáticos, pais negligentes ou críticos, educação restritiva, abuso físico ou sexual e violência). Caracterizam-se pela repressão à autonomia e à participação ativa e segura nos relacionamentos. Alguns indivíduos são mais resilientes a situações adversas, enquanto outros são mais susceptíveis a essas experiências estressantes.

- *Fatores precipitantes*: relacionam-se às condições de vida que podem desencadear disfunção sexual nas pessoas mais vulneráveis. Divórcio ou separação conflituosa, experiências sexuais não satisfatórias, acidente ou cirurgia mutiladora aumentam a pressão em determinados estágios da vida, o que pode configurar uma crise. Além disso, a repetição de experiências sexuais insatisfatórias pode comprometer a autoestima e, conseqüentemente, a saúde sexual mesmo de um indivíduo menos vulnerável.

- *Fatores mantenedores*: responsáveis por transformar fracassos sexuais eventuais em dificuldades mais sérias, evidenciando a ausência de recursos pessoais para lidar com desafios que a vida naturalmente traz. Incluem: conflitos no relacionamento, ansiedade em relação ao desempenho, culpa, informação ou estimulação sexual inadequada, perda do encanto sexual, estresse emocional, ocupacional ou pessoal, entre outros.

- *Fatores contextuais*: são estressores atuais, tais como problemas financeiros graves, desemprego, fadiga devido a cuidados da prole, exigências do parceiro ou de pais idosos. Podem ser ambientais, como quando o casal trabalha em turnos diferentes e tem pouca privacidade. Mesmo quando esses fatores se iniciaram em decorrência de uma dificuldade pontual, podem se tornar crônicos.

Logo, para a mulher da terceira idade é necessário um olhar biopsicossocial, sendo este, um modelo que avalia não somente as questões físicas da mulher idosa, mas, além disso, avalie o encontro de si contribuindo com sua autoaceitação em meio aos transtornos sexuais e melhora da sua autoestima, responsável pela melhora da autoconfiança para realizar suas vontades e se sentir segura de suas escolhas. Nesse quesito, a terapia sexual atual adota um paradigma biopsicossocial que destrincha as disfunções sexuais ocasionadas tanto por fatores externos como internos.

Também fica claro que não devem ser avaliadas só as mudanças fisiológicas, mas, também, questões culturais e psicológicas quanto ao papel da mulher na sociedade. Assim a avaliação feita deve incluir (LUCENA; ABDO, 2016):

- 1) a avaliação da função sexual, incluindo sentimentos, pensamentos e receptividade apresentados durante a atividade sexual;
- 2) a elucidação de possíveis comorbidades;
- 3) a identificação das hipóteses etiológicas e fatores mantenedores;
- 4) a identificação dos objetivos de tratamento e elaboração do planejamento terapêutico;
- 5) o feedback claro e construtivo para o paciente acerca do trabalho a ser realizado.

Também deve se salientar que o envelhecimento não provoca só consequências negativas na sexualidade feminina, mas pode motivar que as mulheres possam investir mais em suas vontades, sendo motivadas a libertarem-se de padrões morais que antes as prendiam. A mulher pode buscar novas vivências da sexualidade, com base na sua longa sabedoria sexual adquirida ao longo dos anos (BRASIL, 2008). Essas experiências contribuem para a autoconfiança e o aumento da autoestima das mulheres mais velhas, contribuindo positivamente em sua qualidade de vida.

- soluções para intensificação da satisfação sexual da mulher idosa:

Existem diversas técnicas que podem melhorar os distúrbios sexuais das mulheres climatéricas. A periodicidade com que se pratica o sexo, a utilização de fármacos locais específicos e os chamados exercícios de Kegel são utilizados como forma na promoção da saúde sexual de mulheres podendo atribuir na melhora de disfunções ou problemas sexuais além de contribuir para elasticidade e lubrificação vaginal característicos das mulheres na terceira idade (BRASIL, 2008). Contudo, como já frisado, a terapêutica de cunho sexual é necessária e pode atuar de forma única ou concomitantemente a outras intervenções clínicas.

Para reduzir algumas das manifestações do climatério, algumas mulheres tornam-se adeptas à reposição hormonal. Pardini (2014) defende que "a terapia de reposição hormonal na menopausa acarreta melhora da qualidade de vida à medida que diminui os sintomas vasomotores, a insônia e a labilidade de humor nas mulheres sintomáticas".

Contudo, deve-se frisar que as ocorrências psicossociais podem ocorrer independentemente da atuação hormonal, levando em consideração problemas com a autoimagem e a negação do envelhecimento. Por isso, pode ser necessário também o acompanhamento de terapeutas sexuais, que não atuam só com casais, mas também com disfunções sexuais utilizando técnicas de auto-conhecimento e/ou autoaceitação, inclusive do corpo e desmitificando ideais fixos que prejudicam a vida sexual das mulheres na terceira idade.

As mulheres climatéricas também, devido à redução da lubrificação vaginal, devem receber maiores estímulos de preliminares, de forma a induzir melhores respostas durante suas práticas sexuais. Isso também motiva a redução de dores e situações de ansiedade e insatisfação que afetam negativamente a sua sexualidade (BRASIL, 2008).

Uma das recomendações para melhora da qualidade de vida sexual é a masturbação. A masturbação feminina ajuda a aliviar as ocasiões estressantes do dia-a-dia, ajuda a exercitar a musculatura pélvica, melhora a libido e pode contribuir significativamente para melhora das disfunções sexuais.

A partir destas perspectivas, ao contrário do que os mitos e tabus pregam, sabe-se que as necessidades e vontades sexuais acompanham os indivíduos durante toda a vida, sem descartar as individualidades. Porém, o preconceito da sociedade torna o assunto banal e, por isso, pouco discutido.

- mitos e tabus na sexualidade das mulheres idosas:

Por muito tempo, pouco se sabia sobre a sexualidade, tal desconhecimento foi dando margens às influências culturais que tomavam como verdades mitos e tabus. Essas questões foram sendo transferidas séculos após séculos refletindo negativamente na sexualidade em geral e principalmente naquela relacionada aos indivíduos da terceira idade (CARDOSO; LAZZAROTTO, 2014). Portanto, é importante abordar os mitos e tabus que atingem a sexualidade nas mulheres da terceira idade afim de desmitificá-los pautado no embasamento científico. Muitos são as crendices que cercam as práticas sexuais, tendo forte influência sobre as escolhas das pessoas, bem como, elas serão vistas pela sociedade como o hímen como a prova da virgindade, que as mulheres não têm desejo sexual durante a gestação; o tamanho do pênis influi no prazer; a ereção indica necessidade de relações sexuais imediatas; a menopausa assinala o fim da vida sexual da mulher; a mulher não deve vivenciar atividade sexual em que a vagina não intervenha como zona erógena; a mulher deve chegar ao orgasmo durante o coito, pois somente a penetração é a forma correta de lográ-lo; a mulher deve dar por finalizado o ato sexual assim que o homem tenha ejaculado - o sexo acaba no gozo dele estes e outras crendices são ainda muito difundidas na atualidade e podem ser vistas também como influenciadoras

das práticas sexuais (REIS, 2011).

Estes são mitos, sobre a sexualidade humana, muito difundidos entre as pessoas causando desconfortos quando refutados. Contudo, existem vários estudos que visam, entre muitas coisas, a queda destas convicções. Pesquisas sobre a sexualidade na velhice, por exemplo, auxiliaram substancialmente numa vasta interpretação sobre o tema, contribuindo no desmantelamento de inverdades surgidas de crendices (BRASIL, 2008).

Alguns dos mitos citados acima como “a menopausa assinala o fim da vida sexual da mulher” e “se a mulher não é charmosa e jovem não pode gozar de uma boa relação” são muito propagados no meio social firmando falsas ideias. Como já foi abordado, no presente estudo, a menopausa não significa o fim das práticas sexuais e muito menos a aparência física de mulheres mais maduras interferem nestas atividades. Por outro lado, a sexualidade sempre esteve atrelada aos ensinamentos religiosos difundidos na sociedade. Um exemplo, disto é a masturbação feminina que sempre foi considerada uma prática pecaminosa, mas hoje, sabe-se que é um dos meios para que a mulher possa conhecer seu corpo e suas próprias satisfações sexuais.

Por outro lado, com o fim da menstruação, algumas mulheres sentem alívio pelo fato de não mais terem de se preocupar com uma gravidez indesejada, reduzindo deste modo, umas das preocupações que antes poderiam influenciar diretamente em suas relações sexuais. Claro que existem fatores fisiológicos que podem afetar a libido das mulheres após a menopausa, contudo, o desejo sexual não deixa de existir e neste sentido as práticas sexuais saudáveis são vantajosas na terceira idade, já que contribuem para irrigação pélvica das mulheres melhorando a resposta sexual e o aspecto morfológico local. A ideia social de que a mulher climatérica já cessou sua idade reprodutiva, justificando, a falta de necessidade do ato sexual, faz-se presente induzindo as mulheres idosas ideias de renúncias sobre sua sexualidade. Em outras situações, difunde-se como mito que a inatividade ovariana diminui a função sexual (BRASIL, 2008). Neste momento, percebe-se que ainda há uma forte ligação cultural do modelo patriarcal, onde a mulher é conferida à reprodução sexual e quando está fase cessa, a ela atribui-se apenas as tarefas domésticas desprezando-se suas vontades.

Na mesma linha, poderá existir uma auto-percepção de menor atratividade pessoal, aliada a uma aparência corporal difícil de compatibilizar com aquela que é mitificada socialmente. Estes aspectos tendem ainda a ser reforçados por previsíveis alterações ao nível da esfera sexual. (CARDOSO, 2004)

Com relação à mulher idosa, pode-se perceber que dentro da esfera sexual existem muitos mitos e tabus infundados como verdades durante séculos dentro de várias culturas. Umas com diferentes graus de complexidade e rigidez do que outras. A maioria das crendices foram firmadas por doutrinas religiosas que sempre apontavam a mulher como sexo frágil e incapaz de fazer suas próprias escolhas. Mas, estudos vieram para derrubar tais ideias colocando o bem-estar dessas mulheres como uma necessidade e responsabilidade da sociedade.

Tais questões podem induzir um conformismo interior, inferindo tais ideologias como verdades, uma vez que idosos, na maioria das vezes são vistos como pessoas incapazes restritas aos cuidados máximos e sem condições de praticarem atividades consideradas arriscadas. Por isso, idosos podem sentir-se reprimidos e constantemente vigiados, dificultando ainda mais as oportunidades para suas práticas sexuais. Em alguns casos a mulher idosa que se manifesta em relação à sexualidade é vista como uma senhora depravada que não está emocionalmente estável (SOUZA, 2011).

Essa situação é ainda mais grave entre as mulheres idosas institucionalizadas em casas de repouso, o despreparo de profissionais e a ignorância social enquadram estas mulheres como seres desprovidos de suas faculdades mentais. Porém, em muitos casos a institucionalização não se refere ao desvio de capacidades mentais e sim ao contexto social no qual esta idosa está inserida. Vale ressaltar que nem todos os idosos serão próativos sexualmente tão pouco serão desprovidos de desejos sexuais. Cada mulher em senescência possui respostas sexuais diferentes influenciadas por diversos fatores como a educação, os princípios morais e religiosos aos quais ela foi submetida, além dos aspectos fisiológicos que são únicos a cada indivíduo (SOUZA, 2011). Sendo assim, vale ressaltar:

As questões que o fenômeno do envelhecimento impõe vão além da superação dessa visão negativa acerca da velhice. Não se limita ao fato de que o número de velhos vem crescendo de forma acelerada, e de que as pessoas alcançam mais longevidade, mas, sobretudo, porque novas e urgentes demandas são requeridas pela velhice. Surgem necessidades de mudanças em toda estrutura social: a esfera familiar, no mercado de trabalho, nas políticas públicas, nas atividades sociais e recreativas, na educação, na saúde, no transporte, etc. Portanto, a presença crescente de idosos na sociedade altera valores e concepções de vida. O estudo do envelhecimento constitui-se um desafio para os mais diferentes campos do conhecimento e

ainda se faz necessário grandes avanços para que se consiga entender o fenômeno em toda sua complexidade. (ALMEIDAM, 2009, p.3)

Os casais da terceira idade, por exemplo, são desvalorizados sexualmente, sendo vistos como pessoas desligadas das práticas sexuais e que vivem apenas para os cuidados mútuos e como protetores de filhos e netos. Ainda, há uma preocupação excessiva e incabível de parentes ou pessoas próximas aos casais que assumem com naturalidade serem sexualmente ativos.

A mulher idosa, principalmente quando não possuem parceiros, é figurada como um indivíduo assexuado, que não pode mais usufruir do prazer sexual, pois há a convicção de que não possui desejo e sexualidade. Assim, muitas longevas, a partir da educação conservadora que as marcaram, aconchegam-se no conformismo e atendendo aos preconceitos sociais impostos ao papel feminino.

Ao observa-se, a terceira idade feminina que não possui parceiros, pode-se destacar como aspectos importantes:

1. a vivência da sexualidade sofreu algumas modificações após o estado de viuvez garantindo submissão às normas e regras sociais para o comportamento feminino;
2. as idosas assumem ter optado pela vida sem um novo companheiro;
3. a família apoia o convívio social, mas não existe declaração de apoio para novos relacionamentos amorosos;
- (...) 4 - ressignificação das questões de gênero no tocante às mudanças relativas ao papel social da mulher depois da viuvez. (SOUZA *et al.*, 2015, p.940)

Tais tópicos trazem informações importantes sobre a sexualidade de mulheres idosas que não possuem parceiros, firmando ainda mais sobre os parâmetros sociais que estão entorno destas longevas. Também se enraízam sobre si pressões que recebem sobre a postura que devem adotar sobre vestimentas (induzindo a mulher mais velha a utilização de roupas que não chamem atenção), que sejam "comportadas", que cumpram os "bons costumes", uma vez que, em geral, as mulheres que adotam posturas que contrapõem os costumes são rotuladas pejorativamente.

Essas imposições podem levar as mulheres idosas a sentirem-se aprisionadas pela, adotando uma vida sem relacionamentos, para além daquelas que acreditam que "casamento é um só", e que a adoção de um novo companheiro ou namorado seria errada. Ou que por não serem jovens não são capazes de encontrar parceiros.

A sociedade humana é marcada por muitos preconceitos e tabus no que se refere às questões relacionadas a sexualidade na velhice, tendo em vista que essa fase é mais vinculada a limitações. É imprescindível que haja uma conscientização de que a sexualidade é inerente a todo ser humano, aparece em todas as fases da vida, não apenas nos mais jovens. Entretanto, é uma temática na qual ocorre certa omissão por parte da sociedade em discuti-la, onde há um pré-conceito formado de que os idosos não devam sentir e/ou oferecer prazer. Diante disso, os idosos geralmente canalizam suas vontades e desejos sexuais com anseio da repressão que vão sofrer mediante a sociedade. Em suma, faz-se necessário o rompimento desse paradigma relacionado ao sexo na terceira idade e uma consequente aceitação, para que assim os idosos possam usufruir de maneira plena e satisfatória sua sexualidade. (SANTOS; SILVA, 2015, p.4)

- papel da terapia sexual na terceira idade:

Desde 1970, um modelo de terapia sexual foi sugerido por Masters e Johnson (1984), permitindo uma visão mais ampliada e atenta aos problemas sexuais o que permitiu melhor compreensão da sexualidade humana. A terapia é estruturada em etapas de várias consultas que permite uma avaliação detalhada para o desenvolvimento de prescrições adequadas de técnicas comportamentais durante as práticas sexuais do casal.

O terapeuta sexual deve avaliar um conjunto de fatores do cotidiano do casal recomendando mudanças na conduta deles, com a finalidade de gerar a satisfação sexual mútua. Ao longo das sessões, o casal aprende a se comunicar corretamente, reduzindo aos poucos a ansiedade gerada pelas disfunções sexuais e permitindo a melhora do desempenho sexual (BARROS; FIGUEIREDO, 2014).

Tal modalidade integra uma categoria da psicoterapia, realizada por um profissional habilitado, que utiliza um conjunto de técnicas para o tratamento de disfunções sexuais ou quaisquer problemas que afetam negativamente a prática sexual (RODRIGUES, 2007; BARROS; FIGUEIREDO, 2014).

A terapia sexual valoriza a abordagem das influências contextuais na resposta sexual. Recomenda-se enfatizar a questão da idade e da necessidade de garantir que as expectativas sejam compatíveis com a realidade. Na etapa de diagnóstico, identifica-se a influência de fatores relacionados à vulnerabilidade da mulher, tais como atitudes negativas em relação a si mesma e ao seu corpo, necessidade de manter controle em situações da vida e sexuais, abuso sexual na história de vida com revivências por ocasião do encontro sexual. (FLEURY; ABDO, 2012, p. 135)

Com intuito de aprofundar a importância da terapia sexual na terceira idade, deve-se ter em mente como se dão as questões em torno do envelhecimento a avaliação médica para ver se o problema não é de ordem orgânica.

Também se deve considerar que parte da população idosa tem dificuldade de expor sua vida sexual. Por isso, a terapia sexual na terceira idade, independente de outras intervenções clínicas, vem como uma forma de traçar estratégias em relação aos problemas e/ou disfunções sexuais que acompanha o idoso (DANTAS, 2017). Tal modalidade terapêutica busca uma abordagem holística esclarecendo dúvidas e desenvolvendo técnicas sobre a sexualidade na velhice contribuindo na qualidade de vida sexual de mulheres idosas e revertendo e atenuando problemas ou disfunções sexuais de fundo orgânico, psíquico ou provocados pela influência cultural em que a mulher vive e viveu.

Considerações Finais

A sociedade em geral tem pouco conhecimento a respeito da sexualidade na terceira idade e a importância desta na senescência e a sexualidade na velhice ainda é um tabu, circunscrita numa sociedade em que a mulher historicamente se vê reprimida. Nesse sentido, ainda é mais crítica a situação da sexualidade das mulheres idosas, frequentemente associada a aspectos negativos e que induzem a mulher a não ter uma vida sexual plena e assumir seu desejo sexual durante seu processo de envelhecimento.

A vida sexual das mulheres longevas não deixa de existir em decorrência do envelhecimento, embora vários fatores biopsicossociais possam influenciar em suas práticas. É de extrema importância que profissionais habilitados lidem com todas as questões atreladas a problemas sexuais que possam impedir ou restringir a sexualidade dessas mulheres.

A qualidade de vida sexual não é só uma necessidade física, mas colabora para a autoestima da mulher em envelhecimento ou já idosa, contribuindo para sua autoconfiança e reduzindo aspectos negativos do processo de envelhecimento, inclusive melhorando problemas e disfunções fisiológicas e psicológicas contribuindo no aumento da qualidade de vida da mulher.

Existem poucos estudos que abordam de modo específico a temática aqui discursada, por isso faz-se necessário o desenvolvimento de técnicas e protocolos que auxiliem no conhecimento e na qualidade de vida sexual de idosas, voltadas à sua saúde sexual e que sejam facilmente acessíveis e compreendidas pelas mulheres em envelhecimento e as já idosas.

Referências Bibliográficas

ÁGUAS, F. Introdução - Menopausa. Lisboa: FESOPOG, 2011. p. 295-315. [Internet]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/2987844-Menopausa-fernanda-aguas-1-introducao.html>.

ALBERTUNI, P.; STENGEL, M. Maternidade e novos modos de vida para e mulher contemporânea. *Psicologia em Revista*, v. 22, n. 3, p. 709-728, 2016.

AMARAL, V. L. Sexualidade – aula 13. Programa de Graduação Disciplina de Psicologia da Educação. Natal: Universidade a Distância UNIDIS 2007.

BARROS, F.; FIGUEIREDO, R. Manual de medicina sexual: visão multidisciplinar. Portugal: Lisboa, 2014.

BORGES, M.; SABINO, A. M.; TAVAREZ, B. Conhecimento sobre os efeitos dos contraceptivos hormonais por acadêmicas da saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 30, n. 4, p. 1-11, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde

das Mulheres. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.

CARDOSO, G.; LAZZAROTTO, E. Mitos e crenças sexuais: uma questão cultural. Anais do VI Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel: Centro de Ciências Sociais Aplicada, 2014.

CARDOSO, J. Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade e Planejamento Familiar*, n. 38/39, p. 7-13, 2004.

CARVALHEIRA, A. A.; GOMES, F. A disfunção sexual na mulher. In: OLIVEIRA, C. F. (Ed.). Manual de ginecologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia; 2011. p. 119-134.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2012.

CECCARELLI, P. R.; ANDRADE, Ed. L. O sexual, a sexualidade e suas apresentações na atualidade. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. v. 21, n. 2, p. 229-250, 2018.

DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo: Roca, 2013.

FLEURY, H.; ABDO, C. Tratamento psicoterápico para disfunção

sexual feminina. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 17, n. 3, p.133-7, 2012.

FRANCO, C.; JUNIOR, F. A velhice feminina e a (re)construção da identidade da mulher idosa: aspectos teóricos. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: UFMA, 2011.

FRIDA, S. Fisiologia Sexual. In: FRIDA, S; MUNIZ, F. Introdução ao Estudo da Sexualidade. Rio de Janeiro: AVM, 2011. p. 43-70.

GIR, E.; DUARTE G.; MARTINEZ, R.; MORIYA T. M.; FIGUEIREDO, J. F. C.; et al. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de AIDS. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 93-99, 1994.

HAMPE, H.; MUNIZ, F. Fisiologia do Orgasmo Feminino. [Monografia]. Universidade Candido Mendes. Ponta Grossa, 2015.

LARA, L.; SILVA, A. C.; ROMÃO, A.; JUNQUEIRA, F. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. V. 30, n. 6, p.312-21, 2008.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 875-884, Aug. 2003.

LUCENA, B.; ABDO, C. Terapia sexual: breve histórico e perspectivas atuais. *Diagn. Tratamento*; v. 21, n. 4, p. 186-189, 2016.

NETTER, F. H. Atlas de anatomia humana. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MAIA, A. C. Sexualidade e educação sexual. São Paulo: UNESP, 2014. [Internet]. Disponível em: https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155340/3/unesp-nead_reei_ee_d06_s03_texto02.pdf

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. A resposta sexual humana. São Paulo: Editora Roca, 1984.

MONACHESI, Y. Papel do terapeuta sexual. São Paulo: CEAAP, s.d.

OLIVEIRA, E. L.; NEVES, A. L. M.; SILVA, I. R. Sentidos de sexualidade entre mulheres idosas: relações de gênero, ideologias mecanicistas e subversão. *Psicologia Social*, v. 30, e166019, 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde sexual, direitos humanos e a lei. Rio de Janeiro, 2015.

PARDINI, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab*, v. 58, n. 2, 2014.

PATRIOTA, LM. ALMEIDA, LA.; Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do programa saúde da família do bairro das cidades Campina Grande/PB. *Qualitas Rev. Eletronica*, v. 1, n. 1, 2009. [Internet]. Disponível em: <http://arquivo.revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/397/274>

PECHORRO, P.; DINIZ, A.; VIEIRA, R. Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica* v. 1, n. XXVII, p. 99-108, 2009.

REIS, L.; LEITÃO, I.; RAMOA, C. Mitos e crenças sobre aspectos ligados à sexualidade. In: A educação sexual em meio escolar: escola secundária do padrão da légua. Portugal: Matosinhos, 2011.

RICO. Arte do Namoro - manual essencial do sexo. 2010. [E-book]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/22608870-Arte-do-namoro-manual-essencial-do-sexo-2009-2010-todos-direitos-reservados-pg-1.html>

RODRIGUES, C. C. Terapia Sexual. [Apostila]. São Paulo: Departamento Psiquiatria/FM/USP, 2007.

RODRIGUES, M.; COSTA, E. Autoestima e qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas. [Dissertação]. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2011.

SANTOS, A.; SILVA, G. Sexualidade na terceira idade: uma reflexão psicossocial. *Anais dos Congressos Internacionais de Envelhecimento Humano*, vol. 2, João Pessoa: CEMEP/UFPR, 2015.

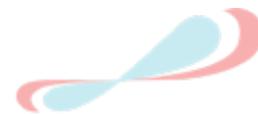
SARTORI, H.; BARROS, T.; ALMIR TAVARES, A. Transtorno da expressão emocional involuntária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35 n. 1, p.20-25, 2008.

SPG - SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Consenso nacional sobre menopausa. Coimbra, 2016.

SOUZA, G.; RODRIGUES, G. Sexo Na Terceira Idade: um estudo em torno da percepção de funcionários e idosos da casa São Vicente Paulo sobre a sexualidade na terceira idade. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís: UFMA, 2011.

SOUZA, M.; MARCON, S. S.; BUENO, S. M. V.; CARREIRA, V.; BALDISSERA, B. V. A. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.24, n.3, p.936-944, 2015.

VIEIRA, K. F. L.; NOBREGA, R. P. M.; ARRUDA, M. V. S.; VEIGA, M. M. Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres. *Psicol. Cienc. Prof.*, v. 36, n. 2, p. 329-340, 2016.



Efeitos do Tratamento Oncológico na Sexualidade Feminina

Effects of Cancer Treatment on Female Sexuality

Alyne de Lima Cardoso de Meirelles Bonomo

alynemeirelles@gmail.com

Graduada em Pedagogia pelo Centro Universitário da Cidade do Rio de Janeiro e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e Educação Sexual pela Faculdade Doctum de Juiz de Fora

Resumo:

Este artigo tem como propósito elucidar a importância da orientação e da terapia sexual para lidar com as disfunções sexuais de mulheres em tratamento oncológico. A pesquisa bibliográfica, por meio do método hipotético dedutivo abordada as disfunções sexuais na mulher e o conceito de sexualidade, faz a contextualização do câncer, os tipos de tratamentos e os efeitos físicos, sociais e psicológicos na vida do paciente e da sua família, incluindo as questões da sexualidade da mulher e forçesse orientação de como melhorar e contribuir para o bem-estar delas.

Palavras-chave: Disfunções sexuais femininas; Sexualidade feminina; Tratamentos oncológicos.

Abstract:

This article aims to elucidate the importance of sexual orientation and therapy to deal with the sexual dysfunctions of women undergoing cancer treatment. The bibliographic research, through the hypothetical deductive method, addressed sexual dysfunctions in women and the concept of sexuality, contextualizes cancer, the types of treatments and the physical, social and psychological effects on the life of the patient and their family, including the issues of women's sexuality and forçesse guidance how to improve and contribute to their well-being.

Keywords: Sexual dysfunctions of the woman; Women 's sexuality; Oncology.

Introdução

De acordo com a OMS - Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2019), as mortes em decorrência de câncer (neoplasia) aumentaram 31%, nos últimos 20 anos, registrando mais de 220.000 pessoas, cerca de metade mulheres.

No início de 2018, o INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, juntamente com o Ministério da Saúde, publicou a avaliação técnica "Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil" (INCA, 2018). Neste documento, foram previstos 600 mil novos casos de câncer para ocorrer por ano, atingindo cerca de 300.000 mulheres.

Diante deste cenário, este trabalho se propõe a estudar a caracterização das mulheres acometida com câncer e como a doença e os tratamentos afetam a sua qualidade de vida biopsicossocial e suas relações sociais e afetivas, incluindo a sua sexualidade.

Segundo Carvalho e colegas (2008), disfunções sexuais são problemas recorrentes na vida de pacientes com câncer, devido à própria doença e/ou o tratamento adotado. Sintomas como cansaço, mudanças físicas, depressão, angústia em relação à cura, preocupação com os familiares e a parte financeira reverberam na sexualidade, bem como nas práticas sexuais. Para as mulheres, são muitos os conflitos que surgem: a insegurança em relação à eficácia do tratamento, o medo da morte e da mutilação, os desconfortos causado pelos efeitos, as dores, a necessidade de aceitação das mudanças no corpo e na rotina (que inclui, muitas

vezes, a necessidade de resignificação de sua autoimagem), a preocupação com a repercussão da notícia da doença na família, no relacionamento amoroso (caso haja), no círculo de amigos, no ambiente de trabalho, na sexualidade, etc..

Quanto à sexualidade, a OMS (1975) entende que se constitui como um dos pilares da qualidade de vida das pessoas, inclusive de pacientes em tratamento de câncer. Entretanto, sabe-se além da sexualidade ser tratada como tabu, na área oncológica, ela é ainda mais silenciada. O tema não é abordado por médicos, seja por falta de informação ou de entendimento de sua importância, uma vez que o foco está na doença e em como obter êxito na sua cura. Independente do motivo isso torna a sexualidade ainda mais distante da vida dessas pessoas durante e, até mesmo, após o tratamento oncológico.

Em contrapartida, é preciso levar em consideração que a sexualidade, inclusive em pessoas sem câncer, ainda é rodeada de pré-conceitos e muitas mulheres, desde a sua iniciação sexual, não têm conhecimentos sobre a sua importância, sobre o próprio corpo e até mesmo sobre as formas de obter ou melhorar a obtenção de prazer sozinha e acompanhada. Somado a este fato, mulheres com diagnóstico de câncer, abaladas com todas as alterações físicas e psicossociais que a doença envolve, costumam se sentir inseguras e deixam a sexualidade de lado, chegando, até mesmo, a evitar o ato sexual ou qualquer contato íntimo com seus parceiros(as), podendo desenvolver uma ou mais disfunções sexuais.

Assim, o artigo, além da problemática, apresenta como as mulheres com câncer podem retomar sua sexualidade e vida sexual, de forma a ter maior qualidade de vida e bem estar no processo de tratamento do câncer e no pós-tratamento. Para discutir tais aspectos foi feita uma revisão bibliográfica da produção científica sobre o tema.

Sexualidade e as disfunções sexuais na mulher

- o que é sexualidade:

A sexualidade está relacionada não só ao sexo e à reprodução, mas também a busca do amor, do prazer, da vontade de viver, do contato e intimidade, afeta pensamentos, ações e expressão de sentimentos.

De acordo com Carvalho e colegas (2008) a sexualidade:

É influenciada por aspectos biológicos (que englobam o funcionamento dos órgãos sexuais e a fisiologia da resposta sexual humana), culturais e sociais. Assim a compreensão sobre as condutas sexualmente aceitas ou não varia dependendo da época, da cultura e do meio onde o indivíduo estiver inserido.

Devido às mudanças culturais e históricas, a sexualidade se modifica conforme o contexto sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos; é "fruto" de tradições sociais, morais, religiosas e jurídicas, mas também é uma construção pessoal (FARIA, 1998). Assim, de acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), a sexualidade, como tudo o que é humano, deve ser encarada sob três aspectos fundamentais: sociocultural, biológico, psicológico.

Como seres biopsicossociais, também o conceito de disfunção é complexo, incluindo disfunções biológicas e também inadequação psicológicas, muitas vezes advindas ou interrelacionadas ao contexto sociocultural. Por isso, definir o que é "normal" ou "anormal", em relação à sexualidade, é impreciso, já que são conceitos que se relacionam com contextos também socioculturais, além de aspectos biológico e psicológico. Assim, o que é normal em certa época, pode ser considerado anormal em outra e vice-versa (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

Além do desejo sexual espontâneo, se considerarmos o modelo proposto por Basson (2001), os ciclos sexuais femininos podem se iniciar mesmo na ausência do desejo sexual pela mulher, que se vê motivada a iniciá-lo pela receptividade influenciada por aspectos emocionais, incluindo a intimidade demanda pelo parceiro (BARAM; BASSON, 2008). Nesse sentido, conforme Alexander e colegas (2006), a interação, o comprometimento mútuo, a tolerância e as expectativas de agradar o parceiro acionam este ciclo.

A disfunção sexual ocorrerá, de acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), quando ocorre um "bloqueio" total ou parcial da resposta fisiológica ao sexo, o que causa sofrimento significativo ou dor continuamente. As disfunções sexuais podem ser orgânicas ou psicológicas:

- *orgânicas*: quando existem, podem ser anomalias genéticas e congênitas; doenças agudas ou crônicas e por inadequado de drogas e medicações: doenças vasculares, neurológicas ou musculares, deficiência hormonal, fumo, uso de antidepressivos, antipsicóticos, diuréticos, medicações quimioterápicas etc.
- *psicológicas*: são as disfunções em que há um comprometimento psicológico, geralmente psicossociológicos por motivos, segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), socioculturais, mas também comportamentais: vivências negativas/destrutivas, violências sexuais, violência obstétrica, partos traumáticos, baixa autoes-

tima e pouca ou nenhuma educação sexual ou educação repressiva.

Em todas as disfunções sexuais é possível estabelecer o critério cronológico, que avaliará a temporalidade desta ocorrência, além dos contextos circunstanciais e de parceira que essas disfunções ocorrem. Segundo a APA - American Psychiatric Association (2002), qualquer distúrbio ou dor no intercurso sexual pode ser definido como disfunção sexual. Essas disfunções podem ser divididas em: disfunções de apetite (desejo), de excitação, orgasmia e outras relacionadas a dores (Cavalcanti; Cavalcanti, 2012).

A fase do desejo é aquela que a maioria chama de "tesão", para Kaplan (1983), "o desejo erótico, popularmente conhecido como "tesão" é o desejo ou apetite pelo sexo. Este desejo está também no campo do imaginário da pessoa, sendo subjetivo sem manifestações físicas evidentes" (p.71). Quando o bloqueio acontece na fase da excitação, já há inibição da resposta sexual tanto do homem (ereção), quanto na mulher (lubrificação vaginal).

Sexualidade e Disfunções em Mulheres Pacientes Oncológicas

- o câncer:

De acordo com o INCA (2018), câncer é o nome dado para uma série de doenças, com características e riscos específicos a cada uma, que se assemelham pela reprodução das células desordenadamente.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. (INCA, 2018)

O câncer pode ser causado por fatores internos, como a predisposição familiar, a longevidade, o comprometimento imunológico ou hormonal, mas também externos, como a exposição às radiações, o sedentarismo, o tabagismo, a exposição a produtos químicos, incluindo o consumo de álcool e drogas, a uma dieta desequilibrada, a um vírus, etc (INCA, 2018).

De acordo com o INCA (2018), o tipo de câncer mais incidente no Brasil serão o de pele não melanoma, o de próstata, o de mama feminina, o de intestino e o de pulmão. Essas ocorrências têm relação com as mudanças ocorridas no país, que determinaram uma transição epidemiológica na transformação da população de rural para urbana e processo de envelhecimento da população. Assim, o câncer no Brasil, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste e parte do Centro-Oeste, assumiu um perfil muito parecido com o dos chamados países do primeiro mundo (INCA, 2018).

Quanto às mulheres, os cânceres mais incidentes são o de mama, cólon e reto e colo do útero:

Tabela 1: Distribuição dos 10 tipos de câncer mais incidentes em mulheres

 Mulheres	Localização Primária	Casos	%
	Mama Feminina	59700	29,5
	Cólon e Reto	18980	9,4
	Colo e Útero	16370	8,1
	Traqueia. Brônquio e Pulmão	12530	6,2
	Glândula Tireoide	8040	4,0
	Estômago	7750	3,8
	Corpo do Útero	6600	3,3
	Ovário	6150	3,0
	Sistema Nervoso Central	5510	2,7
	Leucemias	4860	2,4
	Sistema Nervoso Central	5510	2,7
	Leucemias	4860	2,4

Fonte: INCA (2018).

Esses cânceres afetam diretamente a sexualidade feminina, seja pelos fatores psicológicos ou pelas mudanças físicas.

- diagnóstico, tratamento e efeitos colaterais:

As primeiras reações de uma pessoa, ao receber um diagnóstico de câncer, podem ser variadas, mas geralmente envolvem o medo da morte, negação, desespero e, até mesmo, raiva. Isso ocorre porque a maioria das pessoas tem acesso a diversos meios de comunicação e neles é possível ler sobre os dados alarmantes provocados por esta doença.

O diagnóstico de câncer geralmente traz consigo a possibilidade de morte iminente, pois a doença traz o estigma de uma época em que não havia tratamento disponível. (YAMAGUSHI, 2003 *apud* SILVA; RIBEIRO, 2009, p.36)

Entretanto, hoje há um avanço significativo em relação às tecnologias, tratamentos e medicações, que aumentam significativamente as chances de cura de muitas doenças, desde que diagnosticadas em estágio inicial (FIORELLI, 2016). A rapidez no diagnóstico também influencia na definição das linhas terapêuticas a serem adotadas, fazendo com que as pessoas com a mesma doença tenham indicações de tratamento especificamente para seus casos.

Existe um consenso de que é responsabilidade do médico informar ao paciente sobre a sua doença. De acordo com o CFM - Conselho Federal de Medicina (2009), por meio do "Código de Ética Médica", artigo 34. Portanto, o médico deve informar ao paciente ou ao seu representante legal o diagnóstico, sem omitir os riscos e as metas do tratamento.

A partir do diagnóstico da doença, por meio de exames e avaliação clínica, inicia-se o acompanhamento e tratamento com oncologista. Cada tipo de câncer vai demandar uma linha terapêutica diferente, com mais ou menos invasão e efeitos colaterais igualmente distintos. Isso porque o estágio da doença e os órgãos afetados e as condições físicas, fisiológicas e psicológicas fazem toda a diferença neste processo.

De acordo com o INCA (2018), "o tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgias, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade". Os tratamentos adotados atualmente para os vários tipos de câncer são:

- *cirurgias*: recurso utilizado tanto para realizar diagnóstico, prevenção, cura, reconstrução, entre outros objetivos;
- *radioterapia*: uso de radiações com o objetivo de eliminar o tumor ou impedir o seu crescimento, geralmente utilizada em combinação com a quimioterapia e outras terapias para o combate dos tumores. Sua aplicação não há dor;
- *quimioterapia*: uso de medicação por via oral ou injetável para tratar o câncer. A medicação atinge todas as partes do corpo, por meio do sangue, com objetivo de destruir os tumores e impedir que elas sejam transportadas para outros órgãos. A agressividade dos medicamentos produz efeitos colaterais que dependem da quantidade e dosagem, alterando as condições físicas, fisiológicas e psicológicas dos pacientes;
- *transplante de medula óssea*: substituição da medula óssea debilitada por células de medula sã, recurso terapêutico para tratar as células do sangue contaminadas objetivando a reconstrução de uma nova medula óssea.

O acompanhamento clínico tem como objetivo minimizar os riscos, mas também os efeitos colaterais do paciente e, hoje, se adotam modernas técnicas farmacológicas, cirúrgicas e de diagnóstico possibilitam excelentes perspectivas (FIORELLI, 2016). Porém os tratamentos causam efeitos, sendo os mais comuns: náuseas e vômitos induzidos pela radiação, náuseas e vômitos, mucosite oral, infecções oportunistas devido à baixa de sistema de defesa do organismo, alopecia (queda de cabelo), cansaço e fadiga induzidos; constipação, diarreia, ansiedade, retenção de líquidos, perda ou aumento de peso e disfunções sexuais devido à quimioterapia, além de poder gerar perda de peso e dores pela própria doença. Embora existam alguns tipos de câncer que são totalmente assintomáticos.

Porém, cabe lembrar que, no Brasil os sistemas de saúde nem sempre funcionam como deveriam e várias pessoas sofrem a demora do diagnóstico e seus efeitos, pela demora de atendimento ou exame; além da falta de tratamentos adequados, em várias regiões do país.

- efeitos biopsicossociais do câncer:

Ao receber o diagnóstico inicial de câncer ou até mesmo tomar conhecimento de um agravamento da doença, geralmente as pessoas passam por alguns estágios importantes durante o processo de adaptação, chamado de luto. São eles (TREVISAN, 2018):

Figura 1 - As cinco etapas do luto



Fonte: TREVISAN (2018).

- negação: momento de isolamento, em que a pessoa não quer falar sobre o acontecido e prefere se afastar, ou tenta "fugir" do problema, evitando contato com a realidade. É a fase em que se questionam o "por que" da doença, defesa temporária do Ego diante do medo da morte e da dor;
- raiva: momento de rebeldia, revolta, ressentimentos, descontrole emocional, inconformação, sensação de injustiça que ocorre quando o Ego não consegue manter a negação e o isolamento;
- barganha: fase de negociação sobre a situação/perda, onde a pessoa começa a barganhar consigo mesma ou com um Deus, prometendo ser melhor, em troca da ajuda e da cura;
- depressão: estágio em que a pessoa percebe que não existe a possibilidade de voltar à saúde original, se entregando à situação e desistindo de negar, de sentir raiva ou de negociar. Nesta fase há um isolamento total e um misto de sentimentos negativos e sensação de impotência;
- aceitação: último estágio do luto, quando a pessoa começa a aceitar a situação como ela é e se torna mais preparada para enfrentar a realidade de danos ou da morte.

De acordo com Kubler-Ross (1996 *apud* SILVA; RIBEIRO, 2009). "estes estágios correspondem aproximadamente aos estágios pelos quais as pessoas passam ao reagir a qualquer crise importante na sua vida" (p. 36). Nem sempre o processo acontece nesta ordem ou as pessoas passam por todos os estágios, mas há pelo menos a vivência de duas dessas fases, o que é fundamental, segundo Freud (1996), que identifica o processo de luto como um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano.

Moraes (2003) ressalta que "os temores dos pacientes cancerosos oscilam entre expectativas orgânicas e emocionais".

Quanto às etapas de evolução da doença na perspectiva psicológica, sabe-se que as condutas e rotinas hospitalares, bem como os procedimentos terapêuticos, geralmente são percebidos como ameaçadores, agressivos e invasivos, suscitando o aparecimento de emoções que, muitas vezes, fogem do controle daquilo com que o paciente estava acostumado a lidar habitualmente. (MORAES, 2003)

O câncer traz mudanças na rotina dos pacientes e da família, bem como na forma em que se sentem e se relacionam com seus parceiros, seus familiares e amigos. Por isso, é fundamental que todos estejam atentos. As reações comuns listadas por Fiorelli (2016) são:

- busca do prazer: a pessoa busca de coisas para sentir-se bem e segura, como tirar férias, dançar, conhecer lugares novos e, até mesmo, aumentar o gasto com coisas dispensáveis;
- isolamento: a pessoa fecha-se em si mesma, preferindo não compartilhar com familiares as suas angústias, medos e preocupações;
- trabalho compulsivo: a pessoa procura se ocupar, de forma a fugir do problema;
- novas atividades: a pessoa começa a desenvolver novas atividades, as que nunca "teve tempo", como colecionar coisas, fazer cursos, etc;
- envolvimento social: a pessoa busca a convivência social o tempo todo, como forma de não pensar na doença.

Assim, cada pessoa é única e reagirá de forma singular em relação ao tratamento, à doença e às mudanças que ocorrem em sua vida, não sendo possível prever como cada um irá se comportar. Momento em que o apoio pelos familiares e amigos deve ser o máximo, para que a pessoa passe por esse processo da melhor forma possível.

- a importância do apoio familiar:

O que a pessoa sente afeta e interfere na forma como ela se envolve e age sobre o ambiente. A presença da parceria sexual e da família no processo de evolução da doença é essencial para um tratamento mais tranquilo e aberto ao diálogo.

Os prognósticos e evoluções do câncer se veem favorecidos quando a parceria participa do diagnóstico, da terapia, do aconselhamento médico ou psicológico e quando tem a oportunidade de expressar o que sente, ou seja, seus próprios medos e angústias. Muitas vezes a parceria teme compartilhar o relacionamento sexual com medo de machucar a pessoa que está com câncer. Isto pode refletir-se até mesmo no hábito dos casais que dormem juntos, pois poderá haver algum dano quando o cônjuge se mexe ou se vira dormindo. Para o paciente oncológico, isto pode ser a confirmação de que a parceria sexual está repelindo o ou não quer mais se relacionar com ele. (KUSNETZOFF, 1988 *apud* SILVA; RIBEIRO, 2009)

Para Pinto (2007) "a afetividade engloba tanto a resposta emocional (raiva, ansiedade, estresse), como os aspectos expressivos e gestuais numa mesma experiência". Seguindo esse entendimento, a afetividade contempla atitudes, inclusive do casal, pois como afirma Costa (2004), a conjugalidade é uma das formas de vivenciar a sexualidade, a intimidade com o seu corpo e o do parceiro, e a dinâmica que o casal envolve vários aspectos que influenciam no bem estar pessoal.

Por isso, durante o tratamento oncológico é preciso desenvolver um olhar mais sensível para a conjugalidade, de modo a observar possíveis efeitos do câncer na dinâmica do casal.

Ao trabalhar a reestruturação e reabilitação da integridade conjugal, o tratamento deve incentivar a expressão dos problemas ligados à sexualidade: depressão, falha do desejo, diminuição da libido, dificuldade de orgasmo ou, ainda, o estranhamento do próprio corpo em virtude das mudanças corporais. (CARVALHO *et al.*, 2008)

Fiorelli (2016) destaca três grandes objetivos interdependentes que orientam as ações dos familiares na fase de tratamento oncológico, tanto as mais importantes, quanto as mais longas e trabalhosas:

- *qualidade de vida do paciente*: o objetivo não é proporcionar o melhor e sim o que mais satisfaz o paciente com a flexibilidade nos procedimentos, decisões e influência nessas escolhas, dicas de higiene e fisioterapia;
- *aparência*: a aparência é de suma importância para a autoestima da pessoa, promover para que ela não se desleixe e incentivá-la a se cuidar e importante: cuidar dos cabelos, das unhas, das roupas etc, de forma a promover o bem-estar;
- *autonomia*: não fazer tudo para a pessoa, com a intenção de agradá-la ou cuidá-la excessivamente, pois a sensação de ser útil aumenta a autoestima e é fundamental. Também podem ser incentivados algum tipo de exercício físico que contribua para o seu reestabelecimento, confirmando suas boas condições para uma recuperação total.

A dependência física pode ser uma consequência da doença e ou tratamento, por isso precisa haver uma rede de familiares que fique atenta; porém que não tolha a autonomia pessoas do paciente (FIORELLI, 2016). Em relação ao parceiro sexual, é importante que seja mantido, além do apoio, o diálogo, a intimidade e os carinhos, sem que haja necessariamente a relação sexual caso a mulher não queira ou esteja impossibilitada à mesma.

Quando não há questões físicas que impeçam a relação sexual, sobretudo a penetração, o casal pode começar devagar, com um banho juntos, toques sutis sobre a pele, apenas para estimular seus corpos. A utilização de brinquedos adultos também pode ser interessante como uma forma de sair da rotina e vivenciar novas experiências.

Com relação a esse aspecto, observa-se que alguns parceiros evitam um contato mais íntimo com a mulher com medo de machucá-la, atitude que pode gerar inseguranças na mulher que pode crer estar sendo rejeitada devido à doença ou a seus tratamentos. Portanto, o diálogo é fundamental para enfrentar o processo de tratamento e cura, sem que haja grandes prejuízos na relação íntima:

Muitos casais tem dificuldade em discutir os problemas, preocupações, preferências e medos em relação à sexualidade, qualquer que seja a situação. Diante da situação do câncer e ameaça de morte, é possível que considerem a sexualidade um item de importância menor. Ao reassegurar que a atratividade e o desejo ainda estão presentes, a vivência da sexualidade satisfatória pode trazer de volta a confirmação afetiva, a cumplicidade e o prazer, que darão sabor à reestruturação da vida, auxiliando-a. (CARVALHO *et al.*, 2008)

Sair da rotina com passeios e viagens também é excelente para desconectar dos problemas, o que pode ser feito se levada em consideração o estado de saúde da mulher.

É comum as mulheres se isolem sexualmente, dada a situação em que se encontram, seja por causa da doença e seus efeitos no corpo ou no seu psicológico, o que pode gerar o desenvolvimento de uma ou mais disfunções sexuais. Por este motivo, a necessidade emocional de proximidade, intimidade, afeto e gratificação sexual devem ser suprimidas e mantidas (HEIMAN; LOPICCOLO, 1992). A mulher, independente se possuir uma parceria sexual, pode e deve seguir a sua vida e desenvolver a sua sexualidade, como forma de autoconhecimento, como forma de obter prazer e até mesmo de cura.

O Câncer, a Sexualidade Feminina e as Disfunções Sexuais

Masters e Johnson (1988) afirmam que pacientes oncológicos podem sim ter desejos e necessidades sexuais, mesmo que, como mostrou Basson (2008), a mulher não inicie o ciclo com o desejo, mas responda a estímulos feitos pelo parceiro. Nesses casos, as mulheres podem ser excitadas tanto por estímulos psicológicos quanto por estímulos físicos (MASTERS; JOHNSON, 1988; KAPLAN, 1983).

Portanto, é importante que o profissional que acompanha as pacientes de câncer realize uma pesquisa anamnese para investigar se as queixas apresentadas já existiam antes e foram potencializadas com a doença, ou se realmente tiveram início após o diagnóstico e o tratamento do câncer, seja por questões físicas e/ou psicológicas. De acordo com Abdo (2000) para verificar problemas relativos à sexualidade, um diagnóstico deve ser realizado por meio de entrevista, coletando o histórico de vida e a história sexual, além de exames físicos e psiquiátricos cuidadosos.

No caso de pacientes com câncer sem disfunções sexuais prévias, o diagnóstico de disfunções sexuais está, frequentemente, relacionado à condição médica geral (CARVALHO et al., 2008). Segundo o DSM-IV – “Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, versão 5” (APA, 2002), tratamentos para câncer, como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia possuem efeitos colaterais que podem causar disfunções sexuais. Em pacientes oncológicos, três fatores da sexualidade podem ser comprometidos:

- a imagem corporal: devido ao aumento ou perda de peso, de pelos à mucosite, ao cansaço, à mutilação cirúrgica de áreas afetadas pela doença, entre outros;
- a habilidade reprodutiva: devido à linha terapêutica utilizada, que pode provocar infertilidade temporária ou permanente;
- o funcionamento sexual: a resposta sexual pode sofrer alterações pelo efeito colateral do tratamento ou da cirurgia, a começar pelo ressecamento vaginal, que, além de poder causar dor, pode desencadear várias disfunções sexuais.

Os problemas sexuais mais comuns em pacientes com câncer incluem a perda de libido, efeitos da cirurgia e irradiação em mulheres, dificuldades de orgasmo, confusão a cerca do papel sexual e/ou sobre capacidade de atração do parceiro pelo prejuízo do tratamento à imagem corporal, dores, fadiga, depressão e/ou ansiedade e infertilidade (CARVALHO et al., 2008).

Quadro 1 - Disfunções sexuais femininas em pacientes oncológicas

Grupos de transtornos	Tipo de transtorno	Critérios diagnósticos
1) Transtorno do desejo	Desejo sexual hipoativo	Ausência de fantasias e de desejo de atividade sexual.
	Aversão sexual	Aversão e evitação à atividade sexual.
2) Transtorno da excitação	Excitação sexual feminina	Incapacidade de obter ou manter a lubrificação vaginal até o final da relação sexual.
3) Transtorno do orgasmo	Orgasmo feminino	Ausência ou retardo do orgasmo diante à excitação normal.
4) Transtorno doloroso	Dispareunia	Dor genital durante no coito.
	Vaginismo	Contração involuntária da vagina, frente à intenção de penetração.

Fonte: APA (2002).

- transtorno do desejo:

Quando uma pessoa está doente, no caso com câncer, pode ter seu desejo sexual diminuído (desejo sexual hipoativo), por conta das alterações físicas, intervenções cirúrgicas ou medicamentosas. Em relação a pacientes oncológicas, Kaplan (1983) menciona que fatores físicos e psicológicos interferem no desejo sexual e, algumas não seriam capazes de ter desejo, tendo inclusive aversão à prática, o que Masters e Johnson (1988) discordam.

As mulheres também podem se estimular o apetite sexual, começando a pensar mais em sexo, na parceria, em coisas e situações que a estimulem sexualmente, para treinar a sua mente a ficar mais receptiva aos estímulos sexuais.

- transtorno da excitação:

As alterações sexuais causadas pela quimioterapia podem causar alterações nos ovários e mudanças no nível hormonal, que pode antecipar a menopausa e provocar a secura vaginal. Sem lubrificação suficiente é impossível a penetração e, se tentada, pode gerar dor na mulher, provocando transtornos, como o vaginismo.

Por isso, a utilização de cremes de hidratação do canal vaginal e lubrificantes para o momento do ato sexual deve ser conversada com os médicos que fazem o acompanhamento de mulheres com câncer. Esses recursos são essenciais para garantir o conforto às mulheres durante o tratamento oncológico.

As mulheres podem, também, se desafiar a investir em momentos de intimidade (sozinha ou a dois), utilizando outros recursos, que não estejam voltados para a obrigação da penetração, como práticas masturbatórias e até uso de vibradores.

- transtorno do orgasmo:

Algumas mulheres saudáveis nunca vivenciaram um orgasmo, muitas vezes por falta de conhecimento do corpo e de estimulação necessária. As que estão em tratamento de câncer, além de ter esse histórico, podem perder sua capacidade orgástica devido às preocupações e medos que envolvem todo o processo.

Cabe lembrar que a mulher precisa estar liberta de preocupações na relação sexual para chegar ao orgasmo, o que pode ser mais difícil para mulheres em tratamento.

- transtorno doloroso:

Os transtornos que causam dor são a dispareunia e o vaginismo. Sendo a primeira uma dor generalizada na região pélvica que impedem a relação sexual e a segunda uma contração involuntária do canal da vagina, que em diferentes graus também podem impedir o ato sexual (GOLDEN, 1983).

De acordo com Duarte e colegas (2018) a dispareunia tem como causas questões físicas e psicológicas. Se a lubrificação vaginal for deficiente e não for tratada, haverá dor e, por consequência, o medo de manter relações alimentando o ciclo vicioso da disfunção. Ambos os distúrbios devem ser acompanhados pela equipe multidisciplinar que deve envolver também o ginecologista, psicólogo, terapeuta sexual e fisioterapeuta pélvico,

- a terapia sexual no apoio aos tratamentos oncológicos:

Questões relacionadas à sexualidade costumam não ser abordadas pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente oncológico, seja por estarem preocupados com o tratamento em si e na cura da doença, ou por não terem conhecimento de sua importância e até mesmo por desinformação ou receio de não saber como abordar o tema. Por outro lado, são poucas as pacientes que buscam informações com os médicos sobre a sexualidade e as implicações durante o tratamento da neoplasia (CARVALHO *et al.*, 2008).

Por isso, os profissionais de saúde precisam ser treinados e mudar os seus protocolos de avaliação, de forma a considerar o aspecto da sexualidade das pacientes oncológicas. É preciso conhecer minimamente os impactos que as disfunções sexuais podem trazer à vida delas, bem como saber a quais especialistas tais questões devem ser encaminhadas. Médicos também precisam alertar as pacientes oncológicas sobre os efeitos das medicações sobre a resposta sexual, de forma que possam acompanhar tais impactos, desde o início do tratamento, de forma a prevenir e remediar esses efeitos.

Carvalho e colegas (2008) sugeriu algumas questões a serem investigadas com pacientes oncológicas:

- Entrevista inicial para o levantamento da sexualidade (disfunções primárias, situacionais, etc);
- Investigação sobre a vida sexual ativa antes do câncer e de seu funcionamento;
- Quando a disfunção se insta após o câncer, verificação se foi ocasionada pelo tratamento;
- Associação das queixas dos pacientes em relação à sexualidade com a medicação e a quimioterapia, que pode, entre outros sintomas, provocar o ressecamento vaginal;
- No caso de pacientes jovens, é necessário explicitar que a quimioterapia pode comprometer a fertilidade, sendo possível a criopreservação de óvulos e espermatozóides;
- Frente à necessidade de amputação, atentar para a autoimagem corporal, que pode promover alterações no ciclo de resposta sexual;
- Observação de sintomas secundários, tais como depressão e encaminhamento para tratamento dos mesmos com especialistas;
- Indicação de acompanhamento psicólogo junto à terapia sexual em caso de disfunções.

Assim, o acompanhamento multidisciplinar é fundamental, sobretudo com especialistas e terapeutas em sexualidade, de forma que o tema seja abordado e acompanhado desde o início do tratamento oncológico, evitando problemas e consequências mais graves na vida sexual do paciente e de sua parceria sexual.

- terapia sexual:

A terapia sexual trata as disfunções e inadequações sexuais e deve ser feita por profissional especializado no tema. Por meio de sessões, a conversa orientada e focada entre paciente e profissional focará a resolução do problema informado pelo paciente, incluindo aspectos socioculturais que envolvem a inadequação sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

Embora tanto o marido quanto a mulher, num casamento onde há disfunção sexual, devam ser tratados, a relação conjugal entre eles é que é o paciente. (MASTERS; JOHNSON, 1976)

O foco da harmonia da parceria, não exclui que pacientes que não possuem parceiros fixos seja alvo da terapia sexual, que objetivará reduzir desconfortos e promover mais satisfação pessoal. Da mesma forma, entre as que se relacionam, a ausência de parceiro no tratamento, não invalida que o mesmo seja feito, já que o parceiro e a relação passa a ser atingida de modo indireto.

O conjunto de técnicas utilizadas pelo terapeuta sexual, de acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), juntamente à sua formação e conduta, promove o tratamento, sejam essas técnicas específicas ou gerais:

Quadro 2 – Técnicas de Terapia Sexual

Técnicas gerais:	Técnicas específicas:
<ul style="list-style-type: none"> - entrevista terapêutica - relaxamento - dessensibilização sistemática - técnica do espelho - treinamento assertivo - reestruturação cognitiva - parada do pensamento - distração cognitiva - autoverbalização emotiva - técnicas de controle encoberto 	<ul style="list-style-type: none"> - exercícios de kegel - autofocagem - dessensibilização masturbatória - dilatação vaginal - pornografia - focagem das sensações - treino de fantasia - partilha de fantasia - condicionamento orgástico - stop-start - squeeze - desbloqueio ejaculatório - programas de autoterapia - estimulação repetida - coito não exigente - manobra da ponte - exame médico conjunto

Além das técnicas mencionadas, Heiman e Lopiccolo (1992) desenvolveram uma proposta de questionário sobre “sua própria história sexual”, com perguntas que apoiam os terapeutas sexuais na investigação e no tratamento das disfunções sexuais. Listamos as principais ideias deste questionário: influências perigo-

sas, que se referem a questões da infância, criação religiosa e as crenças.

- a) Durante sua fase de crescimento: objetiva investigar como era a com os pais; se havia abertura perguntas sobre sexo; as atitudes da família em relação ao sexo, nudez e homossexualidade; a influência de irmãos e amigos; se participou de brincadeiras de cunho sexual; como e onde teve a primeira relação sexual; se praticou masturbação; se sofreu abuso sexual; como e de quem recebeu informações sobre concepção e parto; quando e como foi a primeira menstruação, etc;
- b) Durante o namoro: foca em detalhar a idade em que a pessoa começou a namorar; como se sentia em relação ao grupo ou turma, amigos e familiares; a importância dada ao namoro quanto à popularidade, segurança, afeto, sexo ou companhia;
- c) Em carícias e toques sensuais: os tipos de carícias que fazia ou recebia; onde elas aconteciam; em que circunstâncias; se havia envolvimento dos órgãos sexuais ou não; qual era a reação a esses estímulos, sensações e sentimentos; como acha que os pais reagiriam sobre essas carícias ou toques;
- d) Nas relações sexuais: como foram as experiências sexuais; quando e onde ocorriam; a reação que tinha frente à excitação, orgasmo, etc; sensações após a relação sexual; se houve problemas com IST - infecções sexualmente transmissíveis - ou infecções vaginais; se usou método contraceptivo, de qual tipo, e reações a esse uso;
- e) Em outras experiências: se possui fantasias; se pratica masturbação ou carícias íntimas; se relaciona com pessoas do mesmo ou do outro sexo; se já teve encontros para sexo casual; se teve experiência sexual com pessoas da família; o que pensa e como se sente com as suas fantasias;
- f) Em comportamento pré-conjugal: as atividades sexuais com parceria antes do casamento; a qualidade e quantidade dessas experiências;
- g) Atitudes e crenças atuais: como se posiciona atualmente em relação ao sexo; quais sentimentos possui; quais práticas costuma fazer; se mudaria algo da sua história sexual.

A terapia sexual é essencial para o tratamento das disfunções sexuais, tanto as que já existiam antes do câncer, quanto as que surgem ou até mesmo pioram durante o processo de tratamento. O objetivo de toda a investigação e acompanhamento em terapia sexual é levantar o histórico de vida e da sexualidade da mulher paciente, fornecendo informações valiosas aos demais profissionais que a acompanham, além de reforçar que todos os aspectos da mulher em tratamento. Cada um, dentro da especialidade necessária a dar apoio à mulher: oncologista, ginecologista, psicólogo, fisioterapeuta, psiquiatra, terapeuta sexual, entre outros, conforme se faça necessário.

Considerações Finais

O diagnóstico de câncer já não significa mais uma sentença de morte; hoje há muita tecnologia envolvida e os tratamentos estão cada vez mais eficazes.

Entre as mulheres tratamento oncológico, pode haver problemas e disfunções sexuais anteriores ou provocadas pelo tratamento, sejam elas da ordem do desejo, excitação, orgasmo ou de dor, que prejudicam suas qualidades de vida. Entretanto, a falta de informação, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, dificultam o diagnóstico e o tratamento desses problemas.

Muitas mulheres com disfunções sexuais, em decorrência dos tratamentos oncológicos deixam de desfrutar os benefícios que uma vida sexual ou um contato mais íntimo com seu parceiro(a) pode proporcionar. A sexualidade não atendida pode ser um fator de piora no quadro da paciente, uma vez que a intimidade sexual consigo e/ou com parceiros produzem bem-estar, auxilia na diminuição de dores e melhora o sistema imunológico. Porém muitas mulheres durante ou após o tratamento do câncer não abordam o tema, seja por vergonha, seja pela falta de informação sobre a influência da sexualidade em sua vida física e emocional.

Assim, a afetividade e a conjugalidade devem procurar ser mantidas durante o tratamento do câncer, por isso é importante a capacitação dos profissionais de saúde que assistem à mulher, com relação às questões sexuais, de forma a apoiar o não desenvolvimento ou agravamento de problemas sexuais e, em caso desses, realizando a indicação de outros especialistas para atendê-las

Frente a isso, ressalta-se que mulheres que possuem disfunções sexuais em decorrência do câncer, sejam elas primárias ou secundárias, devem ter acompanhamento multidisciplinar, inclusive com apoio de um terapeuta sexual, de forma a promover o autoconhecimento quanto à sua sexualidade, orientar alternativas sexuais satisfatórias e saudáveis e formas diretas ou indiretas que contribuirão para o seu bem estar geral e sua cura.

Referências Bibliográficas

- APA - AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR-TM. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ABDO, C. H. N.; H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Rev. Psiquiatr. clín., vol. 33, n 3, pp. 162-167, 2006.
- BARAM, D.A.; BASSON, R. Sexualidade, disfunção sexual e violência sexual. In: Berek JS, editor. Tratado de Ginecologia. 14a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2008. p. 238-61.
- BASSON R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. Journal of Sex & Marital Therapy, v. 27, n. 5, p.395-403, 2001;
- BASSON R. Women's sexual desire and arousal disorders. Primary Psychiatry, v. 15, n. 9, p. 72-81, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, 2019. 424 p.
- CARVALHO V. A.; FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J.; LIBERATO, R. P.; MACIEIRA, R. C.; et al (Coord). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. Tratamento clínico das inadequações sexuais. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2012.
- COSTA, P. S. T. A vivência da conjugalidade após o diagnóstico de câncer de mama. Boletim Eletrônico SBPO, 2004. [Internet]. Disponível em: <http://www.sbpo.org.br/producao/vivencia.pdf>
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica. Brasília (DF); 2009. [Internet]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_5.asp
- DUARTE, I; MATTEDI, M.; FREITAS, C.; HERBE, B. Dispareunia, dor na relação sexual – sintomas, diagnóstico e tratamento. [Internet]. Disponível em: <https://sexosemduvida.com/dispareunia-dor-relacao-sintomas-diagnostico-tratamento/>
- FIGLIOLI, J. O.; MACIEL, R. C. R. Câncer e família: mitos e realidade. Curitiba: Juruá, 2016.
- FREUD, S. Luto e melancolia (1917 [1915]). In: A história do Movimento Psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. col. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-263.
- GOLDEN J. Psychiatric aspects of male sexual dysfunction. Postgrad Med., v. 74, n. 4, p.221-9, 1983.
- HEIMAN, J. R.; LOPICCOLO, J. Descobrindo o prazer: uma proposta de crescimento sexual para a mulher – 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus, 1992.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 64, n. 1, p. 119-120, 2018.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V. A conduta sexual humana. Trad. D. Costa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V. O relacionamento amoroso. Trad. H. G. Barbosa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Instrução e assistência em questões de sexualidade humana: formação de profissionais da saúde. Genebra, 1975.
- SILVA, R. M.; RIBEIRO, M. A. Sexualidade e câncer: vivência de casais no estágio avançado da doença. Curitiba: Juruá, 2009.
- TREVISAN, B. As cinco fases do luto. Disponível em: <https://www.biancatrevisan.com.br/single-post/2018/02/09/As-cinco-fases-do-luto-ou-da-perspectiva-da-morte>
- KAPLAN, H. S. Enciclopédia básica de educação sexual. Trad. U. C. Arantes. Rio de Janeiro: Record, 1983.



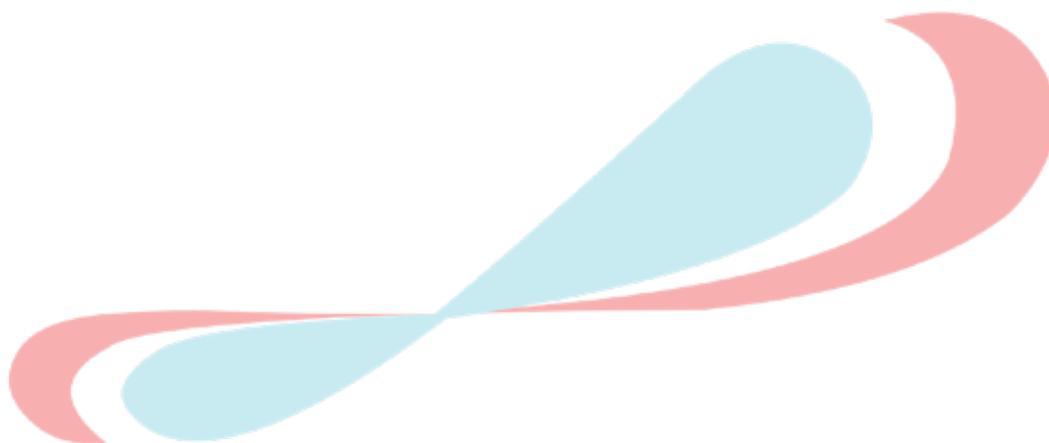
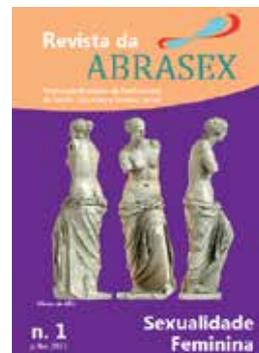
Revista da ABRASEX

Associação Brasileira de Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Revista da ABRASEX - Associação Brasileira de
Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual

Contatos
para interessados:
revista@abrasex.com.br

Edições On line
e Anteriores:
<https://www.abrasex.com.br/revista-abrasex/>





ABRASEX

Associação Brasileira dos Profissionais
de Saúde, Educação e Terapia Sexual

