

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PSICOLOGIA

INGRID MIRANDA SANTANA

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS:
UM DIÁLOGO ENTRE A PSICOLOGIA SOCIAL E A PSICOTERAPIA SEXUAL.

Aracaju

2018

INGRID MIRANDA SANTANA

**DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS:
UM DIÁLOGO ENTRE A PSICOLOGIA SOCIAL E A PSICOTERAPIA SEXUAL.**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Tiradentes como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Msc. Cleberson Franclin Tavares Costa.

Aracaju

2018

RESUMO

A sexualidade até o momento ainda é considerada um assunto que causa apreensões e de difícil conceituação, não encontrando uma linguagem que lhe atenda dentro de uma comunicação positiva. Devido a isto, a compreensão das disfunções sexuais (DS) torna-se ainda mais obscura, principalmente quanto os sujeitos envolvidos são mulheres. Existem diversas circunstâncias que atuam negativamente na prática sexual humana, estas situações acabam por vezes corroborando para o desenvolvimento das disfunções sexuais. Que consiste em alterações em uma das fases do ciclo da resposta sexual ou quando a mulher passa a associar a relação sexual à dor. Considera-se uma disfunção quando há o desencadeamento do sofrimento psíquico ou implicações nas relações interpessoais. Esta monografia teve como objetivo investigar a construção da sexualidade feminina em seus aspectos históricos e culturais, e sua interferência na função sexual e qualidade de vida das mulheres. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, utilizando-se de materiais em diversos momentos pelo viés sócio histórico, não estabelecendo critérios de atualidades. Observou-se com esta pesquisa que o estudo sobre as disfunções sexuais femininas ainda é pouco elaborado no âmbito brasileiro. E atualmente mesmo com toda liberdade sexual que as mulheres passaram a exercer, estas ainda se culpam pelas questões problemáticas relacionadas ao sexo.

Palavras-chaves: Sexualidade Feminina; Disfunções Sexuais; Terapia Sexual;

ABSTRACT

Sexuality so far is still considered a subject that causes seizures and difficult conceptualization, not finding a language that meets within a positive communication. Because of this, the understanding of sexual dysfunctions (DS) becomes even more obscure, especially as the subjects involved are women. There are several circumstances that act negatively in the human sexual practice, these situations sometimes end up corroborating for the development of the sexual dysfunctions. It consists of changes in one of the phases of the sexual response cycle or when the woman begins to associate the sexual relationship with pain. It is considered a dysfunction when there is the triggering of psychic suffering or implications in interpersonal relationships. This monograph aimed to investigate the construction of female sexuality in its historical and cultural aspects, and its interference in the sexual function and quality of life of women. It is a bibliographical review study, using materials at various times by the historical partner bias of the review, not establishing current criteria. It was observed with this research that the study on the female sexual dysfunctions is still little elaborated in the Brazilian scope. And even today with all the sexual freedom that women have exercised, they still blame themselves for problematic issues related to sex.

Keywords: Female Sexuality; Sexual Dysfunctions; Sexual Therapy;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. OBJETIVOS.....	08
3. MÉTODO.....	09
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
4.1. Fundamentação Sócio Histórica da construção sexual da mulher.....	11
4.2. Marcos Teóricos na Compreensão da Sexualidade Feminina.....	21
4.3. A Sexualidade da Mulher Brasileira e as Disfunções Sexuais.....	29
4.4. Psicoterapia Sexual.....	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade cada vez está sendo mais identificada como parte significativa dentro da saúde integral do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde legitima que a sexualidade é um dos pilares fundamentais para a qualidade de vida, assim ocupando um espaço em que a concepção da sua vivência de maneira positiva proporciona bem-estar para o sujeito (LARA, 2009) A partir desta concepção da grande relevância e importância da sexualidade, este trabalho objetivou apresentar como a vida sexual da mulher é imbuída de questões sociais e históricas que acabam por influenciar de forma negativa a descoberta e vivência da sexualidade.

Quando a temática da sexualidade é abordada remete-se imediatamente aos fatores de ordem biológica, esquecendo-se assim de fatores como o sociocultural e o psicológico, ambos de grande influência no desenvolvimento da sexualidade. Desta forma, a compreensão destes aspectos é de suma importância para o entendimento da sexualidade na atualidade. Será abordado neste trabalho, de que forma a saúde sexual da mulher ainda hoje está sendo fragilizada por estes aspectos.

Visto que a Psicologia tem se apropriado pouco desta área de pesquisa, principalmente no que se refere à sexualidade da mulher e as suas disfunções. Esta exploração é de suma importância, uma vez que é conhecido que a sexualidade e as disfunções sexuais influenciam diretamente na saúde física e mental do indivíduo. Desse modo, esta pesquisa objetiva trazer um olhar que vá além do fisiológico e biológico e fornecer um direcionamento para a construção de uma percepção que traga a importância da vivência sexual de forma positiva e satisfatória, como contribuintes para a qualidade de vida e bem-estar das mulheres.

Assim, ao analisar a construção sexual feminina neste trabalho de conclusão de curso, busca-se através do olhar da psicologia trazer uma concepção destes determinantes psicológicos e sociais, visando uma compreensão da sua influência na vivência e construção desta sexualidade, para assim compreender melhor os possíveis aspectos para o desencadeamento das disfunções sexuais.

A importância de estar trabalhando esta temática é fornecer visibilidade à saúde sexual feminina, através de uma revisão bibliográfica dos processos sócio-históricos, apresentação das disfunções sexuais mais recorrentes na população feminina brasileira e as atuais

metodologias e técnicas utilizadas para o tratamento psicoterapêutico destas disfunções. Estudar e pesquisar sobre a sexualidade é se permitir lidar com todas as sombras acerca dos preconceitos enraizados que existem dentro de nós, é entrar em contato com um novo mundo, é desmistificar algo que é natural ao humano.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Investigar a construção da sexualidade feminina em seus aspectos históricos e culturais, verificando as repercussões desta construção na função sexual e qualidade de vida das mulheres.

Objetivos Específicos:

Apresentar os possíveis aspectos sociais e psicológicos que contribuem para o desenvolvimento das disfunções sexuais da Mulher.

Reconhecer os Desafios que a Psicologia encontra no campo da Sexualidade Feminina.

Verificar os atuais recursos psicoterápicos, técnicas utilizadas nas intervenções em Saúde Sexual da Mulher e metodologias para o diagnóstico e prognóstico de tais disfunções.

3. MÉTODO

Foi devido as reflexões e questionamentos cotidianos sobre conteúdos relacionados a sexualidade feminina e seus aspectos que procurei buscar respostas e me propus a pesquisar sobre esta temática que tem muito a contribuir a comunidade acadêmica. Atualmente as mulheres têm exercido papeis de luta para conquistar o seu espaço e sua voz nos campos sociais e públicos, como os direitos trabalhistas. No entanto, está na hora de conquistar a voz dentro da sexualidade, desconstruir os tabus, mitos e padrões criados acerca da vida sexual da mulher. As mulheres também podem gozar e usufruir dos prazeres da sexualidade sem medos e repressões.

O presente trabalho foi elaborado por meio de uma pesquisa bibliográfica qualitativa com o intuito de realizar uma investigação e análise acerca da temática. A pesquisa bibliográfica consiste em uma metodologia baseada no levantamento de referências teóricas analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, páginas da web, artigos científicos (FONSECA, 2002). Esta metodologia propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras, sendo indispensável para a delimitação do problema em um projeto de pesquisa e para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um tema, sobre suas lacunas e sobre a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento. (MARKONI; LAKATOS, 2003).

Para obtenção dos materiais foram realizadas buscas acerca da temática mediante as bases de dados SCIELO, LILACS, PEPSIC, CAPES, SBRASH. Sendo a abordagem qualitativa uma análise e coleta de dados de todo o material explorado durante a pesquisa (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Inicialmente a produção consistiu na pesquisa de periódicos, objetivando uma catalogação sistemática com o propósito de realizar uma estruturação elaborada sobre a construção sócio histórica da sexualidade feminina e suas implicações na saúde sexual da mulher contemporânea e levantar uma discussão sobre o atual papel da psicologia dentro destas questões.

Posteriormente a exploração do material selecionado foi realizada a sua estruturação de acordo com as questões norteadoras do trabalho, como “Quais os fatores históricos podem estar relacionados às disfunções sexuais da mulher?” “Qual a contribuição da Psicologia no

conhecimento da sexualidade da feminina?” e “A psicologia encontra-se inserida nas atuais discussões e produções acerca da saúde sexual da mulher?”.

Assim o trabalho começou a ser escrito de acordo com os objetivos do trabalho, embasando-se na análise dos dados de todo o material explorado durante a pesquisa, afim de alcançar resultados frente as questões levantadas. A proposta final da pesquisa foi trazer novas construções, reflexões e conhecimentos do objeto estudado, favorecendo um espaço de crítica e produção acerca da temática, assim contribuindo cientificamente para a produção posterior de novos trabalhos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Fundamentação sócia histórica da construção sexual da mulher.

No presente capítulo será apresentada a construção da sexualidade da mulher, através da exposição da produção de autores relevantes a temática, abordando o desenvolvimento sexual dentro das concepções antropológicas, sociológica e cultural. Segundo Leontiev (1978), o homem é resultado da sua realidade social, suas disposições biológicas em nada lhe garantem a sua vida em sociedade, mas sim o que encontra socialmente construído acerca do seu gênero. A sexualidade é uma manifestação da particularidade de cada indivíduo e da sociedade, que traz em sua construção aspectos da história, sociocultural e biopsicológica (FOUCAULT, 1996)

Pensar a sexualidade desvinculada do social é inconsistente, ambos são envolvidos por um processo de construção e reflexão constante onde se é construído percepções individuais. A elaboração deste processo perpassa através de fatores sociais e culturais, que se formam ao longo da vida, devido a isto as expressões da sexualidade humana são distintas e devem ser compreendidas dentro das suas singularidades (ROHDEN, 2009). Visto que, esta a perpassa pelo processo histórico e simbólico que manifesta e expõe a construção da identidade do indivíduo, onde a vivência da sua sexualidade é entendida através do público versus privado, e da sua interpretação das regras morais e ética social do grupo ao qual está inserido (KAHHALE; ANDRIANI, 2002).

De acordo com, Ressel e Gualdall (2003), a sexualidade é um fenômeno inerente à vida de todos os indivíduos, no qual ao mesmo tempo em que é coletiva, ela é singular ao sujeito, visto que cada ser terá uma concepção particular. A individualidade é indissociável da vida social, portanto, enquanto uma questão objetiva, a sexualidade também é subjetiva, social e individual (SANTOS, 2005). Desta forma, é uma dimensão dinâmica, dialética e processual da existência humana (NUNES, 1987).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é uma energia que motiva para encontrar o amor, contato, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual (OMS, 1990). Atualmente a sociedade tem pensado a sexualidade associada somente ao ato sexual e ao que lhe é próximo, no entanto vai, além disso, pois ela também se refere a aspectos como erotismo e sensualidade (CARVALHO; PINTO, 2002). O sexo é apenas um aspecto da sexualidade,

que não a esgota, pois esta não é reduzível ao genital, ao biológico. O referido termo abrange relações sexuadas, relações de troca e produção, nas quais os afetos estão presentes (CHAUI, 1984).

Na visão de Foucault, com sua concepção construcionista, a sexualidade é social e historicamente construída, ou seja, depende da cultura e das relações sociais estabelecidas, o que possibilita pensar em diferentes formas de viver e de construir identidades de gênero e sexuais. Operar com a perspectiva construcionista significa tanto opor-se à ideia de naturalização do feminino e do masculino como também ser crítica de uma visão rígida, fixa, pelos determinantes biológicos (BORGES; SCHOR, 2002).

Para acentuar as relações sociais termos como os gêneros foram criados, onde a sua interpretação se dá a partir do biológico, gênero é o significado social e político historicamente atribuído a cada sexo, é "uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado" (SCOTT, 1990, p. 7). O espaço feminino e o masculino se constituem, portanto, em mundos separados, paralelos e incomunicáveis (VIEIRA, 1997). A sociedade produz estereótipos que são consumidos como inatos, e a mulher passa a ser concebida no papel de submissão a figura masculina, sendo despojada do seu corpo e de sua sexualidade.

A concepção sexual da mulher vem de fatores históricos, e a compreensão destes aspectos é de importância para o entendimento da sexualidade nos dias atuais. Conforme Spitzner (2005), durante a era paleolítica a mulher era concebida como sagrada, pois era a provedora da vida, ocupando assim um lugar central na comunidade, os homens não possuíam o conhecimento sobre a reprodução, acreditando que a gravidez originava dos Deuses. Uma época dominada pelo matriarcado, pela valorização do feminino, onde o sexo era compreendido tanto para o homem como para a mulher como uma satisfação corpórea, assim a sexualidade era concebida como algo natural e livre (OKITA, 2007).

A concepção de paternidade não existia ali e a coabitação, ou seja, homem e mulher que mantinham relações sexuais vivendo juntos, só apareceu nos últimos períodos do comunismo fundacional. Os descendentes de sangue eram identificados através da mulher. A organização tribal concentrou-se em relação às mulheres e seus filhos. O cuidado das crianças era dividido entre a mulher e seus irmãos. Os pais eram apenas visitantes do lar tribal, que era a residência da mãe e de seus parentes de sangue. Os homens viviam com a mãe e os irmãos dele, cuidando dos filhos das irmãs. (OKITA, 2007).

É a partir da era neolítica, que emerge o primeiro controle do corpo feminino, onde a partir do momento em que o homem toma conhecimento da sua função reprodutora passa a controlar a mulher tomando-a como sua propriedade (MEIRELES; SANCHEZ; VALLE, 1999). A partir do casamento, como código legítimo de apropriação, a sexualidade da mulher passa a ser regulada, surge a imposição da virgindade, a monogamia para as mulheres, e consequentemente a submissão ao homem (OKITA, 2007).

Ao longo do período dos Impérios Greco-Romanos, de acordo com Lins (2015), as mulheres eram desprovidas de todos os seus direitos, como o acesso à educação, ficando assim confinadas ao espaço familiar desde o seu nascimento até o momento em que era tomada como esposa, onde apenas tinha como função prover herdeiros legítimos e cuidar do lar. Desta maneira, passava toda a sua vida submetida a ordens e autoridades masculinas, pois em compreensão as mulheres não possuíam discernimento e razão para dispor de autonomia.

Os gregos condenavam todas as mulheres como irracionais, hipersexuadas e moralmente defeituosas. Pode-se deduzir que elas fossem irracionais por lhes ter sido negada a instrução, hipersexuadas porque se queixavam de que os maridos raramente dormiam com elas e moralmente defeituosas porque os criticavam ao perderem tanto tempo filosofando na Assembleia, quando deviam estar fora dali, ganhando a vida. A harmonia doméstica não era uma característica da vida grega (LINS, 2015).

De acordo com Ribeiro (2014), quando se fala em sexualidade na era Romana é necessário compreender como se regulamentava o funcionamento desta sociedade, categorizada em hierarquias, escravocrata e de domínio era masculino, logo as relações sociais traçavam-se em regras e ordens ditadas e rigorosamente seguidas, esperando-se das mulheres submissão e obediência. À vista disto, cabia ao homem o papel ativo e a mulher o passivo (VEYNE, 1987).

De acordo com Foucault (2003), as morais da era greco-romana direcionaram-se mais no sentido de conduzir as práticas sexuais em si, do que para o ordenamento das condutas e delimitações do que se enquadrava do permitido e do reprimido, executando-se as codificações dos comportamentos sexuais na Idade Média.

Segundo Vrissimtzis (2002), exista na Grécia uma camada de mulheres que se distinguiam por possuir a independência, dispoendo de conhecimentos musicais, filosóficos, educadas, detentoras de boas maneiras, a estas mulheres era permitido participar de banquetes com os homens, onde esposas e filhas não podiam inclusive desfrutar de intimidade sexual e

acumular riquezas. As contenções e controles sexuais e sociais não eram direcionados a mulher, mas sim a aquela mulher que poderia vir a assumir o papel de esposa. Em Roma, a mulher detinha uma função social significativa, onde possuía acesso a política, as artes, porém igualmente a mulher grega, encontrava-se submetida a autoridade masculina (RIBEIRO, 2014).

Ao fim do Império Romano e com a emergência do cristianismo, a nova religião, concebendo uma nova moral com base nos princípios cristãos, rígidos e inflexíveis, a igreja assume o poder, define o papel da mulher dentro de um estereótipo limitado e exclusivo a privacidade do ambiente doméstico e suas incumbências. De acordo com Alambert (1997), a ideia de mulher na idade média passa a ser concebida como inferior devido à sua disposição biológica, considerada mais frágil fisicamente, menos provida do conhecimento intelectual e destinada a prover filhos. Desta maneira, o símbolo da mulher passa a ser associado às atividades somente da vida privada, o oposto do homem, que tinha a sua representação relacionada à virilidade, valentia, sendo associado ao símbolo de uma espada (MACEDO, 2002).

Na relação matrimonial a mulher devia colocar-se em submissão ao seu marido, sendo este o responsável pela direção e controle, desta maneira era consentida ao homem a garantia de justiça incontestável, podendo a castigar com castigos físicos, pois ao assumirem o matrimônio, o corpo da mulher tornava-se propriedade do seu esposo, mas a alma pertencia a Deus (SILVA, 2014). As mulheres cabem à subordinação a seu marido, como ao senhor, visto que o homem é a inteligência da mulher, como Cristo é o sábio da igreja, da mesma forma que a igreja está submetida a Cristo, a mulher deve estar a seu esposo (A BÍBLIA, Efésios cap. 5, vers. 22-24).

Surge o mito da Virgem Maria, que de acordo com Bello (2001), é um dos mecanismos psicológicos mais cruéis que afeta e influi na relação de prazer da mulher, pois caracteriza a mulher enquanto sagrada diante do ato sexual, um papel santificado, igualmente a Virgem Maria, íntegra e pura, direcionando a mulher a atribuição equivocada de ser mãe sem expor-se ao pecado primitivo, o prazer sexual. Desse modo, a Igreja passa a exercer controle sobre a sexualidade, vasculhando e vigiando, julgando o prazer como um ato de pecado ao espírito, pois o mantinha preso ao corpo, o distanciando de Deus (SILVA, 2014).

A sexualidade extremamente reprimida, fundamentada através de escritos da Bíblia, que propagava a visão do sexo como pecado, em que a sua prática resultava em consequências, que de acordo com um capítulo da Gênese eram: sofrimento no ofício para o homem e para a mulher em seu parto, destruição da familiaridade, o desejo sexual e volúpia, e a morte, desta maneira a sociedade era compreendida como instituída no pecado (DEGASPERI, 2015).

A Igreja passa a delimitar as ocasiões em que era permitida a relação sexual e estabelece as regras de conduta para o matrimônio genuíno, conforme McLaren (1990), estes são: abstenção no decorrer das três Quaresmas do ano, às sextas-feiras, às quartas-feiras e aos domingos, entre as duas Páscoas e os dois Natais, ao tomar o sacramento no Natal, Páscoa e Pentecostes, manter a privação durante a menstruação, gravidez e após o nascimento do filho.

Virgindade, matrimônio e castidade passam a ser valores de ordem dentro da sociedade determinados pela Igreja (FRANCO JUNIOR, 2006). Em concordância com Leal e Cabral (2013), a virgindade surge como uma incorporação dos valores da vida de Cristo e sua mãe Maria tiveram; o matrimônio surge como um mecanismo de controle, pois para se ter uma vida sexual adequada e sagrada, era prescrito tomar uma mulher como esposa, a castidade era assimilada aos santos que abdicavam de tudo para dedicar-se a uma vida de santidade e comunhão com Deus. Além destas questões, a menstruação é constituída como impureza da mulher, desta maneira o casal que mantivesse relação sexual neste período punia-se com a morte (NUNES, 2015).

A mulher tem sua sexualidade castrada pela Igreja, onde é associada ao pecado original, enquanto o homem é colocado à posição de superior, o qual possuía a execução da autoridade, devendo controlar as mulheres por toda a vida (DEL PRIORE, 2013). De acordo com Silva e Medeiros (2013), a mulher é excluída da sociedade a partir do momento em que a Igreja a coloca como responsável e motivadora do pecado pela relação sexual, cabendo ao masculino o domínio sobre o feminino, sendo assim permitido ao marido a satisfação com sua esposa e com outras mulheres, caracterizando a sexualidade masculina como permitida.

Nos ensinamentos dos Santos Padres da Igreja começa a tomar corpo uma moral sexual rígida e profundamente negativa, com as características de exaltação da continência do celibato e repulsão de todo sexo, submissão da mulher e do corpo. Aparece o ideal da virgindade, como forma de identidade cristã, de "pureza" e distinção vocacional...Basta perceber que a virgindade, ao lado do mistério, era o modelo prototípico de consagração e de identidade

cristã. A moral sexual de Agostinho, que foi a base doutrinária da moral cristã é, portanto, extremamente rígida e negativa da sexualidade. Escreve argumentos condenatórios contra a anticoncepção com drogas ou com a interrupção do ato bem como condena as relações anais ou felação. Para ele o único meio de justificar a sexualidade é a procriação e estes gestos e atitudes vão contra esta natureza (NUNES, 2015, pg. 82).

O modelo de sexo masculino era o único reconhecido até o século XVII, sendo a mulher assimilada a um homem invertido, ou seja, um indivíduo menos desenvolvido, a partir do século XIX, a mulher passa a ser entendida como a figura complementar ao homem. (DEL PRIORE, 2013). Constituindo-se a Idade Média como uma época masculina, onde os homens são colocados como superiores (DUBY, 1989). Onde a mulher como ser inferior, colocada como “perigo da carne”, classificadas como “pueril, volúvel, de natureza obscena, com pulsões sexuais indomáveis”, a vista disso a expressão do desejo sexual era impedida (SILVA 2014).

Foucault (1996), afirma que a sexualidade para a Igreja Católica é composta segundo as normas filosóficas de São Tomás de Aquino, onde a identidade feminina é predominantemente ambivalente, ambígua e exclusiva dos seus desejos, seu corpo é dominado e submisso às imposições sociais, marcado por um destino já estabelecido há tempos. A vista disso, a mulher é constituída no papel de dominação ao homem, onde através da construção de estereótipos que são absorvidos como inatos, se é conservada a subordinação. (VIEIRA,1997).

A falência da Idade Média e a ascendência da burguesia, com princípios empiristas, racionais e desmistificando as concepções medievais, surge um novo mundo liberal, moderno, onde a razão é colocada como forma de pensar o mundo abdicando da fé e dos princípios e dogmas medievais (NUNES, 2005). Durante o Renascimento a situação da mulher começa a passar por uma transformação devido ao movimento de modificação da cultura e moral. No Brasil colonial, destacam-se as distinções nas condutas sexuais, enquanto as mulheres brancas eram confinadas, simbolizando uma imagem pudica, onde tinham que honrar seu pai e marido, as mulheres negras e escravas tinham como dever servir seu patrão, seja nos afazeres domésticos, no trabalho nas lavouras, como também para o divertimento do seus senhores, sendo assim, reduzidas à condição de coisa (SILVA, 2014).

No período moderno se vivencia duas diretrizes da moral sexual, que são consonantes quanto aos seus princípios e finalidade, sendo estes as diretrizes Luteranas e os Tridentino.

Onde ambas por meios distintos, dirigem-se ao mesmo fim, sendo este da regularidade da sexualidade humana, onde toda a energia encontrada no homem deve ser direcionada para o trabalho. O corpo humano é associado mais veemente a negatividade, a nudez é totalmente reprimida, o corpo é totalmente coberto, toda e qualquer linguagem sobre o sexo é reprimida e contida. Sexo, o maior oponente do trabalho (NUNES, 2005).

Denominar o sexo seria a partir desse momento, mais difícil e custoso. Como se, para domina-lo no plano real, tivesse sido necessário, primeiro, reduzi-lo ao nível da linguagem, controlar sua livre circulação no discurso, bani-lo das coisas ditas e extinguir as palavras que o tornam presente de maneira demasiado sensível... O pudor moderno obteria que não se falasse dele, exclusivamente por intermédio de proibições que se completam mutuamente: mutismos que, de tanto calar-se, impõe o silêncio. Censura. (FOUCAULT, 1993, p. 21).

É a partir do século XVIII, com a Revolução Francesa e seu lema de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, que a sexualidade passa a ser questionada e problematizada nos âmbitos sociais. A fé passa a ser indagada, os intelectuais passam a discutir sobre os ideais religiosos, parte da fé para a ciência, e um novo modo de enxergar o mundo passa a ser concebido, a razão passa a direcionar a revolução (LINS, 2015).

De acordo com Badinter (2003), o ideal de vida do homem passa a ser modificado, em que começa a refletir que os prazeres os quais a Igreja pregava como pecaminoso, não possuem consistência frente aos questionamentos racionais, os prazeres e as paixões passam a ter uma conotação positiva, o homem não teme mais a Deus e ao inferno. Diante destes novos conceitos emergem as regras de comportamento e conduta, o padrão racional colocado como permitido ao âmbito social, modelos antigos são rompidos, porém novos paradigmas repressores acerca da sexualidade surgem, a linguagem.

A oposição aos ideais religiosos e o início do culto a razão pelos pensadores iluministas, faz com que uma nova percepção do mundo nasça. Surge a cultura do disfarce, onde a sexualidade passa a ser vivenciada, porém por trás das máscaras. É durante este período que surgem os Bailes de Máscaras, onde o anonimato permitia ao indivíduo novas possibilidades sexuais, surge um novo erotismo, onde são libertos de suas inibições e arriscam-se a novos experimentos sexuais e corporais. O poder esconder-se por trás das máscaras deram as mulheres neste período uma breve autonomia sexual, porém não por muito tempo (LINS, 2015).

Conforme Xavier Filha (2003), o crescimento industrial do século XIX e XX foi um dos fatores contribuintes para as transformações das relações familiares. A mulher passa a ser inserida no mercado de trabalho, a mulher deixa de está restrita somente ao âmbito privado e passa a integrar o ambiente social. Através da Revolução Industrial a mulher passa a ocupar um novo espaço, por mais que de maneira desproporcional aos homens, começa a alcançar uma independência e deixa de executar somente os ofícios domésticos (BARROS, 2017).

A visão da mulher como um ideal de submissão passa a ser questionado e gradualmente vão surgindo novos papéis, como o de independente e trabalhadora, com a modificação da imagem da mulher alterações nas relações entre os sexos começam a surgir, a mulher passa a reivindicar seu espaço na sociedade. As lutas por seus direitos sociais e igualitários começam a manifestar-se (BARROS, 2017). Com sua entrada no mercado de trabalho a mulher conquista sua autonomia financeira, os movimentos feministas tomam força, as reivindicações por igualdade e liberdade sexual marcam o início do tempo da “desrepressão” (XAVIER FILHA, 2003).

A sexualidade Contemporânea pode ser definida a partir do período que se inicia a Revolução Sexual, onde inaugura a desvinculação do poder cristão ativo sobre a sociedade, logo sobre visão da sexualidade que passa a ser modificada, rompe-se o ideal católico que determinou a conduta sexual de culpa e punição durante séculos (CATONNÉ, 1994). Esta Revolução consistiu em um movimento em prol da liberação sexual sem a repressão social, pois ao mesmo tempo em que a sexualidade da mulher é desvinculada das premissas religiosas, ela passa a ser correlacionada somente ao biológico, a reprodução e maternidade, o prazer continua ignorado.

Nas décadas de 50 e 60, com o afloramento dos movimentos feministas, a sexualidade passa a ser colocada, debatida e questionada nos âmbitos sociais, os grupos levam as ruas o lema "Faça amor, não faça guerra", juntamente a isto se inicia o processo de emancipação da mulher, ocorrem mudanças no casamento, na sexualidade e na intimidade dos indivíduos. Assim a busca por uma realidade legítima, levou as mulheres nos anos 60 a amplificar o conceito de política aos seus corpos e a reivindicar as questões sexuais (BARROS, 2017). No entanto, de acordo com Foucault (1976) as manifestações amorosas passam a ser concebidas de formas igualitárias, porém o discurso sobre o biológico ainda declara e consolida a diferença entre os corpos.

Segundo Abdo (2008), a prática sexual no século XIX, é definida com o propósito da reprodução e dentro do casamento, o prazer sexual ainda é relacionado ao pecado, ficando assim censurado qualquer expressão da sexualidade a mulher com finalidades prazerosas, cabendo somente a satisfação do seu esposo. No entanto com o impulso do movimento feminista, a chegada da pílula anticoncepcional, a mulher vivencia a sua maior libertação sexual, a partir deste momento a mulher tem o poder de escolher a maternidade ou não (XAVIER FILHA, 2003).

A nova era marcada pelo advento da pílula anticoncepcional (o que simbolizava para as mulheres, o sexo não apenas para a procriação, mas para o prazer), das comunidades em detrimento da família tradicional, da “curtição” em contraponto ao casamento monogâmico e do prazer em detrimento à ânsia de poder propagada pelo sistema capitalista, foram algumas das propostas contraculturais relacionadas ao campo da sexualidade. A necessidade de se combater todas as formas de poder e opressão advindas da sociedade patriarcal estabeleceu a interseção com o movimento feminista. Podemos afirmar que o feminismo foi e é uma contracultura em seu discurso intelectual, filosófico e político na busca da equidade de gênero (BARROS, 2017, p. 103).

Já na década de 70 a mulher passa a buscar um novo sentido para a sua sexualidade, não aceitando mais a condição de provedora do prazer e assexuada, começa a ir à busca do seu prazer, exige os seus “Direitos Sexuais”. Se até então a cultura reprimia a sexualidade feminina, é neste momento que se inicia o movimento de incentivo ao prazer sexual da mulher. A mídia rompe os paradigmas e a sexualidade feminina e masturbação feminina passa a integrar os textos da imprensa. Anteriormente a este período surgem os estudos de uma nova ciência, denominada como Sexologia e com os estudos e contribuições de Freud a sexualidade ganha uma nova visão, de essencial para a vivência dos seres humanos (XAVIER FILHA, 2003).

Posteriormente estudiosos e pesquisadores, como Kinsey, Masters e Johnson, Elis e Kaplan realizaram pesquisas e discussões sobre o sexo, anatomia genital, técnicas sexuais e o ciclo de resposta sexual feminino, causando assim reviravoltas nos conceitos até então estabelecidos. Após o surgimento da nova ciência, a sexualidade passa a ser compreendida além dos determinismos biológicos e socioculturais, e passa compreender que questão como o conceito de papel sexual influencia ativamente na sua expressão e vivencia sexual. Desta forma, é importante compreender que a mulher durante séculos teve seus sentimentos e desejos reprimidos, quando criança é proibida de pensar em sua sexualidade, suas perguntas e

questionamentos são ignorados, e sobre o sexo lhe é ensinada que é errado, proibido (GOZZO, 2000).

No contexto brasileiro de acordo com Barros (2017), está época foi marcada pelo movimento feminista frente a ditadura e ao conservadorismo, de um lado lutando pelo reconhecimento da situação da mulher como uma problemática social e do outro como ativistas contra a ditadura, questionando assim tanto as estancias públicas de poder, como as estruturas privadas. No decorrer do movimento dois conteúdos básicos excitaram decisivamente as políticas públicas propostas, sendo a saúde/sexualidade e a violência, tendo como objetivo alcançar a erradicação destas formas de discriminação contra as mulheres. De acordo com BARSTED (1994), estas reivindicações garantiram a implementação de alguns direitos às mulheres, sendo eles:

O reconhecimento da importância política da luta feminista resultou na criação de diversos órgãos públicos, programas governamentais e iniciativas voltadas para as mulheres, dentre as quais destacamos:- o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983 e incorporado formalmente à estrutura do INAMPS em 1986; - o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), criado em 1985, definindo um amplo campo de atuação interministerial, junto ao movimento de mulheres, Poder Legislativo, Poder Judiciário, governos estaduais e mídia; - os Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher, criados a partir de 1983; -as Delegacias de Atendimento às Mulheres vítimas de violência, criadas a partir de 1985; - os abrigos, centros de orientação jurídica à mulher vítima de violência e os cursos sobre direitos da mulher em academias de polícia, criados a partir de 1985; - a mudança legislativa constante na Constituição Federal, de 1988, Constituições Estaduais de 1989 e Leis Orgânicas Municipais, de 1990 (BARSTED, 1994, pag. 43 e 44).

No entanto, conforme Trindade e Ferreira (2008), o processo de emancipação da mulher foi um grande progresso, porém acabou por trazer implicações, como a dupla jornada de trabalho, que por sua vez acaba gerando consequências para a saúde feminina, atingindo as vezes a sua sexualidade. A igualdade dos direitos sexuais foi apenas um dos protestos do movimento feminista, pois além deste estavam em busca de igualdade nos direitos econômicos, políticos e igualdade na conduta sexual (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1992).

A sexualidade desde que foi dominada pelo homem foi objeto de repreensão, mesmo com transformações na moral e ética do ser, ela continuou sendo delimitada e contida, onde inicialmente foi pela religião, que atuou como o primeiro mecanismo de controle sexual, posteriormente pelas instituições familiares e pela repressão social (FOUCAULT, 1996).

Conforme Bernadi (1985), só após os pais abandonarem a antiga concepção da sexualidade como algo negativo, errado e sujo e começarem a transmitir uma visão positiva e condizente com a realidade da expressão sexual, é que possíveis novos modelos de experiências positivas poderão ser instaurados.

Na atualidade a mulher vem sofrendo na sua prática sexual, por duas questões, primeiramente o grande incentivo ao prazer sexual, que por vezes acaba gerando angustias e obrigação para vivenciar esse “prazer”, e secundamente o contexto histórico que ainda reforça as repressões ainda praticadas atualmente. Desta maneira fica evidente que a história deixou marcas que não podem ser excluídas de uma hora para a outra da sexualidade feminina (GEZONI, 2011).

Segundo Pinho e Pulcino (2016), com a conquista do amadurecimento, emocional, físico e sexual alcançados pelas mulheres de forma individual, ao não permitirem serem associadas a denominações de frígidas e disfuncionais, produziram um espaço para o compartilhamento destes conteúdos, proporcionando espaços onde as mulheres tenham a liberdade de falar sobre a sua sexualidade e buscarem exprimir prazeres em suas experiências, como também buscarem ajuda para as causas das suas disfunções sexuais.

Em concordância com Foucault (1993) e Bozon (2004), o sujeito é constituído pelos discursos encontrados em cada época, pois as sociedades é quem são produtoras do “saber sobre o prazer”, desta forma, os papéis, perspectivas e percepções vividos socialmente pelas mulheres tem influência sobre a vivência da sua sexualidade. No entanto o século XXI traz consigo novos conhecimentos sobre a sexualidade, dando a oportunidade de as mulheres buscarem uma vida sexual mais prazerosa (PINHO; PULCINO 2016).

4.2. Marcos Teóricos na Compreensão da Sexualidade Feminina.

É a partir do século XX, quando a sexualidade passa a ser investigada no campo científico e, sobretudo a partir das contribuições de Freud e da Psicanálise, que o modelo sexual passa a ser desvinculado do seu significado estrito aos genitais. A partir deste momento, a sexualidade passa a compreender outras funções que vão além do físico e da reprodução, estendendo seus estudos sobre a função do prazer e como este prazer está situado de maneira central como objetivo principal dentro das relações. O corpo começa a ser

concebido como uma função corpórea ativa dentro do funcionamento sexual (MENEGEON; SILVA, 2015).

De acordo com Birman (1999), a desconstrução realizada por Freud ao desassociar a sexualidade da sua função estritamente reprodutora, trouxe um novo significado a sexualidade. Esta passa a ser vista através dos olhos do erotismo, onde a pulsão e a satisfação sexual passam a ser possibilidades da experiência sexual, em consequência disto a reprodução passa a não ser considerada mais a razão da sexualidade. Desta maneira, ao separar a sexualidade de uma função exclusivamente reprodutora, Freud corrobora para o início da libertação da sexualidade feminina do controle sofrido culturalmente. Entretanto, ao desvincular a sexualidade da reprodução Freud passa a construir a sexualidade feminina a partir da comparação com o homem, onde este é concebido como o modelo (MURIBECA, 2010).

Em sua obra, Freud (1931) traz a formação do complexo de Édipo como uma questão importante para a constituição do indivíduo. De acordo com este Autor (1931), o início do desenvolvimento libidinal é similar entre ambos os sexos, no entanto na fase fálica quando a menina nota a diferença anatômica, inicia-se a inveja do pênis, e passa a querer tê-lo. Posteriormente, outra ocorrência significativa é a troca do objeto de amor, que deixa de ser a mãe (na fase pré-edipiana), ocorre a castração, esta passa a se identificar com a mãe e a culpabilizá-la pela falta do pênis. A partir disto a menina passa a direcionar ao pai (na fase edipiana) o seu amor e a vincular-se com este na busca de alcançar o que não lhe foi dado pela mãe (FREUD, 1931).

A relação de inveja ao pênis apresentada pela mulher segundo Freud (1931), origina um sentimento de negatividade direcionado ao seu clitóris, desencadeando uma relação negativa com o ato da masturbação, pois este somente é permitido dentro do espaço masculino. Visto que, para o desenvolvimento sexual completo da mulher, deve-se eliminar da região clitoriana sua zona erógena e direcionar este prazer para o canal vaginal, para à partir de então alcançar o desenvolvimento da sua feminilidade e maturidade sexual (SILVA; FOLBERG, 2008).

A partir de 1933, Freud passa a indagar que as funções e símbolos atribuídos culturalmente ao homem e a mulher devem ser considerados. É na Conferência “A feminilidade”, onde propõe que elementos biológicos e anatômicos são incapazes de

determinar o que é o feminino e o que é o masculino, pois ser homem e mulher pode ir além do físico. No entanto, Freud não se compromete a explicar e desintrinchar a sexualidade feminina além dos seus estudos com relação a evolução libidinal na fase pré-edipiana, o processo da castração e sua entrada no Édipo; e sua mudança de zona erógena do clitóris para a vagina (VALDIVIA, 1997).

Conclui-se que a teoria psicanalítica, foi fundamentada na concepção da diferenciação sexual entre o homem e a mulher, onde esta foi instituída como um ser anatomicamente incompleto, pois ao contrário do homem, não possuía o pênis, o órgão genital completo. (MURIBECA, 2010). De acordo com Jacques André (2002) a compreensão do feminino deve ser realizada através da própria mulher e não da ideia que fomenta o falocentrismo, em que a sexualidade da mulher parte da concepção do masculino, pois a formação da sexualidade feminina não é secundária e nem incerta, mas sim uma construção primária.

A partir dos estudos sobre a sexualidade na Psicanálise, Reich (1983) encontra um caminho para responder os seus questionamentos e dúvidas sobre o valor que a sexualidade exercia sobre a formação do psiquismo. Fundamentando em alguns conceitos psicanalistas como a pulsão sexual compreendida como uma força inata ao organismo, Reich segue nesse mesmo pensamento e desenvolve a sua primeira Teoria, a da Economia Sexual, onde conceitua a libido como uma energia sexual presente em todo o corpo (SOARES, 2013).

A Economia Sexual proposta por Reich é descrita no seu livro “A função do Orgasmo, 1975”, onde ele apresenta os 10 princípios formadores desta sua Teoria, que são: 1- A saúde psíquica advém da entrega à excitação sexual e da capacidade de vivenciar a potência orgástica, a partir da aptidão para o amor, caracterizando uma personalidade não neurótica; 2- A disfunção na competência natural para o amor é a causa das disfunções mentais, como na impotência orgástica, onde a energia biológica da sexualidade é bloqueada (REICH, 1975).

A saúde psíquica depende da potência orgástica, do ponto até o qual o indivíduo pode entregar-se, e pode experimentar o clímax de excitação no ato sexual natural. Baseia-se na atitude de cunho não neurótico da capacidade do indivíduo para o amor. As enfermidades psíquicas são o resultado de uma perturbação da capacidade natural de amar. No caso da impotência orgástica, de que sofre a esmagadora maioria, ocorre um bloqueio da energia biológica, e esse bloqueio se torna a fonte de ações irracionais. A condição essencial para curar perturbações psíquicas é o restabelecimento da capacidade natural de amar. Depende tanto de condições sociais quanto de condições psíquicas (REICH, 1975, pg. 10).

Seguindo na exposição dos princípios, o Terceiro apresenta que o caos sexual resultante da cultura social que o homem vive é o causador das perturbações psíquicas, pois coloca o indivíduo em um estado de falta de confiança em si mesmo. No quarto, as energias vitais são compreendidas como objetos que se organizam espontaneamente, logo não necessitam do controle moral compulsivo exercido pela sociedade. No quinto é apresentado a causa dos comportamentos antissociais, que são ocasionados pelos impulsos secundários que se originam a partir da extinção da sexualidade inerente ao humano. No sexto, expõe-se que o ato de negar ao homem o sexo como uma parte da vida geram uma “ansiedade-de-prazer”, onde o indivíduo passa a possuir medo da excitação que lhe gera prazer, desencadeando o temor a um estilo de vida sexual livre e autônomo (NUNES, 2003).

O sétimo princípio aborda o caráter do homem, que ao manter a cultura dominadora, repressiva e patriarcal, gera um bloqueio contra a sua natureza sexual dentro de si e ao seu redor, produzindo um caráter fundamentado na solidão, desamparo, domínio e carente sexualmente. O oitavo princípio, retrata que o homem a partir de toda essa sua construção colocou a obrigação no lugar do aproveitamento natural da atividade sexual e do trabalho. O nono apresenta que este modelo de formação do caráter tem como sua posição central a família autoritária e não o amor, onde o objetivo principal é a eliminação da sexualidade na criança e no adolescente (NUNES, 2003). E o décimo princípio abordado por Rycroft (1971) em seus estudos sobre as obras de Reich, sintetiza que:

Os seres humanos adotaram uma atitude hostil para o que é vivo dentro deles e, assim, alienaram-se de si próprios. Essa alienação não é de origem biológica, mas sim de origem econômica. Não pode ser encontrada na história humana antes do desenvolvimento da ordem social patriarcal (...) 10º Princípio- Em virtude da divisão na estrutura humana dos nossos dias, natureza e cultura, instinto e moralidade, sexualidade e realização, são considerados incompatíveis. Aquela unidade de cultura e natureza, de trabalho e amor, moralidade e sexualidade, que a humanidade está procurando desde sempre, essa unidade, enfim, ficará sempre como um mero sonho enquanto o homem não permitir a satisfação das exigências biológicas de gratificação sexual (orgástica) natural (RYCROFT, 1971 ,p. 42)

A Potência Orgástica abordada por Reich (1993) define-se como a capacidade de entrega, libertando-se das inibições e bloqueios associados ao fluxo natural da energia sexual, compreendida como a capacidade de libertação completa da excitação sexual reprimida, através de respostas corporais involuntárias e agradáveis ao corpo. A insatisfação sexual é o fator causal para o surgimento de alguns problemas, como as neuroses, pois a partir do momento que o neurótico não consegue entregar-se ao fluxo da energia natural do seu corpo

devido as suas couraças, acaba por gerar bloqueios e mecanismos de defesas frente a sua capacidade inata da potência orgástica ((DE NADAL; VOLPI, 2013).

Ao se falar em energia é imprescindível pensar no fluxo desta energia, para Reich o fluxo da energia vital é a responsável por promover ao homem a particularidade do estar vivo, pois é a responsável pelo movimento. A circulação desta energia deveria ser fluída, entretanto nem sempre ocorre desta forma, pois devido à interação do indivíduo com o meio, este desenvolve couraças que impedem a circulação natural destas energias. Existem duas couraças, a Muscular, que são mecanismos de defesas que acabam por gerar contrações biológicas crônicas, e a Caracteriológica, que está ligada ao complexo de mecanismos de defesas ligados ao sistema emocional. Desta forma, ao pensar na energia sexual não se deve dividir o psiquismo, pois estes opera no corpo da mesma maneira que na mente (SOARES, 2013).

A partir do momento que o indivíduo perde a capacidade natural do funcionamento da sua energia, passa a apresentar o que Reich (2003), denominou de “Angústia Orgástica”, onde passam a se deparar com uma grande quantia de bioenergia aprisionada em seu corpo, que não conseguem aguentar, passando a poder provocar no indivíduo desorientação e desespero ao vivenciar a liberação desta energia que encontra-se presa. De acordo com De Nadal e Volpi (2013), a Terapia Reichiana trabalha através dos desbloqueios dos mecanismos de defesas e encorajamentos do indivíduo em relação a esta energia sexual, que é realizado dentro da terapia de forma cuidadosa e aos poucos para que o sujeito passe a se familiarizar com o seu potencial.

Com a realização dos desbloqueios, começa-se o reestabelecimento com o objetivo de recompor a capacidade natural para a potência orgástica (DE NADAL; VOLPI, 2013). Concentrando-se nas neuroses apresentadas pelo paciente diante da sexualidade, afim de alcançar uma liberação do fluxo vital energético, para que este passe a desfrutar completamente da sua energia. Trabalhando conjuntamente no reestabelecimento do seu fluxo bioenergético, a partir do que Reich chamou de “convulsão bioenergética involuntária do organismo e completa solução da excitação que são as características mais importantes da potência orgástica”, a partir disto o sujeito passa a reorganizar o uso integral das suas funções (SOARES, 2013).

No cenário das pesquisas científicas sobre a conduta e funcionamento sexual da mulher, tem seu primeiro estudo realizado por Alfred Charles Kinsey, entre os anos de 1938 e 1953, onde participaram 11.240 indivíduos, dentro deles 5.940 mulheres, que resultou na publicação do livro *Sexual Behavior in the Human Female* em 1953 (A Conduta Sexual da Mulher). Os dados colhidos foram realizados através da entrevista pessoal presencial e os dados registrados por meio de codificação, com norte-americanos brancos, o número de questões variava entre trezentas e quintas perguntas. Esta pesquisa forneceu uma base estatística sobre assuntos como a masturbação, homossexualidade, sexo pré-conjugal e a natureza do orgasmo feminino (SENN, 2010).

Seu trabalho está catalogado em três partes e dezenove capítulos onde abordam: Na primeira parte, o objetivo, as bases, análise estatísticas do seu estudo, as fontes e validade dos dados. Na segunda parte estão dispostos os tipos de atividade sexual das mulheres, como o desenvolvimento sexual, masturbação, relações sexuais, sonhos sexuais, contato homossexuais e contatos com animais. Na terceira parte é exposto as comparações entre o sexo feminino e o masculino, como a anatomia, fisiologia, endocrinologia e as reações sexuais psicológicas (SENA, 2010).

Kinsey (1954) declarou que com a sua pesquisa objetivava expandir o conhecimento sobre a sexualidade, a fim de amplificar os estudos acerca desta temática aos preceitos sociais do que era a normalidade sexual. Visto que, definições psicopatológicas sexuais inconsistentes, podem levar ao planejamento errôneo das práticas mais apropriadas para lidar com o comportamento sexual. A vista disto, conhecer autenticamente os fatores psicológicos, biológicos e sociais das práticas sexuais é o modo para compreender a natureza sexual do homem e as determinações sociais.

Em seus resultados expõe que é na prática da masturbação onde a mulher alcança com maior potência o orgasmo em comparação com o coito sexual, onde na relação sexual costuma atingir nas carícias que antecedem o ato, porém nas práticas masturbatórias alcança orgasmos em 95% das ocasiões. Sendo que nas relações sexuais alcançam de 70% a 77% das vezes. Além destas conclusões, foi observado que enquanto a resposta sexual masculina encontra seu auge entre os 13 e 19 anos, a maior parte das mulheres só encontram seu auge entre os 30 e 40 anos, correlaciona a este resultado o fato de as práticas realizadas pelos homens e mulheres serem diferentes (SENA, 2010).

A segunda pesquisa de grande importância para a compreensão da sexualidade Feminina foi realizada pelo ginecologista William Howell Masters e a psicóloga Virgínia Eshelman Johnson, que teve seu início em 1954 na Universidade de Washinton. Com o objetivo de satisfazer algumas questões ligadas a natureza fisiologia e psicológica das respostas sexuais (MASTERS; JOHNSON, 1984). Visto que Kinsey trouxe grandes contribuições sociológicas acerca da sexualidade, no entanto não incorporou interpretações da resposta fisiológica e psicológica ao impulso sexual. Onde é a partir dos estudos de Masters & Johnson, que novas descobertas são feitas, como a de que a medida do pênis não tem ligação com a atividade sexual e o descobrimento que o orgasmo vaginal não existe em contraposição ao orgasmo clitoriano (SENA, 2010).

A investigação de Masters e Johnson trouxe grande contribuição a partir das suas observações laboratoriais, em que descrevem o que eles denominaram como “O ciclo de resposta sexual completo”, que está dividido em quatro fases distintas, que são: Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução (MARQUES; CHEDID, 2008). Esta configuração foi de considerável importância para a compreensão das mudanças anatômicas e fisiológicas durante a relação sexual. No entanto este esquema pode vir a variar de acordo com o sujeito ou a situação que ele está inserido, visto que as fases não são delimitadas (HENTSCHEL et al. 2006).

A fase de Excitação ocorre a partir de estimulações psicológicas e fisiológicas, é neste momento onde ocorre a lubrificação vaginal, a vasocongestão e mio-tonia, resultando na elaboração da plataforma orgástica. A fase de Platô caracteriza-se pela continuação e aumento da fase de excitação, onde direciona para a fase do Orgasmo, que se configura como excitação máxima, grande vasocongestão e relaxamento dos músculos da pelve, resultando em uma liberação profunda do prazer, ocorrendo o clímax, seguido por um declínio das respostas sexuais e relaxamento. A fase da Resolução, define-se como o estado de bem-estar em consequência do orgasmo (MARQUES; CHEDID, 2008).

A fase de excitação nas mulheres, ocorre abertura da vulva e exsudação vulvo-vaginal que tem a origem no sistema nervoso central. As manifestações vasoativas, com aumento do fluxo sanguíneo nos órgãos pélvicos, não são constantes e nem sempre crescentes. Distrações de ordem mental ou física tendem a diminuir a edificação da tensão sexual. Quando a excitação está no auge, os fenômenos ultrapassam os limites dos genitais. Todo o corpo vibra: ocorre aumento da frequência respiratória e cardíaca, e a pressão arterial se eleva. Todos os sentidos estão aguçados, e a pele pode apresentar o rubor sexual. Os mamilos femininos estão eretos. Nos genitais, entretanto, é que acontecem as maiores transformações. A transudação vulvo-vaginal

está aumentada, e as paredes no terço inicial se contraem, enquanto o útero é deslocado para cima e o colo é removido de dentro da vagina, ampliando a profundidade e a capacidade de seu fundo. O clitóris se torna proeminente, e algumas mulheres podem apresentar evidente exteriorização às custas da ereção dos corpos cavernosos clitoridianos. Mantido o estímulo sexual, se não ocorrer nenhum fator contrário, acontece o reflexo orgásmico. Os músculos perivaginais e perineais que circundam o terço externo da vagina se contraem reflexa e ritmicamente, acompanhados de contrações do esfíncter anal. Na mulher, há, simultaneamente, espasmos do útero. A resolução é a última fase; nela, lentamente o organismo retorna às condições iniciais. (HENTSCHEL et al. 2006).

Ao final o hormônio da ocitocina é liberado, sendo considerado de grande importância para excitação sexual por ser considerado o hormônio do amor, pois está presente em três ocasiões marcantes na vida da mulher, que é no parto, durante a amamentação e no orgasmo (HENTSCHEL; ALBERTON, 2006). Sendo a função sexual delineada ainda pela participação de neurotransmissores, mecanismos neurológicos e endócrinos e por neuropeptídios, além dos fatores ambientais e relacionais (ABDO, 2010).

Com relação as conclusões referentes ao orgasmo feminino Masters e Johnson, concluem que a conquista do orgasmo feminino nunca alcançou o local de visibilidade que a ejaculação masculina dispõe. Visto que, enquanto o orgasmo do homem possui a visibilidade de manter um papel social de reprodutor sustentado historicamente, a mulher não possui uma referência correspondente. Conseqüentemente, à Disfunção Orgástica apresenta-se como um resultado das dominações inibitórias sexuais e pela ausência da compreensão do funcionamento sexual feminino. Contudo, a partir das contribuições acerca da fisiologia orgástica feminina, a mulher encontra uma entrada para discutir os seus níveis de resposta sexual (SENA, 2010).

O mais desastroso falso conceito que nossa cultura deu à função sexual é a suposição, por parte de homens e mulheres, de que os homens, por orientação divina e por instinto infalível, são capazes de discernir exatamente o que uma mulher deseja sexualmente, e quando o deseja. (...) O segundo engano sexual frequentemente encontrado, sendo, por conseguinte um repressivo constante à expressão sexual eficaz, é a suposição, também por parte dos homens e mulheres, de que a perícia sexual é da responsabilidade do homem. Na verdade, mulher alguma pode saber a que tipo de prazer sexual ela reagirá em qualquer oportunidade determinada, até que confrontada com a ausência de um fator estimulativo particularmente desejado (MASTERS ;JOHNSON, 1976, p.87, apud SENA 2010).

De acordo com Kaplan (1977) o ciclo da resposta sexual inicialmente apresentado Masters e Johnson (1984), desenvolvido na década de 1960, era um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, comum aos dois gêneros. No entanto, em 1970 esta autora formulou que, antecedendo à fase de

excitação, há o desejo e não se justifica o platô, em vista de ser a excitação crescente é o que conduz ao orgasmo. O novo esquema de respostas sexual masculina e feminina, então reformulado, compunha-se pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução (MARQUES; CHEDID, 2008).

Iniciando, a partir de então pela percepção do desejo sexual para, posteriormente seguir para o foco genital, depois o orgasmo e conseqüentemente a resolução. A fase de desejo corresponde a vontade de começar a relação sexual e a que estimula por completo o ciclo, o desejo pode ocorrer através de estímulos sensoriais, como também pela lembrança de vivências eróticas ou fantasias. Este estado irá resultar da soma de duas condições distintas, uma anátomo-fisiologia e a outra subjetiva, onde no primeiro fator a inclinação para o ato sexual está relacionada ao sistema neural característico no cérebro, e no segundo estão ligadas as sensações que direcionam o sujeito na busca da gratificação sexual, seja por experiências prazerosas vivenciadas ou por encontra-se em um estado de prazer e bem estar (HENTSCHEL et al., 2006).

Uma nova proposta para o ciclo feminino de resposta sexual foi apresentada por Basson (2001), enfatizando o valor da intimidade como motivação feminina para o sexo. Onde propõe um modelo circular para o ciclo de resposta sexual da mulher, didaticamente dividido em cinco fases: 1. Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo. 2. Excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado. 3. Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo. 4. Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico. 5. Satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos.

À medida que o conhecimento da sexualidade humana avança melhor se identificam as diferenças entre as características especificamente femininas e as masculinas da resposta aos estímulos sexuais. Essas diferenças são atribuídas a fatores de ordem biopsicossocial, em especial: hormônios sexuais (estrógenos versus andrógenos), educação sexual (repressora versus permissiva), ambiente (controlador versus estimulante) (ABDO, 2005).

4.3. A Sexualidade da mulher brasileira e as disfunções sexuais

A saúde sexual cada vez mais está sendo identificada como significativa dentro da saúde geral do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde legitima que a sexualidade é um dos pilares fundamentais para a qualidade de vida, assim ocupando um espaço em que a concepção da sua vivência de maneira positiva proporciona bem-estar para o sujeito (LARA, 2009). Desta forma, Abdo (2004) explica que toda atividade sexual realizada com responsabilidade, segurança, sem pôr a vida em risco, sem invadir o espaço do outro e do coletivo, deve ser concebida como benéfica e ser bem recebida. Se a prática está estimulando prazeres, não há justificção para ser debatida dentro de um discurso negativista.

Em conformidade com Lucena e Abdo (2012), existem várias condições que influem negativamente na prática sexual humana, estes fatores acabam por vezes produzindo o aparecimento das disfunções sexuais (DS). Que são determinadas a partir de alterações psicofisiológicas no ciclo da resposta sexual ou a associação da relação sexual a dor, onde desencadeiam o sofrimento psíquico e comprometimento nas relações interpessoais. Podendo ser causadas a partir de conflitos psicossomáticos que acabam por torna inviável para o sujeito obter uma atividade sexual prazerosa e obter o gozo durante o mesmo (KAPLAN, 1977).

De acordo com Hentschel et al (2006), ao pensar em Disfunção sexual a primeira concepção que vem à mente é o que é “normal” ou “anormal” dentro da relação sexual. É a partir deste questionamento, que ele apresenta que não se deve querer definir o que é normal ao sexo, pois ao fazer isto se cria regras para um modelo sexual. A única determinação que deve existir, é que o sexo é um elo que conecta satisfatoriamente duas pessoas sem preocupações, que se sentem contemplados pela experiencia sexual.

As respostas sexuais humanas seguem um comportamento espontâneo independente da vontade que direcionamos para tal ato, no entanto, a disfunção sexual é entendida com um bloqueio parcial ou total desta resposta psicofisiológica natural. Onde devido a dificuldades absolvidas no meio social com relação as práticas sexuais, involuntariamente quando o indivíduo é exposto a um estímulo erótico automaticamente ele bloqueia (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 1992). Durante a Conferência Internacional na Fundação Americana de Doenças Urológicas, foi estabelecida em unanimidade que a disfunção sexual feminina é definida pelo comprometimento do desejo e da excitação sexual, do orgasmo e dor sexual que causem incômodo pessoal significativo (BASSON, 2001).

As disfunções podem ser classificadas como primárias, quando ocorrem desde o princípio ou secundárias, quando surgem posteriormente a um período de desempenho sexual normal. Podendo também ser transitórias ou permanentes, situacionais quando surgem somente em determinados momentos, ou gerais quando estão presentes em qualquer situação (LUCENA; ABDO, 2012). As mulheres que apresentam disfunções sexuais, habitam apresentar instabilidade de humor e baixa autoestima, paralelamente tendem a ser introvertidas e mais ansiosas, quando comparadas a mulheres com desenvolvimento sexual satisfatório (HENTSCHEL et al., 2006).

Em 2003, foi realizada a primeira pesquisa sobre a sexualidade dos brasileiros, sendo desenvolvida pelo Projeto Sexualidade (Pro-Sex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) de São Paulo e dirigido pela Psiquiatra e Sexóloga Carmita Abdo. Ao todo os questionários foram aplicados com 7.103 pessoas, sendo deste total 45,4% mulheres, onde buscou investigar prática sexual da população brasileira. Em seu resultado encontrou que as disfunções sexuais mais presentes são a falta ou pouco desejo, dificuldade de excitação, ausência de orgasmo, dor vinculada ao ato sexual (ABDO, 2004).

Outra pesquisa foi realizada na Clínica da Família Olímpia Esteves (CFOE), localizada na cidade do Rio de Janeiro, entre setembro de 2014 e fevereiro de 2015. Este estudo foi de caráter exploratório sob abordagem direta, onde 300 mulheres com idade a partir dos 13 anos deram seu depoimento por meio de uma entrevista semiestruturada. As questões contidas dentro da entrevista estavam divididas em 14 perguntas relacionada as disfunções sexuais, ao prazer feminino, relacionamento interpessoal e compreensão sobre a influência do sexo no bem-estar. As intervenções foram realizadas através de uma abordagem verbal e individual com as mulheres que foram convidadas a participar da pesquisa durante o tempo que estava na fila de espera para consultas na Unidade de Saúde (RIBEIRO; VALLE 2016).

Conforme Abdo (2004), 26 a 27 de cada 100 mulheres tem dificuldade para obter excitação durante o ato sexual. As mulheres mais cometidas são as que estão na faixa etária entre 18 e 25 anos. Esta Disfunção da Excitação, é vivenciada através da falta da lubrificação e dificuldade no relaxamento dos músculos da vagina e da pelve. As mulheres que sentem dor genital relacionada ao intercurso sexual são 18 de cada 100 mulheres, essa disfunção é nomeada de Dispaurenia, podendo ocorrer antes, durante ou após a relação sexual. A falta do desejo frente a relação sexual está presente em 8,2% das mulheres, onde os principais fatores

que contribuem para isto são questões hormonais, educação e valores culturais. E 26,2% das mulheres apresentam dificuldade para atingir o orgasmo.

De acordo com Ribeiro e Valle (2016), em seu estudo chegou-se ao resultado que com relação a avaliação do seu relacionamento 48,57% acham bom enquanto 4,28% gostariam de não estar com o parceiro atual e 0,71% necessitam de uma relação extraconjugal. Com relação ao desejo 19,81% alegaram sentir pouco ou quase nenhum e 67,85% já sentiram diminuição no desejo, entretanto mesmo com pouco desejo já se submeteram a relações sexuais por insistência do parceiro ou para agrada-lo. Sobre o orgasmo, 92,14% alegaram ter e 7,85% nunca tiveram destas 23,25% tiveram orgasmo na primeira relação sexual, 75,96% não foi na primeira relação e apenas 0,77% antes da primeira relação, evidenciando a falta do conhecimento corporal e sexual antes das primeiras relações sexuais.

Com relação a sentir dores no decorrer da relação sexual, 21,42% alegaram que já tiveram destas 66,6% procuraram ajuda medica, enquanto 29,9% não procuraram. Quando questionadas a respeito dos motivos pelos quais sentem dor durante a atividade sexual 24,21% relacionaram a problemas conjugais, 17,89% Gravidez, 11,57% a falta de estímulo, 10,52% ao estresse, 8,42% Menopausa, 6,3% a Depressão e 2,10% ao cansaço (RIBEIRO; VALLE 2016). Berman et al. (2003), traz que a medicina sexual encontra limitações no seu campo de atuação com relação as disfunções sexuais, devido basicamente a falta de busca pelas mulheres da ajuda médica, em razão de se sentirem envergonhadas ou por que já tiveram alguma experiência negativa com profissionais não qualificados.

Quando indagadas sobre a interferência da relação sexual na qualidade de vida, 59,28% acreditam que existe enquanto 40,71% alegam que não. Ribeiro e Valle (2016), em sua análise concluiu que a sexualidade influencia na qualidade de vida, visto que as participantes afirmaram em suas respostas que quando estão com complicações ligadas à sua sexualidade, costumam ficar irritadas, apresentando alterações de humor, com menos disposição e insatisfeitas. Enquanto, quando estão se relacionando muito bem com sua sexualidade, apresentam melhora no bem-estar e na autoestima. .

Conforme Lauman e Dunn (1999), estresse e divergências afetivas podem influir negativamente nas fases do ciclo da resposta sexual, conseqüentemente influenciando na qualidade de vida, especialmente nas mulheres, onde as DSF estão correlacionadas a variações no relacionamento e aspectos psicológicos. A saúde sexual é reconhecida como de

grande importância para a preservação da relação emocional entre o casal, pois esta acaba por proporcionar um bem-estar integral ao sujeito. Visto que atualmente o sexo não é mais visto apenas como reprodução, mas também como fonte de satisfação e prazer. (LARA et al., 2008).

Na CID-10 (1993), podem ser encontradas algumas categorizações acerca das disfunções sexuais, onde estão localizadas no F52. Onde para ocorrer o seu diagnóstico deve-se observar a presença de incapacidades que interfiram na execução da atividade sexual de forma desejada pelo sujeito. Podendo ocorrer através da falta de interesse, de prazer, dificuldades nas respostas fisiológicas fundamentais para a interação sexual ou na incapacidade de controlar ou vivenciar o orgasmo. Onde são subdivididas nas seguintes categorias: F52.0- Ausência ou perda do desejo sexual; F52.1- Aversão sexual e ausência de prazer sexual; F52.2- Falha de Resposta Genital (falta de lubrificação vaginal e excitação); F52.3- Disfunção Orgásmica (Anorgasmia); F52.5- Vaginismo não-orgânico; F52.6- Dispareunia não orgânica.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014), trouxe em sua revisão uma divisão do antigo capítulo Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero, gerando três novos capítulos, que são: Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero e Transtornos Parafílicos. Algumas modificações ocorreram quanto a suas classificações, onde passam a diferenciar as DS quanto ao gênero, e os bloqueios de desejo e excitação femininas passam a compor uma única categoria.

De acordo com Serapião (2015), uma das principais mudanças no capítulo das DS, foi a união dos Transtornos Sexuais do Desejo e transtorno da Excitação em Mulheres, sendo substituídos por Transtorno do Interesse e Excitação Sexual Feminina, no entanto esta modificação traz a reflexão sobre a possibilidade da extinção do desejo como um elemento constituinte da sexualidade feminina. Uma segunda modificação foi realizada nos diagnósticos de Vaginismo e Dispareunia, onde estas disfunções foram unidas e deram origem ao Transtorno de Dor Gênero-Pélvica/Penetração, visto que era muito recorrente ambas as disfunções se apresentarem como comórbidas (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Conforme Balon e Clayton (2014), a combinação do Transtorno sexual hipoaetivo em mulheres com o Transtorno de Excitação feminino, cria-se uma desordem no âmbito das Disfunções Sexuais. Visto que a produção de artigos científicos que justifiquem a divisão dos

sexos relacionados ao desejo e excitação é insuficiente, onde não existem pesquisas de campo que verifique este diagnóstico e alegam que o desejo e excitação são processos parecidos em homens e mulheres. Pois, de acordo com estes autores o determinante decisivo para tal modificação diagnóstica foi quebrar o conceito do ciclo linear da resposta sexual e substituir, nas mulheres, pelo modelo circular da resposta sexual.

No entanto, Basson (2000) ao propor o modelo circular da resposta sexual feminina, o fundamenta em quatro determinantes, sendo eles: 1) as mulheres não são fisiologicamente direcionadas a desprender a sua tensão sexual da mesma forma que os homens, pois estas não possuem tanta testosterona quanto os homens; 2) Em comparação aos homens, as mulheres obtêm a motivação para o sexo em diferentes situações, envolvendo incentivos e recompensas, que não são exclusivamente de ordem sexual, podendo a sua vontade ser muito mais importante do que os impulsos sexuais; 3) Para as mulheres a excitação também é de ordem mental e subjetiva, podendo ou não ser seguida de excitação genital; 4) Nem sempre o orgasmo será presente durante o sexo, porém isto não quer dizer que não sintam prazer.

As transformações no modelo do ciclo sexual da mulher, atendem a maneira como atualmente estas se relacionam com sua energia sexual e com seus parceiros, logo a retirada do desejo das referências diagnósticas não é recomendável, pois este está incorporado em uma das mais frequentes disfunções sexuais feminina. Visto que, deixar de se abordar algo o torna invisível (SERAPIÃO 2015). Todavia, para o diagnóstico das DS os manuais fundamentam-se nos modelos de Masters e Johnson, e Kaplan (BARRETO, 2017).

Desta maneira, o DSM-5 (2014) no que diz respeito às disfunções sexuais femininas passou a estabelecer os seguintes critérios para o diagnóstico:

- Ausência ou diminuição relevante do interesse ou da excitação sexual, expressa por pelo menos três dos itens posteriores: (1- Ausência ou redução do interesse pelo ato sexual; 2- Ausência ou redução dos pensamentos ou fantasias sexuais; 3- Nenhuma iniciativa ou pouca iniciativa para atividade sexual e receptividade as tentativas do parceiro; 4- Ausência ou redução no prazer/excitação durante o ato sexual (aproximadamente, 75 a 100% das vezes), podendo ser em contexto situacionais ou generalizado; 5- Falta ou diminuição do interesse/excitação sexual em resposta a qualquer indicio sexual ou erótico; 6- Ausência ou diminuição nas sensações genitais ou não genitais durante todos os atos sexuais ou quase todos.

- Estes sintomas devem persistir por um período de seis meses.
- Os sintomas provocam sofrimento clinicamente expressivo para a mulher.
- A disfunção não se enquadra dentro de um transtorno mental não sexual, não é consequência de uma perturbação do relacionamento com o parceiro (a) ou de outros fatores estressantes e não é atribuível em decorrência dos efeitos de substâncias/medicamentos.

Segundo o DSM-5, as disfunções sexuais podem ser determinadas a partir de: a) Condições Psicológicas, quando não é identificada relação com causas fisiológicas ou devido ao uso de substâncias; b) Fatores Combinados, quando se refere a uma disfunção devido a causas fisiológicas ou por uso de substâncias; c) Ou resultado da combinação de fatores fisiológicos, uso de substâncias e fatores psicológicos. Em conformidade Barreto (2017), o contexto e a cultura a qual o sujeito está inserido deve ser levada em consideração, visto que as DS podem ser motivadas a partir de fatores biológicos, assim como, de conflitos interpessoais ou intrapsíquicos.

Dentro das causas psicogênicas disfuncionais estão a ansiedade elevada, estresse e conflitos emocionais, como motivações prejudiciais para qualquer fase do ciclo da resposta sexual, juntamente a identificação destes fatores é importante reconhecer os aspectos psicológicos e subjetivos do indivíduo (BARRETO, 2017).

A ausência da intimidade e envolvimento sexual são aspectos que pode comprometer a vida sexual do casal, que podem estar associados a sentimento de culpa, ansiedade ou sentimento de vergonha. A ansiedade em grau médio pode levar o indivíduo a diminuir a excitação e quando em grau mais alto pode levar a sua total perda atuando como um inibidor da resposta sexual. O principal fator mantedor desta ansiedade é a preocupação com a qualidade subjetiva da relação sexual e preocupação com o desempenho sexual (SANTOS SILVA, 2015).

Outro fator considerável é a depressão, visto que as mulheres começam a apresentar ausência ou redução do desejo, da excitação e do orgasmo, desencadeando possíveis disfunções na sexualidade. Visto que a ausência do desejo sexual é o segundo sintoma somático mais constante em mulheres deprimidas, precedido apenas por distúrbios do sono. No entanto, a exata causa para essa comorbidade é de difícil averiguação, leva-se em consideração cinco fatores, que são: 1) A DS pode advir de um fator psicossocial, que pode

desencadear a depressão; 2) A DS pode ser um sintoma da depressão; 3) A medicação utilizada para depressão pode provocar DS; 4) Elementos como álcool, cigarro ou doenças vasculares, podem colaborar para o surgimento de ambos os transtornos; 5) Em alguns casos, a etiologia da DS e depressão podem ser distintas (LUCENA; ABDO, 2012).

Serapião (2015) acrescenta que deve se levar em consideração os fatores Temperamentais (vivência e atitudes negativas com relação a sexualidade ou histórico de transtornos mentais); Fatores Ambientais (relação com o parceiro, histórico sexual, histórico da infância, dificuldades nas relações interpessoais, identificação de aspectos estressantes); Genético e fisiológicos (diabetes mellitus, disfunções na tiroide).

As tensões no trabalho podem atingir a função sexual, principalmente nas mulheres, como também experiencia sexual negativa e violência sexual, sendo este último um fator apresentado como um precedente que sempre deve ser considerado frente a uma paciente com queixa sexual (LARA, 2008).

4.4. A Psicoterapia Sexual

O diagnóstico das disfunções sexuais é de grande relevância na clínica, onde deve ser realizada de maneira atenciosa, considerando a evolução do quadro, a relação com o parceiro, os estímulos sexuais quanto ao foco, duração e intensidade. Deve-se identificar se é uma disfunção primária ou secundária, generalizada ou situacional, causada pela idade ou experiencia sexual negativa, consistem em parâmetros fundamentais do diagnostico, para desta formar poder planejar o plano terapêutico de acordo com as queixas apresentadas (ABDO; FLEURY, 2006).

A avaliação e diagnóstico das disfunções sexuais são clínicos, dado que o uso de ferramentas estáticas não abarca as mudanças subjetivas do processo sexual da mulher. Deve ser realizado a observação da paciente, dos aspectos psicossociais, o estilo de vida e os possíveis fatores que contribuem para manutenção da DS (SANTOS SILVA, 2015). Atualmente as abordagens psicoterapêuticas tem alcançado resolutividades favoráveis ao tratamento das DSF, principalmente as técnicas da terapia cognitiva comportamental (TCC) e práticas voltadas para a atenção plena (BRASIL; ABDO, 2016).

A percepção atual do sujeito como biopsicossocial coloca que dentro das DS, existem fatores que antecedem a queixa (predisponentes), fatores que atuam como gatilhos para o seu

surgimento (precipitantes), os fatores que fazer com que o problema permaneça (mantenedores) e fatores contextuais (MARTINS, 2017). Logo, dentro da avaliação realizada com uma paciente que apresente uma DS, todos estes fatores devem ser incluídos na sua análise, ao mesmo tempo em que se avalia os seguintes aspectos: 1) Avaliação da função sexual, abarcando os pensamentos, sentimentos e receptividades para a atividade sexual; 2) Identificação de possíveis comorbidades; 3) Hipóteses etiológicas e elementos mantenedores; 4) Delineamentos dos objetivos do tratamentos e construção do plano terapêutico; 5) Feedback claro e construtivo para a paciente a respeito do trabalho a ser realizado (LUCENA; ABDO; 2016).

Martins (2017) ressalta a importância que o diagnóstico possui no tratamento das disfunções, é a partir dele que todo o planejamento terapêutico será fundamentado. Apesar de o diagnóstico ser eminentemente clínico, existem métodos que podem auxiliar na obtenção de elementos mais precisos. Exames físicos e hormonais também devem ser incluídos na avaliação com a finalidade de compreender de forma mais detalhada o funcionamento fisiológico da paciente (LUCENA; ABDO; 2016).

Atualmente o “Quociente Sexual Feminino-QSF”, criado por Abdo, que tem por objetivo identificar a existência ou não de uma disfunção sexual através dos dados normativos, onde verifica a fase sexual que pode estar sendo comprometida por meio da avaliação dos itens assinalados e da sua intensidade, tem contribuído no delineamento das estratégias a serem utilizadas no tratamento desta disfunção (SANTOS SILVA, 2015). Outro instrumento que pode ser utilizado é o Female Sexual Function – FSFI (Índice de função sexual feminina), que consiste em um questionário elaborado para ser auto aplicado e que se destina a avaliar a resposta sexual feminina nas fases da resposta sexual (desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo e satisfação) (LARA et al., 2008).

Conforme Martins (2017), durante o planejamento e tratamento deve existir uma atuação interdisciplinar entre todos os profissionais (exemplo: psicólogos, fisioterapeutas, psiquiatra, ginecologista), para assim compreender de forma absoluta a sexualidade feminina e suas problemáticas sexuais. O planejamento terapêutico é o aspecto mais importante do trabalho a ser realizado, pois é através dele que todo o tratamento será norteado. Dentro dele deve estar contido: formulação diagnóstica, objetivos a serem atingidas, metodologias e intervenções a serem efetivadas e a conduta terapêutica. Este plano deve ser singular, de

acordo com a disfunção apresentada pela paciente, compreendendo as suas limitações e respeitando a sua totalidade (LUCENA; ABDO; 2016).

Dentro da avaliação psicossesológica, segundo Rodrigues Junior (2009), deve conter toda a história sexual com foco nas lembranças e percepções que o paciente tem a respeito do problema e identificação do possível momento de início e desenvolvimento da disfunção. Direcionamento para o reconhecimento dos últimos episódios sexuais que apresentou dificuldades, como também onde, com quem foi e como se sentiu na relação. Outros fatores a serem conhecidos são as possíveis influências familiares e religiosas. Fatores psicogênicos como medo, culpa, falsas concepções e baixas expectativas com relação ao desempenho sexual devem ser considerados, visto que não só uma DS pode originar problemas psicológicos e depressão, como também os transtornos psicológicos podem ocasionar DS (RIBEIRO; VALLE, 2016).

Alguns elementos são imprescindíveis dentro da abordagem terapêutica com foco nas disfunções sexuais independente da abordagem teórica, que são: Linguagem aberta sobre o sexo e psicoeducação sobre a sexualidade; Aconselhamento, consentimento sexual, treino de comunicação e assertividade sobre a sexualidade; Práticas de exploração e conscientização corporal; Trabalho interdisciplinar com outras áreas da saúde; Não se explorar somente a queixa sexual principal, mas sim a experiência sexual como um todo; Definição de estratégias personalizadas a cada caso (LUCENA; ABDO; 2016).

O Psicólogo que se compromete em trabalhar com estas demandas clínicas, deve possuir uma postura ativa e empática, acolhendo a paciente de forma integral e desprendido de julgamentos. Conhecimento sobre a variedade de abordagens farmacológicas e psicoterapias existentes, para melhor dialogar com outros profissionais que estiverem inseridos no caso (LUCENA; ABDO; 2016). Como também estabelecer desde o princípio que o descobrimento sexual é de responsabilidade da paciente e que sua função dentro da Terapia Sexual é a de auxiliar na escolha da vida sexual que melhor lhe satisfaça de acordo com o seu funcionamento (SANTOS SILVA, 2015).

Conforme Santos Silva (2015), na terapia sexual o paciente deve estar envolvido no processo e decisões do seu tratamento, estabelecendo os seus objetivos e expectativas. Sendo uma terapia dinâmica podem ocorrer alterações nos objetivos quando a paciente juntamente com o terapeuta julgarem necessário. O foco desta terapia, é auxiliar na mudança do foco no

desempenho sexual para a experiência do prazer, proporcionando novas descobertas íntimas e eróticas da sexualidade.

Conforme Lucas, Oliveira e Monteiro (2009), um modelo interventivo que é utilizado como norteador terapêutico, é o PILSET (PLISSIT), que se constitui em quatro graus de aconselhamento sexual, que vão aumentando gradativamente de nível para nível, com o objetivo de proporcionar atitudes sexuais positivas e satisfatórias. O primeiro grau é a Permissão onde é realizada a desmistificação dos mitos e tabus, e a quebra o preconceito em relação ao sexo. O segundo é a fase de Informação, onde o psicoterapeuta irá orientar e explicar questões sobre a fisiologia da resposta sexual e a anatomia genital. No terceiro grau é realizada a Sugestão Específica, onde é indicado mudanças no comportamento que reforça a problemática. No quarto, é efetuado o início da terapia intensiva, que se caracteriza como a Terapia Sexual propriamente dita.

Alguns métodos com referência em Masters e Johnson são utilizados, como a focagem de sensações e exercícios orientados, algumas técnicas da TCC, como técnicas de relaxamento e treino de fantasias. Técnicas mais específicas como a auto manipulação, utilizada através de práticas excitatórias no próprio corpo e exercícios de Kegel que é realizado através do treinamento da musculatura pélvica (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

A masturbação constitui um método importante dentro do processo terapêutico, realiza a integração dos impulsos, descarga de tensões, auxilia na vivência e desenvolvimento das fantasias sexuais, promove o autoconhecimento do corpo e desinibição para a prática sexual. É através da prática masturbatória que o indivíduo entra em contato com a sua capacidade de excitação, prazer e orgasmo, proporcionando a si o conhecimento da sua sexualidade (FLORES, 2013).

O incentivo ao diálogo entre a mulher e o seu parceiro, a penetração não exigente e a orientação para a entrega ao prazer sem estereotipações são pontos indispensáveis de serem abordados (LUCENA E ABDO, 2012). Através do treinamento em comunicação assertiva, a mulher trabalha os aspectos da sua linguagem através da flexibilização das suas crenças, com o propósito de construir uma relação mais receptiva emocionalmente a relação sexual. Como também exercícios de autoconsciência para que a mulher possa reconhecer as suas sensações

corporais internas e externas e literaturas eróticas, demonstram-se muito eficientes no processo terapêutico (SANTOS SILVA, 2015).

A mais recente descoberta é a efetividade da técnica de *mindfulness* no tratamento de mulheres que apresentam dificuldades na fase de excitação sexual e dores gênero-pélvica (com ou sem penetração), que consiste em realizar com a paciente uma prática meditativa que proporciona a aceitação plena e consciente do seu momento presente sem julgamentos (LUCENA; ABDO, 2016). Bem como a mudança do foco da frequência para a qualidade do sexo realizado possibilita trabalhar a intimidade erótica da paciente, demonstrando-se eficaz como recurso terapêutico em pacientes que apresentam inibição do desejo sexual ou comprometimento nas fases de excitação ou orgasmo (SANTOS SILVA, 2015).

No tratamento dos Transtornos Sexuais Vaginismo e Dispaurenia, as intervenções mais utilizadas recentemente ainda estão correlacionadas a utilização de medicamentos antidepressivos (amitriptilina, venlafaxina e duloxetina), utilização local de cremes estrogênicos, géis hidrossolúveis, aplicação tópica de lidocaína, injeção de toxina botulínica. Nos procedimentos fisioterápicos a utilização de dilatadores, exercícios no assoalho pélvico e estimulação elétrica têm demonstrado resultados promissores. Quando o tratamento medicamentoso e fisioterápico é unido a psicoterapia sexual a resolutividade do caso é mais efetiva (BRASIL; ABDO, 2016).

Quando a mulher apresenta além da DSF a depressão, o seu acompanhamento deve ser realizado com maior atenção e o tratamento da DS será parte do tratamento da depressão. Alguns procedimentos que podem auxiliar nesta situação, são: 1) Orientar a paciente a aumentar o tempo das preliminares; 2) Aguardar o desenvolvimento de tolerância a medicação; 3) Reduzir a dosagem da medicação quando for possível; 4) Ingerir os medicamentos posteriormente a atividade sexual; 5) Realizar breves interrupções no tratamento quando for possível; 6) Tratamentos auxiliares que alivie o efeito colateral do antidepressivo. Outro aspecto a ser abordado é o medo antecipatório com o objetivo de auxiliar no reestabelecimento da intimidade, redução do medo e ansiedade, visto que é comum que mulheres depressivas comecem a esquivar-se das relações sexuais (LUCENA; ABDO, 2012).

O sucesso da terapia sexual será constatado quando a paciente apresentar em seu desempenho sexual a expressão subjetiva da sua sexualidade. Atingindo o objetivo de

desprender-se dos medos, angustias e sofrimento, passando a encontrar dentro das relações sexuais, prazer e satisfação. Desta maneira, proporcionando a esta mulher uma melhora na sua autoestima, na qualidade de vida, nos relacionamentos interpessoais, no seu bem-estar e principalmente na compreensão acerca do seu corpo e sua sexualidade (LUCENA; ABDO, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a contextualização histórica da sexualidade, pode-se dizer que as questões relacionadas à vivência sexual da mulher foram construídas dentro de um contexto repressivo, dominador e abusivo. Mesmo as mulheres vivenciando atualmente uma maior liberdade sexual, ainda se culpam por todas as problemáticas ligadas ao sexo, mantendo uma postura passiva, reforçando desta maneira o padrão submisso que ainda não foi totalmente ultrapassado.

Apesar das mudanças históricas e das conquistas alcançadas no meio social e cultural, a mulher ainda tem o seu corpo como um desconhecido. Por muitas vezes acabam por desconhecer o que realmente lhe é o prazer e as suas sensações. Esses efeitos são consequências e sintomas da sua história de repressão e submissão vivida por muito tempo, onde seu corpo foi minimizado e seu direito a sexualidade negada. As disfunções sexuais são marcas desta história, são as marcas de um corpo que não teve espaço para a sua expressão. É preciso abandonar os conceitos da sexualidade como uma coisa negativa, suja e errada, e partirmos para a transmissão de uma concepção mais positiva e de acordo com a realidade.

Os mitos e tabus precisam ser quebrados, as mulheres precisam de um espaço em que possam exprimir e revelar todos os seus desejos livres dos julgamentos e a psicologia é uma área capacitada para lidar com tais demandas, só é necessário preparar os profissionais para isto. Uma possível alternativa para tal questão é inserir nas grades curriculares das graduações disciplinas que abordem a sexualidade, não apenas como reprodução ou infecções sexualmente transmissíveis, mas como um conteúdo que abrange aspectos da qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Aos profissionais que hoje se propõem a trabalhar com esta temática devem estar preparados para discutir a sexualidade desvinculada de aspectos negativos e livre de qualquer julgamento. Para que possam atuar de forma a promover a saúde sexual desta mulher com uma boa relação pessoal, compreendendo os princípios e valores da sua paciente, com a finalidade de dispor uma abordagem integral no tratamento das disfunções sexuais.

REFERÊNCIAS:

- ABDO, C. H. N. Descobrimento Sexual do Brasil. São Paulo: Summus, 2004.
- ABDO, C. H. N. História da sexologia. Revista Psique especial: ciência & vida. n 09. ano III. 2008.
- ABDO, C. H. N. Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB). São Paulo: Bregantini, 2004.
- ABDO, C. H. N. Sexualidade Humana e seus Transtornos. 3ª edição, Casa Leitura Mádica, 2010.
- ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos das disfunções sexuais femininas. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 33, n 3, p 162-167, 2006.
- ALAMBERT, Zuleika. Mulher – Uma trajetória épica – Esboço histórico – (da antiguidade aos nossos dias). São Paulo: IMESP, 1997.
- ANDRÉ, Jacques. As origens femininas da Sexualidade. Rio de Janeiro. Jorge Zahar editor, 1996.
- Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5ªed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais -o DSM-5. Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, v. 16, n. 1, p.67-82, 2014.
- BADINTER, Elisabeth. Émilie: a ambição feminina no século XVIII. São Paulo: Paz e Terra: Duna Dueto, 2003.
- BALON, R. CLAYTON, A. H., Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air, Archives of Sexual Behavior, v. 43, p. 1227-1229, 2014.
- BARRETO, Ana Paula Pitiá. As repercussões da psicoterapia cognitivo-comportamental na função sexual e qualidade de vida de mulheres com disfunção sexual: Uma análise qualitativa. 2017. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2017
- BARROS, Patrícia Marcondes de. A Revolução Sexual nos anos 70 e o pensamento contracultural de Rosie Marie. Revista Nupem, Campo Mourão, v. 9, n. 18, p.98-108, 2018.
- BARSTED, Leila de A. L. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil – 1983-1993. Revista Estudos Feministas, Rio de Janeiro, CIEC/ ECO/ UFRJ, v. 2, número especial, p.38-54, 1994.
- BASSON, R. - Human sex response cycles. J Sex Marital Ther 27. 2001.

- BELLO, J.L.de. O poder da religião na educação da mulher. *Pedagogia em foco*. Rio de Janeiro, 2001.
- BERNARDI, Marcello. *A Deseducação sexual*. (tradução de Antonio Negrini). *Novas buscas em educação*; v.21. São Paulo: Summus, 1985.
- BÍBLIA. Português. *A Bíblia Sagrada: tradução dos originais*. São Paulo: Ave Maria, 1991.
- BIRMAN, Joel. *Cartografias do Feminino*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- BORGES, Ana Luiza Vilela. SCHOR, Néia. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública*, vol.21, n.2, pp. 499-507.
- BRASIL Ana; ABDO Carmita. Transtornos sexuais dolorosos femininos. *Revista diagnóstico e tratamento*. Volume 2. 2ª ed. Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo 2016;21(2):89-92. Disponível em: <<http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-159.pdf#page=39>>. Acesso em: 11 set. 2018.
- CARIDADE, Amparo. *Sexualidade Feminina: A linguagem do corpo*. SBRASH, 1994. 142-146. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/34675084/REVISTA-BRASILEIRA-DE-SEXUALIDADE-HUMANA-5-2>>. Acesso em: 02 out. 2018.
- CARVALHO, A. PINTO, M. Ser ou não ser ... quem são os adolescentes? In: CARVALHO, A. SALLES, F. GUIMARÃES, M. *Adolescência*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Proex - UFMG, 2002.
- CATONNÉ, J. P. *A sexualidade ontem e hoje*. Coleção *Questões da nossa época*. São Paulo: Cortez, 1994.
- CAVALVANTE, Ricardo; CAVALVANTE, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca, 1992.
- CHAUÍ, Marilena de Souza. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo :Brasiliense, 1984.
- CID-10 –Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas –Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DEGASPERI, Patrícia, *Marcas da sexualidade construídas na Idade Média que contribuíram para o aparecimento da homofobia*. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura Plena em Pedagogia), Universidade Estadual Paulista „Júlio de Mesquita Filho“, Rio Claro, 2015.

- DE NADAL, Luciana Garbini; VOLPI, Sandra Mara D. Um olhar para a sexualidade feminina: rumo às crianças do futuro. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVIII, XIII, 2013. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2013. [ISBN – 978-85-87691-23-1]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br/artigos.
- DEL PRIORE, Mary. Histórias e Conversas de Mulher. São Paulo: Planeta do Brasil, 2013
- DE SOUZA, Eros; BALDWIN, John R.; ROSA, Francisco H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. Publicado na Psicologia: Reflexão e Crítica. Print version ISSN 0102-7972. Publicado na Rev . Psicol. Reflex. Crit. vol.13 n.3 Porto Alegre 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000300016. Acessado em 28;Set.2018;
- DUNN, K. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. Journal of Sex & Marital Therapy, 26(2), 141-151.
- DUBY, Georges. A idade média, idade dos homens. São Paulo. Companhia das Letras, 1989.
- FLÔRES, Cristiano da Costa. A autopercepção de corpo e sexualidade em idosos. 2013. 87 f. Tese (Doutorado) - Curso de Biomedicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5535/3/000451890-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.
- FONSECA, João José Saraiva da. Metodologia da pesquisa científica. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.
- FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.
- FOUCAULT, Michel. História da sexualidade: a vontade de saber. 15.ed. São Paulo: Graal, 2003.
- FRANCO JUNIOR, Hilário. A idade média: nascimento do ocidente. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Brasiliense, 2006. 201 p.
- FREUD, S. Sexualidade feminina. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1931. v. XXI.
- GEZONI, A. L. Sexualidade feminina: aspectos culturais da repressão sexual e suas consequências. Gênero e Sexualidade. (2011). Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2011/03/26/sexualidade-feminina-aspectos-culturais-da-repress-o->

[sexual-e-suas-consequencias/](#) Acesso em: 10 de setembro de 2016.

GOZZO, Thaís de Oliveira et al. Sexualidade Feminina: Compreendendo seu significado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p.84-90, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

HENTSCHEL, Heitor et al. ASPECTOS FISIOLÓGICOS E DISFUNCIONAIS DA SEXUALIDADE FEMININA. Hcpa, Porto Alegre, v. 2, n. 26, p.61-65, jun. 2006. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164255/000558634.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 set. 2018.

KAHHALE, Edna Maria Petres; ANDRIANI, Ana Gabriela Pedrosa. Constituição histórica da psicologia como ciência. In: KAHHALE, Edna Maria Petres (Org.). A diversidade da psicologia: uma construção teórica. São Paulo: Cortez, 2002.

KAPLAN, H.S. - A Nova Terapia do Sexo. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KINSEY, Alfred; POMEROY, Wardell; MARTIN, Clyde; GEBHARD, Paul. A Conduta sexual da mulher. Rio de Janeiro: Atheneu, 1954.

LAKATOS, Eva e Marconi, Marina. Metodologia do Trabalho Científico. SP : Atlas, 2003.

LARA, Lúcia Alves da Silva. Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. Rev Bras Ginecol Obste, Ribeirão Preto, v. 12, n. 31, p.583-585, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n12/v31n12a01.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

LAUMANN, E. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. Journal of the American Medical Association, pág. 537-544.

LEAL, Raphael Barros; CABRAL, Flavio José Gomes. Religião e Sexo: Do controle na idade média e sua herança na contemporaneidade. In: IV COLOQUIO DE HISTÓRIA. 2013, Pernambuco. Artigo. Pernambuco: Unicap, 2013. p. 572 - 581. Disponível em: <<http://www.unicap.br/coloquiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/4Col-p.572.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

LEONTIEV, A. O desenvolvimento do psiquismo. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LINS, Regina Navarro. O livro do amor, volume 1. Rio de Janeiro: BestSeller, 2015.

LUCAS, Catarina Oliveira; OLIVEIRA, Cristina Maias; MONTEIRO, Maria Isabel Alves. Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. Rev.Mudanças – Psicologia da Saúde, São Paulo, v. 17, n. 2, p.101-112, 2009.

LUCENA, Bárbara Braga de; ABDO, Carmita Helena Najjar. Terapia sexual: breve histórico

- e perspectivas atuais. Revista Diagnóstico e Tratamento, São Paulo, v. 21, p.186-189, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-165.pdf#page=40>>. Acesso em: 08 out. 2018.
- LUCENA, Bárbara Braga de; ABDO, Carmita Helena Najjar. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. Rev. Diagnóstico e Tratamento, São Paulo, v. 17, n. 2, p.82-95, 2012.
- LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MARQUES, Florence Zanchetta Coelho; CHEDID, Simone Braga; EIZERIK, Gibrahn Chedid. Resposta sexual humana. Rev. Ciênc. Méd, Campinas, v. 6, n. 17, p.175-183, dez. 2008. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/755/735>>. Acesso em: 29 set. 2018.
- MARTINS, Francine Aparecida. Intervenções na área da saúde frente a disfunção sexual feminina no Brasil: Uma revisão sistemática. 2017. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Programa de Aprimoramento Profissional/ Crh/ Ses - Sp e Fundap, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <http://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2017/07/PAP_Francine-Aparecida_Martins_2017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.
- MASTERS, William & JOHNSON, Virginia. A Resposta Sexual Humana. São Paulo: Roca, 1984.
- McLAREN, Peter. "Moral panic, schooling, and gay identity. Critical Pedagogy and the politics of resistance". In Gerald Unks (ed.), The gay teen. Educational practice and theory for lesbian, gay and bisexual adolescents. Nova York e Londres: Routledge, 1995. p.105-123.
- MEIRELES, Irmã Regina Maria; SANCHEZ, Padre Joaquin; VALLE, Padre Edênio. Sexualidade, cultura ética e vida religiosa. Porto Alegre: Editora Loyola, 1999.
- MENEGON, C.; SILVA, E.w.. A Sexualidade Feminina e a Psicanálise: Rompendo as Amarras da Moral Sexual Cristã e do como Reprodução. **Gênero & Direito**, [s.l.], n. 3, p.122-139, 22 dez. 2015. Revista Genero & Direito. <http://dx.doi.org/10.18351/2179-7137/ged.2015n3p122-139>. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/25975/14476>>. Acesso em: 19 out. 2018.

- MURIBECA, Maria das Mercês Maia. Das origens da sexualidade feminina ao feminino nas origens da psicosexualidade humana. **Estudos de Psicanalise**, Aracaju, p.101-108, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.cbp.org.br/origenssexualidadefeminina.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- NUNES, César Aparecido. *Desvendando a sexualidade*. Campinas: Papyrus, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). História da OMS. Disponível em: <http://www.who.int/about/history/en/>. Acesso em: 17. Outubro.2018.
- OKITA, Hiro. *Homossexualidade: da opressão à libertação*. São Paulo: Editora Sundermann, 2007.
- PINHO, Raquel; PULCINO, Rachel. Desfazendo os nós heteronormativos da escola: contribuições dos estudos culturais e dos movimentos LGBTTTT. *Educação e Pesquisa*, v.42, n.3, p.665-681, 2016.
- RANGÉ, Bernard. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: transtornos psiquiátricos*. v. 2. São Paulo: Livro Pleno, 2001.
- REICH, W. *A Revolução Sexual*, Rio de Janeiro, Zahar, 8.a ed., 1983.
- REICH, W. *A função do Orgasmo: Problemas econômicos, sexuais da energia biológica*. 10ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1975.
- RESSELI, Lúcia Beatriz; GUALDAI, Dulce Maria Rosa GualdaI. A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Revista de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 82-87, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/10.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In.: BORTOLOZZI, Ana Cláudia; MAIA, Ari Fernando (Org). *Sexualidade e infância*. Bauru: FC/CECEMCA; Brasília: MEC/SEF, 2014, p.17-32.
- RIBEIRO, Jéssica Nunes; VALLE, Patrícia Alexandra dos Santos Schettert do. Disfunção Sexual Feminina: Percepção e impacto na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 27, n. 2, p.33-40, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.sbrash.org.br/revista/rbsh/sbrash/disfuncao-sexual-feminina-percepcao-e-impacto-na-qualidade-de-vida>>. Acesso em: 15 out. 2018
- RODRIGUES JUNIOR, Oswaldo M. Uso de Instrumentos Psicológicos para avaliação e processo terapêutico em sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 26, n. 2, p.130-135, jun. 2009

- ROHDEN, Fabíola et. al. Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro : CEPESC; Brasília : SPM, 2009. Disponível em: http://estatico.cnpq.br/portal/premios/2014/ig/pdf/genero_diversidade_escola_2009.pdf.
- RYCROFT, C. As Ideias de Reich, São Paulo, Cultrix, 1971.
- SANTOS SILVA, Fernanda Robert de Carvalho. Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Medicina Sexual*, São Paulo, v. 20, n. 4, p.157-160, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-150.pdf#page=31>>. Acesso em: 22 out. 2018.
- SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, vol. 16, no 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990.
- SENNA, Tito. Os relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: As sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2007.
- SERAPIÃO, Jorge José. Transtorno do interesse e excitação sexual feminino no DSM-V. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 26, n. 2, p.59-64. 2015. Disponível em: <<https://www.sbrash.org.br/revista/rbsh/sbrash/transtorno-do-interesse-e-excitacao-sexual-feminino-no-dsm-v>>. Acesso em: 15 out. 2018.
- SILVA, André Candido; MEDEIROS, Marcia Maria. Sexualidade e a História da mulher na Idade Média: a representação do corpo feminino no período medieval nos séculos X a XII. *Revista Eletrônica História em Reflexão (UFGD)*, v. 7, 2013, p. 1-16.
- SILVA, Fernanda Robert de Carvalho Santos. Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Rev. Diagnóstico e Tratamento*, 160, v. 204, p.157-160, 2015.
- SILVA, D. Q. da, & Folberg, M. N. (2008). De Freud a Lacan: as ideias sobre a feminilidade e a sexualidade feminina. *Estudos de Psicanálise*, 31, 50-58.2008.
- SILVA, Pollyana J. A condição feminina: uma breve retrospectiva histórica. Sem data de publicação. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAecQAB/acondicao-feminina-breve-retropesctiva-historica?part=3>.
- SOARES, Lorena. A Sexualidade e o Corpo. 2013. Disponível em: <<http://www.analisebioenergetica.com.br/a-sexualidade-e-o-corpo/>>. Acesso em: 13 out. 2018.
- SPITZNER, Regina Henriqueta Lago. Sexualidade e Adolescência: Reflexões acerca da

Educação Sexual na Escola. 2005. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/dissertacoes/2005-Regina_Spitzner.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade Feminina: Questões do cotidiano das mulheres. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 3, n. 17, p.417-426, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

VALDIVIA, Olivia Bittencourt. *Psicanálise e Feminilidade: Algumas Considerações*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 1997, 17, (3), 20-27.

VIEIRA, Laura Helena Chaves Nunes. Articulando gênero, sexualidade e subjetividade. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 15, n. 21, p.71-90, out. 1997. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/23356/21032>>. Acesso em: 19 out. 2018.

VEYNE, P. A homossexualidade em Roma, In: ARIÉS, P. e BEJIN, A. (org.). *Sexualidades ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

VRISSIMTZIS, Nikos A. *Pederastia. Amor, Sexo & Casamento na Grécia Antiga*. São Paulo: Odysseus, 2002. p 100 – 114.

XAVIER FILHA, Constantina. A sexualidade feminina entre práticas divisoras: da mulher “bela adormecida” sexualmente à multiorgástica – imprensa feminina e discursos de professoras. Disponível em: < <http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT23-3297-Int.pdf> > Acesso em: 01 de outubro de 2018.