



# Revista Transdisciplinar

Uma oportunidade para o Livre Pensar

Vol. 6 - Ano 3 - Nº 6 - Julho / 2015

ISSN 2317-8612

<http://revistatransdisciplinar.com.br/>

[www.artezen.org](http://www.artezen.org)

## 1 – SEXUALIDADE FEMININA, AUTONOMIA E AUTOCONHECIMENTO: RETIRANDO OS BLOQUEIOS DO CICLO DE RESPOSTA SEXUAL FEMININO

### FEMALE SEXUALITY, AUTONOMY AND SELF: TAKING THE LOCKS OF FEMALE SEXUAL RESPONSE CYCLE

Leni Paula Yoshimoto\*

#### RESUMO

Este artigo apresenta uma breve explanação acerca das repercussões de crenças sociais e familiares no exercício sexual da mulher e sua conseqüente falta de autonomia nesse âmbito. Inicialmente, há um pequeno histórico sobre a resposta sexual feminina, o entendimento do seu funcionamento a partir dos estudos de Masters e Johnson, Kaplan e Basson, descrevendo as reações fisiológicas do corpo da mulher em cada fase, e as crenças psicossociais que geram bloqueios que contribuem para o desenvolvimento das disfunções sexuais femininas. A partir do desenvolvimento das técnicas de terapia sexual voltadas para o autoconhecimento do corpo e do seu funcionamento, assim como o esclarecimento de crenças inibitórias, torna-se possível proporcionar maior autonomia do prazer sexual feminino e de seu protagonismo.

**Palavras-chave:** autonomia sexual feminina; disfunção sexual; tratamento; mulher.

#### ABSTRACT

This article presents a brief explanation about the impact of social and family beliefs in sexual pursuit of women and their consequent lack of autonomy in that respect. Initially, there is a little history on female sexual response, the understanding of its operation from the studies of Masters and Johnson, Kaplan, and Basson, describing the physiological reactions of the female body at each stage, and psychosocial beliefs that create blockages that contribute to the development of female sexual dysfunctions. From the development of sex therapy techniques aimed at the self from the body and its functioning, as well as clarifying the inhibitory beliefs, it becomes possible to provide greater autonomy of women's sexual pleasure and its leadership.

Keywords: female sexual autonomy; sexual dysfunction; treatment; woman.

---

\* **Leni Paula Yoshimoto** – Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA, 1994) e Terapeuta Sexual pelo Centro de Sexologia de Brasília (CESEX, 2009). Contato: [lenipaula.psicologia@hotmail.com](mailto:lenipaula.psicologia@hotmail.com)

*“Para a mulher atingir uma satisfação plena, seria preciso que os relacionamentos fossem uma união de duas existenciais autônomas não uma abdicação, uma anexação uma fuga, um remédio [...], ou seja, um casal equilibrado, sem procurar no outro a razão exclusiva para viver” (Beauvoir, 1980).*

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, pudemos acompanhar uma crescente autonomia das mulheres em diversos campos de atuação na vida, tanto pessoal quanto profissional. Isso foi possível graças às mudanças históricas significativas vividas por elas, como a entrada no mercado de trabalho, o acesso à educação, a utilização de métodos contraceptivos, liberdade para se expor, possibilitando-as atuarem como protagonistas da sua própria história.

As mesmas conquistas originadas dessa luta, por maior direito social e igualdade frente aos homens, ainda resultam num frágil equilíbrio entre novas crenças advindas dessa liberdade de expressão sobre os esperados papéis de gênero, e os valores anteriormente vigentes acerca dos mesmos nas famílias e na sociedade. E na tentativa de conciliar todas as funções que lhe são atribuídas ou assumidas – mãe, filha, trabalhadora, mulher, esposa – ainda perdura uma oscilação entre as requisições desse novo momento e um apego a valores anteriores, na tentativa de haver um parâmetro de ação a responder a essas expectativas.

Um campo no qual esse fenômeno pode ser observado diz respeito à vida sexual dessas mulheres. O sexo, a partir das conquistas citadas, passou a ser valorizado muito mais pelo prazer do que pela procriação. Apesar de uma maior liberdade do diálogo e da prática do sexo, da utilização de jogos de sedução e variações de posições, “desmistificação” da masturbação, muitas mulheres ainda se respaldam em antigas crenças e valores acerca do ato sexual, gerando conflitos e conseqüente ponto de desgaste relacional.

Durante séculos, a relação sexual, ao ser

concebida apenas para fins de procriação, garantia ao homem o orgasmo e o prazer, uma vez que a ejaculação se fazia necessária. Para a mulher, no entanto, cabia apenas receber o esperma e contribuir com o “sangue menstrual” para procriar. O prazer feminino era considerado perversão e a mulher “decente” não emitia nenhum ruído durante o ato sexual.

É de considerável importância, ao se deparar com os parâmetros sociais e culturais acerca do sexo, observar como se constrói a educação sexual feminina a partir do contexto em que as mulheres estão inseridas, a fim de entender seus potenciais bloqueios.

Em referência à educação sexual, desde bebês somos incentivados pelos nossos pais a conhecer e nomear as partes do nosso corpo a partir de brincadeiras. Naturalmente, vamos aprendendo e compreendendo nosso mapa corporal. No entanto, a exclusão das partes genitais desse mapa é uma prática comum, quando elas não são substituídas por outras palavras como bichinhos ou apelidos genéricos.

Somente na escola, mais propriamente nas aulas de ciência acerca da reprodução humana, é que vamos descobrir e nomear essas partes que foram excluídas dos jogos infantis. Ainda assim, há pouco mais de dez anos, os livros de ciência nem nomeavam o clitóris como parte da genitália feminina, já que não teria papel importante na procriação. A orientação para pais era de “distrair” e não chamar a atenção para os órgãos genitais, ignorando as práticas de estimulação prazerosa dos seus filhos. Muita ideia de proibido, errado, pecado e/ou sujo foi transmitida para as crianças que, por percepção inversa, aprendiam que eram áreas sem importância ou que, por algum motivo desconhecido, faziam parte de um segredo. O mesmo só era revelado por acaso, a partir de “vias obscuras”, através da autoexploração, na partilha com outras crianças, ou de formas impróprias, como no abuso sexual por adultos.

Muitas meninas só passaram a entender a localização da sua vagina depois da menarca, diante da necessidade de colocar

um tampão para impedir que o sangue "suja" a sua roupa. Um primeiro contato consciente misturado com desconforto e ideia de sujeira. Mesmo quando preparadas para esta ocorrência, por seus pais, a informação sempre vem carregada de algo que traz desconforto, um fardo, algo que as mulheres não deveriam ter, sentir ou passar. A ideia da tensão pré-menstrual (TPM), cólica, dor, é associada a incômodo e preocupação, já que neste momento, muitos pais chamam a atenção para a possibilidade de engravidar como algo que deve ser temido, ao invés de comemorar a comprovação dessa capacidade e da saúde física do corpo.

Diante dessas informações e da própria vivência do período da menstruação, não é difícil compreender por que muitas mulheres têm dificuldade de entender seus genitais como algo diferente do impróprio, do feio, sem valorizar como algo belo e importante, como os meninos conseguem fazê-lo pela diferença de valores que se atribui ao pênis na nossa cultura.

Atualmente, tanto o homem como a mulher dividem suas vidas entre o lar, o trabalho e o sexo. Contudo, em resposta a uma educação sexual restritiva e isenta de autonomia sobre o próprio prazer, as mulheres ainda creditam aos parceiros a responsabilidade pela proporção da satisfação e sucesso da relação sexual, por ainda encará-los como "educadores sexuais" que sabem e irão conduzi-la no que fazer, ou, pelo contrário, quando não se cobram – ou sentem-se cobradas – por mais essa função, transformando-o em fonte de cansaço e estresse. Pereira (2013) enfatiza que:

Com o conflito entre a educação recebida fundamentada nas bases tradicionais e as exigências atuais que propõe novos papéis de gênero, surgem as ambivalências e ansiedades, promovendo, com isto, lutas de poder, disfunções sexuais, infidelidade, desapego e separação. (p. 103-104.)

Sintoma de um fenômeno pós-moderno, as disfunções sexuais, sobretudo da ordem da ausência do desejo, têm se tornado frequentes entre essas mulheres, livres na

possibilidade de vivência sexual, atreladas a parâmetros sociais presentes em sua educação acerca do corpo enquanto fonte de prazer.

Acredita-se que, a partir de uma maior compreensão sobre o funcionamento do corpo feminino, visualizando-o como um mapa erógeno de obtenção do prazer sexual, e contrapondo-se a algumas limitações de sua exploração, em detrimento de uma educação pautada em princípios ainda antigos, as mulheres podem adquirir maior autonomia e satisfação com o sexo, encarando-o com desejo.

## 1. HISTÓRIA DOS ESTUDOS DO FUNCIONAMENTO SEXUAL

Os estudos sobre o funcionamento sexual humano tiveram início com as pesquisas científicas realizadas por Willian Masters e Virginia Johnson em Washington, 1954 (CAVALCANTI E CAVALCANTI, 2012). Apesar de outros estudiosos antes destes terem priorizado a fisiologia da resposta sexual humana, esse trabalho foi o pioneiro pelo fato de se utilizar da observação em laboratório considerado tão importante para a biologia do sexo quanto o Relatório Kinsey foi para a compreensão sociológica do comportamento sexual.

Masters e Johnson introduzem a temática da resposta sexual desassociada da ideia reprodutiva. Observaram, com precisão, o comportamento sexual da mulher e do homem nas mesmas condições de laboratório. Descreveram de forma clara e precisa as etapas da resposta sexual humana dividida em quatro estágios: 1) excitação, despertada a partir de estímulos internos (pensamentos e fantasias) e externos (percepções a partir dos órgãos dos sentidos); 2) platô, que resume o processo da vasocongestão propriamente dita, culminando na ereção masculina e lubrificação genital feminina; 3) orgasmo, que resume o máximo da excitação, em ambos e também resultando na ejaculação masculina; 4) e por fim a resolução, período refratário no qual os níveis sanguíneos voltam ao normal. Afirmam que, apesar das funções genitais serem diferenciadas entre homens e

mulheres, o processo fisiológico de resposta à estimulação erógena é homólogo para ambos, pois obedecem a um fenômeno neurofuncional comum, denominado vasocongestão.

Posteriormente, em 1974, Helen Kaplan modifica esse esquema, ressaltando a importância do desejo como fator precedente à excitação, resumindo o movimento de resposta sexual a um esquema trifásico, no qual o processo restringe-se ao desejo, excitação e orgasmo.

Tanto Kaplan quanto Masters e Johnson formulam um processo linear de resposta sexual, no qual homens e mulheres são semelhantes no movimento de excitação e resolução. Somente em 2000, Rosemary Basson (FRAIA, 2013) estabeleceu esquemas diferenciados no que diz respeito à excitação sexual masculina e feminina, propondo, quanto às mulheres, um modelo circular de resposta sexual, diferente do processo linear anteriormente descrito. Observa que mulheres em relacionamentos longos iniciam a experiência sexual num estado de neutralidade sexual, no qual não há motivação sexual suficiente. Nessa condição, a mulher se mobiliza pelo desejo responsivo que envolve diversos motivos, como a busca por intimidade com seu parceiro, compromisso, carinho e tolerância. A partir daí a excitação e o desejo responsivo ocorrem simultaneamente.

## **2. AS FASES DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA E SUAS REAÇÕES FISIOLÓGICAS**

A partir dos estudos acerca do ciclo de resposta sexual feminino, faz-se importante compreender brevemente cada um dos aspectos envolvidos no processo sexual. Como dito anteriormente, esse esquema é dividido em fases, as quais encontram-se explicitadas abaixo:

### **a) Estímulo Sexual**

Toda resposta sexual é resultado de um estímulo efetivo e a característica de efetividade pode ser potencialmente adquirida. Alguns estímulos efetivos

aliciadores de resposta sexuais são de natureza genética, como a manipulação genital. Porém, a maioria dos estímulos sexuais efetivos são aprendidos conforme modelos de referência cultural ao longo da vida. Os estímulos tornam-se eficazes à medida em que são reforçados por respostas sexuais positivas.

### **b) Desejo Sexual**

Falar do desejo que precede a excitação sexual é buscar compreender os processos emocionais e psíquicos que conduzem a uma estimulação mental inicial, antes da corporal.

Inicialmente, Freud define a necessidade sexual, semelhante ao que acontece com a fome e a sede, nomeando a pulsão sexual de Libido. Cavalcanti e Cavalcanti (2012), por sua vez, apresentam a ideia de apetência sexual para se referir ao “apetite” sexual que se origina no psiquismo humano durante a fase de excitação. Para os autores, essa é uma potencialidade biológica que todos os indivíduos possuem e que é acionada a partir de uma estimulação eficaz.

O desejo sexual é considerado um processo biopsicossocial, sobre o qual interferem três fatores: o cognitivo ou mental, que se refere aos pensamentos coerentes a um contexto cultural e psicológico; o emocional, que está associado às influências psicológicas que originam uma resposta metabólica; e o neurofisiológico, que se relaciona aos aspectos hormonais e ao despertar do desejo. No que se refere ao último fator citado, Pereira (2013) afirma que:

(...) A percepção de um estímulo positivo desencadeia uma ativação de centros específicos localizados em determinadas áreas cerebrais. A ativação biológica se faz por ação de hormônios (o principal a testosterona) e neurotransmissores (dopamina que ativa o desejo e serotonina que inibe o desejo) e o ser humano pode controlar estes estímulos, modificá-los e submetê-los a sua vontade (p. 52).

### **c) Excitação**

A excitação é observada em reações fisiológicas aparentes. O corpo sofre

modificações generalizadas extragenitais e genitais.

As reações extragenitais são: reações vasocongestivas (fluxo sanguíneo perceptível em alguns indivíduos como uma vermelhidão na região da face, pescoço, tórax e membros superiores e inferiores) que desaparece logo após o orgasmo; a vascularização mamária, com um aumento das mamas e congestão dos mamilos; reações miotônicas, definidas por contrações e espasmos musculares, voluntários e involuntários na cabeça, pescoço, tórax, abdome, glúteos, mãos, pés e mamilos (cada parte com suas características específicas); e reação dos sinais vitais (aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória).

As reações genitais comuns a todas as mulheres são determinadas por fatores vasculares e miotônicos: aumento do tamanho, do volume e mudança da cor dos pequenos lábios; um aumento de volume do clitóris por vasocongestão, seguido de uma retração por ação miotônica; na vagina ocorre um espessamento vasocongestivo no seu terço anterior; aumento da lubrificação das paredes, fenômeno chamado de transudação, mudança da coloração e aumento do comprimento em até três centímetros; o útero aumenta de tamanho e se eleva alongando a vagina até o orgasmo. As mudanças nos lábios maiores são diferentes para mulheres nulíparas e múltiparas. Nas primeiras, eles afinam e achatam-se contra o períneo e se abrem; nas segundas, aumentam de volume, tornando-se pendentes.

#### d) Orgasmo

Ponto máximo da excitação e prazer. Cada indivíduo tem o “seu” orgasmo, pois resulta da forma como interpretamos sensorialmente os estímulos. É um ato reflexo respondente de prazer psicofísico. As reações fisiológicas que ocorrem na mulher no momento do orgasmo podem ser observadas por contrações rítmicas do conjunto muscular perivaginal e simultaneamente contrações uterinas.

Psiquicamente, apesar de ser uma sensação

subjetiva, com base nos relatos de inúmeras mulheres, o orgasmo provoca uma sensação de suspensão e interrupção dos sentidos, seguida de um calor que se irradia da pelve para todo corpo, finalizando com um latejamento vaginal (contrações involuntárias da plataforma orgásmica).

O orgasmo pode ser bloqueado por fatores físicos ou psíquicos, a ponto de se converter num momento desagradável. Por ser um evento de alívio da gradual estase sanguínea, quando não ocorre, pode causar dores difusas no baixo ventre e sacralgia reflexa, a chamada “congestão pélvica”.

Existem estudos que descrevem a ocorrência, durante o orgasmo, do fenômeno chamado ejaculação feminina, a qual se caracteriza pela excreção de líquidos através das glândulas de Skene e da uretra. O líquido se apresenta em consistência viscosa e de cor clara, semelhante ao líquido prostático, porém sem esperma. Contudo, ainda não há um consenso a respeito.

#### e) Resolução

Período de retorno progressivo do organismo as condições basais, no qual os níveis sanguíneos voltam ao normal e o corpo entra em estado de relaxamento. Ocorre posterior ao orgasmo, sendo que para mulheres, em alguns casos, venha a ocorrer após sucessivos orgasmos que finalizam por cansaço físico, para que posteriormente ocorra gradativamente o relaxamento.

### 3. BLOQUEIOS NO CICLO DE RESPOSTA SEXUAL FEMININO: GERANDO DISFUNÇÕES

A resposta sexual feminina pode ser inibida por fatores orgânicos ou psicossociais, que podem agir momentaneamente ou de forma mais predominante, originando, assim, as disfunções sexuais. De acordo com Abdo (2012), uma educação rígida, traumas, como o abuso sexual, conflitos conjugais, transtornos ansiosos e depressivos, fadiga, desinteresse pelo parceiro, estimulação inadequada das zonas erógenas, doenças físicas e utilização farmacológica estão entre os diferentes fatores que interferem numa

resposta sexual efetiva. Em geral, causam comportamento de evitação, baixa autoestima, inibição quanto à atividade sexual, insatisfação e distanciamento do parceiro.

Ainda segundo a autora supracitada, a disfunção sexual feminina alcança altos índices em qualquer população. No Brasil, 26,6% queixam-se de dificuldade de excitação, 26,2% de anorgasmia, 17,8% de dispareunia, enquanto 9,5% têm desejo hipoativo. Esta média pode variar conforme a faixa etária. A dificuldade de excitação atinge 28% das mulheres brasileiras entre 18 a 25 anos e 38,1% acima de 60 anos.

A Associação Psiquiátrica Americana (2002 apud ABDO e FLEURY, 2006) define os transtornos sexuais como “uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou por dor associada à relação sexual”. Os principais distúrbios sexuais femininos estão descritos abaixo:

- 302.71 Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo - deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.
- 302.79 Transtorno de Aversão Sexual - aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.
- 302.72 Transtorno da Excitação Sexual feminina - incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação, turgescência, até a consumação da atividade sexual.
- 302.73 Transtorno do Orgasmo feminino – atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo.
- 302.51 Vaginismo – contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.
- 302.76 Dispareunia – dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito,

também pode ocorrer antes ou após o intercurso.

Outra classificação foi proposta pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1993), na qual as disfunções sexuais são definidas como “várias maneiras pelas quais o indivíduo é incapaz de participar de uma relação sexual como gostaria”.

Todas as disfunções se dividem em primária (desde o início da vida sexual) ou secundária (após um tempo de vida sexual satisfatória); generalizada (presente em qualquer circunstância) ou situacional (somente em determinada situação ou com determinada parceria); psicogênica, orgânica ou mista.

É interessante avaliar que, em grande parte das definições acerca das disfunções sexuais, associa-se a ideia de satisfação sexual, critério ao qual são atribuídas causas orgânicas e psicossociais. Com isso, é necessário considerar os aspectos culturais e sociais que subsidiam as crenças das mulheres que sofrem com tais distúrbios, ao pensarmos no tratamento dessas disfunções a partir da Terapia Sexual, de modo a favorecer um desenvolvimento de maior autonomia da atividade sexual feminina.

Apesar das diferentes disfunções tratadas pela Terapia Sexual, e das mais distintas formas de intervenção, os estudiosos da resposta sexual feminina são concordantes no que se refere ao questionamento de premissas educacionais que impedem as mulheres de terem desejo e obterem prazer sexual. Como afirma Cavalcanti e Cavalcanti (2012):

É necessário insistir na afirmativa de que disfunção sexual é um “bloqueio” total ou parcial da resposta fisiológica. Se aceitarmos essa premissa teórica, teremos como verdadeira a conclusão de que a terapia sexual nada mais é do que uma retirada de “bloqueios” (p.209).

A crença de que as mulheres necessitam de uma relação segura, com um parceiro fixo, fiel e compreensivo que gere confiança e afeto para promover e facilitar o despertar sexual, demonstra como a educação e os valores culturais

ainda vigentes sobre relacionamento e sexo influenciam na resposta sexual feminina. Tais necessidades são originadas a partir de uma educação que as conduzem a uma espera pelo “príncipe encantado”, para que possam se entregar e desfrutar do prazer sexual e da felicidade conjugal, ainda que as relações amorosas e/ou sexuais já tenham abrangido diferentes configurações.

A proposta é aprender a dissociar o prazer sexual dessas premissas. Com isso, poder auxiliar as mulheres a se apropriarem do gozo como um prazer individual que pode ser compartilhado ou não, e se perceberem como independentes e autônomas quanto ao prazer sexual, assim como os homens fizeram ao longo da história.

Saber quais são os estímulos que são eficazes para chegar ao desejo sexual é tarefa contínua que envolve autoconhecimento, criatividade e, principalmente, abertura e flexibilidade para experimentar e se entregar ao novo. Tornarem-se também protagonistas no ato sexual possibilitou um desvelar de um campo, anteriormente secreto, acerca dos aspectos que levam ao despertar do desejo feminino, assim como falar também de sua ausência e das dificuldades atreladas.

O orgasmo feminino, nos tempos atuais, passou a ser não só um fenômeno desejável, mas um evento fisiológico normal. Atualmente, muitas mulheres têm como meta atingir não só o orgasmo, mas ter múltiplos. No entanto, segundo os estudos de Masters e Johnson, a poliorgasmia feminina foi mais facilmente observada durante o ato masturbatório, quando algumas mulheres chegavam a experimentar de 5 a 20 orgasmos sucessivos sem que a tensão sexual caísse, até que o cansaço físico desse por encerrada a sessão. Ocorre diferente

do orgasmo único, que se assemelha às sensações observadas no orgasmo masculino de saciação e relaxamento.

Quanto às crenças populares que ditam que ter orgasmos múltiplos é melhor do que ter apenas um, os estudiosos supracitados afirmam que não há parâmetros que a evidenciem, uma vez que as percepções são individualizadas. Com relação à crença de que existem vários tipos de orgasmo, eles refutam a ideia sobre a diferença entre orgasmo vaginal e clitoridiano, afirmando que o orgasmo é um só, que pode ser despertado não só pelo clitóris e pela vagina, mas por estimulação de várias partes do corpo.

Algumas mulheres declaram nunca ter olhado com detalhe a sua própria vulva, assim como desconhecem que possuem dois orifícios distintos (o meato urinário e a vagina). Do mesmo modo, têm pouca familiaridade com a automanipulação enquanto busca de prazer sexual e, ao tentarem a prática da mesma, descrevem o fracasso em manter a excitação e atingir o orgasmo, relatando, em muitos casos, a sensação de estarem fazendo algo errado. Outras conseguem o orgasmo, porém não o atingem durante o ato sexual. E ainda tem aquelas que conseguem acessá-lo durante o ato sexual apenas com manipulação ou com o sexo oral, porém querem conseguir durante o coito.

A resistência ao olhar, tocar, manipular o seu corpo, seus órgãos genitais, conhecer outras zonas erógenas, está atrelada a falta de autorização de si própria, independente da autorização dos pais, da religião ou da sociedade. Se a mulher acreditar que pode, deve e quer, a identificação dos estímulos eficazes torna-se mais fácil.

Masters e Johnson, já afirmavam que a resposta aos estímulos eróticos é vivida por todo o organismo, indistintamente entre

homens e mulheres, permitindo que qualquer parte do corpo seja erotizável, dependendo das condições particularidades dos indivíduos envolvidos e das condições ambientais na situação. Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (2012), ao comentar sobre os autores supracitados:

Por mais aparentemente “neutra” que seja uma região do corpo, ela pode ser “despertada” e ganhar conotação sexual. Casais sexualmente adequados sabem que, muitas vezes, a erotização de zonas aparentemente “neutras” pode apresentar maior resposta do que a estimulação direta das partes genitais. (p. 72).

A masturbação, prática anteriormente condenada, embora praticada de forma velada pelos homens, ainda é objeto de interdição entre as mulheres. Perceber o seu desejo, estimular a si mesma, percorrer pelos campos da fantasia, são práticas que somente agora no século XXI estão sendo incentivadas e consideradas pela sociedade como práticas lícitas, de acesso a mulheres “decentes”.

Porém estas mesmas práticas são utilizadas, há muito tempo, por especialistas no tratamento das disfunções sexuais. Muitas técnicas foram desenvolvidas para que a mulher pudesse romper barreiras, em busca do seu autoconhecimento e do seu prazer. Segundo Abdo (2012):

Basta legitimar o prazer sexual e dirimir mitos e tabus e preconceitos para amenizar parte dos problemas sexuais femininos, especialmente das mais jovens e que ainda não tiveram repercussão da falha sexual em outros aspectos do relacionamento ou sobre o desempenho do parceiro. Portanto esclarecer é papel do profissional de saúde, o que previne a cronificação do problema (p. 190).

Existem várias técnicas de estimulação sexual usadas no tratamento das disfunções sexuais femininas. São elas: *Exercício de Kegel (de relaxamento, contração e expulsão vaginal)* - Kegel (1948); *Focagem das Sensações* – desenvolvida por Masters e Johnson (1970); *Dessensibilização masturbatória e Simulação do orgasmo* –

LoPiccolo e Lobitz (1972); *Pornografia e Exercício de Sucção* – (Gillan e Gillan, 1976); *Coito não Exigente e Dilatação Vaginal* – Kaplan (1977); *Manobra de Ponte, Recondicionamento Orgásmico, Treino e Partilha de Fantasias, Dessensibilização Imaginária e Biblioterapia* – Cavalcanti e Cavalcanti (2006).E, a depender da demanda, o uso de outras técnicas TREC de aplicação geral, como: *Terapia de Esclarecimento e Apoio; Relaxamento; Dessensibilização Sistemática; Dessensibilização in Vivo; Treino Assertivo; Técnica da Parada do Pensamento; Reestruturação Cognitiva; Distração Cognitiva; Técnicas de Debate* e outras.

Embora não fosse objetivo do presente artigo descrever a execução de cada uma das técnicas, faz-se importante notar que muitas delas incluem práticas que, anteriormente, eram tratadas como algo proibido ou consideradas perversão pela sociedade. Contudo, é o conhecimento das partes erógenas do corpo e seu funcionamento, assim como a manipulação do mesmo, que proporcionam uma maior apropriação e conseqüente autonomia no despertar do desejo sexual. É também a partir desse tratamento que muitas das crenças passam a ser ressignificadas e desmistificadas, desassociadas de preceitos outros – sejam de ordem religiosa ou moral – uma vez que estimular sexualmente o próprio corpo passa a ser legitimado por essas mulheres em busca de melhor saúde sexual:

É necessário discutir com a paciente temores, desinformações, fobias, tabus, crendices e proibições religiosas. Aqui se impõe o emprego das técnicas de reestruturação cognitiva, esclarecimento e dessensibilização sistemática até que decida a utilizar a masturbação sem reticências ou temores. (Cavalcanti e Cavalcanti p. 317)

Jogos eróticos eram praticados com muito receio de serem divulgados no meio familiar ou mesmo entre amigos. Hoje não é raro encontrar famílias que presenteiem e brinquem entre si, falando de acessórios que estão disponíveis nos *sexshops*. Podemos observar mulheres trocando informações a respeito das experiências que tiveram com alguns acessórios eróticos, literatura



atualmente classificada como “Romance Moderno”, histórias com conteúdo sensual erótico, como o livro *Cinquenta Tons de Cinza*, ou a partir de filmes como *De pernas pro ar*, ou *Sex in the City*, exemplificando o arsenal de fantasia das mulheres modernas.

O esclarecimento dos bloqueios psicológicos e sociais, a apropriação e conhecimento sexual do próprio corpo, tornam as mulheres capazes de compartilhar seu prazer sexual com o outro, sem recair na crença de precisar de um homem para despertar o desejo. Sair da dependência e da submissão é um movimento crescente exercido pela mulher atual.

## CONCLUSÃO

Pode-se perceber que homens e mulheres, no que concerne a resposta sexual, possuem a mesma capacidade de apetência sexual e resposta aos estímulos sexuais. No entanto, premissas de ordem educacional e social têm interferido, de maneira contundente, sobre o exercício sexual feminino, levando a um retraimento e desconhecimento das mulheres sobre o seu corpo e, conseqüentemente, sobre a sua capacidade de se excitar e sentir prazer.

A educação sexual ocidental, durante muitos séculos, foi praticada de maneira informal e familiar, na qual aos meninos era destinado a iniciação sexual em prostíbulos ou com homens da confiança da família, sempre na intenção de fazê-lo potente e viril sexualmente. Às meninas era ensinado o controle, o cuidado, o culto à virgindade, uma sexualidade voltada apenas à procriação e satisfação no casamento. Apesar da revolução sexual a partir da década de 60, das mudanças sociais ocorridas a partir dos movimentos feministas, muitas dessas crenças ainda perduram no imaginário feminino, levando-as a uma atividade sexual empobrecida de protagonismo e postura ativa frente ao outro.

A Terapia Sexual, no tratamento das disfunções sexuais femininas, encara como relevante o conhecimento, pelas mulheres, das crenças que subsidiam as práticas inibitórias que originam suas dificuldades em

exercer uma vida sexual com maior liberdade e apropriação. No entanto, no que diz respeito ao desejo responsivo proposto por Basson ao descrever o ciclo de resposta sexual feminino, surge o questionamento: em que medida a necessidade de ter outras motivações de ordem relacional, como desenvolver uma interação íntima, de carinho e compreensão com o parceiro, ainda coloca as mulheres de forma passiva à atividade sexual, destituindo-a de um papel mais proativo com relação ao sexo?

A partir de um maior esclarecimento sobre o funcionamento da resposta sexual fisiológica de seu corpo, assim como da prática masturbatória, por exemplo, as mulheres compreendem que podem responder sexualmente tanto quanto os homens, ao perceberem os estímulos sexuais que são efetivos para elas. Essa trajetória de autoconhecimento permite com que tenham melhores condições de diálogo e parceria no desenvolvimento do prazer e desejo sexual dentro das relações que constituem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**: a experiência vivida. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira, 1980, v.2, 2ª edição.

ABDO, Carmita Helena Najjar. **Disfunções Sexuais Femininas** in Sexualidade Humana e seus Transtornos. São Paulo (SP): Leitura Médica, 2012, 4ª Ed, p. 177-202.

ABDO, Carmita Helena Najjar, FLEURY, Heloisa Junqueira. **Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos das Disfunções Sexuais Femininas**. Revista Psiquiatria Clínica, 2006, n. 33 (3), p. 162-167.

CAVALCANTI, Ricardo, CAVALCANTI, Mabel. **Fases Biológicas da Resposta Sexual Humana** in Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. São Paulo (SP): Rocca, 2012, 4ª edição, p. 71-76.

CAVALCANTI, Ricardo, CAVALCANTI, Mabel. **Disfunções Sexuais** in Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. São Paulo (SP): Rocca, 2012, 4ª edição, p. 209-234.

CAVALCANTI, Ricardo, CAVALCANTI, Mabel. **Desordem do Orgasmo** in Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. São Paulo (SP): Rocca, 2012, 4ª edição, p. 309-324.

CAVALCANTI, Ricardo, CAVALCANTI, Mabel. **Arsenal Psicoterápico em Sexologia** in Manual Prático de Tratamento Clínico das Disfunções Sexuais. São Paulo (SP): Rocca, 2012, p. 33-71.

DOS REIS, Margareth de Mello Ferreira. **Características Multifatoriais** in Manual Prático de Conduas em Medicina Sexual e Sexologia. São Paulo (SP): Santos, 2013, cap. 11, p. 321-334.

FRAIA, Carla Cecarello, GLINA, Sidney. **Resposta**

**Sexual** in Manual Prático de Conduas em Medicina Sexual e Sexologia. São Paulo (SP): Santos, 2013, cap. 2, p. 13-24.

PEREIRA, Cintia. **Anatomia, Fisiologia e Neurobiologia Sexual** in Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo (SP): Rocca, 2013, cap. 2, p. 39-63.

PEREIRA, Cintia. **Sexualidade e os Ciclos da Vida: Adultos** in Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo (SP): Rocca, 2013, cap. 5, p. 101-114.



[http://padmashanti.blogspot.com.br/2013\\_01\\_01\\_archive.html](http://padmashanti.blogspot.com.br/2013_01_01_archive.html)