

Universidade Candido Mendes – AVM
Pós Graduação Lato Sensu

**ANTROPOGIA DA SEXUALIDADE:
O ORGASMO E SUA FISIOLOGIA**

Por: Andréa Soares Dias

Orientadora: Professora Fabiane Muniz

Co-orientadora: Professora Giselle Böger Brand

DOCUMENTO PROTEGIDO PELA LEI DE DIREITO AUTORAL

Rio de Janeiro
2018

Universidade Candido Mendes – AVM
Pós Graduação Lato Sensu

**ANTROPOGIA DA SEXUALIDADE:
O ORGASMO E SUA FISIOLOGIA**

Apresentação de monografia à AVM como
requisito parcial para obtenção do grau de
especialista em Sexualidade.

Por: Andréa Soares Dias

Orientadora: Professora Fabiane Muniz

Co-orientadora: Professora Giselle Böger Brand

Rio de Janeiro
2018

AGRADECIMENTOS

A todos que conheci nesta jornada de vida, que de alguma forma me ajudaram a crescer como pessoa e profissional. Muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico a todos que se interessam pelo tema, principalmente aqueles que buscam seu autoconhecimento dentro do campo da Sexualidade Humana.

RESUMO

A Sexualidade e o Orgasmo são temas de estudo de vários pesquisadores, visto que o termo sexualidade é constituído junto com a identidade de gênero, assimilando as regras que, no que diz respeito a sexo, são concedidas diferentemente a homens e mulheres. Por influência judaico-cristã (católica) as mulheres são vistas de forma dual, a boa e a ruim (Maria e Eva), e isso influenciou o prazer sexual das mulheres. Desta forma, para muitos pesquisadores, se as mulheres aproveitam sua sexualidade por meio do autoconhecimento e da autodeterminação, as mudanças que isso gera podem ser benéficas tanto para elas como para seus parceiros.

O objetivo deste trabalho será compilar definições sobre a Sexualidade Feminina e analisar o tópico do orgasmo e sua fisiologia. Considerando as condições de intimidade nas quais o orgasmo é vivenciado, e que conseqüentemente dificultam seu estudo direto, temos boas informações sobre a base biológica desse processo, por outro lado, o significado funcional do orgasmo, especialmente em mulheres, tem sido muito debatido. Assim, a questão a ser analisada neste estudo foi: “Qual o real objetivo do orgasmo?”.

Conclui-se assim que, o orgasmo não deve ser encarado como uma meta, um objetivo final da relação sexual, ele é conseqüência, é o fruto da relação entre os parceiros, sem essa obrigação, fica claro que os níveis de ansiedade diminuem. Evidenciou-se que as raízes educacionais, religiosas, culturais e sociais também servem de bloqueio a partir da maneira que a mulher enxerga o sexo.

Palavras-Chave: Sexualidade; Orgasmo; Anorgasmia; Disfunções orgásmica.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual é considerada método de pesquisa qualitativo, que possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese do estado do conhecimento sobre determinado assunto.

Essa revisão de literatura obedeceu a seis etapas utilizadas neste estudo: 1. Elaboração da pergunta norteadora; 2. Busca na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados e a apresentações da revisão integrativa.

A busca na literatura científica foi realizada para o período de 10 anos, com restrição de idiomas, em duas bases de dados: da Bibliografia Virtual Sexualidade, e da Bibliografia Virtual em Disfunções Orgásmica e Anorgasmia.

Os descritores para esta pesquisa foram: Sexualidade; Orgasmo; Anorgasmia; Disfunções orgásmica.

Foram analisados 60 artigos, dos quais 20 referiram-se, sucintamente ao termo Sexualidade, 14 sobre Disfunções Orgásmica e Anorgasmia. Foram excluídas 20 bases de dados por não atenderem aos objetivos e problemática traçada para o estudo, e excluídos 15 por não terem respaldo científico. Foram então analisadas e estudadas 28 bases de dados.

Os artigos sugeriram uma série de discussões sobre a importância do Orgasmo Feminino e, focou-se a pesquisa no método qualitativo e, os principais autores pesquisados foram:

- Veiga (2007) – com estudos sobre o Orgasmo;
- Seixas (2008) – bases teóricas sobre a Sexualidade Feminina;
- Parker (2009) – relata sobre a cultura sexual no Brasil Contemporâneo;
- Kaplan (2003) – informações sobre a Terapia do Sexo;
- Lowen (2008) – fornece bases de estudos sobre o Amor e o Orgasmo;
- Bozon (2004) – bases sobre a Sociologia da Sexualidade e,
- Alberoni (2006) – teorias do Erotismo, entre outros.

Para análise do conteúdo dos artigos foi utilizado um instrumento de coleta de dados, contemplando as seguintes informações: ano de publicação, abordagem metodológica e resultados com enfoque em Sexualidade Feminina, Orgasmos e Disfunções Orgásmica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I: IDENTIDADE E ATRIBUIÇÃO DE GÊNERO.....	11
1.1 Sexualidade Feminina	12
1.2 Masturbação: o segredo final da sexualidade feminina.....	155
1.3 Masturbação: o Tabu	16
1.4 A Masturbação durante toda a vida	17
1.4.1 Masturbação na infância	18
1.4.2 Masturbação na pré-adolescência e adolescência	19
1.4.3 Masturbação na vida adulta	19
1.5 Os Benefícios da Masturbação Feminina	20
CAPÍTULO II: O ORGASMO E SUA FISIOLOGIA	21
2.1 Os Nervos e as Informações ao Cérebro para Iniciar e manter o Orgasmo.....	233
2.2 Tipos de Orgasmos	24
2.3 Orgasmos Não Genitais	25
2.4 Hormônios no Orgasmo.....	26
2.5 Neuroquímica do Orgasmo	28
2.6 O Substrato Cerebral do Orgasmo.....	29
2.7 O Objetivo do Orgasmo.....	30
CAPÍTULO III: A ANORGASMIA FEMININA	31
3.1 Os Motivos da Anorgasmia	32
3.1.1 Fatores que impedem o orgasmo feminino	33
3.1.2 Causas Psicológicas da anorgasmia feminina.....	35
3.2 Níveis de Anorgasmia	35
3.3 O Prognóstico da anorgasmia.....	36
3.4 Anorgasmia induzida por substâncias ou medicamentos	36
3.5 Prevenção	37
3.6 O Tratamento da Anorgasmia Feminina	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUÇÃO

A Sexualidade e o Orgasmo são temas de estudo de vários pesquisadores, visto que o termo sexualidade é constituído junto com a identidade de gênero, assimilando as regras que, no que diz respeito a sexo, são concedidas diferentemente a homens e mulheres. Por influência judaico-cristã (católica) as mulheres são vistas de forma dual, a boa e a ruim (Maria e Eva), e isso influenciou o prazer sexual das mulheres.

Desta forma, para muitos pesquisadores, se as mulheres aproveitam sua sexualidade por meio do autoconhecimento e da autodeterminação, as mudanças que isso gera podem ser benéficas tanto para elas como para seus parceiros.

Nesse sentido, esta pesquisa foi delimitada na procura de subsídios para uma maior compreensão sobre a sexualidade como uma construção social que envolve vários aspectos do ser humano, com base no sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, vínculo afetivo e amor e reprodução, fatores esses que são vivenciados ou expressos na forma de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades práticas, papéis e relacionamentos.

O objetivo deste trabalho será compilar definições sobre a Sexualidade Feminina e analisar o tópico do orgasmo e sua fisiologia.

Visto ser o orgasmo uma questão fundamental para entender a função e disfunção sexual feminina. Enquanto as definições envolvem aspectos idiossincráticos que fornecem informações para entender o fenômeno, sua pretensão é um mito urbano com poucos estudos locais. Considerando as condições de intimidade nas quais o orgasmo é vivenciado, e que conseqüentemente dificultam seu estudo direto, temos boas informações sobre a base biológica desse processo, por outro lado, o significado funcional do orgasmo, especialmente em mulheres, tem sido muito debatido. Assim, a questão a ser analisada neste estudo foi: “Qual o real objetivo do orgasmo?”.

O tema proposto, se justifica pela importância do mesmo e pela necessidade de se quebrar tabus sobre terapia sexual em casais, e mais especificamente, o treinamento de auto estimulação que faz parte dela, como sendo a estratégia mais eficaz e a única validada empiricamente para a resolução da disfunção orgásmica

A sexualidade é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, cultural, socioeconômico, ético e religioso ou espiritual. Ao se ler essa definição ampla, percebe-se quão complexo é o estudo da sexualidade humana, neste estudo aborda-se a sexualidade feminina e principalmente o orgasmo e sua fisiologia, definição e, a avaliação e tratamento da anorgasmia feminina.

A saúde sexual é considerada um dos elementos-chave no bem-estar do ser humano; dentro deste tópico, a saúde sexual feminina teve desenvolvimentos recentes originados por uma melhor compreensão da função e da disfunção, que permitiram avanços para integrá-la; como um orgasmo subtópico normal, atrasado ou ausente, é um dos pilares fundamentais que merece estudos específicos.

No orgasmo, como fenômeno sexual, existem diferentes itens que podem ser analisados individualmente, referindo-se ao tipo de estímulo, a pretensão e os fenômenos paralelos ao orgasmo que estão relacionados à concepção pessoal do tema da sexualidade, que é profundamente influenciado pela cultura; a compreensão das razões em grupos humanos específicos pode fornecer uma melhor compreensão da função e disfunção feminina.

Alguns autores consideram que o principal efeito do orgasmo é produzir prazer e que, por sua natureza recompensadora, favorecerá a repetição da relação sexual, que se reflete em um aumento do potencial reprodutivo do indivíduo.

Foi até proposto que a experiência de um orgasmo tem um efeito positivo sobre o bem-estar geral que resultará em melhor saúde (diminuição da morbidade) do indivíduo.

Vários pesquisadores, incluindo etologistas, psicólogos e psiquiatras, apontaram que o orgasmo masculino ou feminino tende a promover importantes comportamentos de afiliação para a sociedade humana.

Dentro dessa ordem de idéias, estudar as definições de grupos que representam a cultura e a etnia locais é fundamental para novos desenvolvimentos, uma vez que a disfunção orgástica é influenciada, além dos fatores orgânicos e pela ideologia que tornam os dados dos próprios estudos muito valiosos; envolve também o enfrentamento de questões como a anorgasmia e o fingimento, que se tornam mitos urbanos que devem ser avaliados por pesquisas que forneçam dados científicos reais.

Assim, organizou-se o estudo da seguinte forma:

O Capítulo I abordará a Identidade e Atribuição de Gêneros, dando ênfase na sexualidade feminina e abordando o tema de masturbação.

Já o Capítulo II irá enfatizar o Orgasmo e sua Fisiologia, como tipos, hormônios fundamentais, neuroquímica e finalmente o objetivo do mesmo.

O Capítulo III abordará a Anorgasmia Feminina, como tratamento, tipos, motivos, prognósticos, prevenção entre outros.

CAPÍTULO I: IDENTIDADE E ATRIBUIÇÃO DE GÊNERO

A atribuição de papéis é aprendida desde cedo e é um processo que ocorre ao longo da vida de acordo com a sociedade, a cultura, o nível econômico ou o contexto histórico. Eles são reforçados através de instituições socializadoras como a escola, a mídia, a lei, a família ou a igreja, entre as mais importantes (SARTI, 2004).

Segundo Butler (2005), no processo de identidade, a atribuição de gênero que ocorre através da diferenciação genital ao nascimento, ou antes, por meio de imagens de ultrasonografias, seja um pênis ou uma vulva, é imediatamente envolvida de comportamentos em pais e pessoas próximas ao bebê de acordo com crenças, expectativas e até atitudes na pessoa que acabou de nascer ou que ainda não nasceu.

Outro momento importante na aquisição da identidade de gênero ocorre por volta dos 3 anos, em que o menino ou a menina formaram um conceito de si e sabem se são meninas ou meninos. Isso surge antes da consciência das diferenças anatômicas entre os sexos.

A identificação com o gênero está gradualmente ocorrendo em um processo onde meninas e meninos, vendo e aprendendo papéis, estereótipos e comportamentos, começam a repetir os valores da sociedade de cada um deles e é assim que eles incorporam papéis socialmente valorizados de acordo com seu gênero e rejeitam os do sexo oposto.

Esses processos, como um todo, formam e integram a identidade de gênero com suas diferenças para homens e mulheres. Em relação à sexualidade, mulheres e homens têm regras, crenças, mitos, comportamentos, permissões, etc. em toda sociedade, momento histórico, cultura ou nível econômico (SCOTT, 2005).

Além disso, segundo a tradição judaico-cristã, o papel das mulheres é duplo: por um lado é a mulher que envolveu e enganou o homem fazendo-o cair na tentação de prazeres carnis, Eva, por outro lado é o ideal de mulher, a virgem, mãe, recatada, abnegada, gentil, Maria; estes dois números compõem uma série de mandatos sociais para mulheres "boas" buscarem identificação com o segunda. No entanto, o primeiro tipo de mulher é aquela que é "usada" na vida cotidiana de maneiras diferentes, por exemplo, para vender seus serviços sexuais, ou para vender vários itens, mostrando seus atributos físicos e sedução como uma

estratégia, uma publicidade (automóveis, óleos para automóveis, licores, cigarros, etc.) (GOFFMAN, 2008).

1.1 Sexualidade Feminina

Dentro da cultura e do aprendizado social do comportamento de homens e mulheres, permanece como parte do inconsciente coletivo que força, atividade, agressividade e velocidade pertencem aos homens em oposição à fraqueza, passividade, lentidão e ternura, entre outras qualificativas, para as mulheres. Traduzindo isso para a sexualidade, continuam repetindo padrões dentro da vida erótica e sexual em geral, além de esperar que esses comportamentos em ambos os sexos atendam às expectativas (MACRAE, 2009).

Entre esses mandatos sociais, religiosos e culturais, onde está a verdadeira sexualidade das mulheres? Onde a fisiologia ou a necessidade biológica são cobertas pela necessidade de aceitação social? Como as mulheres aprenderam esses dois papéis ou máscaras? Como os mandatos sociais impactam a resposta sexual e "naturalizam" diferentes comportamentos sexuais para homens e mulheres?

As meninas descobrem seus genitais de 3 maneiras, de acordo com Sanz (2009):

- Espontâneo
- Através de jogos
- Masturbação consciente

a) O modo espontâneo é encontrar o prazer genital ao apertar as coxas, quando sentado na beira de uma cadeira, no jogo de subir e descer entre outros, etc. A garota está descobrindo sensações agradáveis em sua área genital.

b) Através dos jogos mais elaborados, como "mamãe e papai", o "médico", onde os papéis são cumpridos e dão sentido a novas permissões e sensações.

c) A masturbação consciente que ocorre ao tocar os genitais com a intenção de sentir prazer.

Passando por esses estágios, as mulheres estão dando aos seus genitais erotização e assimilação e integrando sensações prazerosas na área genital.

Tanto homens como mulheres têm órgãos dos sentidos que têm o mesmo desenvolvimento embrionário, as mesmas terminações, fisiologia em geral, no entanto, sexualmente falando, se dá mais importância a um sentido do que outro, dependendo do sexo.

Todo esse aprendizado de nitidez dos órgãos dos sentidos, juntamente com permissões sociais que são dadas às mulheres desde tenra idade, permite aprender a ter sensibilidade em todo o corpo, falando eroticamente será refletido na totalidade do que será discutido mais tarde (orgasmos e prazer).

Socialmente, o corpo feminino tem sido uma construção histórica que inclui uma série de crenças de inferioridade em relação às mulheres (LÓPEZ, 2007).

A sexualidade das mulheres é vivida de forma diferente da dos homens, isso não significa que elas possam se sentir diferentes sobre sentimentos como atração, desejo, excitação ou orgasmo, no entanto, as permissões sociais para viver e apreciar as sensações e prazer não é o mesmo, o que faz a diferença de como se vive e como se permite se manifestar.

As mulheres aprendem a expressar desejo e sedução com seus corpos, diz Sanz (2009: 43) "*o corpo da mulher serve para mostrar o desejo como uma forma de atrair e ser reconhecido*".

Como e onde se aprende isso? O que a sociedade, a cultura, a mídia, etc., ditam, é um processo que é dado desde muito cedo para ser vestido, penteado, decorado, etc., para buscar a aceitação social a partir do físico, marcando regras de comportamento por meio de proibições e permissões.

Outra maneira é através das histórias de "princesas", do conto de fadas, onde elas são sempre bonitas e esperam que o homem desejado ou "príncipe encantado" chegue, as resgate e os faça felizes. Ela aprende desde muito cedo que o feio (o sapo) vira um belo homem, onde a feiúra poderá se transformar em beleza. Além disso, a mulher aprende a seduzir com todo o corpo, dos cabelos aos sapatos. Menciona Lopez (2007: 9): "*O corpo feminino tem sido uma construção histórica que implica o que inclui uma série de crenças de inferioridade*."

Alguns autores como Alberoni, Sanz e Hite concordam que o erotismo feminino no geral, está nos genitais, esta é uma aprendizagem sociocultural que leva a sensações corporais percebidas de forma diferente.

O erotismo feminino é tão impressionante que até "a preparação da casa é parte integrante do ato de atrair e seduzir" (Alberoni 2006: 42).

Para entender, viver e desfrutar de uma sexualidade plena é importante que as mulheres entendam e presumam que ninguém dá prazer, o prazer é pessoal e pode ser compartilhado com quem elas quiserem. Para reconhecer prazer requer um autoconhecimento, disponibilidade e autodeterminação.

O autoconhecimento do prazer está em algo tão elementar quanto conhecer o próprio corpo, incluindo, obviamente, os genitais. Porém diante de tantos preconceitos e julgamentos (da própria mulher) ela acaba negando seu autoconhecimento, e sempre coloca a responsabilidade do seu prazer nas mãos do outro.

Conhecer as diferentes cores, texturas, cheiros, consistência e as sensações que cada um dos seus elementos dá à sua percepção, e, mais tarde aprender maneiras diferentes de estimulá-los, conhecer o próprio mapa erótico e não o que o macho decide ou aprendeu com outras mulheres ou em pornografia, mas o mapa erótico pessoal. "As mulheres devem assumir a responsabilidade por sua própria sexualidade" (DE BÉJAR, 2006).

Disponibilidade é ser capaz de dar tempo para si mesmo e não pensar e dar tempo aos outros em tarefas que não necessariamente têm que corresponder a ele por ser uma mulher.

A autodeterminação se refere a levar em conta o desejo e desejo sexual de uma pessoa e não se permitir ser pressionado ou influenciado pelo medo de perder ou machucar um parceiro ou não pertencer a um determinado grupo. Saber dizer "não" se não quiser também aprender a dizer "sim" em encontros sexuais, se desejar é essencial.

A mulher quando aceita este lugar de passividade, está agredindo a si própria, por vezes ele finge estar a vontade sexualmente com um homem, apenas para não o perde-lo.

"Quando a mulher assume o seu próprio prazer erótico, ela saberá como encontrá-lo e procurá-lo dentro de si mesma, ela não precisará fingir orgasmos e iniciará um novo modelo de sexualidade feminina a partir da perspectiva feminina sem ter que repetir estereótipos e papéis sexuais herdados de centenas de gerações atrás" (DE BÉJAR, 2006).

Se as mulheres realizassem mudanças em sua sexualidade, ambas as partes (homens e mulheres) ganhariam, porque o homem seria removido e a grande responsabilidade de ser o "doador de prazer", que é um fardo muito forte porque

sempre tem que estar disposto e mostrar uma ereção firme o suficiente e também durável. Situação que nem sempre é fácil para eles. Segundo dados publicados nos Estados Unidos, citados por De Béjar (2006), 62,7% dos homens fizeram sexo sem querer, assim como 43,6% das mulheres. A quantidade de homens que todos os dias consomem mais inibidores da fosfodiesterase 5 (Viagra ®, cialis ® levitra ®) para conseguir uma ereção poderosa e duradoura diminuiria.

A pressão gerada para ser um homem que nunca falha também é muito da fantasia da mulher, assim, ambos vivem em um mundo de aparências, onde as redes sociais, o marketing e mídia em geral, não ajudam muito, pois todos os dias, a enxurrada de propaganda que estimulam uma falsa felicidade sexual é jogada para cima de nós.

Já os casais do mesmo sexo, não compactuam com essa mídia, pelo contrário, principalmente no sexo feminino, a cumplicidade e familiaridade do corpo em comum, assim como delicadeza e não podemos esquecer, frustrações muitas vezes de relacionamentos antigos, fazem como que cada vez mais mulheres bissexuais se revelem para a sociedade.

Em investigações feitas por Hite (2006: 28) observa que "*casais de mulheres têm mais orgasmos do que casais heterossexuais e além disso a excitação dura muito mais tempo*", o acima se deve ao fato de que mulheres que conhecem suas zonas erógenas podem aplicar esse conhecimento para seus parceiros. Por outro lado, os homens foram educados para ter um relacionamento sexual rápido e genitalizado.

A tarefa deixada às mulheres é conhecer o corpo delas para guiar seus parceiros, querendo compartilhar eroticamente com outra pessoa, ou para se dar prazer.

1.2 Masturbação: o segredo final da sexualidade feminina

A masturbação feminina é uma das poucas práticas sexuais que ainda pesa um enorme tabu.

Diferentemente do home, que desde muito jovem já é estimulado a tal prática, a mulher, envergonha-se do próprio corpo, achando que este papel, de dar-lhe prazer, é único e exclusivo do parceiro.

Porém, muitas ultrapassam essas barreiras de pré conceito e se descobrem seus prazeres dentro de seu corpo com muita espontaneidade.

Muitas das pesquisas publicadas sobre o assunto são rodeadas por um obscurantismo, não confiável, mas na década de 50, o famoso estudo sobre o comportamento sexual do Dr. Alfred Kinsey concluiu que 62% das mulheres tinham se masturbado em algum momento da vida e, é provável que este número seja ainda muito maior (GOODMAN, 2012).

É verdade que é cada vez mais comum para as mulheres partilhar as suas opiniões sobre todos os tipos de brinquedos sexuais, cujo objetivo final não é outro senão o onanismo (automasturbação), mas muito poucos falam sobre o ato em si, o que contrasta com a generalização aceita e visível, que resulta da masturbação masculina.

Já a masturbação feminina não tem sequer um espaço na linguagem coloquial, basta ver quantas maneiras existe para se referir à masturbação masculina e quantos termos há para se referir a masturbação das mulheres: "obter um dedo" é a única expressão que pode encontrar e, quase impossível de se ouvir na boca uma mulher (PARKER, 2009)

Não é que a masturbação feminina não esteja presente, mas aparece nas conversas escondidas. Mulheres raramente, assumem que se masturbam, principalmente, as casadas. A masturbação acontece, mas quando se fala disso, se faz com linguagem limitada que, embora não seja mais um tabu, é algo difícil de se falar ".

1.3 Masturbação: o Tabu

De acordo com Masters (2016), a masturbação feminina está se tornando menos estigmatizada, porém, as mulheres ainda acham difícil falar sobre isso, ainda há um tabu para falar sobre sua privacidade. A maioria só comenta sobre isso em pequenos grupos de mulheres e, às escondidas, diferente dos homens, que falam em voz alta, como a coisa mais normal do mundo. Isso tem uma consequência óbvia: enquanto os homens continuam se masturbando quando estão em pares, as mulheres param de fazê-lo e, além disso, geralmente, elas não enxergam bem o que seus parceiros fazem.

O tabu sobre a masturbação feminina é um fenômeno que vem de longe, não em vão. As mulheres, além disso, têm um obstáculo biológico que tornou difícil o desenvolvimento pleno de sua sexualidade desde o início dos tempos. "O homem descobre seus genitais no útero", explica Parker. *"Todas as crianças brincam com o pênis e parece normal. A mulher, tendo seus genitais escondidos, não os explora desde a infância e quando eles tentam experimentar, ela os repreende. Eles não sabem como é o prazer deles."*

Mesmo com este tabu, atualmente, já existem sites na internet especializados em vendas apenas para o público feminino, além de lojas físicas de sex shop exclusiva para mulheres.

Outro exemplo de quebra de tabu é a onda de festinhas de despedida de solteira, os famosos Chás de Lingerie, onde se é exposto para as participantes objetos sexuais, brinquedinhos para serem usados com ou sem os parceiros, mas ainda é um tabu para as mulheres romperem a barreira do engraçadinho para a compra direta com o único objetivo: sua satisfação sexual.

1.4 A Masturbação durante toda a vida

Autoconhecimento e auto prazer é para ser sentido por toda a vida, uma pessoa com sua saúde em equilíbrio, independente da idade, tem todo o direito de obter prazer na auto estimulação.

É ignorância dizer que após a terceira idade, tanto o homem quanto a mulher, não podem se masturbar, por questões culturais e mais forte ainda questões religiosas.

Embora atitudes e proibições culturais, a masturbação tem estado presente em todas as sociedades, e se pode ver centenas de espécies animais. (ZILBERGELD, 1992, 128).

Em quase todos, a masturbação é uma prática aprovada ou tolerada em lactentes e crianças jovens, tolerado ou ligeiramente condenado em adolescentes, mas ridicularizados ou condenados em adultos. Na verdade, considera-se que a masturbação desempenha um papel essencial na evolução do sistema de resposta sexual dos seres humanos durante a infância, infância e adolescência, e é estimulante e benéfico para adultos (ROWAN, 2000).

1.4.1 Masturbação na infância

Os bebês aprendem rapidamente que tocar seus próprios órgãos sexuais produz prazer. Assim que desenvolvem a coordenação motora, precisam esfregar seus genitais por prazer, eles fazem isso. A partir do terceiro ou quarto mês de vida, acompanhe esta prática com sorrisos e canções de ninar. Embora essa técnica infantil de brincar genital não seja considerada um ato erótico, ela proporciona um grau de satisfação (MARTINSON, 1993).

Se a criança não descobrir durante a lactação que a autoestimulação proporciona prazer, provavelmente a aprenderá durante a primeira ou segunda infância. Enquanto as crianças de cinco a sete anos de idade geralmente não têm fantasias sexuais enquanto seus órgãos sexuais são jogados, o que eles querem é fornecido prazer. A falta de fantasias distingue a atividade de autoerotismo da criança da prática adulta de masturbação.

É comum que durante a infância, as crianças tomem consciência da atitude que os pais têm com relação aos jogos sexuais de seus filhos e essa atitude exerce uma influência sobre eles (MASTERS; JOHNSON; KOLODNY, 1986, 127). Toda vez em maior medida, os especialistas reconhecem que a maneira como os pais reagem às práticas de masturbação das crianças afetará o modo como as crianças se sentem em relação a si mesmas e a seus comportamentos. Especialistas sugerem que os pais permitem que seus filhos desfrutem de práticas de masturbação sem que se sintam mal ou culpados. Os pais são avisados de que, quando encontrarem os filhos acariciando seus órgãos sexuais, aproveitem a oportunidade para ensiná-los que a masturbação é uma atividade da vida íntima: "Eu sei que se sente bem, mas é uma maneira particular de se sentir bem. Vamos encontrar um lugar onde você possa ter a privacidade que precisa.

Educadores e psicoterapeutas dedicados à educação sexual apontam que a preocupação dos pais deve ser focada no contexto apropriado, e não no ato em si. Eles alertam que uma das principais causas pelas quais as pessoas não alcançam satisfação sexual durante a vida adulta, é interferir com a descoberta feita por crianças de seu próprio corpo como fonte de prazer em uma idade jovem (CALDERONE; JOHNSON, 1981, 27).

1.4.2 Masturbação na pré-adolescência e adolescência

Após a descoberta da masturbação na infância, sem tomar qualquer conhecimento do fato em si, como vimos, a criança só descobre um pequeno prazer, diferentemente da fase da pré-adolescência e adolescência, onde a consciência é total do ato. Os adolescentes desenvolvem um forte senso de si mesmos e procuram saber como funciona seu organismo, incluindo o funcionamento sexual (CALDERONE; JOHNSON, 1981). Durante esta fase, as mulheres e os homens tornam-se mais conscientes do seu potencial erótico. As fantasias sexuais tornam-se mais freqüentes e explícitas durante a adolescência, muitas vezes durante a masturbação (MASTERS; JOHNSON; KOLODNY, 1986, 144). Eles desenvolvem mais curiosidade, preocupação e até ansiedade em relação à masturbação, pois adquirem mais consciência sexual. Como os jovens geralmente recebem informações confusas sobre a masturbação que vêm de seus pares ou de outras fontes, eles podem precisar de ajuda para entender que essa prática constitui um comportamento sexual positivo.

A grande dificuldade é sair da fantasia para a realidade, pois na maioria das vezes, esse grupo ainda não possui uma vida sexual ativa, por mais que se masturbem, a vida sexual ainda está longe de ser ativo ou satisfatória, o mundo das fantasias e o imaginário são alimentados pela indústria pornográfica, que não contribuem muito para a realidade. Suposições de formas de orgasmos, posições sexuais, chegada ao clímax só confundem a cabeça dos jovens, que se vêem na obrigação de rendimentos além do que conseguem, gerando muitas vezes frustrações na vida adulta.

1.4.3 Masturbação na vida adulta

A masturbação pode servir como uma preparação para relações sexuais adultas e maduras com um parceiro, mas também pode proporcionar às pessoas maduras uma fonte de prazer e satisfação, independentemente da idade. Aproximadamente 70% dos homens entre 25 e 30 anos de idade e mais de 50% das mulheres entre 30 e 40 anos eles se masturbam. De fato, mulheres e homens, de seus primeiros anos de vida adulta (18-24 anos) a meia-idade (54-59 anos) são mais

propensos a se masturbar do que pessoas de outras faixas etárias (MICHAEL, et al., 1994, 163).

As pessoas que têm um parceiro sexual estável, vivem com o seu parceiro sexual e / ou são casadas são propensas a se masturbar do que as que não têm um parceiro sexual ou vivem sozinhas (Michael, et al., 1994, 165). Isto refuta a teoria de que a masturbação na vida adulta indica fracasso sexual devido à falta de capacidade de encontrar um parceiro sexual ou que a masturbação é um comportamento exibido apenas por pessoas que não têm parceiro ou são privadas de vida sexual por outro motivo

As principais razões dadas pelos adultos para explicar sua masturbação são aliviar a tensão sexual, obter prazer físico, obter prazer sexual quando o casal não está disponível e como uma forma de relaxamento (LAUMANN, et al., 1994, 86).

O ideal seria se um adulto, simplesmente aceitasse que a masturbação fosse algo saudável e natural, independentemente da idade, gênero ou estado civil.

1.5 Os Benefícios da Masturbação Feminina

Como falado anteriormente, é nítido que existe uma repressão em cima da masturbação feminina, é isso não é apenas uma questão cultural, pois tem sérias conseqüências no desenvolvimento da sexualidade feminina e, portanto, nas relações românticas como um todo. Como explica Goodman (2012),

(...) a masturbação 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.

E isso não só tem conseqüências para as mulheres, mas também para os homens, que muitas vezes se encontram perdidos, porque não podem perguntar a parceira o que gostam: parece que não são homens se não souberem de antemão. O resultado muitas vezes é catastrófico, pois gera insatisfação para ambos os lados.

A masturbação feminina também tem importantes vantagens em termos de saúde: o assoalho da pelve é reforçado, 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. O bom dos tabus é que, quando se começa a falar sobre eles, eles deixam de ser tabus.

CAPÍTULO II: O ORGASMO E SUA FISIOLOGIA

É importante estudar um pouco a fisiologia do orgasmo, para tentarmos entender um pouco a parte da neuroquímica do mesmo, além da sua tipologia, pois isso não é uma tarefa fácil, segundo Bozon (2004), o orgasmo é um dos processos biológicos mais complicados que se pode conhecer.

Durante o orgasmo há uma contração de músculos do períneo e outras partes do corpo, a elevação (quase o dobro do normal) da pressão arterial e frequência cardíaca, contração seqüencial dos órgãos genitais, e vocalizações presente em secreção de vários hormônios (como prolactina e ocitocina). Paralelamente a essas mudanças somáticas e viscerais, ocorre uma sensação mental de intenso prazer que é difícil de definir com precisão. Em casos raros, alguns indivíduos perdem a consciência durante o orgasmo por alguns segundos ou até minutos. Este evento, que foi chamado *petitemort* (pequena morte) ou *Doucemort* (doce morte) tem sido explicada como sendo uma parada cardiorrespiratória, com mudanças violentas como a constrição da aorta, hiperventilação (oxigenação do sangue excessiva) ou isquemia (falta de irrigação) cérebro (BOZON, 2004).

A existência de tantas mudanças que constituem ou acompanham o orgasmo causou um número variável de definições que enfatizam ou sublinham alguns desses processos em particular. Por exemplo, Kinsey (2008), e seus colegas definiram-no como "*uma descarga explosiva de tensões neuromusculares no auge da resposta sexual*". Outros autores como Mesten (2003, p.112), descrevendo o orgasmo feminino, enfatizando seu aspecto mental:

Culminar de um sentimento variável e fugaz de intenso prazer que gera um estado alterado de consciência, normalmente com um início que é acompanhado por contrações rítmicas involuntárias dos músculos estriados circunvaginais pélvicos, muitas vezes com contrações uterinas e anais concomitantes e com uma miotonia que resolve vasocongestão induzida sexualmente, geralmente causando bem-estar e satisfação.

O estudo do orgasmo levanta questões muito importantes do ponto de vista evolutivo e funcional, às quais foram dadas respostas contraditórias. Uma dessas

questões, de grande interesse evolutivo, é se os animais experimentam orgasmos. Alguns pesquisadores como Frank Beach o negam estritamente e consideram esse fenômeno exclusivamente humano.

Outro, como Fox, mantém uma posição afirmativa, observando que a série de mudanças que ocorrem durante a ejaculação nos animais é semelhante àquela observada no homem. No caso das fêmeas, aceitação do orgasmo é mais debatido, embora alguns biólogos, inicialmente Richard Michael, tenham descrito em fêmeas de várias espécies de primatas uma série de alterações comportamentais e fisiológicas semelhantes às observadas em mulheres (GARCIA, 2001).

A idéia de que o componente mental do orgasmo depende dos sinais sensoriais gerados por eventos periféricos nos músculos perineais e no trato genital é aparentemente apoiada pela estreita relação temporal entre esses dois processos. Nas mulheres, a iniciação do orgasmo está associada à contração dos músculos perineais e do terço externo da vagina, um processo que Masters e Johnson chamavam de "plataforma orgástica".

O número e a intensidade dessas contrações poderiam estar relacionados à experiência subjetiva do orgasmo: assim, em um orgasmo feminino de duração e intensidade normais, há de cinco a nove contrações da vagina (entre quatro e sete segundos de duração), enquanto em um orgasmo breve e fraco, três a cinco contrações são observadas. Algumas mulheres têm orgasmos prolongados de cerca de um minuto de duração, durante os quais podem ocorrer 25 ou mais contrações dos músculos perineais e do trato genital (GIDDENS, 2003).

De acordo com Ladas (2002), já o orgasmo masculino "mental" é geralmente associado à ejaculação. O processo de ejaculação compreende três fases: i) emissão seminal; ii) formação de câmara de pressão na uretra posterior associada ao fechamento do colo do útero; bexiga e iii) expulsão do sêmen.

O movimento do fluido seminal para a uretra prostática (emissão) é percebido pelo indivíduo como a inevitabilidade da expulsão seminal e do orgasmo. Dois a quatro segundos depois, aparecem às contrações da uretra peniana, um fenômeno já relacionado à experiência do orgasmo.

As contrações associadas à expulsão seminal desenvolvem-se com intervalos de 0,8 segundo frequência semelhante à observada em mulheres, mas após apenas três ou quatro contrações intensas, estas diminuem em frequência e intensidade. A duração das contrações da uretra peniana está relacionada ao volume de sêmen

ejaculado, o que explica porque a maioria dos homens a primeira ejaculação após um período de abstinência é considerada associada a um orgasmo mais agradável aqueles que ocorreram em sucessivas ejaculações, em que o volume ejaculado diminuiu consideravelmente. Alguns homens relatam orgasmos duradouros, mesmo vários minutos.

No entanto, esses "superorgasmos" não foram cientificamente comprovados, e estudos realizados em condições de laboratório mostram que, ao contrário das mulheres, o orgasmo em homens raramente dura mais de 30 segundos (LADAS, 2002).

2.1 Os Nervos e as Informações ao Cérebro para Iniciar e manter o Orgasmo

De acordo com Parker (2000), nas mulheres, foi proposto que a qualidade sensorial do orgasmo varia dependendo da parte do sistema genital que é estimulado. Por exemplo, diz-se que o orgasmo causado pela estimulação vaginal envolve todo o corpo, enquanto que o resultante da estimulação do clitóris é mais focado nesta região. Essas diferenças provavelmente se devem a esses tipos de estimulação (vaginal ou clitorial), que excitam nervos diferentes.

O clitóris recebe uma inervação extraordinariamente densa, principalmente do nervo pudendo, enquanto a vagina é inervada pelo nervo pélvico. Por outro lado, o colo uterino, quando estimulado, envia seus impulsos através dos nervos pélvicos, hipogástrico e vago. A estimulação separada de cada uma dessas regiões pode produzir orgasmos que são descritos como diferentes, mas a estimulação combinada das três regiões produz o que foi descrito como "Orgasmos combinados" que produzem mais sensações orgásticas globais. Na porção anterior da vagina foi descrita uma área denominada ponto G, cuja estimulação, segundo alguns autores, produz orgasmos intensos e característicos (LADAS, 2002).

Swain (2004) relata o surpreendente fato de que uma alta proporção de mulheres com lesões extensas na medula espinhal, mesmo com uma seção total da medula espinhal, pode experimentar orgasmos com estimulação da vagina e/o colo do útero. Esses dados levantam a questão de qual é a via envolvida nesse efeito, uma vez que os nervos mencionados acima entram na medula espinhal e são majoritariamente incorporados ao trato espinotalâmico lateral.

Werner e Trapani (2000), confirmaram que as mulheres que a secção total e alta da medula espinal sofreu uma sensação de estimulação genital e, eventualmente, mostrou orgasmos e mostrou que o nervo vago (hipogástrico) era a via de comunicação entre a região genital e o cérebro.

Não está claro se a percepção mental do orgasmo masculino difere da feminina. Em um estudo conduzido por Vance e Wagner (2009), estudantes universitários de ambos os sexos foram solicitados a descrever seus próprios orgasmos que foram analisados por um grupo de psicólogos, ginecologistas e estudantes de medicina com o objetivo de determinar se foram escritos por homens ou por mulheres. A análise dos resultados mostrou que os juizes "não foram capazes de distinguir o sexo do autor de uma escritura, pelo que concluíram que uma pessoa é incapaz de distinguir o sexo de outra da descrição escrita que aquela faz de seus orgasmos".

Uma diferença clara entre homens e mulheres em relação ao orgasmo é a capacidade deste em experimentar múltiplos orgasmos ao manter a estimulação genital após o primeiro orgasmo. Enquanto alguns homens também são capazes de experimentar orgasmos múltiplos ou seqüenciais, isso ocorre com muito menos frequência do que nas mulheres (LADAS, 2002).

Embora existam grandes variações individuais, as mulheres geralmente requerem de um tempo maior de estimulação para atingir o orgasmo do que os homens. Uma proporção significativa de homens e mulheres é capaz de controlar a duração da relação sexual inibindo o orgasmo. No entanto, quando a capacidade de controlar a ejaculação é perdida, duas condições são apresentadas opostas que precisam ser tratadas medicamente: ejaculação precoce e ejaculação retardada.

2.2 Tipos de Orgasmos

Outra maneira de lidar com a anorgasmia é saber como as experiências de prazer sexual podem ser alcançadas além da penetração ou da estimulação clitoridiana. Existem outras maneiras de atingir o orgasmo, algumas delas pouco conhecidas.

Clitoriano: É o mais difundido, não o mais conhecido. O clitóris feminino tem mais de oito mil terminações nervosas que bem estimuladas podem lhe trazer imenso prazer.

Vaginal: Apenas 25% das pessoas conseguem atingir esse orgasmo. Elas são mais freqüentemente obtidas através da penetração e podem durar mais do que o orgasmo Clitoriano.

Ponto G: Este ponto não é um mito, está localizado logo atrás da parede frontal da vagina, entre o osso púbico e o colo do útero. Os orgasmos femininos por esse meio são tão intensos que às vezes algumas mulheres ejaculam.

Ponto U: Para alcançá-lo, uma pequena área contendo tecido erétil sensível deve ser estimulada, logo acima e em ambos os lados da abertura da uretra.

Ponto A: Este ponto tem sete ou dez centímetros de profundidade na parede frontal da vagina.

Ponto profundo: O clímax nesta área pode ser alcançado através da estimulação da parede posterior profunda da vagina, imediatamente antes do colo do útero.

A estimulação dos seios, a pele através de carícias e massagens ou uma longa sessão de beijos também podem causar orgasmos nas mulheres. Outra maneira de alcançar o pouco conhecido *clímax* é o orgasmo mental que é alcançado através da estimulação visual, seja com imagens ou histórias.

2.3 Orgasmos Não Genitais

Embora em condições normais o orgasmo seja produzido por estimulação genital, tem sido relatado que algumas mulheres experimentam orgasmos devido à estimulação de regiões não genitais.

Masters e Johnson (2007), relataram que as mudanças viscerais e musculares que normalmente acompanham o orgasmo ocorrem através da estimulação dos seios ou mamilos.

Além disso, casos foram descritos, em mulheres e homens, de orgasmos induzidos por estimulação da boca ou ânus. Mais interessante é o caso das

mulheres que podem experimentar orgasmos usando fantasia, sem qualquer estímulo físico.

Em alguns casos, o orgasmo induzido possivelmente por fantasias eróticas foi confirmado por mudanças no tônus muscular, aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca e ativação de várias estruturas cerebrais que ocorrem durante orgasmos genitais normais. Esta propriedade de experimentar orgasmos sem estimulação física é muito rara no homem.

Assim, de acordo com Kinsey e colegas (2005), apenas três homens de cinco mil estudados conseguiram disparar a ejaculação sem nenhum estímulo mecânico.

Outro tipo de orgasmo atípico, como os relatados por alguns indivíduos durante a defecação, pode ser explicado pela ativação sensorial de alguns dos nervos que normalmente participam da expressão do orgasmo, como o nervo pélvico. Em outros casos patológicos, como certos tipos de epilepsia, o orgasmo, como será discutido mais adiante, ocorre um pouco antes da crise epiléptica.

2.4 Hormônios no Orgasmo

Os hormônios sexuais (como andrógenos, estrogênios e progesterona) regulam o comportamento sexual dos mamíferos. A diminuição nos níveis sanguíneos de testosterona, o principal andrógeno secretado pelo testículo, seja pelo envelhecimento, castração ou pela administração de alguns medicamentos, resulta em uma perda de interesse sexual com uma diminuição correspondente nas atividades sexuais (coito). ou masturbação) (CARIDADE, 2005).

Em muitos casos, o sujeito com hipogonadismo mantém a libido e a atividade sexual, mas não sente orgasmos (anorgasmia). É claro que os esteroides sexuais não participam diretamente da produção do orgasmo, mas sensibilizam redes nervosas que o regulam para responder aos estímulos que o desencadeiam durante o ato sexual ou a masturbação.

A testosterona é o tratamento ideal para anorgasmia em indivíduos com hipogonadismo com níveis muito baixos desse hormônio no sangue. Este hormônio requer um tratamento prolongado para exercer o seu efeito, pelo que é normalmente administrada numa preparação a longo prazo (enantato de testosterona) ou aplicada

por sistemas transdérmicos ou em géis que libertam lentamente o androgénio para a circulação (CARIDADE, 2005).

Numerosos estudos apoiam a eficácia do tratamento com testosterona para melhorar o comportamento sexual em indivíduos com hipogonadismo, mas a sua eficácia em estimular a frequência ou qualidade dos orgasmos em indivíduos eugonodais (com níveis normais de testosterona) é discutível.

Outro andrógeno que tem sido relatado por alguns autores como eficaz para melhorar a atividade sexual e promover a expressão do orgasmo é desidroepiandrosterona. Este esteróide é secretado em grandes quantidades pelo córtex adrenal, mas sua produção diminui gradualmente com a idade e alguns autores propuseram que vários efeitos negativos associados ao envelhecimento (anorgasmia, entre outros) deve-se a baixos níveis de desidroepiandrosterona.

De fato, foi relatado que a ingestão diária de doses relativamente altas desta substância (10 miligramas) corrige a disfunção sexual em indivíduos de qualquer sexo.

Em contraste com as fêmeas de todos os mamíferos, em que a ovariectomia suprime o comportamento sexual e o tratamento com estradiol a restabelece, na maioria dos estudos iniciais realizados em mulheres ovariectomizadas poucas ou nenhuma alteração foram relatadas em seu comportamento sexual, incluindo o orgasmo feminino.

Recentemente, usando questionários mais inclusivos, uma diminuição na libido e no prazer sexual após a ovariectomia foi relatada em algumas mulheres. No entanto, o tratamento com estradiol, mesmo em doses relativamente altas ou por períodos prolongados, não corrige esses problemas, incluindo anorgasmia. O estradiol exerce apenas um efeito positivo indireto, facilitando a lubrificação vaginal (LADAS, 2002).

Os resultados clínicos e experimentais sugerem que a anorgasmia que ocorre em mulheres com hipogonadismo, pós-menopausa ou ovariectomizada é devida à diminuição da concentração de testosterona que ocorre nesses casos. A testosterona é secretada pelo ovário da mulher em quantidades muito menores (cinco por cento) do que as secretadas pelo testículo nos homens, embora também ocorra no córtex adrenal.

Os hormônios não apenas promovem a expressão do orgasmo, mas também podem inibi-lo. Por exemplo, a administração de alguns progestágenos (esteróides

semelhantes em sua ação à progesterona), como a medroxiprogesterona, inibe o macho não só o orgasmo, mas a libido. Esta ação inibitória possivelmente resulta da participação de vários mecanismos; um deles é a diminuição da secreção de testosterona testicular pela supressão de gonadotrofinashipófise. Por outro lado, milhões de mulheres usam progestinas sintéticas como um método para regular sua fertilidade.

2.5 Neuroquímica do Orgasmo

Desde o século XIX, os estados depressivos têm sido associados a uma diminuição do interesse sexual e até mesmo à anorgasmia. Foi, portanto, surpreendente que drogas que corrigissem essa condição (depressão) também estivessem associadas à produção de anorgasmia, apesar de não diminuir a libido dos pacientes. Particularmente claros são os efeitos negativos sobre o orgasmo dos antidepressivos, como o prozac, que atuam bloqueando a recaptura da serotonina, e que, conseqüentemente, aumentam os níveis desse neurotransmissor no organismo.

O efeito da serotonina na expressão do orgasmo é aparentemente afetado por sua interação com o receptor da serotonina 2, uma vez que os compostos que interferem nessa interação (como a ciproheptadina) impedem o efeito inibitório desse neurotransmissor.

Nefazodona, um antidepressivo que não inibe o orgasmo apesar de bloquear a recaptura da serotonina, também bloqueia os receptores da serotonina 2, contrariando o efeito dos níveis altos de serotonina que podem inibir o orgasmo. Também algumas drogas que inibem a liberação de serotonina, como a buspirona, facilitam a expressão do orgasmo, que revela um efeito tônico inibitório da serotonina no orgasmo.

Segundo Kaplan (2003), há boa informação, embora obtida indiretamente, sobre os neurotransmissores envolvidos na experiência mental do orgasmo. Este conhecimento não derivou de experimentos, por outro lado inexistente, dirigido para este fim, mas de relatos de pacientes que se queixam de anorgasmia (ausência de orgasmo) durante o tratamento com algumas drogas, especialmente antidepressivos e drogas psicotrópicas.

2.6 O Substrato Cerebral do Orgasmo

Continuando o assunto neuronal do orgasmo, segundo Lowen (2008), a idéia, por outro lado óbvia, de que a ativação de algumas estruturas ou circuitos cerebrais resultou em orgasmos foi inicialmente baseada em relatórios patológicos. Existem numerosos casos de homens e mulheres que descrevem a experiência orgasmos antes do início de uma crise epiléptica, uma experiência que recebeu o nome de "aura orgásmica".

A região do cérebro que tem sido mais freqüentemente associada a essas "auras orgásticas" é o lobo temporal, onde a amígdala e o hipocampo estão localizados. Por outro lado, a produção de orgasmos foi descrita em uma mulher na qual a acetilcolina foi injetada no septo, outra área cerebral relacionada ao sistema límbico e cuja estimulação provoca respostas sexuais em macacos.

A introdução de técnicas de visualização não invasivas (imagens), que permitem a detecção de alterações na atividade de regiões mais ou menos circunscritas do sistema nervoso central, tornou possível relacionar algumas regiões cerebrais com a expressão do orgasmo. É claro que o fato de esses estudos serem feitos em laboratório e que o orgasmo é produzido por autoestimulação ou masturbação poderia implicar uma diferença com os orgasmos "normais" resultantes da relação sexual.

Como pode ser esperado de um processo que inclui a ativação de um grande número de efetores (músculos, glândulas, vísceras, etc.), diversas estruturas cerebrais são ativadas durante macho e orgasmo feminino. Por exemplo, ativação do cerebelo, uma estrutura que participa da regulação do tônus muscular, correlaciona-se com as mudanças musculares dramáticas que ocorrem no orgasmo. Além disso, o aumento foi detectado na atividade de certos núcleos que recebem informações a partir de alguns dos nervos da região perineal e genital, desencadeada por relações sexuais ou masturbação, como o núcleo do trato solitário (CARIDADE, 2005).

Embora existam algumas diferenças nas regiões ativadas durante o orgasmo em homens e mulheres, possivelmente devido às diferentes técnicas de registro utilizadas (tomografia por emissão de pósitrons, no homem e ressonância funcional nuclear magnético, em mulheres), estes estudos coincidem em apontar para o

sistema dopaminérgico (núcleo tegmentar ventral, nucleus accumbens) como um dos circuitos ativados durante o orgasmo.

2.7 O Objetivo do Orgasmo

O significado funcional do orgasmo, especialmente em mulheres, tem sido muito debatido. Nos homens, é evidente que as mudanças na área genital que acompanham o orgasmo estão relacionadas à ejaculação, um processo essencial para a reprodução.

Segundo Veiga (2007), considerando as condições de intimidade em que o orgasmo é experimentado, o que dificulta estudá-lo diretamente, se tem boas informações sobre base biológica desse processo. Por outro lado, Nas mulheres, também foi proposto que algumas mudanças orgásticas aumentam seu potencial reprodutivo. Assim, tem sido argumentado que a ocitocina libertado durante o orgasmo provoca um aumento nas contrações uterinas que empurram seletivamente o espermatozóide em direção à trompa de Falópio, onde o óvulo seria fertilizado.

Segundo alguns autores, as mulheres que experimentam o orgasmo acabam recebendo uma quantidade maior de sêmen na trompa de Falópio, o que aumentaria suas chances de engravidar. A idéia é atraente porque sugere que o orgasmo nas mulheres tem uma função adaptativa.

Alguns autores consideram que o principal efeito do orgasmo é produzir prazer e que, por sua natureza recompensadora, favorecerá a repetição da relação sexual, que se reflete em um aumento do potencial reprodutivo do indivíduo.

Foi até proposto que a experiência de um orgasmo tem um efeito positivo sobre o bem-estar geral que resultará em melhor saúde (diminuição da morbidade) do indivíduo.

Vários pesquisadores, incluindo etimologistas, psicólogos e psiquiatras, apontaram que o orgasmo masculino ou feminino tende a promover importantes comportamentos de afiliação para a sociedade humana. A maioria das versões dessa teoria baseia-se na ideia de que os *lases* os seres humanos são basicamente monogâmicos, e que o orgasmo é uma adaptação cuja função é fortalecer a união do casal, tornando a vida familiar mais gratificante.

CAPÍTULO III: A ANORGASMIA FEMININA

Numa sociedade em que o sexo está presente de todas as maneiras possíveis (nas roupas, na forma como nos relacionamos, na tecnologia, na publicidade, no dia a dia), o que se tornou um tabu é a falta disso. Ter e que é de má qualidade não é um tema que gosta de falar demais. Se qualquer coisa, fala-se de disfunção erétil ou viagra, mas raramente é a falta de orgasmo ou anorgasmia. E menos ainda de anorgasmia feminina.

A anorgasmia feminina ou o orgasmo feminino inibido é a ausência persistente ou recorrente ou atraso do orgasmo após uma fase normal de excitação sexual. Ou seja, a mulher sente o desejo sexual, mas não consegue atingir o pico intenso de prazer que é alcançado com o orgasmo.

Por que isso acontece? A realidade é que pode haver várias causas. Por um lado, a educação sexual que a pessoa recebeu tem uma influência significativa. Há um equívoco de que a mulher deve sempre atingir o orgasmo através da penetração, quando a realidade é que é mais freqüente fazê-lo através da estimulação manual ou oral do clitóris.

Portanto, uma fraca ou nenhuma estimulação dessa área pode ser uma das causas desse problema. Também pode ser a presença de um viés de atenção em relação ao próprio comportamento ou auto-observação excessiva durante o ato sexual, juntamente com uma série de pensamentos obsessivos negativos sobre o desempenho de alguém.

Neste ponto, entraríamos no viés da relação com o corpo e autoestima, que só por si, este assunto daria um novo trabalho acadêmico. Pois os padrões de beleza mudaram e fazem as mulheres se questionarem até mesmo de seu poder de ter e dar orgasmos.

A preocupação com a forma do corpo e com apresentar orgasmos (desempenho) para o parceiro faz com que haja um desligamento das sensações iniciais do prazer e conseqüentemente perda de excitação, levando a anorgasmia e frustração por não alcançar orgasmos.

A frase comumente falada que o sexo começa antes do sexo, retrata essa questão da anorgasmia feminina, pois antes mesmo de se iniciar o ato sexual, a

mulher precisa iniciar um processo de estimulação mental para chegar ao seu clímax.

As mulheres reclamam da falta de desejo, libido e dificuldades para obter o orgasmo. Desequilíbrio hormonal pode ser um fator sim, mas não o único. As causas podem ser fisiológicas, psicológicas ou socioculturais.

3.1 Os Motivos da Anorgasmia

A anorgasmia ocorre por dois motivos principais:

O motivo não pode ser visto. No caso em que a mulher tem um parceiro, ela nunca pode descobrir se é orgasmo ou não, mas com sua própria manifestação. Desta forma, o orgasmo feminino, por sua natureza incorpórea e intangível, é imperceptível pelo casal. Isso faz com que mulher anorgasmica nunca esteja ciente do problema se ela não se manifesta, um procedimento muito freqüente por várias razões. Nestes casos, o não suporte do casal na solução do problema é contado e a razão 2 também aparece.

O motivo não quer ser visto. A falta de orgasmo tende a se esconder, tanto para a mesma pessoa quanto para o casal. Muitas mulheres escondem que não têm orgasmo por causa de fatores culturais (falsos mitos ou crenças sobre sexo), porque se sentem culpadas, porque não querem que seu parceiro se sinta culpado, por vergonha ou por outras razões pessoais. Isso leva ao tópico conhecido como "orgasmo fingido", que termina apenas na frustração da pessoa. Essa frustração, prolongada no tempo, pode ter dois tipos de conseqüências. A primeira, inevitável, é que a pessoa afetada pela anorgasmia não desfrute de relações sexuais e desenvolva falta de desejo ou outro tipo de disfunção. A segunda conseqüência é que essa frustração deteriora o relacionamento do casal, sem nunca saber que causou essa deterioração.

Muitas mulheres sentem vergonha de falar sobre o tema de sexo, orgasmos, fantasias sexuais, na verdade é que estes temas deveriam fazer parte das nossas vidas, como um assunto qualquer, afinal os benefícios de uma vida sexual saudável são inúmeros.

Levar o tema do sexo, como algo "errado", "besteira", "pecado" ou qualquer outra definição que nos foi passado ao longo da vida só dificulta ainda mais o

tratamento com mulheres que sofrem de ausência de orgasmos, ou seja, mulheres sem uma vida sexual saudável.

3.1.1 Fatores que impedem o orgasmo feminino

Existem elementos que bloqueiam as mulheres e dificultam o desfrute do sexo em toda a sua plenitude. Estima-se que em 95% dos casos de anorgasmia feminina, a causa seja algum fator psicológico ou emocional, e apenas 5% respondem a uma causa biológica. (VEIGA, 2007).

- Barreira psicológica: a mulher pode sentir-se culpada por gostar de sexo (mesmo inconscientemente) por causa da educação que recebeu ou de outros fatores. Ele também pode sentir a pressão sobre o parceiro e a frustração de não atingir o clímax ao mesmo tempo que ele. O medo de reforçar sua autoestima também pode entrar em jogo e impedir o orgasmo feminino.

- Tratamentos médicos: o orgasmo feminino está intimamente relacionado ao desejo sexual. Doenças como a depressão diminuem a libido e as drogas com as quais ela é tratada também. Se o desejo sexual é baixo, a capacidade de atingir o orgasmo é reduzida. Medicamentos para hipertensão ou para certos estados mentais delicados, como o estresse agudo, também podem produzir anorgasmia feminina.

Tratamentos que carregam hormônios podem destruir o desejo sexual quase inteiramente. Por esse motivo, certos contraceptivos inibem a libido, especialmente aqueles implantados sob a derme.

- Clitoridectomia: é a ablação do clitóris (eliminação dos tecidos genitais da mulher). Isso é feito em alguns problemas para os países do orgasmo feminino por razões culturais, religiosas ou sociais, sem ser devido a qualquer causa médica. Esta prática inibe a capacidade de atingir o orgasmo feminino.

- Confusão na identidade sexual: conhecer a si mesmo é essencial para desfrutar do sexo. Uma pessoa precisa definir a si mesmo e seus gostos. Excitação feminina e lubrificação ocorre se a mulher gosta do que faz. A sexualidade faz parte da identidade de cada pessoa, e quanto mais se é definido, mais gosta de sexo com outra pessoa.

- Menopausa: com a idade e a chegada da menopausa, a mulher sofre alterações hormonais que produzem secura na área genital. A lubrificação feminina é difícil de uma maneira natural durante o sexo, o que pode degenerar em

anorgasmia. Mas esse fator tem uma solução fácil, atualmente existem comprimidos naturais e lubrificantes que ajudam a mulher nesse aspecto e assim atingem o orgasmo.

- Uso de drogas: a substância mais negativa para pessoas no domínio sexual é o álcool. Causa disfunção erétil e pode produzir anorgasmia. Influencia o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso autônomo (SNA), que controla a excitação sexual.

A cocaína a curto prazo aumenta o desejo sexual e dá uma forte sensação de energia, mas se consumida com frequência, pode ser prejudicial à resposta sexual do corpo aos estímulos. Outras drogas, como maconha, heroína, LSD, metadona ou morfina, geram distúrbios sexuais muito sérios.

- Atraente: a autoestima é muito importante na cama. A mulher procura tanto se sentir desejada quanto desejar a outra. Se não houver química entre as pessoas, é difícil para uma mulher atingir o orgasmo.

- Sociedade: o ambiente em que uma mulher cresce, define sua personalidade e também sua atitude no sexo. Em geral, a masturbação feminina é menos conhecida e aceita do que a masturbação masculina. Por esse motivo, a maioria das mulheres não pratica ou tem vergonha de admitir que o faz.

Quando uma mulher não se conhece em assuntos íntimos, ela não pode orientar seu parceiro sexual do que ela gosta ou não gosta. Então o orgasmo feminino é complicado.

Educação em valores contrários ao sexo, o conceito de pecado, sentimento de culpa ou vergonha, a educação sexual pobre, ou experiências nocivas na casa, também marca a mulher, e pode gerar anorgasmia.

- Anormalidades anatômicas: sofrem distúrbios no útero, ou na pelve, podendo causar vaginite, além de anorgasmia.

- Sistema nervoso na área pélvica: má circulação, esclerose múltipla, desconforto na medula espinhal ou tumores, são elementos que influenciam o sistema nervoso da região pélvica e que podem degenerar em anorgasmia.

3.1.2 Causas Psicológicas da anorgasmia feminina

Entre os fatores psicológicos, estas são as principais causas da anorgasmia feminina. A educação que uma mulher recebeu pode causar um sentimento de culpa por gostar do sexo.

A obrigação de atingir o orgasmo ao mesmo tempo que o seu parceiro pode levar à frustração na mulher quando ela não é alcançada.

Estresse ou depressão também desempenham um papel fundamental no crescimento da anorgasmia. Certos tratamentos para combater esses estados mentais podem inibir a libido.

3.2 Níveis de Anorgasmia

Os níveis conhecidos de Anorgasmia são:

- Anorgasmia primária: É apresentada por mulheres que nunca tiveram um orgasmo através de relações sexuais ou através de masturbação. Aqui a mulher jamais teve um orgasmo. É possível neste caso, que entre o fator orgânico (exemplo: tireoide, obesidade, diabetes entre outras doenças).

- Anorgasmia Secundária: É apresentado por algumas mulheres que, após um período de ter tido orgasmos com normalidade, deixam de experimentá-las recorrentemente. Aqui neste tipo de anorgasmia entram as mulheres que sofreram algum abuso sexual, e que devido a este trauma, ela contraiu um trauma que inibe sua vida sexual, não vindo a sentir nenhum prazer e nenhum estímulo para conseguir ter uma vida sexual normal outra vez.

- Absoluta (Generalizada): É apresentado por mulheres que são incapazes de alcançar qualquer tipo de orgasmos “induzido” através de relações sexuais ou masturbação, ou seja, em nenhuma circunstância.

- Situacional: São mulheres que podem alcançar um clímax, mas somente em determinadas situações (ou parceiros) específicos.

Sabe-se que cerca de 90% das causas da anorgasmia são devidas a problemas psicológicos e não fisiológicos.

Outras disfunções sexuais que aparecem são a dispareunia, que é a dor do coito na penetração e durante a relação sexual, e o vaginismo, que é a contração

involuntária das paredes da vagina que impede a penetração. Nestes dois últimos casos, as mulheres que têm secura vaginal e precisam de mais lubrificação são afetadas para não sofrer irritações, ou desconforto, no momento de serem penetradas.

3.3 O Prognóstico da anorgasmia

O prognóstico da anorgasmia depende da sua causa. Quando se deve a causas fisiológicas, a solução do problema dependerá do tipo de patologia, seja aguda ou crônica, sua gravidade e se ela é mais ou menos dolorosa ou desconfortável. No entanto, qualquer que seja a patologia relacionada com anorgasmia existe estratégias para melhorar a sexualidade independentemente de atingir o orgasmo, que pode ser bastante eficaz e pode melhorar a qualidade de vida em geral e sexo em particular as pessoas afetadas.

Quando a anorgasmia é devida a causas psicológicas, em primeiro lugar é necessário identificar o problema para intervir. A maioria dos problemas psicológicos que causam anorgasmia tem uma solução fácil. É o caso que é causado por problemas diários, baixa autoestima, outros tipos de disfunções sexuais, educação sexual inadequada, controle excessivo ou problemas no relacionamento.

Por outro lado, se a anorgasmia deriva de uma experiência traumática sexual anterior, o prognóstico geralmente não é tão favorável, especialmente se houver um transtorno de estresse pós-traumático subjacente. Estes casos devem ser supervisionados e interveio por um profissional de ambas as especialidades.

Em casos de anorgasmia causadas por fatores culturais, o prognóstico pode ser variável dependendo do tipo de crenças e o grau de estabelecimento na pessoa, especialmente quando moralidade e ideologia estão confusas.

3.4 Anorgasmia induzida por substâncias ou medicamentos

A anorgasmia relacionada com substâncias ou medicamentos podem ocorrer por intoxicação, abstinência ou como efeito colateral de algum medicamento, geralmente as essas mulheres fazem uso prolongado de medicações para doenças crônicas ou mesmo que abusam de uso prolongado de drogas ou álcool.

De acordo com o DSM-V, entre os medicamentos que comprovadamente podem induzir disfunções sexuais femininas (anorgasmia em especial) são antidepressivos, os antipsicóticos e os contraceptivos hormonais. Os efeitos colaterais de medicamentos antidepressivos relatados com mais frequência são dificuldades para atingir o orgasmo. As prevalências variam entre 25 por cento a 80 por cento.

3.5 Prevenção

A melhor prevenção possível é a intervenção precoce, ou seja, proporcionar à população a aprendizagem sexual desde o início da educação. Isso não se limita ao ensino de disciplinas escolares do sistema reprodutivo, mas para fornecer informações claras sobre sexualidade, compreensível e livre de dúvidas.

Além disso, trata-se de desnudar, cada vez mais, a cultura de elementos errôneos sobre sexualidade e mitos falsos. Isso não está de modo algum relacionado à ideologia religiosa de cada pessoa, que deve ser respeitada e livremente escolhida. Isso está relacionado a outros conceitos derivados de estereótipos sobre homens e mulheres e comportamentos sexualmente corretos ou incorretos.

É inegável que nos últimos anos tivemos avanços importantes sobre o tema, com muitos mitos até então considerados verdadeiros, sendo desmentidos.

Muito ainda resta para ser desvendado, é muito provável que com a crescente valorização social da sexualidade feminina, tenhamos nos próximos anos um aumento expressivo do conhecimento de pesquisas diante deste assunto.

Cada vez mais, profissionais de saúde devem se sensibilizar quanto a esses temas tão emblemáticos que cercam a vida sexual. O tema é e sempre será atemporal, pois os mitos e tabus só trocam de roupagem, mas o cenário, o grande vilão continua sendo, a falta de comunicação e verbalização de tudo que PE tratado no campo sexual.

3.6 O Tratamento da Anorgasmia Feminina

Como pode ser visto, muitas das causas da anorgasmia feminina são de origem psicológica. Por este motivo, é importante realizar um tratamento com um

profissional adequado. Para ser eficaz, deve ter um pilar fundamental: a psicoeducação e a educação sexual.

É importante que as mulheres entendam a natureza do que acontece com elas e sua sexualidade. Por outro lado, é vital que elas entendam como irracionais as crenças que valorizam e que não têm uma base real.

Mas além de trabalhar com conhecimento e ideias sobre sexo, se deve fazer um trabalho prático. Isto deve ser personalizado para cada mulher, mas deve incluir exercícios de focalização sensorial e estimulação.

Primeiro, ela será a pessoa que deve explorar seu próprio corpo gradualmente até atingir o orgasmo, e então ela deve ensinar a seu parceiro o tipo de estimulação que ela deseja sentir esse prazer característico.

Para este último, também é importante incluir treinamento em habilidades sociais e técnicas assertivas, já que melhorar a comunicação no casal e as habilidades relacionais é um passo fundamental para alcançar o sucesso do tratamento. Como vimos, a anorgasmia feminina é um problema que pode ser superado.

Existem recomendações gerais para esse transtorno:

- Existe um programa de autoajuda a reduzir a ansiedade no momento da relação sexual, desenvolvido por Lo Piccolo e Lobitz (1972), que é associar a masturbação com foco sensorial (masturbação formação). Podemos também associar exercícios do músculo pubococcígeo para melhorar a tonicidade dos músculos pélvicos. Consiste nas seguintes fases:

1. Auto-observação do corpo e dos genitais.
2. Auto exploração dos genitais.
3. Localização das áreas mais agradáveis.
4. Autoestimulação e fantasias eróticas.
5. Masturbação com vibrador.
6. Segmentação sensorial não genital.

7. Masturbação na presença do casal.

8. Foco sensorial genital.

9. Coito.

- Manobra "ponte" (*Kaplan*) que consiste na estimulação concomitante do clitóris com introdução vaginal. No momento da penetração, a mesma mulher ou parceiro deve simultaneamente estimular o clitóris. O momento da penetração deve ser adiado até que a mulher tenha uma alta excitação, e então o clitóris é estimulado a atingir o orgasmo sem a necessidade dessa estimulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procura dar subsídios para uma maior compreensão sobre a sexualidade como uma construção social que envolve vários aspectos do ser humano, com base no sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, vínculo afetivo, amor e reprodução, fatores esses que são vivenciados ou expressos na forma de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades práticas, papéis e relacionamentos.

Kinsey et al notou que 10% das mulheres casadas não tinham orgasmo, mesmo número que Chesser apontou. Para Hite seria 11,6% e Rosen estima que isso aconteça entre 24% e 37% das mulheres. Em uma recente revisão de 34 estudos, o número de anorgasmia varia de 20% a 50%. Estima-se que o número no Brasil atinge apenas 6'8%.

Alguns estudos focalizaram a anorgasmia do coito mostrando que entre 50 e 75% das mulheres não têm orgasmo durante a relação sexual, mas sob outras circunstâncias.

Uma história clínica exaustiva deve ser feita, especificando com precisão se é um distúrbio de orgasmo primário, secundário, situacional ou generalizado. É muito importante rever em profundidade a história psicosssexual: iniciação da atração sexual, jogos eróticos infantis, descoberta do prazer sexual, iniciação e evolução das fantasias, iniciação e evolução da masturbação, Circunstâncias e resposta da primeira relação sexual, tempo decorrido até atingir o orgasmo, relações com diferentes casais, motivos de separação, etc.

Atualmente, não existe medicamento cuja indicação exclusiva seja de disfunção orgásmica. É verdade que alguns princípios ativos facilitam a desinibição e outros melhoram o desejo. Assim, parece que a bupropiona melhora todas as fases da resposta sexual, facilitando o aparecimento do orgasmo.

Existem diferentes modelos terapêuticos, dos quais os mais utilizados e revisados são os seguintes: Heiman e LoPiccolo, Kaplan, Graber e Graber, e Masters e Johnson. Não há grandes diferenças entre eles, todos os autores mostram um otimismo notável em relação aos resultados, apesar do fato de que quase não existem estudos bem desenhados que avaliem sua eficácia terapêutica. Por exemplo, Kaplan afirma: "A menos que haja sérias enfermidades físicas ou

mentais, ou que um conflito conjugal insuperável interfira, todas as mulheres podem ter orgasmos. Nós mal encontramos uma mulher que não é capaz de aprender como alcançar o clímax. "

Desde o início, técnicas de relaxamento são ensinadas. Assim, a mulher aprende a concentrar-se nas diferentes partes de seu corpo, a sentir isso, e então ela pode começar a explorá-lo. Uma vez que a mulher atingiu o orgasmo com autoestimulação e praticou com sucesso em diferentes circunstâncias, a extensão sensorial é tentada em pares, ou seja, praticar o orgasmo por auto estimulação à sua frente, para passar progressivamente ao parceiro que está com as carícias, dirigidas por ela.

Assim, considera-se ao final deste estudo que o orgasmo não deve ser encarado como uma meta, um objetivo final da relação sexual, ele é consequência, é o fruto da relação entre os parceiros, sem essa obrigação, ficou claro que os níveis de ansiedade diminuem.

Também se evidenciou que o orgasmo é um elemento muitas vezes esquecido e reverenciado ao mesmo tempo, pois para se chegar nele, é necessário o rompimento de diversas barreiras. E o mais incongruente, é que ele está dentro de nós e é exclusivo para nós. O que torna este tema tão enigmático.

As raízes educacionais, religiosas, culturais e sociais também servem de bloqueio a partir da maneira que a mulher enxerga o sexo.

Em suma, até agora a terapia com profissionais específicos da área, junto com acompanhamento de outros profissionais, mais o autoconhecimento das raízes dos problemas, continua a ser a estratégia mais eficaz e a única empiricamente validado para a resolução da disfunção orgásmica.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERONI, F. **Erotismo**. México: Editorial Gedisa, 2006.
- AMERICAN P. A. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-V** (5ª edição) Porto Alegre Artmed, 2013
- AMUSCHÁSTEGUI, A. **Virgidade e Iniciação Sexual**. México: Edamex, 2001.
- BÉJAR, S. **Seu sexo é ainda mais seu**. Espanha: Editorial Planeta, 2006.
- BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- BUTLER, J.P. **Desconstrução do Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Editora Brasileira. 2005. 236 p. v.13, n.1 .
- CARIDADE, A. **Abordagem corporal em terapia sexual**. Recife, maio 2005.
- CONFORT,A.**Médicos Fabricantes de Socorro**. Barcelona: Gráficos Instar. 2007.
- GARCIA, O. R. Z. **Orgasmo: da expressão ao início da compreensão**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**. São Paulo: UNESP, 2003.
- GOODMAN, E. *Masturbation and fornication*. **British Medical Journal**, 284, 513. 2012.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
- HITE, S. **O orgasmo feminino**. Barcelona: SineQua Non. 2006.
- LADAS. A. K. **O ponto G**. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- LÓPEZ, O. **Desde a costela de Adão até o ventre de Eva**. México: UNAM Fesztacala. 2007
- LOWEN, A. **Amor e orgasmo: guia revolucionário para a plena realização sexual**. 3ª ed. São Paulo: Summus editorial. 2008
- KAPLAN, H.S. **A Nova Terapia do Sexo**. vol.2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003
- MACRAE, E. **A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da "Abertura"**. Campinas, Ed. da UNICAMP, 2009.
- MASTERS, W. H. **Human sexual response**, Boston, Little Brown Company. 2016.
- PARKER, R.G. **Corpos, Prazeres e Paixões**. A cultura Sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. Best Seller, 2000.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller. 2009

SARTI, C.A. **O Feminismo Brasileiro**: Trajetória. São Paulo: Estudos Feministas. Editora Centro de Comunicação e Expressão - CCE – Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFH. 2004.

SEIXAS, A. M. R. **Sexualidade Feminina**: historia, cultura, família, personalidade & psicodrama. SENAC: São Paulo, 2008

SANZ, F. **Psicoerotismo masculino e feminino**. México: Kairós. 2009

SCOTT, JW. **O Enigma da Igualdade**. São Paulo: Estudos Feministas. Editora Centro de Comunicação e Expressão - CCE – Centro de Filosofia e Ciências Humanas – CFH. 2005.

SWAIN, T.N. **Feminismo**: Quais os Desafios. Estudos Feministas, 1-2, julho/dezembro 2004.

WERNER, D.; TRAPANI, E. Variação cultural na sexualidade humana. **Revista Sexus**, set/out/nov/dez 2000, p15-22.

VEIGA, A P. Orgasmo: querer e poder. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 6, p. 22-31. 2007