

FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ
CURSO DE ENFERMAGEM

Mirabel Paula Vieira Sampaio

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DA ANORGASMIA:
Sob a perspectiva do autoconhecimento feminino.

Maceió
2020

Mirabel Paula Vieira Sampaio

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DA ANORGASMIA:

Sob a perspectiva do autoconhecimento feminino.

Monografia apresentada à Faculdade da Cidade de Maceió, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Aline Araújo de Omena Moura Gameleira

Maceió

2020

Mirabel Paula Vieira Sampaio

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DA ANORGASMIA:
Sob a perspectiva do autoconhecimento feminino.

Monografia apresentada à Faculdade da Cidade de Maceió, FACIMA como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Aline Araújo de Omena Moura Gameleira

1º Examinador: Prof. Esp. Telma Ferreira dos Santos

2º Examinador: Prof. Me. Vívian Marcella dos Santos Silva

Data da aprovação: ___/___/___

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo geral, verificar a importância da consulta de enfermagem na identificação da anorgasmia sob perspectiva do autoconhecimento feminino para chegar ao orgasmo, e como objetivos específicos compreender como os assuntos relacionados a sexualidade eram tratados em diferentes épocas, verificar se a anorgasmia influencia positivamente ou negativamente na saúde mental, social e física da mulher, averiguar quais os benefícios que o orgasmo traz para a saúde feminina, conhecer como a mulher conquistou a sua independência sexual, conhecer os benefícios que o autoconhecimento e o orgasmo trazem, conhecer as fases orgásticas, inteirar-se do papel da enfermagem na sexualidade feminina, melhorar o entendimento dos profissionais de saúde para o tratamento da anorgasmia. A pesquisa realizada, é de natureza bibliográfica por meios de levantamentos nos repositórios de teses, artigos científicos e dissertações, de pesquisa primária e secundária que orientam o referencial teórico, nas bases de dados Medline, Scielo. Os descritores foram: “Anorgasmia”, “Sexualidade feminina”, “Consulta de Enfermagem”. A análise mostrou que a anorgasmia está diretamente ligada aos fatores, educacionais, religiosos, culturais e psicológicos. O profissional de enfermagem consegue em sua consulta, identificar as possíveis causas relacionada a anorgasmia. Assim podendo orientar sua paciente a importância de uma vida sexual saudável, promovendo a sua paciente o autoconhecimento do corpo e mente, ajudando suas pacientes identificar os pontos sensíveis que não haviam percebido antes. Esclarecendo também as causas da anorgasmia como: dispareunia, relacionada as vaginites; vaginoses, estando diretamente ligadas as patologias; e vaginismo relacionado aos fatores sociais, psicossomáticos, religiosos, anatômicos. Enfatizando que a saúde sexual de qualidade traz benefícios a saúde da mulher lhe proporcionando, autoestima, bem-estar físico e emocional, empoderamento, autoconfiança.

Palavras – Chaves: Anorgasmia; Consulta de enfermagem; Sexualidade feminina.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	5
1. SEXUALIDADE HUMANA AO LONGO DO TEMPO	9
1.1.A EMANCIPAÇÃO DA SEXUALIDADE FEMININA	11
2. OS BENEFÍCIOS DO ORGASMO E O AUTOCONHECIMENTO FEMININO..	15
2.1.O PRAZER FEMININO.....	22
2.1.1. Desejo	24
2.1.2. Excitação	25
2.1.3. Platô	25
2.1.4. Orgasmo	26
2.1.5. Resolução	26
2.2.DISFUNÇÕES SEXUAIS	27
2.3.ANORGASMIA E SUAS IMPLICAÇÕES.....	29
3. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE FEMININA	32
3.1.CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	34
3.2.EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA ..	35
4. TRATAMENTO DA ANORGASMIA	38
4.1.PERMISSÃO.....	38
4.2.INFORMAÇÃO LIMITADA	38
4.3.SUGESTÕES ESPECÍFICAS SIMPLES	38
4.4.TERAPIA INTENSIVA.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	43

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A sexualidade humana, de acordo com Zikan (2005), vem sendo ao longo do tempo objeto de estudo para pesquisadores do comportamento humano, como o pai da psicanálise Sigmund Freud, que inovou o tema com suas teorias e fundamentações e buscou explicar a sexualidade como parte da vida humana, provocando mudanças na cultura sexual. A sexualidade era vista, nessa época, como algo transgressor já que as práticas sexuais começavam a desvincular-se da procriação, modelo cultural-cristão.

O conceito psicanalítico que Freud traz sobre sexualidade, é de que ela aparece como força, ou seja: sexo é energia. Esta energia está associada aos instintos e possui papel importante na estrutura orgânica dos seres humanos, atuando em diversas formas na vida do homem.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sexo possui características biológicas, utilizado para diferenciar o feminino do masculino. Diretamente relacionado aos órgãos sexuais e à anatomia humana, Senem (2017) define sexo como um conjunto de práticas, atitudes e comportamentos vinculados ao ato sexual, resultante das concepções existentes sobre ele.

Senem (2017), ainda diz que a compreensão da sexualidade em seu processo de transformação é necessária para identificar as diversas formas, assim, podendo diferenciar suas configurações ao longo da história das sociedades, identificar processos, padrões e normatizações que influenciaram sua constituição.

Segundo Almeida (2005), os problemas relacionados à sexualidade, condicionados por fatores históricos, políticos, sociais, culturais, religiosos e educacionais, têm influenciado nos comportamentos e nas atitudes dos indivíduos, causando graves consequências para a saúde em geral.

Neiva (2002), relata que a sexualidade tornou-se quadro de estudos da OMS para definir a qualidade de vida de uma pessoa, já que após várias pesquisas foi constatado que 50% de casais com vida sexual ativa apresentam algum problema sexual e de um grupo de 500 mulheres pesquisadas sem queixa sexual prévia, constatou-se que 45% delas eram anorgasmicas.

“A sexualidade é uma dimensão importante do ser humano, incluída as necessidades humanas básicas, sendo essencial no atendimento holístico” (ALMEIDA, 2005, p. 139).

Neumann et al (2011), relata que a sexualidade feminina ainda é um tabu com muitas perguntas, mitos e mudanças a serem esclarecidas, sendo de suma importância reconhecer, orientar e tratar quando necessário os problemas sexuais que afetam a vida de muitas mulheres.

Segundo Almeida (2005), o profissional de enfermagem é o mais adequado na função de orientador sexual, visto que é o profissional que tem a oportunidade de trabalhar todas as etapas de vida de seus pacientes. No desenvolver de suas atividades o profissional deve analisar o comportamento do paciente, identificar as angustias que o paciente traz, saber ouvir, responder a questionamentos, orientar quanto a efeitos colaterais de medicamentos, que interferem na sexualidade, e falar sobre a doença em si. Para Neumann et al. (2011), é necessário conhecimento do processo de sexualidade da parte do profissional para que essa cominação se torne mais fácil.

A dificuldade ou ausência do orgasmo, definido como anorgasmia, associada a fatores físicos, mentais, culturais e fisiológico, é uma das principais disfunções sexuais enfrentadas pelas mulheres, sendo uma problemática pouco falada e negligenciada pelos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, o presente estudo traz o questionamento sobre a consulta de enfermagem na identificação da anorgasmia, já que é através dela, principalmente nos dias de exames ginecológicos, que o enfermeiro durante a coleta de dados consegue identificar alguns fatores citados acima. Por meio disto, ajudará sua paciente a descobrir sobre sua possível disfunção sexual existente.

O tema foi escolhido após assistir as aulas da disciplina Saúde da Mulher, e perceber que muitas mulheres nunca chegaram ao orgasmo, que para elas era algo comum, decorrente das questões sociais e religiosas. Pois na antiguidade o objetivo das mulheres em relação ao sexo era de procriação e não o prazer.

Este estudo é de grande importância às mulheres, pois tem a finalidade de trazer conhecimento aos profissionais de saúde sobre a importância de não negligenciar a saúde sexual, assim colaborando para amenizar os transtornos da anorgasmia. O tema sexualidade, é visto de várias formas, como curiosidade, pecaminosidade, angústias e tabus. Assim os profissionais de enfermagem precisam ficar mais atentos e dando maior notabilidade ao assunto, pois reconhecer e corrigir a anorgasmia é de fundamental importância para a saúde da paciente, lhe trazendo grandes benefícios como: autoestima, bem-estar físico e emocional,

proporcionando-as o conhecimento de seu corpo e o direito de sentir prazer. Esclarecer que é possível chegar ao orgasmo e satisfazer suas vontades nas relações sexuais. No relato de Correia, et. al. (2016), afirma o que foi citado acima, em relação aos benefícios que o orgasmo traz, como autoconfiança, sono preservado, melhor saúde mental, e satisfação física. Com intenção de alertar aos profissionais de enfermagem a importância de olhar para o paciente de forma holística, abordando a qualidade da vida sexual de sua paciente, buscando construir confiança, desenvolvendo a empatia, uma escuta qualificada, sem preconceitos, como menciona Brasil (2013).

O referido trabalho tem como objetivo geral, analisar a importância da consulta de enfermagem na identificação da anorgasmia, sob a perspectiva autoconhecimento feminino para chegar ao orgasmo, e como objetivos específicos, entender como o assunto relacionado ao orgasmo era tratado em diferentes épocas, conhecer a emancipação da sexualidade feminina, saber quais são os benefícios do orgasmos e do autoconhecimento feminino, descrever os fatores que podem influenciar positivamente e negativamente a mulher chegar ao orgasmo, compreender as fases orgásticas, inteirar-se do papel da enfermagem na sexualidade feminina, aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde para o tratamento da anorgasmia.

A metodologia utilizada é uma pesquisa narrativa, com caráter descritivo de abordagem qualitativa, com delineamento bibliográfico por meio do levantamento nos repositórios de teses, dissertações e artigos científicos de pesquisas primárias e secundárias, com publicações nas bases Scielo, Lilacs, Pubmed e Google Acadêmico, que orientam o referencial teórico. A pesquisa foi realizada entre maio e dezembro de 2019, a busca limitou-se aos trabalhos publicados em língua portuguesa, que possuíssem acesso livre na base de dados pesquisada. Com descritores anorgasmia, sexualidade feminina, consulta de enfermagem. O intuito da pesquisa é entender como é identificado a anorgasmia na consulta de enfermagem, enfatizando a importância do orgasmo feminino.

Esse trabalho demonstra que, as pessoas são deficientes de informações relacionado a anorgasmia e vai possibilitar maior discernimento a respeito do tema levantado, sendo relevante que os profissionais de enfermagem, realizem atividades e programas de acompanhamento e assistenciais para identificar a queixa sexual, podendo ser de origem biológica e psíquica nas mulheres, assim adquirindo o poder

de interferir, disponibilizando acompanhamento apropriado à população feminina, ofertando uma maior compreensão as mulheres com dificuldades sexuais.

1. SEXUALIDADE HUMANA AO LONGO DO TEMPO

Ao longo da história humana, os conceitos de homem e de mulher tinham diferentes concepções, como afirma Muribeca (2010), que do ponto de vista científico, era estabelecido à existência de um único sexo, que poderia ser bem sucedido ou não em sua evolução. Do ponto de vista religioso, a mulher era um produto derivado do homem. Assim, foi desconsiderada toda a especificidade atribuída ao feminino, passando a ser tratada de forma negativa em comparação ao masculino.

Em Muribeca (2010), no quesito sexualidade, o órgão genital masculino e suas representações, passaram a ter papel de destaque, enquanto o órgão genital feminino ocupava o lugar de desconhecido e enigmático.

Na Idade Média, com grande influência da igreja católica, havia uma regulamentação das condutas morais, legitimando o controle da sexualidade. Segundo as considerações do filósofo Michel Foucault, as palavras, os pensamentos e até mesmo os desejos carnis eram controlados, ou seja, uma interdição ao sexo. A carne era vista como a origem de todos os pecados e o desejo um mal que atingia todos os homens, portanto, precisava ser devidamente controlado.

Em Trillat (1991), durante aproximadamente quatro séculos (século XIV até meados do XVIII) – período de obscuridade medieval – de caça às bruxas e repressão ao erotismo feminino, houve perseguição as mulheres e ao prazer associado a elas, milhares foram queimadas vivas na fogueira da inquisição.

Entre os séculos XII e XVII, a mulher foi estigmatizada como a representação do mal. Filha e herdeira de Eva, fonte do Pecado Original e instrumento do diabo sobre a face da Terra, seu corpo feminino era visto como um conjunto de imperfeições quer do ponto de vista moral, quer fisiológico, transformando-se em algo maligno, essencialmente impuro. Ligada a natureza, a carne, ao sexo e ao prazer, ela foi responsabilizada por induzir o homem a traição e ao pecado. Essa concepção enaltecia o homem enquanto a mulher e a sexualidade eram penalizadas como causa máxima da degradação humana (MURIBECA, 2010, p.102).

Até o século XVIII, o sexo era visto de maneira única, como se os corpos femininos e masculinos fossem um só. Esta compreensão do sexo idealizava a mulher como um homem inferior e invertido. Dessa forma, como ressalva Costa-Júnior e Maia (2013), a mulher era considerada um homem imperfeito, porque seus órgãos sexuais eram os mesmos dos homens, porém internalizados.

Na cultura hebraica, segundo Werebe (1998) e Senem (2017), o homem era considerado superior à mulher. Vista como impura e compreendida como auxiliar do homem, esta tinha a função de servi-lo. O casamento era um contrato familiar entre senhores, sendo a mulher substituída pelo dote. As influências hebraicas, romanas e helênicas estabeleceram um modelo patriarcal que serviu de base para toda a sexualidade medieval. Foi por meio deste modelo que as relações sexuais tinham por finalidade apenas a procriação, tornando a mulher posse do homem.

Na cultura greco-romana, de acordo com Zikan (2005) e Vitiello (1998), a mulher primeiramente obedecia a autoridade paterna até ser entregue a outro homem em um casamento arranjado. Não tinha direito a educação, pois se acreditava que a mesma era destituída de razão. Seu contato com homens era restrito, apenas esposo e parentes. Essa prática mantinha a mulher longe de conhecimentos da literatura política. Já os homens gregos tinham liberdade para a busca do prazer, no entanto, era procurado fora de casa, entre as prostitutas ou em práticas homossexuais. Os romanos eram considerados mais liberais, porém não menos machistas, sendo o prazer permitido apenas para os homens e algumas mulheres privilegiadas.

Segundo Jacq (2000) o Egito antigo tinha uma visão positiva sobre sexo e sobre a figura da mulher, que tinha mais liberdade em comparação a outras civilizações. A mulher podia ter relações sexuais antes do casamento, não sendo visto como motivo de desonra, tendo mais importância à fidelidade como base para o casamento. O divórcio era possível, podendo a mulher receber pensão ou bens que garantia seu sustento.

No decorrer de todos os séculos de história da humanidade, apenas em breves períodos houve uma visão mais liberal sobre o exercício da sexualidade. Tivemos, ainda que restritos apenas alguns segmentos da sociedade, períodos de liberação e visão mais positiva da sexualidade em curtos períodos históricos. Nunca, no entanto, o estudo do exercício da sexualidade humana foi considerado importante e, apenas nas últimas décadas, vem sendo visto como um tema merecedor de estudos por um ramo da ciência (VITIELLO, 1998, p. 4).

De acordo com Costa (2013), Oliveira (2018) e Ribeiro (2005), o conceito de sexualidade foi criado no século XIX e caracterizado como um saber sexual, consequente da incitação à manifestação sexual verbal e escrita. Em meados do século XIX e XX a sexualidade feminina era reprimida de forma intensa, tanto que o

comentário sobre sexo era como algo ruim, e que uma mulher de respeito não podia gostar do ato sexual. Durante os séculos, o sexo para as mulheres era tido como um ato somente para reprodução, dessa forma muitas se culpavam por coisas que deveriam ser consideradas normais, como gostar de sexo e sentir prazer. As que eram consideradas erotizadas eram tidas por amantes.

Fica clara a submissão feminina nessa época, a mulher não tinha liberdade e vivia para satisfazer o marido e para manutenção da família. Além disso, como diz Costa (2013), o homem que assumia a posição ativa no ato sexual, cabendo à mulher se submeter com passividade. Por serem consideradas frágeis, as mulheres sempre estiveram na posição de expectadoras e coadjuvante na história, dominadas e reprimidas pelos homens. Seus direitos civis, políticos e religiosos eram negados e, principalmente, sua sexualidade oprimida.

Trindade e Ferreira (2008), analisam que a mulher viveu por muitos anos sob a tutela do homem por ter uma relação de desigualdade com ele. Primeiro vivia sob as condições impostas pelo pai e posteriormente pelo marido, tendo sua sexualidade padronizada nos moldes Cristãos, validada pelo casamento e pela função de reprodutora.

Para Gois (1991), “somos educadas por mulheres, numa sociedade onde a virilidade e o prestígio do macho estão longe de serem apagados”. A autora, assim como Oliveira (2018), asseguram ainda que as mulheres são educadas para se comportarem como filhas e mães, condicionadas a obedecer a padrões morais, éticos e comportamentais, para viver em família, zelar o lar, cuidar da casa e dos filhos, sem passar pelo exercício de ser mulher.

1.1. A EMANCIPAÇÃO DA SEXUALIDADE FEMININA

Durante grande parte da história, as mulheres foram privadas de informações e espaço, obedecendo a um costume que as limitavam, enquanto os homens aparecem como protagonistas na sociedade. Neumann et al. (2011) e Rabelo; Tosi (2018) afirmam que explorar a sexualidade feminina, e o prazer sexual das mulheres se tornou uma busca constante, já que as mesmas almejavam um futuro onde pudessem ter o direito sobre o próprio corpo, conhece-lo e tornar válidas suas opiniões.

Na segunda metade do século XIX, com a exigência pelos mesmos direitos que os homens possuíam, a conquista pela independência viria trazer

grande impacto na determinação do comportamento sexual da mulher do século seguinte (BLANC, 2010, p. 112).

Em Sobrinho (2018), no século XIX também aconteciam estudos relacionados a sexualidade, elevando a sexologia e revelando, aos poucos, a importância do prazer feminino e reconhecendo a existência do orgasmo. Após estudos e diante da evolução do prazer feminino, tornou-se possível compreender e reconhecer cada vez mais a relevância do prazer feminino. Diante disso, as mulheres passaram a questionar o que era o orgasmo e como fazer para alcançá-lo.

Muribeca (2010), afirma que a Revolução Francesa (1789 – 1815) pois em cheque o sistema político e social então vigente na França e no resto do Ocidente e serviu como movimento revolucionário para as mulheres denunciarem a sujeição em que eram submetidas. A partir disso, elas começaram a se questionar sobre sua própria identidade e seu destino.

Hoje, o sexo é parte do cotidiano das pessoas não estando limitado à concepção, já que o prazer humano independe da reprodução, extrapolando também os aspectos orgânicos e associando-se a estes os fatores biopsicossociais. Neste sentido, surge a necessidade da sexualidade ser englobada e não relegada ao assistirmos alguém (GOZZO, 2000, p. 86).

O grande marco da mulher, segundo Oliveira (2018), aconteceu no período da 1ª e 2ª Guerras Mundiais, como os homens estavam lutando, muitas mulheres ficaram viúvas, buscando o sustento de casa e espaço no mercado de trabalho. A partir deste momento houve uma grande mudança no mundo feminino, pois a mulher passa a buscar fora de casa sua independência.

Nas décadas de 40 e 50 chega aos consultórios médicos o assunto sobre sexo devido ao surgimento de doenças venéreas, ainda assim, esse assunto era tabu e não poderia ser dialogado naturalmente, ficando limitado, sendo expresso apenas quando fosse falar sobre saúde. Em Pinheiro (2017) e Rabelo (2018), esse silêncio em relação à sexualidade fazia com que as mulheres evitassem falar sobre sexo, corpo e suas relações, para manter os bons costumes. Por este motivo Foucault dedicou-se ao tema em sua obra “A história da Sexualidade”, já que os homens tinham livre acesso a sexualidade dentro de bordéis e as mulheres eram desprovidas de conhecimento, casavam-se virgens e eram proibidas de sentir prazer na relação sexual.

A partir da década de 60, Pedro (2003) e Zikan (2005) mostram que com a chegada da pílula anticoncepcional, a mulher passa a separar o sexo produtivo do sexo prazeroso. Os anos 60 representa, então, um grande avanço para o público feminino, já que as mulheres começaram a buscar meios de contracepção, permitindo-as o controle da natalidade e também deixando de serem vistas somente como reprodutoras.

As conquistas das mulheres, ao longo do tempo nos permite dizer que, todas as formas de prazer são permitidas; logo, o sexo e a sexualidade da mulher dizem respeito a si própria, ela é quem deve determinar regras, normas, o lícito e o ilícito. Considerando as relações de poder e as construções socioculturais sobre as posturas sobre o sexo e a sexualidade da mulher, haverá sempre as diferenças e discórdias que dividiram os atores sociais (FONSECA, 2011, p. 224).

Oliveira (2018), afirma que com a entrada no mercado de trabalho a mulher conquistou mais espaço, adquiriu autonomia e independência e maior compreensão quanto aos seus direitos, desse modo, buscou “liberdade” e o prazer sexual que tanto desejava, tendo certeza de que a sexualidade não se baseia apenas na reprodução. A partir daí a mulher começou a buscar por experiências sexuais, para o alcance do prazer e satisfação.

Segundo Trindade (2008), apesar das mulheres virem conquistando seu espaço e liberdade na sociedade, muitas ainda se sentem responsáveis por todos os problemas relacionados ao sexo, e geralmente são passivas e submissas aos desejos de seus parceiros. Isso acontece pela construção cultural de que a mulher deve satisfazer seu companheiro mantendo relações sexuais, muitas vezes, sem vontade e sem satisfazer a si mesma.

Costa (2013), evidencia que a vida sexual da mulher ainda é vista com tradicionalismo e cercada de pudores, mesmo com todas suas conquistas ao longo da história, ela ainda não consegue viver sua sexualidade de maneira plena, segura e prazerosa, sem assustar a sociedade. A figura de genitora e cuidadora da família permanecem forte nos dias atuais

A pesquisa de Oliveira (2018), evidencia que algumas mulheres ainda alimentam o tabu de que devem satisfazer os companheiros, negligenciando seu próprio prazer. Em contra partida os homens consideram esse fato normal, já que por vezes satisfazem somente a si mesmos.

Para Nogueira (2016), a falta de conhecimento em relação ao próprio corpo impede muitas mulheres de alcançar a plenitude sexual, visto que desde cedo são educadas para não olhar seu corpo, por ser considerado um comportamento errado e feio. A sexualidade por meio dos sentimentos e ações mantém o equilíbrio, a saúde física e mental. Sendo assim, o orgasmo é um indicador de bem-estar para ambos os sexos.

Trindade (2008), diz que o movimento de emancipação feminina foi, sem dúvida, uma grande conquista para as mulheres. No entanto, atribuiu uma dupla jornada no dia a dia, que por consequência afeta a saúde da mulher levando a dificuldades de ordem sexual, como fingir orgasmo, só conseguir ter relação de luz apagada, não conseguir falar de suas preferências, seus medos, entre outros. Tais efeitos surgiram à medida que a mulher foi sendo introduzida no mercado trabalhista e assumindo posições que antes eram ocupadas somente pelos homens, tendo a sobrecarga de um desempenho a mais na sociedade, assumindo atividades rotineiras e mais difíceis. O mesmo autor afirma ainda que muitas mulheres abrem mão da relação sexual com seu companheiro para descansar e recuperar forças para as atividades diárias, já que a relação sexual além do prazer requer grande gasto de energia e esforço. Dessa maneira, muitas mulheres preferem o descanso e o sono ao atendimento do desejo do parceiro para iniciar uma relação sexual.

Brasil (2010), diz que em 22 de março do ano de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. As ações propostas e diretrizes dessas políticas estão: O fornecimento ampliado dos métodos contraceptivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, encorajamento à realização de ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para os pacientes da rede SUS; além de capacitar os profissionais da Atenção Básica nos assuntos relacionados a saúde sexual e saúde reprodutiva.

De acordo com Lins (2007), devido ao avanço da ciência, o assunto orgasmo vem conquistando espaço ao longo do tempo e aos poucos sendo reconhecida sua importância no decorrer da história. O ápice do prazer vem sendo reconhecido por estudiosos da área sexual e leigos. Ele pode ser denominado como o maior nível de prazer que o ser humano pode experimentar e não deixa de ser benéfico.

2. OS BENEFÍCIOS DO ORGASMO E O AUTOCONHECIMENTO FEMININO

A sexualidade humana é de suma importância na saúde física e mental. Na sexualidade feminina existem alterações fisiológicas para que se alcance a satisfação sexual. Neumann et al. (2011), diz em sua pesquisa que o orgasmo pode ser dissociado do prazer, visto que é possível que a mulher tenha um gozo mecânico, quase sem prazer ou satisfação emocional.

Supunha-se, até então, que o orgasmo feminino era uma parte rotineira, mais ou menos indispensável, da concepção. A partir de então, o prazer feminino desaparece dos relatos médicos sobre a concepção, o que acontece na mesma época em que o corpo feminino veio a ser entendido, não mais como uma versão inferior do corpo masculino. (LOYOLA, 2003, P. 880).

É visto uma mudança de comportamento a partir da evolução feminina, afirma Costa (2013). As mulheres passaram a ser pressionadas a alcançarem o orgasmo, levando-as a buscarem mais conhecimento e informações, em contrapartida sofrem com a pressão e ansiedade geradas, o que dificulta para que o orgasmo aconteça de forma natural.

Ainda segundo o mesmo autor, afirma que uma corrida de 8 km tem as mesmas vantagens mentais e físicas que o orgasmos, comparando-o a um intenso exercícios aeróbicos, devido a aceleração dos ritmos cardíacos, melhorando os sistemas como respiratórios, circulatórios, cardiovasculares, flexibilidade, força, e a massa muscular, trazendo um brilho no olhar, nos cabelos e rostos, além de aliviar os sintomas menstruais, ajuda no controle do peso; artrite e osteoporose.

Bastos (2008), traz alguns benefícios da relação sexual e do orgasmo, como a diminuição da ansiedade, pois o orgasmo possui um poder calmante, devido a liberação das endorfinas. O orgasmo permite liberar todas as tensões musculares, psicológicas e nervosas, como todos os exercícios físicos, também facilita a fecundação, não sendo sistemático, mas tem o poder de possibilitar a fecundação, ainda equilibra a tireóide, colaborando para o bom funcionamento dessa glândula. A tireóide quando trabalha demais, a pessoa fica com sensação febril, sem energia e, quando ela não funciona o suficiente a pessoa engorda, sente frio e o desejo sexual diminui.

Ainda em Bastos (2008), o orgasmo também melhora o sono, pois o hormônio endorfina tem o poder de tranquilizar e acalmar, traz também o benefício de antidepressivo, pois as glândulas supras renais são responsáveis para as produções das substâncias para um orgasmo de qualidade, elas ficam localizadas acima dos rins, e tem melhor funcionalidade sob a influência do prazer.

Os hormônios andrógenos ativam o desejo, a adrenalina mexe os sentimentos na ocorrência de orgasmos longos, o cortisol atua contra a depressão. Tem benefícios pra pele pois hidrata devido a produção de estrógeno, o que promove uma pele mais irrigada, brilhante, macia e mais lisa, exercita o coração, fazendo o ritmo cardíaco elevar de 70 a 80 batimentos por minuto na condição de repouso, para 100 a 160 batimentos por minuto no momento do orgasmo, funciona para desintoxicar o sangue, devido a oxigenação sanguínea, pois excitação triplica a respiração por minuto, assim renovando o sangue. O orgasmo melhora a concentração e a vontade de alcançar os ideais, pois hipotálamo é estimulado no momento do ápice do prazer.

Em Teixeira (2009), diz que as vantagens do sexo sobre a nossa saúde tem sido um tema muito discutido e de grande relevância no meio científico. A excitação sexual juntamente com o orgasmo facilita a liberação de hormônios e neurotransmissores que ligado a satisfação têm efeitos analgésicos.

Depois do orgasmo ocorre benefícios químicos cerebrais, provocando melhora na insônia, menos queixas de dores. Depressão e a ansiedade estão menos associadas a essas pessoas que conseguem chegar ao ápice do prazer, as mulheres que fazem sexo uma vez por semana, o ciclo menstrual delas é mais regular do que aquelas que fazem de forma esporádica, e ainda, fortifica a musculatura pélvica, regula a incontinência sexual, aumenta o nível de colesterol bom, também deixam os músculos e ossos mais fortes.

Antes de ocorrer o orgasmo o nosso organismo produz um hormônio chamado desidroepiandrosterona, que é responsável por favorecer e melhorar a imunidade e a inteligência. Também é liberada doses de ocitocina, esses hormônios cuidam do coração e melhora a qualidade de vida diz, Pease e Pease (2000).

A mulher pode ter um nível alto de aproveitamento na vida amorosa quando o orgasmo está presente na vida sexual, além de trazer grandes benefícios otimizando bem-estar e alegria. Em Sobrinho (2018), afirma que é liberada a energia sexual retida no corpo pelo orgasmo, assim preservando e melhorando a saúde mental da

mulher trazendo uma sensação de calma e satisfação. Também confirma que, o orgasmo permite a entrega de si, tornando um momento prazeroso e singular, dando sentido maior a sua existência.

De acordo com os autores Tobón et. al (2015), Reis e Kobayashi (2015), o orgasmo é definido como a sensação máxima de prazer. Ocorre após a fase de excitação, sendo considerado o ápice do prazer sexual, ocorrendo nas mulheres contrações musculares rítmicas ao redor da vagina, em grande dimensão corporal, não sendo centralizado apenas na genitália e sim repercutindo em todo o corpo; há contração da musculatura vaginal, contração dos esfíncteres anal, músculos pélvicos, ereção clitoriana, excitação mamilar, secreção humoral, elevação uterina.

Esse conceito é ampliado para "... potência orgástica, que significa a possibilidade de entrega na vida, caracterizando uma estrutura de vida saudável do indivíduo" (FAGUNDES, 2009, p. 105). Para o autor a potência orgástica garante o equilíbrio da energia e um estado de paz interior. Logo, para manter um grau satisfatório de saúde psicológica e física é indispensável uma vida sexual saudável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), diz que "atividade sexual de boa qualidade ou a felicidade sexual é condição básica de excelência na promoção da saúde humana" (FAGUNDES, 2009, p. 106).

A pesquisa de Gozzo et al. (2000), traz que o orgasmo está relacionado aos romantismos, desejos, fantasias, confiança, amor. Mostrando que a fantasia na visão feminina é de satisfação em sua vida sexual e que as mulheres queixam - se de seus parceiros, falando que eles não se importam com seu prazer, enfatizando só o interesse no sexo. A mulher apresenta angustias e desânimo que acarretam em problemas interpessoais e mentais, como afirma Trindade e Ferreira (2008) em seus estudos, "O desejo sexual hipoativo ou inibido, no campo da clínica e da psicologia é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e de desejo pela atividade sexual, causando angústia e dificuldades interpessoais" (TRINDADE E FERREIRA, 2008, p.420).

Costa (2013), afirma que por razões fisiológicas, há mais pontos de prazer no corpo feminino do que no masculino; e eles são independentes na função de dar prazer. Por ter um aparelho genital mais complexo, a mulher deveria estar mais familiarizada para viver a plenitude sexual. No entanto, existe falta de conhecimento das suas capacidades de desfrutar do seu próprio corpo.

Brasil (2010), diz que a masturbação está ligada ao prazer e à exploração do corpo para o autoconhecimento. É um fator que consiste no toque em áreas que dão prazer a pessoa, que incluindo os genitais e/ou outras partes do corpo, com a objetivo de sentir prazer.

Costa (2013), expande que um dos primeiros pesquisadores a falar sobre o orgasmo feminino foi o Sigmund Freud (1905). Para Freud, existiam duas fases para o orgasmo da mulher – uma chamada de imatura, realizada por meio da estimulação manual do clitóris, relacionada à masturbação infantil e a outra na fase de maturidade psíquica da mulher, com o prazer proveniente da penetração na vagina.

No trabalho de Sobrinho (2018), fala que há divergência a respeito do orgasmo vaginal e do clitoriano, acreditando que o melhor ponto a ser estimulado seria o clitóris, causando a maior sensação de prazer. Durante anos ocorreram discordâncias a respeito das teorias do orgasmo vaginal e clitoriano, como foi citado acima Freud fala que, os orgasmos eram denominados imaturos, quando eram realizados através da estimulação clitoriana.

Lins (2007), diz que através de alguns estudos realizados em 1980, foi reconhecido que os orgasmos não estão relacionados apenas ao clitóris e ainda esses estudos afirmam que o ápice do prazer clitoriano, não é imaturo. E as mulheres tem opiniões diferentes a respeito do orgasmo, pois existem mulheres que preferem a estimulação no clitóris e as que acham desconfortáveis, da mesma forma acontece com os orgasmos vaginal. Segundo Sobrinho (2018), é considerado normal que algumas mulheres consigam chegar ao orgasmo, somente pela estimulação clitoriana, já outros consideram frígida a mulher que não consegue chegar ao ápice do prazer pela penetração vaginal.

A maioria dos profissionais da área de saúde sexual concordam que, o importante é sentir o orgasmo independente da forma que se consegue. Para atingir essa elevação máxima do prazer, os órgãos sexuais e o cérebro interagem juntos. Assim sendo, não se torna relevante a resposta orgástica ser clitoriana ou vaginal.

Alguns casais são resistentes em acrescentar a estimulação clitoriana como parte das preliminares, devido a isso muitas mulheres não conseguem chegar ao orgasmo, perdendo assim a oportunidade de ter uma experiência orgástica. Então diante da particularidade de cada mulher, a melhor forma para chegar ao ápice do prazer será escolhido a que for mais agradável, o que provocar mais intensidade e maior prazer. Não devemos afirmar que a penetração vaginal é mais eficaz que a

estimulação clitoriana ou vice e versa. A mulher ao longo de sua experiência irá definir o que é melhor para si.

Tomando como base o que foi citado pelos autores acima, conclui-se que o orgasmo é o auge da relação sexual, sendo físico, mas literalmente condicionado ao equilíbrio psicológico, entrelaçado pelo mental e físico. O tão desejado orgasmo não traz apenas o prazer e sim muitos benefícios à saúde, independente de ser vaginal ou clitoriano, une os parceiros, proporciona relaxamento, saúde e satisfação.

O ato sexual feminino é uma soma de fatores psíquicos, emocionais e afetivos, não sendo apenas uma estimulação localizada dos órgãos sexuais, conceitua Costa (2013). Isso fica em mais evidência quando são ativados os pensamentos eróticos como meio de despertar os desejos sexuais, visando a realização do ato em si.

Na atualidade, ainda há mulheres que desconhecem o orgasmo, e se envergonham de expressar tal dificuldade, por vezes, relacionadas as questões culturais, religiosas, como afirma Gozzo et. al, (2000, p. 84) "... o prazer era reprimido, pode ser considerado pecaminoso ou moralmente condenável", essa colocação provoca uma inquietação em relação a dificuldade da mulher chegar ao orgasmo, pois a dificuldade pode ser referente a cultura e a falta do autoconhecimento.

No final do século XVIII, a presença ou ausência do orgasmo se tornou sinal biológico da diferença sexual. Não apenas os sexos eram diferentes, mas eram diferentes em todos os aspectos concebíveis de corpo e alma, em todo aspecto físico e moral (LOYOLA, 2003, p.880).

Segundo Costa (2013), a história da repressão feminina é um fator determinante para dificultar a mulher alcançar o orgasmo, pois o sexo era considerado pecaminoso pela maioria da sociedade, incluindo masturbação, fazendo com que as mulheres desconheçam seu corpo. Alguns aspectos relacionados a religião, educação e saúde interferem diretamente na ausência do orgasmo como: acreditar que determinada situação relacionada a sexualidade é pecado, patologias existentes, vergonha do corpo, falta de atração ao parceiro e a pressão em alcançar o orgasmo.

Fagundes (2009), pontua que a ausência do prazer sexual pode gerar na mulher vários problemas como depressão, mau humor e insônia. Completando que a anorgasmia compromete a saúde e bem-estar.

Segundo Trindade e Ferreira (2008 p.418), “O tema sexualidade faz parte de uma das prioridades das políticas públicas de atendimento à mulher”. A enfermagem, através da Unidade Básica de Saúde (UBS), pode realizar ações em saúde voltadas a área da sexualidade feminina, incluindo em sua consulta de planejamento familiar esse tema; e aplicando uma escuta qualificada, assim podendo identificar a dificuldade de cada pessoa, ajudando e adequando o melhor método para resolver suas dificuldades, orientando seu paciente o melhor método para atingir seus interesses.

É importante ressaltar que a atuação dos profissionais de saúde deve atentar que na saúde da mulher inclui a possibilidade do exercício de uma vida sexual plena e satisfatória como afirmam Reis e Kobayashi (2015). A promoção da saúde sexual da mulher deve ser voltada a fim de evitar danos de cunho psicológicos, fisiológicos e sociais. Desse modo os profissionais devem estar capacitados a orientar esse público sobre seus direitos, explicando a fisiologia do seu corpo e ajudando na identificação de dificuldades.

Atualmente existe uma preocupação em não rotular o comportamento sexuais em anormais ou normais. Onde é considerado normal, quando a pessoa consegue vivenciar todas as etapas do ciclo de resposta sexual. Quanto ao aspecto emocional, são anormais as práticas que lhe causam mal, como fazer por obrigação ou medo de perder o parceiro. Deste modo é importante incentivar a construção de relacionamento que colabore para o crescimento pessoal, que fortaleça a autoestima, isso tudo está associado a qualidade de vida e saúde das pessoas. A atuação dos enfermeiros na Atenção Básica, é de extrema relevância nesses aspectos citados acima, pois o profissional de enfermagem pode esclarecer que os comportamentos considerados anormais, são derivados de ações, que as deixem desconfortáveis, como afirma Brasil (2010).

Cada mulher tem sensibilidade e ritmo exclusivos e individuais para o alcance do orgasmo. Costa (2013), diz que a desinformação, as crenças e o preconceito em torno da sexualidade feminina prejudicam a capacidade orgástica. Outros inimigos são: a não estimulação adequada, a falta de comunicação e afeto com o parceiro.

Segundo Ribeiro, Magalhães e Mota (2013), na idade reprodutiva ocorre disfunção sexual de forma elevada, a anorgasmia sendo a principal, o que pode ser questionado o papel do parceiro em estudos futuros. Foi analisado no estudo desse autor, que metade das mulheres não consideram relevante chegarem ao orgasmo.

Em alguns casos, mulheres fazem relação sexual com seus companheiros sem vontade, e essa falta de vontade foi atribuída pelo comportamento de seus parceiros e também psicologicamente incluindo: culpa e vergonha, pois cresceu vendo o sexo como algo vergonhoso, traumas através de abuso sexual na infância, ou outro tipo de violência sexual, fatores desenvolvidos pelo próprio relacionamento despertando raivas e ressentimento com o companheiro, como mostra em uma fala de uma das entrevistadas por Trindade e Ferreira (2008 p. 424), “Nunca senti, nem eu mesma estimulando ou o meu parceiro. Ele é muito metido a machão, é ignorante. Mas eu já falei com ele uma vez que não sinto orgasmo”.

O autoconhecimento é importante para chegar ao orgasmo, conhecimento de seu corpo e mente, estando relacionado ao ser humano integralmente, como o bem-estar sexual, físico, mental, emocional e ambiental. É preciso que a pessoa identifique o fator que interfere a chegada ao orgasmo, como questões culturais, religiosas, fisiológicas e emocionais. Em uma pesquisa realizada por Trindade e Ferreira (2008), as vulvo-vaginite foi um dos problemas centrais, sendo elas muito comuns nas mulheres causando dispareunia.

É necessário que o profissional de enfermagem estimule seu paciente a conhecer de forma global para que possa ser identificada a causa da ausência do orgasmo. Pois existem diversos fatores para as disfunções sexuais femininas.

Muitos fatores podem estar na origem das disfunções sexuais: inflamações ginecológicas, uso de medicamentos, problemas psicológicos e de ansiedade, desequilíbrios hormonais, traumas sexuais, falta de experiência sexual e de conhecimento do corpo, problemas afetivos ou de natureza relacional. (COSTA, 2013, p.34).

Algumas mulheres encaram o orgasmo como uma obrigação e não enxergam como algo natural, o orgasmo não é mais um direito, mas sim um dever, causando pressão da sociedade tido como obrigação, levando a um fator prejudicial para obtenção do ápice do prazer, que é a ansiedade. Essa cobrança gera uma fragilidade para a mulher que tem dificuldade de chegar ao orgasmo, influenciando muitas mulheres a fingirem sobre o orgasmo, como mostra a pesquisa de Trindade e Ferreira (2008 p. 421), no relato de uma das entrevistadas, “Às vezes finjo que estou

bem dormindo. Até finjo ter orgasmo. Falo que não tô com vontade, acabo levando na brincadeira e vai empurrando com a barriga (GC1C)", temendo a rejeição de seus parceiros, medo de serem criticadas e desvalorizadas.

Para Costa (2013) e Zamboni (2008) é de extrema importância que a mulher se aproprie do conhecimento de si mesma, pois quando a mulher permite-se explorar seu corpo, descobre uma infinidade de caminhos no desenvolvimento de sua sexualidade.

2.1. O PRAZER FEMININO

Segundo Alzate (1997), o erotismo na vida sexual do indivíduo é o produto do processo evolutivo da humanidade. Ainda no mesmo estudo aponta que, 99% dos coitos na vida conjugal de um casal são dedicados ao prazer. Zamboni (2008), diz que por este motivo o prazer vem sendo reivindicado pelas mulheres durante a relação sexual, já que vem delas a maior queixa de não o atingir.

O orgasmo é atingido após qualquer tipo de estimulação sexual no clitóris, de forma direta ou indireta, por meio de relação sexual, masturbação, sexo oral, sexo não penetrativo, vibrador, por eletroestimulação ou por estimulação de outras zonas erógenas. Pode-se também chegar ao orgasmo por estimulação psicológica. Os pontos físicos que levam a mulher a chegar ao orgasmo são: o clitóris, o canal vaginal, o ponto G, os seios, ânus, o orgasmo cervical e o sensorial, afirma Costa (2013). "A experiência do orgasmo é física e subjetiva. A intensidade, o prazer é variável e dependem do contexto, qualidade e quantidade da estimulação sexual" (OLIVETI, 2009, p. 02).

De acordo com Costa (2013), é importante que a mulher conheça seus pontos de prazer. Aprender a descobrir as sensações de seu corpo, a se tocar, a se gostar, perceber e estimular essas sensações, já que para se chegar ao orgasmo é preciso que a mulher pense primeiro nisso, sinta vontade de fazer sexo, querer fazer e estimular suas fantasias sexuais e desejo sexual. O prazer e a satisfação sexual estão diretamente relacionados com as fases do ciclo de resposta sexual, constituída por um conjunto de alterações somáticas e psicológicas que são desencadeadas perante estimulação. Estas fases manifestam-se de forma diferente em mulheres e homens.

Kaplan (1977) sugere um modelo trifásico da resposta sexual feminina o qual é composto pelas fases do desejo, da excitação e do orgasmo. O desejo é definido como:

Um conjunto de sensações produzidas pela ativação de um sistema neuronal específico que, quando ativado, induz sensibilidade genital, um acrescido interesse em sexo, receptividade a atividade sexual ou, simplesmente, agitação, que irão desaparecer após gratificação sexual (orgasmo)” (Zamboni, 2008, p. 59).

O orgasmo é importante para a saúde sexual da mulher, pois traz muitos benefícios, relatos em meios científicos diz que a ansiedade e a depressão estão ligadas aos transtornos sexuais, pois sabemos que a respostas sexuais dependem de vários fatores, que são psicológicos, fisiológicos, anatômicos.

Veiga (2007), diz que o tema sobre orgasmo vem sendo recoberto de várias indagações e atualmente se tornando o núcleo das relações sexuais, sendo esquecido fatores importantes como a qualidade da boa convivência do relacionamento. É comum as mulheres esconder a anorgasmia e fingir o orgasmo, causando a ausência do orgasmo na hora do sexo, pois as particularidades anatômicas, pessoais e biológicas, são apenas simulares e singulares. É importante sabermos que existem sensibilidades e reações diferentes quando é abordado o tema sexo.

Em Sobrinho (2018), deixa claro que, cobrar a mulher, é um fator negativo para chegar ao orgasmo, pois gera ansiedade. É possível que mulher não chegue ao ápice do prazer em toda relação sexual, e isso não significa que o sexo tenha sido desagradável ou insatisfatório. A troca de carinho durante o sexo, a ocasião, o momento, o contato precisam ser levados em consideração e a mulher não deve se sentir obrigada ou pressionada, devido a essas pressões muitas mulheres fingem o orgasmo, e isso não deve acontecer.

Bastos (2008), diz que, o problema da anorgasmia é quando ela não é frequente, mas se a mulher esporadicamente não atinge o ápice do prazer não se deve pressionar. Ainda diz que, o orgasmo tem grande importância na saúde sexual humana. O momento em que ocorre o orgasmo, ocorre uma sensação de singularidade de tal maneira que paramos de pensar. O momento orgástico se ocorrer através da união do casal em sua intimidade, eles se conectam no mundo um do outro. A resposta disso tudo é o estado de serenidade e liberdade, por se

tratar do maior prazer que o ser humano pode ter, isso justifica a relevância que tem para a saúde sexual da mulher. Pois segundo Rohden e Alzuguir (2016), durante o orgasmo feminino os níveis de ocitocina aumentam de forma acentuada, provocando a mulher ser capaz de alcançar múltiplos orgasmos.

Dessa forma a mulher precisa ficar alerta, e pedir apoio aos profissionais, quando sentirem dificuldades para chegar ao ápice do prazer. Vargas (1993), determina que o orgasmo provoca temporariamente a ausência da consciência podendo chegar a 104 segundos na mulher. Essa colocação de Vargas (1993), é aceita por Bello, Rivero e Alvarez (2011), quando é citado ao clímax do prazer sexual, afirmando que o orgasmo causa êxtase na alma humana, a satisfação mais elevada que a mulher pode ter, e o máximo da emoção.

Para Dias et al (2014), a sexualidade está presente na vida das pessoas, sendo de extremo valor na vida do ser humano, pois se trata da fisiologia natural do corpo humano, sendo uma necessidade básica. No entanto, existem um conjunto de fatores ambientais, psicológicas e fisiológicas, que é preciso conhecer, assim facilita a resposta sexual ocorrer. Para ficar mais claro será exposto aqui as etapas das respostas sexuais, lembrando que cada disfunção sexual está ligada há uma fase da resposta sexual. Sendo divididas em: desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução, que será comentado cada umas dessas fases.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) classifica a fase de resposta sexual em: desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução.

2.1.1. Desejo

De acordo com Zamboni (2008), está associado a um estado psicológico ou subjetivo, responsável pela motivação que instiga a pessoa a buscar atividade sexual. São sensações que levam a mulher a procurar ou tornar-se receptiva a experiência sexual.

O desejo é a primeira etapa do ciclo da resposta sexual feminina, a fase do desejo pode ser influenciada pelos fatores psicológicos, emocionais, comportamentais e fisiológicos, segundo Silva (2015).

2.1.2. Excitação

Os autores Costa, (2013); Zamboni (2008) e Kplan (1977), definem que a fase da excitação é demarcada pela produção de uma secreção responsável pela lubrificação vaginal. As principais alterações na mulher são a vasoconstrição pélvica, lubrificação, expansão vaginal e turgência da genitália externa. Vargas (1993), explica que a excitação ocorre através dos pensamentos, fantasias, toque nas áreas erógenas, olfato, audição, visão, esses sentidos desencadeiam situações excitantes, aumentando a libido e a disposição sexual. Quando os órgãos genitais das mulheres estão sem estímulos, o útero, o clitóris escondido no prepúcio, e a vagina encontra-se seca. Ao ocorrer estímulos sexuais, o fluxo sanguíneo desses órgãos recebem aumento, deixando o clitóris mais sensível ao toque, é liberada secreção das glândulas de Bartholin, localizada na vagina, deixando a vagina lubrificada e facilitando a penetração. Os músculos que circundam a entrada da vagina relaxam e a umidade vai até aos órgãos externos. Ao mesmo tempo, os mamilos apresentam ereção, as mamas aumentam de tamanho 25 %, dilatação das aréolas, os pequenos lábios aumentam de tamanho, os grandes lábios se afastam do orifício vaginal.

2.1.3. Platô

Em Sobrinho (2018), quando a estimulação é ininterrupta e ocorre um estado de grande tensão é o platô. Toda essa estimulação vai se intensificando e ficando mais prazeroso, a ponto de resultar no ápice do prazer. É nesse momento que o coração acelera, respiração fica ofegante, a pele fica corada e ocorre o aumento da pressão sanguínea. Assim o volume sanguíneo aumenta para irrigar os órgãos genitais sendo três vezes maior que o do homem, assim exigindo um tempo maior para a excitação completa e uma adequada lubrificação para a penetração. Lins (2007), afirma que devido à falta de entendimento de seus parceiros em relação a necessidade de maior tempo para a excitação da mulher, acaba influenciando na anorgasmia em muitas delas.

2.1.4. Orgasmo

A fase orgástica é muito mais rápida do que as demais, mas grandemente prazerosa, onde ocorre a mais alta parcela de conforto e satisfação, podendo ser causada por estímulos cerebrais, como exemplo as fantasias, pode ser estimulado pelo órgão genital e não genital, durante o orgasmo, ocorre contrações dos músculos genitais de maneiras rítmicas, como afirma Sobrinho (2018). A Fase do Orgasmo é definida como uma sensação intensa de prazer que é acompanhada de uma série de reações fisiológicas e que ocorre, normalmente, como o culminar de uma experiência sexual. Segundo Costa (2013), na mulher ocorrem contrações da parede do terço inferior vaginal e contração do esfíncter anal. A fase do orgasmo dura em média 2 a 15 segundos.

2.1.5. Resolução

É a última fase do ciclo de resposta sexual, ocorre após o orgasmo onde se inicia o retorno do corpo ao estado normal, trazendo relaxamento, alívio, bem-estar e satisfação. Lins (2007), diz que a mulher chega nessa fase após vários orgasmos sequenciais ou até mesmo após um orgasmo, tendo capacidade a ter orgasmos novamente, assim que voltar a ser estimulada. Nessa fase, o orgasmo leva a uma sensação subjetiva de relaxamento geral e muscular. Durante esta fase, todas as alterações ocorridas na fase de excitação iniciam um processo de inversão, recuperando o seu estado de repouso anterior à excitação.

Segundo o Brasil (2013), deixar de vivenciar alguma dessas fases não significa, necessariamente, que a mulher tenha algum distúrbio sexual, pode ser uma situação transitória desencadeada por diversos fatores circunstanciais de ordem biológica, psicológica e sociocultural. Desse modo, as queixas de dificuldades na relação sexual podem surgir, assim como, insatisfação sexual, ausência ou diminuição do padrão habitual de satisfação, interesse ou de resposta sexual, causando dificuldades interpessoais.

Brasil (2013) ressalta que essas dificuldades estão relacionadas com incapacidade de relaxar, medo ou receio de intimidade, dificuldade de comunicação com o parceiro, ansiedade quanto ao desempenho sexual, diminuição do desejo, entre outras. Quando estas se tornam recorrentes é preciso uma investigação, para

que se possa entender se estão relacionadas ou não a um quadro de disfunção sexual.

2.2. DISFUNÇÕES SEXUAIS

Almeida N. (2005), define disfunções sexuais como distúrbios da resposta sexual que envolve distúrbios do desejo, excitação e orgasmo, e classifica disfunções sexuais femininas em inapetência sexual, anorgasmia, dispareunia e vaginismo.

... até o século XVIII, acreditava-se que as disfunções sexuais se originavam de elementos externos aos indivíduos. A conduta sexual adequada era ditada pela igreja e pelos bons costumes. Disfunções sexuais e perversões sexuais, embora conhecidos há milênios, apenas no século XX foram classificadas como quadros patológicos (ALMEIDA, 2005, p. 139).

Zamboni (2008), afirma que o aparecimento de disfunções sexuais na vida de alguém significa que a saúde física e/ou emocional não está bem. É importante citar que um terço das mulheres tem baixos desejos e excitação, um quarto não chega ao orgasmo e cerca de 18% tem dor na relação sexual.

A origem das disfunções sexuais femininas pode ser desencadeada por diversos fatores: problemas psicológicos, inflamações ginecológicas, traumas sexuais, medicamentos, problemas afetivos e falta de experiência e conhecimento do corpo. Costa (2013), ainda afirma que o autoconhecimento é o caminho mais curto para identificar possíveis transtornos.

No entanto, Bello, Rivero e Alvarez (2011), relatam que a disfunção sexual é a ligação de desordens ambientais, psicológicas e físicas, que impedem o melhor da alegria da mulher. Sendo o orgasmo o ápice da relação sexual, para que ele aconteça é preciso que diversos fatores sejam considerados e que a vida esteja em perfeito equilíbrio, não se tratando apenas de fatores biológicos ou físicos, são fatores que se entrelaçam, que são eles: a mente, o corpo, o físico, o biológico e o psíquico. Enfatizando que a comunicação e cumplicidade dos parceiros são de extrema importância.

Em Valdez (2012), conta que a disfunção mais comum nos consultórios é o fato que a maioria das mulheres não obtêm o ápice do prazer que tanto almejam. O

orgasmo não é algo inatingível e está disponível para todas. Mas como já foi relatado no desenvolvimento deste trabalho fatores, sociais, biológicos e psíquicos podem afetar negativamente a saúde sexual do indivíduo, provocando disfunções sexuais, influenciando a anorgasmia.

Pessoas com históricos de culturas rígidas, têm maior possibilidade de sofrer disfunções sexuais, podendo levar a anorgasmia, as mulheres são as que tem mais possibilidade de sofrer essas disfunções. Mesmo sendo tão prazeroso e benéfico, há quem não consiga chegar ao ápice do prazer, mesmo desejando. Fagundes (2009), diz que a mulher orgasticamente potente é aquela que prova o pleno gozo, que está a dispor de um nobre sentimento natural, que provém da excitação sexual, estando livres de inibições.

Os autores Costa (2013), Zamboni (2008), e o Brasil (2013), definem as disfunções sexuais citadas anteriormente como: *Inapetência Sexual/Transtorno do desejo*, que é a diminuição, ausência ou perda do desejo de ter atividade sexual. As motivações para excitar-se sexualmente são escassas ou ausentes, causadas por diversos fatores como grau de intimidade e tipo de relação com o companheiro, em Brasil (2010), destaca-se os fatores predisponentes como, educação rígida, conflitos nas relações familiares, traumas nas experiências sexuais, autoimagem distorcida, perda de atração sexual entre os parceiros, ausências de preliminares, existência de depressão, sentimento de culpa, infidelidade, entre outros. *Anorgasmia* é a incapacidade de obter orgasmo, após uma fase normal de excitação. A mulher pode aproveitar as outras fases do ato sexual, porém o orgasmo é bloqueado. *Dispareunia* que é a dor persistente na zona genital ou pélvica durante as relações sexuais. Embora a dor seja mais frequente durante o ato sexual, também pode ocorrer antes ou após o intercurso da relação sexual e *Vaginismo* que é uma contração involuntária, não desejada, da musculatura da vagina e consiste na dificuldade da mulher em tolerar a penetração. A penetração pode tornar-se impossível ou extremamente dolorosa, mas para a falta do orgasmo ser considerada uma disfunção, segundo a DSM-5 (2014), é preciso ocorrer com frequência nos últimos 6 meses.

De acordo com o Brasil (2013), existe certa dificuldade no diagnóstico das disfunções sexuais, muitas vezes por falta de conhecimento e queixa das mulheres ou até certa dificuldade do profissional em realizar a abordagem. É importante que o enfermeiro como profissional de saúde, esteja preparado para tal situação, é preciso

abordar essa questão e ter visão holística com uma abordagem global e multidisciplinar, já que o não diagnóstico interfere na qualidade de vida. As condições do parceiro e, o contexto da relação também deve ser investigado, pois um homem com alguma disfunção sexual pode conduzir sua parceira a se considerar anorgástica.

2.3. ANORGASMIA E SUAS IMPLICAÇÕES

Segundo Melo (2004), a anorgasmia pode ser definida como primária quando a mulher nunca teve orgasmo e secundária quando acontece em determinadas circunstâncias e diversas situações como ansiedade, transtornos hormonais, certas doenças crônicas, conflitos relacionados com o parceiro ou até mesmo problemas diários e uso de determinados medicamentos, como antidepressivos.

A impossibilidade de atingir o orgasmo é a mais frequente das disfunções sexuais femininas. As estatísticas apontam que há apenas 25% de mulheres orgásticas e 75% de mulheres que apresentam algum tipo de dificuldade em alcançar o orgasmo (COSTA, 2013, p. 51).

De acordo com Melo (2004), as definições de normalidade e patologia do orgasmo feminino devem ser caracterizadas a partir da experiência da mulher, visto que muitas podem adaptar-se ao fato de serem incapazes de atingir o orgasmo ou viver em angústia, podendo levar a outros distúrbios associados.

As causas físicas da anorgasmia ocorrem em doenças neurológicas, endocrinológicas ou ginecológicas graves, que tenham destruído a base física do orgasmo. “A grande maioria dos casos tem causa psicogênica, que vão desde conflitos inconscientes até o medo de perder o controle sobre as sensações frente ao parceiro”. (MELO, 2004, p.58).

Entre os problemas relacionados à anorgasmia, Gozzo, et al (2000), fala que, quando as mulheres são questionadas de como veem seu companheiro, elas relatam as características e não seu relacionamento, e ainda alguns relatos de insatisfação com o parceiro. Nos questionamentos de sua pesquisa, foi dito que elas sentem dificuldades de chegar ao ápice do prazer devido ao medo de engravidar, dificuldade de falar o que sentem e o que gostam, sentem vergonha de dar dicas de onde querem ser tocadas, inibido o que querem na relação e culpando

o comportamento do companheiro, assim dificultando o desejo de se relacionar com ele. Em uma das falas, da mesma pesquisa, foi dito que o parceiro só se interessa por sexo, deixando sua parceira desestimulada.

Melo (2004) e Oliveti (2009), afirmam que a anorgasmia causa na mulher sentimentos de abandono e rejeição, conflito do seu papel de mulher, sentimento de culpa e incapacidade em relação aos seus deveres nas relações sexuais. Ela tende a se sentir diminuída, inferiorizada, humilhada e incompetente, além de afetar a imagem corporal e a autoestima. De todas as disfunções sexuais, a anorgasmia é a que deixa marcas mais sensíveis na mulher: dor pélvica; no corpo, na alma, a destruição do autoconceito.

A pressão para que se tenha orgasmo pode ser um fator que dificulte. O primeiro fantasma que paira sobre a mulher é o medo de ser rotulada frígida; “isto a leva a canalizar toda a vontade na obtenção do orgasmo, o que impede o abandono indispensável às sensações de prazer; ou a simular o clímax para satisfazer o companheiro” (COSTA, 2013, p. 38).

Mesmo com toda liberdade sexual que a mulher vive hoje, ainda existe o receio de expressar ao seu parceiro a insatisfação do estímulo sexual antes e depois do coito, ressalta Melo (2004). Somado a isto, também existe a insensibilidade do parceiro em saber em que fase a mulher se encontra durante a relação sexual, e não suprir as necessidades do momento para que o orgasmo aconteça.

... a desinformação, as crenças errôneas, os preconceitos religiosos e a não estimulação adequada prejudicam a capacidade orgástica. Outros inimigos do alcance das aspirações sexuais dos parceiros são a falta de comunicação, a agressão, a falta de afeto, entre outros. Cada mulher tem sensibilidade e ritmo exclusivos e individuais (COSTA, 2013, p. 38).

Neumann et al. (2011), em seu estudo com universitárias questionou se as mesmas conseguiam alcançar o orgasmo. O resultado mostra que 52,4% somente atingem o orgasmo com estimulação clitoridiana e 69,5 % disseram que não chegam ao orgasmo somente com a penetração vaginal, e sim com a estimulação no clitóris associada a penetração vaginal. O mesmo autor ainda aponta que 70% da população feminina não tem orgasmo durante o coito se não houver a estimulação clitoridiana, manual ou oral. E que a masturbação é uma estratégia de boa resolutividade no tratamento da anorgasmia feminina, porém muitas mulheres podem ficar angustiadas com a possibilidade de só conseguir chegar ao orgasmo

com masturbação ou outro estímulo sexual que não seja o coito, o diálogo, a informação ajudaria essa mulher a diminuir a ansiedade e auto confiança.

Diante do exposto até o momento, pode-se perceber que a ausência do orgasmo nas mulheres é um fator preocupante, pois como foi citado a anorgasmia está ligado ao estresse emocional, podendo causar transtornos psicológicos.

Rohden e Alzuguir (2016), relatam que a anorgasmia provoca sinais e sintomas como: olhos secos, isolamento social, palidez cutânea, humor triste, depressão, dificuldade para manifestar emoções, pele ressecada, perda na qualidade do sono, baixa libido. Após essa listagem de informações de sintomas relacionado a anorgasmia, o autor aconselha procurar uma orientação com profissional de saúde, conversar a respeito de sua saúde sexual, pois além de melhorar os sintomas citados acima, evita o aparecimento de novas patologias.

3. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE FEMININA

A OMS, considera saúde sexual como um dos pilares que define qualidade de vida das pessoas. Assim, Oliveti (2009), diz que qualquer dificuldade não resolvida nesta área afeta o bem-estar pessoal dos seres humanos. Pesquisas apontam que as altas taxas de disfunções sexuais, como anorgasmia feminina traz a necessidade de atenção aos cuidados sexuais dos indivíduos.

Segundo Almeida N. (2005), por ser um estudo científico recente, a sexualidade humana ainda é tema de difícil abordagem pelos profissionais da saúde, tanto na prevenção quanto no tratamento dos diferentes distúrbios e disfunções emocionais e orgânicas, nos diferentes níveis. O mesmo autor afirma que a enfermagem enfrenta dificuldades no desenvolvimento de suas atividades quando o assunto é relacionado à sexualidade. Ainda assim, para o autor Santos L. et al. (2007), o enfermeiro consegue identificar situações em que a dimensão sexual do paciente está explícita, acreditando que quando a sexualidade do paciente não é negada pelo profissional, é possível encará-la como todas as outras necessidades do ser humano.

Almeida N. (2005), também aborda que a enfermagem é compreendida como a ciência e arte do cuidar de seres humanos, considerando a integridade, necessidades psíquicas, sociais, biológicas e espirituais do ser. Deve ressaltar o atendimento das necessidades de saúde do homem no seu âmbito global.

A sexualidade é tema que envolve diretamente a Enfermagem, uma vez que as práticas do cuidado remetem ao contato com os corpos, com a intimidade e com o erótico. Nos domínios da promoção e da educação para a saúde, não há como desconsiderar o lugar que ocupam hoje as discussões acerca dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos inalienáveis de homens e mulheres (COSTA et al. 2011, p. 03).

Garcia (1993), diz que o enfermeiro deve ter consciência que esse tema é tão importante quanto qualquer outro problema de saúde relacionado aos seus pacientes. Aprender e ensinar sobre sexualidade proporciona ao enfermeiro meios adequados para lidar com assuntos sobre sexualidade.

A educação é o instrumento efetivo para o alcance de uma sexualidade responsável e satisfatória. Para Almeida N. (2005), é preciso que o orientador sexual tenha domínio e conhecimento teórico da sexualidade humana para saber abordar

as questões sexuais. Assim, o enfermeiro bem fundamentado de conhecimento terá aptidão para realizar educação sexual nas diferentes etapas do ciclo de vida, buscando ajuda junto a outros profissionais.

Como já mencionado anteriormente, as mulheres vivenciam dificuldades em relação a sua sexualidade. Desse modo, Costa-Junior et al. (2013), afirma que é importante que profissionais da saúde, especialmente o enfermeiro, esteja apto a orientar as demandas desse campo – desde que se desvinculem de seus próprios valores morais, olhando efetivamente para as mulheres cuidadas.

Para estar habilitado a lidar com a sexualidade, o profissional precisa de conhecimentos prévios, adquiridos durante sua formação profissional, que incluam o debate de conceitos, posturas e valores relacionados à sexualidade, consciência de como esses conceitos afetam a prática da enfermagem e capacitação para avaliar e intervir neste campo (SANTOS, L. et al. 2007, p. 33).

Para Garcia e Lisboa (2012), o atendimento de enfermagem em sexualidade começa na atenção primária. É neste nível de atenção que a assistência deve ser integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade para atender as necessidades dos usuários. O enfermeiro desempenha papel de “educador de saúde” e como educador deve principalmente esclarecer sobre anatomia do aparelho reprodutor feminino, resposta sexual humana (feminina e masculina), auto erotização, entre outros. É importante que haja uma desmistificação de crenças e tabus que impeçam o exercício da sexualidade, auxiliando as pacientes no seu autoconhecimento e autocuidado, com o objetivo de resgatar seu potencial sexual e, conseqüentemente, seu potencial de saúde.

Almeida D. (2011) e Carraro et. al (2011), concordam que, o enfermeiro que lida com a sexualidade da mulher, independentemente das dúvidas ou queixas dela, precisa promover um cuidado humanizado e holístico, sem esquecer que as mulheres enfrentam duras barreiras que a sociedade lhes impõe pelos estigmas criados em torno de sua sexualidade. Os cuidados de enfermagem, especificamente por meio da consulta ginecológica e da educação em saúde, devem consistir no acolhimento, conduzindo-as ao atendimento integral, permeado por uma cumplicidade entre o cuidador e o ser cuidado.

Em Garcia et al. (2012), é durante a consulta de enfermagem em planejamento familiar, pré-natal ou preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama,

que as queixas de ordem sexual aparecem com mais frequência. Muitas vezes, durante as consultas, torna-se difícil trabalhar as queixas sexuais, já que é necessário uma anamnese detalhada e disponibilidade do profissional e paciente. Portanto, a melhor conduta é fazer um atendimento prévio para a paciente e agendá-la para uma consulta direcionada a tratar as queixas sexuais.

Garcia et al. (2012), e Trindade e Ferreira (2008), dizem que para a realização da consulta em sexualidade, é necessário a construção de vínculo e confiança entre enfermeiro e paciente, facilitando as discussões, para que por meio da educação em saúde o enfermeiro crie um espaço discursivo dos aspectos relevantes da sexualidade nas diferentes etapas do ciclo de vida, que envolvam aspectos biopsicossociais, enfatizando que a mulher tem sua cultura e sua história de vida e que vai expressar de maneira única e particular, a sua sexualidade.

3.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Segundo a OMS, a saúde sexual é definida como um estado emocional de bem-estar, social, físico e mental relacionado a sexualidade, e não apenas a ausência de patologias, debilidades ou disfunções. O profissional de enfermagem precisa abordar de forma respeitosa e positiva a respeito da sexualidade, das experiências prazerosas, das relações sexuais, livre de discriminação, e violência. As pessoas têm direitos sexuais e eles devem ser respeitados, satisfeitos e protegidos, assim alcançando uma saúde sexual satisfatória.

A Atenção Básica necessita incorporar ações relacionadas a saúde sexual, pois esse tema é relevante, assim contribuindo para uma melhor qualidade de vida das pessoas. Normalmente temas relacionados a sexualidade não são abordados nas unidades de saúde. A saúde sexual do paciente é pouco abordada devido a dificuldades que os profissionais sentem de conversar sobre os aspectos pertinentes a sexualidade. Ainda em Brasil (2010), diz que a sexualidade é um tema muito polêmico, por existir muitos tabus e preconceitos, assim deixando os profissionais de saúde desconfortáveis para a abordagem do tema. A identificação das disfunções sexuais, e a promoção a saúde sexual é um papel das Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, tendo um papel fundamental na abordagem do tema.

Como relata Garcia et al. (2012), que as queixas sexuais são citadas com mais frequências em consultas e ou exames de rotinas realizado na Atenção Básica.

3.2. EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Em Brasil (2010), cita algumas sugestões para a Atenção Básica no atendimento à saúde sexual, onde é expressado com ênfase na palavra ouvir o paciente, nas abordagens dos temas sexualidade é necessário proatividade, promovendo ações que esclareçam a importância da atividade sexual de qualidade como as práticas do sexo seguro, satisfação, tipos de dificuldades, exigências. Buscando conhecer a vida da pessoa ou do casal, como por exemplo as influências, culturais, religiosas, qualidade da comunicação e relação com o parceiro, educação sexual, uso de medicamentos, álcool e outras drogas, ofertar suporte psicológico e emocional, com uma escuta qualificada e acolhimento. Desmistificar sobre sexualidade ajudando a desfazer dos tabus e mitos, sempre falando positivamente do prazer sexual. Quando o paciente expressar dificuldade sexuais, o profissional deve conversar com o paciente as possibilidades de mudanças gradativas, com intuito de buscar maior satisfação, como afirma Knapp (2004).

Brasil (2013), diz que o enfermeiro tem que conversar as possibilidades do casal inovar a vivência sexual com seu parceiro, incentivando o diálogo entre eles, assim resultando em maior segurança e confiança para expressarem um ao outro o que sentem e desejam. Em Ventura (2003), diz que o profissional de enfermagem precisa enfatizar o direito que a mulher tem em se sentir confortável, para dar e sentir prazer, mostrando a pessoa que ela também é responsável pela sua própria satisfação sexual, que no processo de autoconhecimento, não foque apenas nos órgãos genitais para as trocas de carícias, incluir no diálogo a importância de cuidar da saúde de forma integral, promovendo o autocuidado, assim contribuindo para uma saúde sexual melhor. Brasil (2010) relata que, se forem identificados medicamentos que possam prejudicar a saúde sexual, recomenda-se substituir a medicação, se possível. Identificar, tratar ou encaminhar pacientes que, tenham doenças ginecológicas, psicológicas ou outras que possam estar interferindo na vida sexual da paciente, garantindo o acesso à informação, meios e métodos a proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), dispareunias, entre outras.

As ações educativas em saúde sexual podem ser abordadas individual, em grupo, como por exemplo grupos de pessoas hipertensas, diabéticos, gestantes, adolescentes, levando em consideração que as abordagens desses grupos não são apenas relacionadas as doenças e sim a promoção de saúde, entre elas a saúde sexual. Assim, dando abertura para esses pacientes expressarem suas dificuldades, facilitando a identificação dos casos que precisem de atenção especializada, mas muitos casos de dificuldades relacionada a saúde sexual poderão ser resolvidos na Atenção Básica, com orientações e se não obter o sucesso com as indicações das condutas recomendadas, o profissional de enfermagem deve encaminhar suas pacientes para os profissionais de serviços especializados, mantendo o acompanhamento e dando suporte as terapias indicada.

As causas da anorgasmia, está relacionada a múltiplos fatores, devido a isso é recomendado, se possível, que as abordagens desses problemas sejam realizadas por uma equipe multidisciplinar. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou de serviços especializados de referência, que podem dar suporte na identificação desses casos quando os profissionais da Atenção Básica tiverem suspeitas, ou até mesmo o NASF pode contribuir para a qualificação dos profissionais da Atenção Básica, para que consigam identificar com maior facilidade, sinais característicos das disfunções.

É primordial o diagnóstico preciso na disfunção orgástica, para que o tratamento seja eficaz e gere resultados. Pode-se chegar ao diagnóstico utilizando questionários, realizando exames físicos, e avaliação do estado mental, com objetivo de entender o histórico da mulher e assim aliviar as manifestações da disfunção.

A masturbação é defendida por alguns autores, como o melhor método de tratamento para a disfunção orgástica, ainda relatam que a masturbação além de ser sadia, se faz necessária, para Lins (2007), maior parte dos autores que estudam sobre sexualidade, afirmam que a masturbação é o meio mais adequado para a mulher aprender a gozar, mesmo indo de encontro a algumas culturas, e que o orgasmo pode ser vivenciado por toda mulher a não ser que tenha algum problema de saúde.

A causa da anorgasmia é geralmente psicológica, é daí a necessidade do profissional de enfermagem identificar e encaminhar para um especialista, assim indicando o tratamento correto para cada caso. Alguns casos psicológicos para a

anorgasmia é a falta de ereção do parceiro, pois pode causar transtornos para a mulher, ela pode entender que não é interessante ou não atrai seu parceiro

O tratamento da anorgasmia na mulher deve ser iniciado desde a infância até a vida adulta, através da educação sexual, e esse tema deve ser abordado em unidades de atenção básica de saúde com profissionais qualificados, se o tema sexualidade fosse abordado sem tabus, preconceitos, seria mais descomplicado a mulher expressar sua dificuldade em chegar ao orgasmo. Como já foi citado acima, sexualidade feminina é um problema de saúde pública, e temos o caderno 26 do Ministério da Saúde que aponta a importância de acrescentar esse tema em ações realizadas na atenção básica. Se averiguada e identificada a causa, a disfunção orgástica pode ser tratada, isso mostra a importância da equipe multiprofissional, onde essa equipe precisa ter qualificação para tal situação, identificando a anorgasmia.

Muitas mulheres padecem por não obterem conhecimento, nem a presença de um especialista na área sexual, por isso é de suma importância levar informações sobre sexualidades para essas mulheres. É imprescindível que seja compartilhada informações a respeito da sexualidade feminina, e o direcionamento para a consulta com o profissional adequado.

4. TRATAMENTO DA ANORGASMIA

Apesar da disfunção sexual muitas vezes necessitar de um tratamento multidisciplinar, a primeira consulta pode ser benéfica de imediato. No trabalho de Santos e Oliveira (2015), mostra um modelo internacional que é utilizado para abordagem da saúde sexual do paciente. O modelo PLISST – Permission; Limited Information; Specific Suggestions; Intensive Therapy.

4.1. PERMISSÃO

Permitir à paciente se expressar sobre a sua sexualidade, deixando-a falar sem interromper e sem mostrar preconceito. Assim mostrando a paciente que é de grande importância a saúde sexual dela.

4.2. INFORMAÇÃO LIMITADA

Fornecer educação sexual básica e adequada, como anatomia, resposta sexual feminina; o impacto do envelhecimento da função sexual.

4.3. SUGESTÕES ESPECÍFICAS SIMPLES

O uso de produtos eróticos como vibradores, lubrificantes, e formas para elevar a intimidade emocional.

4.4. TERAPIA INTENSIVA

Validação das preocupações da paciente, verificar as possíveis causas da anorgasmia, possibilitando a solução dessa disfunção no próprio acompanhamento com a enfermagem ou referenciar caso precise.

Em Santos e Oliveira (2015), mostra que métodos para tratar a disfunção sexual, provocada pelos antidepressivos, introduzindo a redução da dose, a troca da medicação, que tenha menos efeitos adversos relacionada a função sexual.

Nos casos das dispareunia, é mais complexo, e precisa de uma equipe multidisciplinar, levando em consideração os fatores biopsicossociais.

A medicina física e de reabilitação é a mais indicada para disfunção do pavimento pélvico. A reabilitação dessa disfunção, pode ser tratada com a utilização do vibrador, se não dolorosa, pode ser benéfica.

Quando a causa das disfunções sexuais estão relacionadas a fatores, socioculturais ou com a ansiedade a psicoterapia e a terapia sexual são as mais aconselhadas.

A meditação é uma técnica que tem mostrado eficácia no tratamento de muitos tipos de disfunção sexual. No caso de anorgasmia primária masturbação é uma das ferramentas no tratamento.

Se a dispareunia, for relacionada a secura vaginal a terapêutica tópica com estrogênios é sugerida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto nesse trabalho, é possível identificar a anorgasmia durante a consulta de enfermagem, se na consulta for realizada uma anamnese de qualidade e uma escuta qualificada, deixando a paciente à vontade para expressar seus descontentamentos, assim identificando se sua paciente tem um autoconhecimento de qualidade, conhecendo suas crenças, cultura e seus traumas. Além de conseguir identificar a anorgasmia é possível também tratá-la.

A anorgasmia é considerada um problema para a saúde humana, pois segundo a Organização Mundial de Saúde, uma atividade sexual de boa qualidade é requisito básico para uma excelência na promoção da saúde humana.

A sociedade aprisiona as mulheres a cumprirem um papel social e sexual em comportamentos de submissão ao homem, causando descontentamento na relação do casal.

O sexo é uma forma de expressar afetividade, as mulheres sentem-se valorizadas pelo desejo sexual despertados, e quando isso não ocorre sua autoestima diminui, colocando a integridade do relacionamento em risco.

É de grande importância na consulta de enfermagem a realização de anamnese sexual, pois os sintomas sexuais muitas vezes podem identificar uma série de doenças orgânicas, é notório que na graduação da área de saúde não prepara os profissionais para discutir sobre a saúde sexual. Muitas vezes as dificuldades de comentar sobre o tema sexualidade vem dos próprios profissionais, que alegam incapacidade e falta de tempo, por acreditarem que esse tema é irrelevante e inviáveis para uma consulta rotineira.

Devemos lembrar que os profissionais envolvidos na promoção a saúde não precisam ser sexólogos para abordar o tema relacionada a saúde sexual, é preciso ser bom entrevistador sempre dispostos a ouvir as pacientes sem julgamentos, assim as deixando mais confortáveis para esse tipo de discursão, conseqüentemente acarretará em uma relação aberta e de confiança, facilitando a identificação adequada, para realizar intervenções correta nos fatores de riscos.

Sabemos que a sexualidade é algo íntimo e particular variando de pessoa para pessoa, os profissionais tem sua visão relacionada aos assuntos, porém constantemente pautada em referencial teórico.

É importante ressaltar que, na maioria das vezes, a anorgasmia está relacionada, aos fatores educacionais, religiosos, culturais, psicológicos, e principalmente pela falta do autoconhecimento da mulher, relacionada ao seu corpo, a também os estímulos que lhes proporcionam prazer. Essa pesquisa mostra que a anorgasmia é raramente discutida, e que os profissionais negligenciam, por falta de segurança, sentindo incapacitados para discutirem tal assunto.

O caderno 26 do Ministério da Saúde, aponta a falta de capacitação dos profissionais, mas também explica como esses profissionais devem iniciar a promoção a saúde sexual, ressaltando a importância da abordagem desse tema, revelando que algumas disfunções psicológicas e sociais estão relacionadas a anorgasmia. Esclarecendo também as possíveis causas da anorgasmia como: dispareunia, relacionadas as vaginites, vaginose e vaginismo relacionada aos fatores sociais, psicossomáticos, religiosos, anatômicos.

O ministério da Saúde deixa claro que a educação sexual é responsabilidade das unidades básicas de saúde. E cabe ao profissional de enfermagem direcionar seu paciente ao especialista adequado para cada caso, deixando claro que é um trabalho da equipe multiprofissional. Enfatizando que a saúde sexual de qualidade traz benefícios a saúde da mulher lhe proporcionando, auto-estima, bem estar físico e emocional, empoderamento, auto confiança.

Todas as mulheres podem atingir o orgasmo, se não estiverem sofrendo de algumas patologias neurológicas, endocrinológica, ginecológica que tenham comprometido a estrutura física do orgasmo ou disfuncional. Na maioria das vezes a causa é de natureza psicológica, e desconhecimento de saber lidar com seu próprio corpo. Mas existem outras causas que variam podendo tornar o orgasmo melhor que o outro: a existência ou não do parceiro, o ambiente ser ou não agradável, a intensidade do estímulo, e existem os fatores inibidores como a relação com o parceiro, traumas psicológicos, crianças ou familiares por perto, símbolos religiosos próximo a visão, doenças e inflamações nos genitais, dentre outras.

O profissional de enfermagem em sua consulta, consegue identificar as possíveis causas da anorgasmia e orientar sua paciente a importância do autoconhecimento do corpo e mente, para que assim, seus pacientes possam identificar pontos sensíveis que não haviam percebido antes. É importante ressaltar existem pontos sensoriais que são despertados depois de um período de estímulos, e que esses pontos não são apenas das partes erógenas e sim também em outras

áreas dos sentidos. Para isso a mulher precisa conhecer esses pontos erógenos e conduzir seu parceiro para produzir seus estímulos corretos, no tempo apropriado, assim a excitação possa elevar até ao orgasmo.

Para uma vida sexual saudável e feliz, é importante que a mulher alcance maior qualidade de prazer e de orgasmo, assim lhe trazendo mais bem-estar físico e emocional, segurança evitando patologias psicológicas, como por exemplo a depressão. Para a obtenção do orgasmo, envolve muitos fatores, e todo corpo precisa estar envolvido para que ele ocorra, e o primeiro passo para chegar a esse ápice de prazer é estar ciente.

Diante do exposto, até o momento, é de extrema relevância a continuidade desse trabalho pra compreender melhor a importância do autoconhecimento feminino para chegar ao orgasmo, pois alguns fatores hormonais, psicológicos, físicos, pessoais, estão interligados; e buscar conhecimentos de quais benefícios que o orgasmo pode proporcionar as mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; SILVA, L. A.; ARAÚJO, N. M. de – **Conhecimento de Acadêmicas de Enfermagem sobre Disfunções Sexuais Femininas**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 02, p. 138 - 147, 2005.

ALMEIDA, D. S. M. M. **Motivação sexual: as disfunções sexuais femininas**. Scribd. 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/59249161/Motivacao-Sexual-As-Disfuncoes-Sexuais-Femininas>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ALZATE, H. **Sexualidade Humana**. Santa Fé de Bogotá: Temis. 1997.

ANDRADE, A. R. L.; FREITAS, C. M. S. M. de; RIEGERT, H. N. A. A. et. al. **Cuidado de enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: reflexões sob a ótica da fenomenologia**. Universidade de Minas Gerais, 2015.

BASTOS, F. **A energia do orgasmo**. 2008 Disponível em: <<http://somostodosum.ig.com.br/clube/artigos.asp?id=14026>> Acesso em: 19 dez. 2019.

BELLO, L.A. F.; RIVERO, T. S. E.; ALVAREZ, Y. F. **Anorgasmia fememinina como problema de saúde**. *Revista Cubana Invest Bioméd* [online]. Cuba, v.30, n.3, pp. 312-317, 2011. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300002>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BLANC, C. **Um breve histórico do sexo**. São Paulo: Gaia, 2010.

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, M. S. Secretaria de Políticas de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 26 – **Saúde sexual e Saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARRARO T.E, KEMPFER S.S, SEBOLD L.F, OLIVEIRA M.F.V, ZEFERINO M.T., RAMOS D.J.S, *et al*. **Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia**. *Cultura de los Cuidados*. 2011 citado em 2016 jun. 12];29(1):89-96.

CORREIA, L. S. et al. **Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional**. *Rev Port Med Geral Fam*, Lauro de Freitas–BA, v.32, n.6, p.405, 2016.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. C. de A. **Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 631-639, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692011000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:
04 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300024>.

COSTA, G. N. **Orgasmo feminino: conhecer para ter**. 2013. 60 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós Graduação, Universidade Candido Mendes, Palmas, 2013.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. **O Gênero nas Ciências da Saúde: Produção e Reprodução de Concepções sobre a Diferença entre Homens e Mulheres**. Mimesis, Bauru, v. 34, n. 1, p. 63-90, 2013.

DIAS, J. C. et al. **Anorgasmia feminina**. Revista interfaces: saúde, humanas e tecnologia. Ceará, v. 2, n. 6, ano 2, 2014. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revistainterfaces/article/view/145>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

FAGUNDES, M. E. DE O. **Sexualidade Humana e Orgasmo Sexual**. Psicologia & foco, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 2, n. 1, jan./jun. 2009.

FONSECA, M. E. da. **Religião, mulher, sexo e sexualidade: que discurso é esse?** Paralellus, Recife, ano 2, n. 4, jul./dez. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 16. ed. Vol. I. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GARCIA O. R. Z; LISBOA L.C.S. **Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária**. Relato de Experiência Texto Contexto Enfermagem Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 708-16.

GARCIA, T. R. **Sexualidade humana: conhecimento necessário à formação do enfermeiro**. Acta Paulista de Enfermagem. V. 6, n.1/4, p.39-42, jan./dez. 1993.

GÓIS, M.M.S. **Aspectos históricos e sociais da anticoncepção**. Reproduo, v. 6, n. 3 p. 119-24, 1991.

GOZZO, T.O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W.M.; FREITAS, I.A. **Sexualidade feminina: compreendendo seu significado**. Rev.latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, julho 2000.

JACQ, C. **As egípcias: retratos de mulheres do Egito faraônico**. São Paulo: Bertrand Brasil, 2000.

KAPLAN, H. S. **A Nova Terapia do Sexo**. Tradução de Oswaldo Barreto e Silva. Rido de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre. Artmed, 2004.

LINS, R. N. **A cama na varanda**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2007.
Disponível em: <<http://lelivros.love/book/download-a-cama-na-varanda-reginavarro-lins-em-epub-mobi-e-pdf>> Acesso em: 18 dez. 2019.

LOYOLA, M. A. **Sexualidade e medicina: uma revolução do século XX**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-884, agosto de 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400002&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400002>. Acesso em 26 mai. 2019.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C.. **Resposta Sexual Humana**. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 17(3-6):175-183, maio/dez., 2008.

MDS-5, 2014; **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Editado também como livro impresso em 2014. ISBN 978-85-8271-089-0.

MELO, A. de S. **Validação do diagnóstico de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. Universidade de São Paulo – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto (Tese), São Paulo, 2004.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.. **Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meias-Idade Feminina**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2004, 17(2), pp.177-187.

MURIBECA, M. M. M. **Das origens da sexualidade feminina ao feminino nas origens da psicosexualidade humana**. *Estudos de Psicanálise – Aracaju* – n. 33 – p.101-108 – Julho 2010.

NEIVA, P. B. **Muito silêncio: pouco prazer**. *Veja São Paulo*. V. 35, n. 12, p.79-79, Mar., 2002.

NEUMANN, A. F.; NETO, F. R.; RIO, C. L.; SAKAE, T. M. **Perfil da sexualidade feminina em universitárias de um curso de medicina de Santa Catarina**. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 40, no. 1, de 2011.

NOGUEIRA, L. **Mitos e Tabus sobre a sexualidade feminina**. *Revista digital Sociedade Pública*. 2016.

OLIVEIRA, E. L. de; REZENDE, J. M.; GONÇALVES, J. P. **História da Sexualidade Feminina no Brasil: Entre Tabus, Mitos E Verdades**. ISSN: 1807 – 8214. *Revista Ártemis*, vol. XXVI nº 1; jul-dez, 2018. pp. 303-314.

OLIVETI, E. M. P. **Anorgasmia em mulheres com parcerias estáveis: revisão de literatura. Trabalho de monografia**. Faculdade de Medicina de São Paulo. 2009.

PEASE, A.; PEASE B. **Por que os homens fazem sexo e as**

mulheres fazem amor? : uma visão científica (e bem humorada) de nossas diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

PEDRO, J. M. **A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração.** Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 23, nº 45, p. 239-260 – 2003.

PINHEIRO, T. M. L. **A terapia tântrica como tratamento integrado para compulsão sexual.** 2017. 50 f. Monografia (Especialização) - Curso de Pós Graduação, Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53448.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

RABELO, B.; TOSI, M. **Sexualidade feminina ao longo da história.** 2018 Disponível em: <https://medium.com/@tosi.marcela/sexualidade-feminina-ao-longo-da-hist%C3%B3ria-10bd9ddefee2>. Acesso em out de 2019.

REIS, A. S.; KOBAYASHI, C. **A satisfação sexual de mulheres jovens considerando dois conceitos: excitação e orgasmo.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 36, n. 1, p.29-36, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/22002>>. Acesso em: 25 maio 2019.

RIBEIRO, B.; MAGALHAES, A. T.; MOTA, I. **Disfunção sexual feminina nos anos reprodutivos: prevalência e fatores associados.** Rev Port Med Geral Fam, Lisboa, v. 29, n. 1, p. 16-24, jan. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 mai. 2019.

RIBEIRO, P. R. M. **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, 2005, p.17-32.

ROHDEN, F.; ALZUGUIR, F. V.i. **Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina.** Cad. Pagu, Campinas, n. 48, e164802, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000300302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Dez 2019. Publicado em 20 out 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201600480002>.

SANTOS, S. R.; OLIVEIRA, C. M. **Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática.** Rev Port Med Geral Fam, Lisboa, v. 31, n. 5, p. 351-353, out. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2019.

SANTOS, L. V.; RIBEIRO, A. O.; CAMPOS, M. P. A. **Habilidade do acadêmico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente.** REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 32-35, jan/mar, 2007.

SEMEM, C. J. **Concepção de Sexo e Sexualidade no Ocidente: Origem, História e Atualidade**. Universidade do Sagrado Coração – USC – Brasil Sandro Caramaschi Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.49, p., jan./jun. 2017.

SILVA, F. B.; BRÍGIDO, E. **A sexualidade na perspectiva freudiana**. Revista Contemplação, 2016 (13), p.125-138.

SILVA, V. A. **Sexualidade Feminina**. Universidade Cândido Mendes / Instituto A Vez do Mestre. Monografia. Curso de Sexualidade Humana. Rio de Janeiro. 2015. Disponível em:

<https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53013.pdf>.

Acesso em: 30 Dez. 2019.

SOBRINHO, M.I. P. **Fatores que afetam a capacidade de se obter orgasmos**. Universidade Cândido Mendes / AVM. Pós Graduação Lato SENSO, 2018.

TEIXEIRA, R.A. **Alguém ainda tem dúvida que sexo faz bem a saúde?**. ICB. Fev. 2009 Disponível em: <<http://www.icbneuro.com.br/paginas/pdf/artigos/sexo.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2019.

TOBÓN, M. T. Q. et al. **Orgasmo femenino: definición y fingimiento**. Urología Colombiana, [s.l.], v. 24, n. 2, p.130-131, ago. 2015. Georg Thieme Verlag KG.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.05.009>. Disponível em:

<<https://www.elsevier.es/es-revista-urologia-colombiana-398-articulo-orgasmo-femenino-definicion-fingimiento-S0120789X15000623>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

TRILLAT, E. **História da Histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. de A. **Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 3, p.417-426, 15 jan. 2008.

VALDEZ, N.J. **Vitamina O: porque o orgasmo é vital para a saúde e a felicidade da mulher**. São Paulo: Cutrix, 2012.

VARGAS, M. C. **Manual do Orgasmo: sexo e prazer para dois**. 2ª.ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S/A, 1993.

VEIGA, A. P. **Orgasmo: querer é poder**. IGT na rede. Rio de Janeiro, vol. 4,n. 6, 2007. Disponível em:<<http://igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/issue/view/104>> Acesso em: 18 dez. 2019.

VENTURA, M. (Org.). **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito**. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. 120 p.

VITIELLO, N. **Um Breve Histórico do Estudo da Sexualidade Humana**. Revista Brasileira de Medicina. Edição Especial: v. 55, Nov. 1998.

WEREBE, M. J. G. **Sexualidade, política, educação**. Campinas: Autores Associados, 1998.

ZAMBONI, L. **Padrões intergeracionais femininos e a ocorrência de anorgasmia**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Mestrado em Psicologia Clínica), São Paulo, 2008.

ZIKAN, I. da S. **O Prazer Sexual Feminino na História Ocidental da Sexualidade Humana**. Universidade Cândido Mendes (Monografia), 2005.