

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ORGASMO FEMININO

da expressão ao
início da compreensão

POR

OLGA REGINA ZIGELLI GARCIA

Florianópolis

1992.

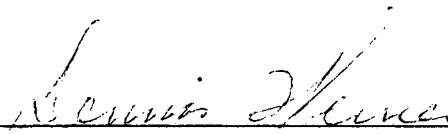
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TÍTULO: ORGASMO FEMININO: DA EXPRESSÃO AO INÍCIO DA COMPREENSÃO

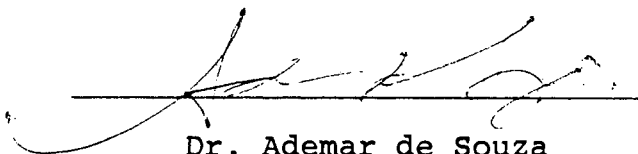
Dissertação apresentada à banca examinadora por Olga Regina Zigelli Garcia, sob a orientação da Prof^a Dr^a Valmira dos Santos, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina.



Dr^a Valmira dos Santos



Dr. Dennis Werner



Dr. Ademar de Souza

Orientadora: Dr^a Valmira dos Santos

IN MEMORIAN

De Gertrudes Zigelli Garcia, minha mãe, que mesmo num momento difícil de sua vida, continuou a ser a mola propulsora de meu desenvolvimento, estimulando meu crescimento e entendendo minhas ausências.

Dedico este trabalho a Eder Leandro,
meu companheiro e amigo constante,
que me ouviu e estimulou com amor
nas horas de desânimo, impelindo-me
a continuar.

AGRADECIMENTOS

Existem pessoas especiais, que compartilham do nosso dia-a-dia e cuja morada é o nosso coração. Neste sentido, ao iniciar os agradecimentos, não poderia deixar de dar destaque especial a três pessoas que contribuíram muito na busca do meu aperfeiçoamento profissional, mas acima de tudo para o ser humano em que tenho me tornado.

Portanto gostaria de, ao concluir o presente estudo agradecer:

- Ao meu pai, Walmor Zomer Garcia, incentivador constante de cada passo conquistado na minha busca pelo crescimento profissional e pessoal.

- A Lia Teresinha Capela da Silva, que ao entrar em minha vida, mexeu com minhas estruturas, valores e paradigmas, colaborando para o crescimento da Olga mulher de hoje.

- A meu filho Bruno, de 3 anos, grande motivação da minha existência, por fechar meus livros quando queria atenção e por frases como "tá estudando né mamãe?" e "agora chega de estudar né mamãe?"

Gostaria de agradecer com destaque ainda, aquele que pensei tantas vezes estar ausente, mas estava mais perto de mim que eu mesma, perdida em meus conflitos: Deus.

Agradeço também a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo e em especial:

- A Professora, Dr^a Valmira dos Santos, minha Orientadora no presente trabalho, pelo carinho, estímulo, humanismo, competência e, principalmente por acreditar em minha capacidade, quando eu mesma duvidava dela, num momento especialmente difícil de minha vida.

- A Professora Alacoque Lorenzini Erdman, minha Orientadora Acadêmica, pelo incentivo e apoio.

- Ao Professor Lúcio José Botelho, pela troca de informações que me levaram a "pistas" preciosas.

- Ao Professor Carlos Cesar de Souza, pelo esmero na correção do texto.

- Ao Professor Wilson Kraemer de Paula, Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem, pelo estímulo contínuo e por entender algumas "ausências" nos encargos administrativos.

- Ao Professor Dr. Ademar de Souza, pelo empréstimo do material bibliográfico precioso.

- A Professora Maria de Lourdes de Souza, pelo empréstimo de material bibliográfico.

- As Professoras da 4^a fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela liberação de minha participação em reuniões de fase e em especial a Professora Ana Maria Westphal Batista da Silva que me substituiu em algumas atividades de ensino.

RESUMO

Este é um estudo qualitativo, desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica, no qual buscou-se a compreensão do orgasmo feminino na percepção dos autores e das mulheres por eles estudadas, com objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre o orgasmo feminino - um aspecto da sexualidade da mulher adulta, com vistas a organizar um corpo de conhecimento, vindo a contribuir com a prática da enfermagem, no âmbito da educação à saúde da mulher.

Entre os autores, notou-se uma tendência a uma visão organicista do orgasmo feminino, visão esta, que no depoimento das mulheres estudadas por eles foi neste trabalho, denominada de semi-integral.

Poucos foram os achados bibliográficos do tema na enfermagem, principalmente na literatura brasileira, o que veio a demonstrar ser esta uma temática pouco explorada pelos enfermeiros.

Portanto, as contribuições deste trabalho, creio, repercutirão no ensino, na assistência e na pesquisa de enfermagem, posto que diz respeito a educação sexual, que na atualidade é entendida como uma área significativa da saúde total.

ABSTRACT

This is a qualitative study, developed through a Bibliographical Research, where comprehension was sought of the feminine orgasm as perceived by the authors and by the women they studied, to the end of deepening knowledge on feminine orgasms - an aspect of the adult woman's sexuality - trying ultimately to organize a body of knowledge as a contribution towards nursing practice within a woman's health education context. Among the authors, a trend was observed towards an organicistic vision of the feminine orgasm, a vision which, as stated by the women they studied, was termed "semi-integral" in this work. Few were the bibliographical findings on the theme within the nursing area, particularly Brazilian literature, confirming this to be a scarcely explored theme by nurses. It is thus our belief the contributions of the present work will have a reflection on nursing teaching, assistance and research, in as much as it regards sexual education, which is presently seen as being a significant area within total health.

SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO GERAL	12
. Problematização	13
. Questão de Pesquisa	16
. Objetivos	17
CAPÍTULO I	
METODOLOGIA	
1.1 - Introdução	23
1.2 - Amostra Seleccionada	24
CAPÍTULO II	
A SEXUALIDADE FEMININA EM DIFERENTES ÉPOCAS E O	
ENTENDIMENTO DO ORGASMO FEMININO EM ALGUNS GRUPOS	
HUMANOS	
2.1 - A Sexualidade Feminina em Diferentes Épocas	28
2.2 - Descrição do Orgasmo Feminino na Literatura	
Etnográfica	33
2.2.1 - Grupos onde o Prazer é Importante	34
2.2.2 - Grupos onde o Prazer não é Importante	36
2.3 - Teorização Antropológica a Respeito do Orgasmo	
Feminino	37
2.4 - Limitações das Descrições Antropológicas	38
2.5 - Considerações Gerais	38

CAPÍTULO III

TRATAMENTO DO "CORPUS"

3.1 - O Orgasmo Feminino	41
3.1.1 - Na Visão dos Autores	43
3.1.2 - Na Visão das Mulheres Estudadas pelos Autores	62
3.1.3 - Análise Comparativa	81
3.1.4 - A Controvérsia Clitoral/Vaginal	86
3.1.4.1 - Na Visão dos Autores	86
3.1.4.2 - Na Visão das Mulheres Estudadas pelos Autores ..	89/95/110
3.1.4.3 - Análise Comparativa	115
3.2 - Fatores Psicológicos que Facilitam ou Inibem o Orgasmo Feminino segundo Seymour Fisher	116

CAPÍTULO IV

A RELAÇÃO ENTRE ORGASMO E SAÚDE

4.1 - Na Visão dos Autores	136
4.2 - Na Visão das Mulheres Estudadas pelos Autores	139
4.3 - Análise Comparativa	139

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	141
---	-----

CAPÍTULO VI

LIMITAÇÕES DO ESTUDO	150
BIBLIOGRAFIA	152

INTRODUÇÃO GERAL

O exercício da sexualidade humana é tão antigo quanto a humanidade e se revela cheio de tabus e mitos, apesar de ser considerado por muitos estudiosos e pesquisadores como um importante campo da experiência humana.

A sexualidade humana tem sido descrita como uma necessidade básica e "a necessidade de expressão sexual é vista como um dos requisitos universais de autocuidado" (Shuster, 1982).

O estudo da sexualidade humana remonta os tempos de Aristóteles e Galeno (respectivamente 384-322 a.C e 131-200), que já questionavam e falavam do direito da mulher ao prazer (Flan-drin, 1988).

Meu despertar para o estudo da sexualidade coincidiu com o início de minha carreira profissional. Enfermeira, atuando há 10 anos como docente no campo de ginecologia e obstetrícia, tenho, em meu contato com a mulher, ouvido frequentemente a queixa de frigidez, entre outras, quando investigada a sexualidade.

"Não sinto nada", "Faço porque meu marido gosta", "Sem sexo o casamento seria melhor", "É obrigação da mulher", "A mulher tem que atender e obedecer ao marido", "Queria sentir algo, mas não consigo"; são argumentos frequentemente mencionados pelas mulheres, quando perguntadas sobre sexualidade, libido e orgasmo, no cotidiano do meu trabalho.

Como enfermeira, essa "frigidez", começou a me preocupar, uma vez que, apesar de ser uma queixa importante, não me sentia com subsídios para trabalhá-la. Por falta de conhecimentos mais profundos do assunto muitas vezes, ouvia, investigava mais e partia para orientações embasadas em conhecimentos intuitivos. Apesar da clientela demonstrar-se satisfeita com minha intervenção, sentia-me insatisfeita, enquanto profissional, por falta de um corpo de conhecimento que viesse respaldar minhas ações nesta área. Isto tornava-se evidente, quando do questionamento de acadêmicos sobre a inexistência de conteúdo curricular que os respaldassem para aquela prática.

A medida que as queixas de frigidez foram surgindo, na mesma proporção, fui me sentindo mais frustrada profissionalmente e conseqüentemente foi aumentando a necessidade de buscar conhecimento para trabalhar a questão da sexualidade feminina.

Na busca de um referencial teórico sob a ótica da enfermagem, muito pouco ou quase nada foi encontrado nos periódicos brasileiros, se compararmos com a produção científica na enfermagem internacional.

Vale ressaltar que a preocupação de buscar num primeiro momento, um referencial no contexto da enfermagem brasileira, deve-se ao fato de que a sexualidade sofre influência direta das variáveis sócio-culturais.

Sexualidade feminina, portanto, é aqui entendida como o conjunto de fenômenos da vida sexual da mulher, inserido num determinado contexto sócio-cultural, levando em consideração a sua história de vida.

Ao pensar que o imaginário coletivo e a mídia referem-se ao orgasmo feminino como um "estar no céu", "ouvir sininhos", "ver estrelas", "estar no paraíso", "ir à loucura", entre ou-

tros, várias dúvidas germinaram em mim. Serão estas mulheres realmente frigiditas ou estarão tão preocupadas com a "maravilha" do orgasmo que nem percebem as reações do seu corpo? O não sentir nada, não será o não ver estrelas? O não ouvir sininhos? O que de fato é orgasmo? Como as mulheres o percebem?

É importante salientar que a frigidez e o orgasmo constituem apenas um dos aspectos da totalidade da sexualidade feminina, que no meu entendimento, está presente na mulher no seu ciclo de vida - do nascimento até a morte - sendo fortemente influenciada pelos padrões psicossociais de uma determinada cultura.

Neste sentido, o orgasmo feminino, foco do meu estudo, é um dos fenômenos da vida sexual da mulher e não poderia trilhar o caminho da busca de sua compreensão sem uma visão mais ampliada do mesmo. Até porque o esforço empreendido pelos enfermeiros na tentativa de entender o ser humano como um todo integrado vindo ao encontro do conjunto de forças que vêm desencadeando mudanças em todos os setores da vida, tem exigido a resignificação de muitos conceitos, dentre os quais a sexualidade. Esta, que no passado tinha como propósito a reprodução, é vista na atualidade como um aspecto importante do ser humano, contribuindo para o seu crescimento e satisfação, repercutindo na qualidade de vida. Passa portanto, a ser considerada como um aspecto influente na saúde, fazendo com que o discurso oficial assumira um posicionamento.

Assim, a Organização Mundial da Saúde, em 1975, ao tentar posicionar-se sobre a sexualidade, o fez nos seguintes termos: "saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais dos seres humanos, podendo melhorar, realçar e enriquecer a personalidade, a comunicação e o amor" (Carrera e Calderone, 1976, p. 1).

Percebe-se a intenção de conferir a sexualidade uma abrangência que extrapola a esfera biológica, embora ainda utilizando o conceito "saúde sexual" para melhor situá-la no contexto da saúde geral. Tal ambivalência pode ser entendida enquanto resquício da visão organicista a qual tem influenciado a construção do conhecimento na saúde até os dias atuais.

Contudo, a crescente onda de enfrentamento a todas as estruturas que pareciam estabelecidas, tem ruído o sistema de valores pertinentes à sexualidade. Os movimentos de libertação da mulher, ecológico, do potencial humano e o movimento holístico da saúde têm contribuído para a busca de conhecimento de alguns aspectos da vida, inclusive a sexualidade. Vale ressaltar que a AIDS, neste final de século e milênio, também vêm impondo a necessidade de aprofundar os conhecimentos pertinentes a sexualidade humana.

Essa necessidade de aprofundamento para a compreensão da sexualidade, implica numa abordagem holística da saúde, na qual a sexualidade expressa-se na interdependência das variáveis biológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais, de desenvolvimento e ambientais. Portanto, a sexualidade se faz presente em qualquer estágio do processo saúde-doença de todos os seres humanos.

Desta forma, as pessoas que buscam cuidados de saúde podem estar vivenciando problemas sexuais, podendo inviabilizar o seu processo de revitalização, e com isso o seu bem estar

Otto (1978, p.250) alude que a abordagem holística da educação sexual está baseada em conceitos tais como:

- está relacionada com os muitos aspectos do funcionamento total da personalidade - os estados de ânimo, os sentimentos, as atitudes, os estereótipos de papel sexual, a auto-imagem e a imagem corporal, e também com os aspectos fisiológicos; a

nutrição e a dieta, o exercício e o descanso. A sexualidade humana é também considerada, a luz dos limites ou da variação de estilo de vidas sexuais diversos tais como: homossexualidade, bissexualidade, coabitação, casamento etc.;

- preocupa-se ou interessa-se pelos aspectos estéticos e espirituais;
- explora a relação da sexualidade para com o amor e o cuidar;
- leva em consideração tabus culturais, mitos e esteriótipos que possuem um efeito difuso ou de penetração no funcionamento sexual humano;
- comunicação aberta e efetiva realça ou melhora o funcionamento sexual humano;
- todos os humanos são seres sexuais desde o momento do nascimento até a morte.

Percebe-se, portanto, que na atualidade, a prática de enfermagem junto à população requer dos seus exercentes uma abordagem que vá além da variável biológica, o que me leva a afirmar a impossibilidade de trabalhar a sexualidade feminina sem levar em consideração a condição da mulher na cultura na qual a mesma encontra-se inserida.

Apesar de ser a frigidez a minha motivação básica para o estudo da sexualidade feminina, penso que compreendê-la seria partir do pressuposto de que ela é experienciada de fato pela maioria das mulheres. Por isso decidi fazer o caminho inverso, ou seja, aprofundar meu conhecimento numa das questões da sexualidade da mulher adulta, ou seja, a compreensão do fenômeno orgasmo. Para tanto, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: **Qual a compreensão do orgasmo feminino na percepção dos autores?**

No sentido de nortear a investigação, foram levantadas as seguintes questões-problemas:

- 1) O que é o orgasmo feminino?
- 2) Como o orgasmo feminino se desenvolve e se expressa nas diferentes culturas?
- 3) Qual a relação entre orgasmo feminino e saúde?

O presente estudo tem portanto, o objetivo de aprofundar os conhecimentos num aspecto da sexualidade da mulher adulta: o orgasmo feminino, com vistas a organizar um corpo de conhecimento, vindo a contribuir com a prática na enfermagem, no âmbito da educação à saúde da mulher.

Relevância deste Estudo.

A relevância deste estudo para a enfermagem pode ser considerada sob três aspectos:

1) No Ensino:

Luber (1979), afirma que a saúde sexual é reconhecida hoje como parte essencial das experiências de vida de cada pessoa e está rapidamente se tornando uma preocupação nas profissões de saúde.

Segundo esta autora, a educação em sexualidade nas escolas de enfermagem tem se atrasado enormemente e ela cita que no início da década de 70, das 76 escolas de enfermagem americanas, apenas uma tinha curso sobre sexualidade humana, sendo o mesmo optativo.

Magenity (1975), observa que estamos formando enfermeiros despreparados, quase completamente, na área do comportamento saudável, e salienta que aos estudantes é ensinado apenas o processo de reprodução e o ciclo da maternidade, sem abordar o conhecimento sexual na área cognitiva e afetiva. Omitir o estudo do comportamento sexual no currículo de enfermagem, continua a autora, é prejudicial, uma vez que o enfermeiro

enfrentará situações dessa natureza posteriormente, e afirma: "a exclusão dessa área, é uma falha dos professores de enfermagem, pois não responde às reais necessidades do cliente e do público" (p. 1971).

Mims (1975), diz que uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde, em 1973, revelou que os currículos de enfermagem possuem um enfoque que traduz a essência holística como discurso teórico dos educadores, porém a prática profissional continua negando este discurso. Continua-se, segundo este estudo, passando para o aluno a mensagem de que o homem é importante em todos os seus aspectos, menos na área sexual, onde a tendência parece ser a negação.

Whipple (1980) ratifica que a resistência normalmente apresentada, por alguns professores de enfermagem, em incluir no currículo do curso, conteúdos de sexualidade, é devido à falta de conhecimento ou informação sexual na sua própria educação. Por outro lado, continua a autora, quando existe o enfoque da sexualidade nas disciplinas curriculares, geralmente encontra-se voltado para a doença, segundo o modelo médico, ao invés de uma abordagem mais holística.

No Brasil a situação é bem semelhante, e se analisarmos os currículos das escolas de enfermagem, veremos que muito pouco, ou quase nada, se fala sobre sexualidade nos conteúdos programáticos.

Quanto ao corpo docente, sabemos ser rara, no Brasil, a existência de enfermeiros com formação específica, a nível de Pós-Graduação, em sexualidade, assim como raros também são os cursos oferecidos nessa área. Os poucos professores que trabalham a questão da sexualidade, o fazem por interesse pessoal.

A situação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina não difere muito da relatada até aqui. Não existe disciplina de sexualidade humana no currículo do Curso.

Nas disciplinas do básico onde a sexualidade poderia ser enfocada, é dada ênfase apenas no aparelho reprodutor masculino e feminino, não havendo conteúdo específico de sexualidade humana, mas apenas do processo de reprodução, com exceção da disciplina de Anatomia onde o tema sexualidade é abordado por interesse pessoal do professor responsável, não constando porém como tema do programa da disciplina.

No profissionalizante o aluno aprende o ciclo da maternidade (grávido-puerperal) e alguns aspectos da sexualidade da criança, adolescente, adulto e idoso, com enfoque principal na abordagem das necessidades sexuais nas etapas evolutivas do ciclo vital.

Quanto ao corpo docente, não existe no grupo de professores enfermeiros do curso, alguém com formação e/ou aperfeiçoamento na área da sexualidade humana e os poucos docentes que trabalham o tema, também o fazem por interesse pessoal, abordando de forma isolada questões da sexualidade, a partir do referencial do aluno enquanto pessoa, para depois extrapolar para questões sexuais do cliente.

2) Na Assistência:

Estudos sobre a sexualidade e a assistência à saúde demonstram que os profissionais ainda estão longe de se sentir preparados para discutirem esse tema com os pacientes.

Lief e Payne (1975), publicaram um trabalho sobre atitudes, conhecimentos e habilidades dos enfermeiros a respeito da sexualidade humana. Declararam que os 3 aspectos estudados se

encontram em um sistema interligado: o conhecimento inadequado prejudica o desempenho das ações; as atitudes preconceituosas diminuem a capacidade de ouvir o paciente com objetividade e fortes atitudes desfavoráveis na aprendizagem de conhecimentos específicos.

Hammond (1974) diz que, além de privar o paciente de cuidados adequados, o despreparo do profissional nesta área pode incorrer, inclusive, em ação iatrogênica.

Por outro lado, Luber (1979) reconhece que os enfermeiros não necessitam de desistir de seus padrões morais-pessoais para serem aceitos, nem mudar suas atitudes sobre sexualidade, mas sim reconhecer seus preconceitos e preferências. Não se pode ser neutro numa área como esta, mas deve-se ter consciência dos valores, preconceitos, e uma vez conscientes, certificar-se de que estes valores não interferem no que é melhor para o paciente.

A centralização da orientação profissional nos aspectos biológicos da sexualidade é vista por Elder (1970) como resultante da falta de conhecimento do profissional de saúde, bem como da insegurança da medicina e enfermagem para trabalhar com a sexualidade do paciente.

Santana (1988), utilizando a observação participante, ao analisar, numa pesquisa qualitativa, a equipe de enfermagem frente à sexualidade do paciente no ambiente hospitalar, conclui que pesquisar a questão da sexualidade humana na enfermagem constitui tarefa penosa, uma vez que a mesma ainda é um tabu para a equipe de enfermagem e para o paciente, e recomenda aos hospitais que seja estudada a possibilidade dos pacientes terem locais e momentos de privacidade para o atendimento de suas necessidades de sexualidade; e aos enfermeiros, que estejam preparados para enfrentar a questão da sexualidade nos hos-

pitais, escolas, ambulatórios e em suas relações sociais e profissionais.

Flor (1989), ao fazer uma pesquisa exploratória, para diagnosticar e investigar o comportamento do pessoal de saúde diante das manifestações sexuais do paciente, concluiu que a negação foi o mecanismo mais evidenciado, constatado através do depoimento "fiz de conta que não vi". Continua Flor (1989), "... é necessário reflexão e sobretudo resolução das dúvidas para que, preparado, o pessoal de saúde possa abordar naturalmente temas referentes à sexualidade".

3) Na Pesquisa:

Silva (1970) aponta a função sexual como uma área do conhecimento humano das mais marginalizadas e afirma que nos tempos de hoje, ainda existem preconceitos e tabús sobre qualquer tentativa de falar das práticas sexuais.

Continuando, ele coloca que em um levantamento de títulos de Psychological Abstracts, no período entre 1928 e 1963, apareceram cerca de 30 referências gerais sobre o orgasmo feminino, o que representa menos de um trabalho por ano, durante 35 anos.

Para Egry (1985), esses dados revelam uma das menores produtividades científicas em todas as áreas do bem estar humano, e segundo a mesma, nos anos 60 deste século, a pesquisa da prática sexual foi ostensivamente evitada, muito além do que seria coerente com o desenvolvimento de outras áreas.

Pesquisar a questão da sexualidade humana na enfermagem constitui tarefa árdua e penosa, pois ora se esbarra nos mitos e tabús, ora na grande escassez bibliográfica.

No levantamento bibliográfico de enfermagem sobre o tema sexualidade humana, muito pouco ou quase nada foi encontrado,

principalmente se compararmos com a produção científica na enfermagem em geral.

Nos periódicos de enfermagem, foram encontrados artigos na área da sexualidade, escritos por americanos, cujo tema central foi sexualidade no contexto do ensino de enfermagem e sexualidade no contexto da assistência de enfermagem.

Poucos foram os escritos encontrados na literatura de enfermagem brasileira. Ressalta-se que na Revista Brasileira de Enfermagem, o tema sexualidade não é contemplado nos índices cumulativos.

O alcance social deste estudo, creio, será a contribuição para o desenvolvimento do potencial de saúde da mulher, ratificando Whipple (1980, p. 93) quando diz que "a educação sexual é importante para a saúde sexual, como um aspecto significativo da saúde total".

CAPÍTULO I

METODOLOGIA

1.1 - Introdução.

Esta é uma pesquisa bibliográfica onde foram utilizadas 2 etapas básicas da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1973): Pré-Análise e Descrição Analítica. A opção de desenvolver este projeto através destas etapas adveio da possibilidade de identificar tanto as idéias explícitas como as implícitas, referentes às questões-problema, utilizando para tanto o processo de dedução.

Na 1ª etapa, denominada Pré-Análise, foi selecionado todo material bibliográfico sobre o tema. Foram consultadas, para o presente estudo, todas as principais publicações de enfermagem no país e demais materiais a seguir selecionados:

A. Periódicos de Enfermagem:

- . Anais de Enfermagem;
- . Revista Brasileira de Enfermagem;
- . Anais de Congressos;
- . Revista da Escola Gaúcha de Enfermagem;
- . Revista Baiana de Enfermagem;
- . Enfermagem em Novas Dimensões;
- . Revista Paulista de Enfermagem;
- . Enfoque;

- . Enfermagem Atual;
 - . Acta de Enfermagem.
- B. Teses defendidas para obtenção do título de Mestrado, Doutorado e para ascensão na carreira do Magistério.
 - C. Trabalho de conclusão do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da UNIVALI.
 - D. Revista do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.
 - E. Livros e Periódicos gerais a respeito do tema.

1.2 - Amostra Selecionada.

A seleção da amostra deu-se em três etapas:

- A. Levantamento do tema geral - a sexualidade feminina: livros e artigos. Foi realizado levantamento junto à Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital Universitário, e buscado com pessoas interessadas no assunto, material bibliográfico contido nas publicações dos últimos 50 anos.
- B. Levantamento do tema específico - orgasmo feminino: artigos, trabalhos científicos e livros. Foi realizada consulta aos índices dos periódicos desde seu lançamento até o último número, bem como levantamento junto à Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital Universitário, e buscado com pessoas interessadas no assunto, as publicações dos últimos 50 anos.
- C. Levantamento de tema inespecífico relacionado à sexualidade feminina, vinda a influenciar o pensamento de estudiosos da questão da sexualidade da mulher.
- D. Levantamento de Teses: foi realizado através de consulta aos volumes de Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem do CEPEn, e abrangendo não apenas as que se relacionam especificamente com o tema, mas também as que o tangenciam em seu texto.

A amostragem utilizada foi a de conveniência, desde quando restringi meu universo em alguns autores.

Na 2^a etapa denominada, Descrição Analítica, o material que constitui o "corpus" foi submetido a um estudo aprofundado. Os procedimentos como codificação, classificação e categorização, foram básicos nesta etapa.

Após o levantamento e seleção do material utilizado, o que veio a constituir o "corpus" do trabalho, deu-se a fase de decomposição deste "corpus" em unidades menores.

Segundo Bardin (1973), nesta fase, a análise descritiva não deve ficar no plano geral e paralelo de opiniões. Com efeito, ela avança na busca de sínteses coincidentes e divergentes de idéias ou na expressão de concepções "neutras", não ligadas especificamente em alguma teoria.

Kientz (1973), se refere ao tema, como a verdadeira unidade de significação, o átomo da análise de conteúdo, é uma das unidades mais preciosas de que dispõe o pesquisador.

A constituição e o tratamento do "corpus" do trabalho deu-se da seguinte maneira:

- A. Fichamento de todos os temas pertinentes, em folha ofício, para facilitar a identificação das unidades de análise.
- B. Fotocópia de todas as fichas, para garantir a integridade das mesmas.
- C. Decomposição do "corpus".
- D. Identificação e recorte das unidades de análise das fichas.
- E. Agrupamento das unidades de análise.
- F. Classificação das unidades de análise, por categoria.
- G. Análise comparativa dos pontos de vista dos autores, buscando responder as questões problema.

Após o tratamento e a conseqüente categorização do "corpus" o material foi submetido a apreciação de quatro estudos da sexualidade humana, para validação.

Embora saiba da impossibilidade de abordar, nas análises, todas as implicações envolvidas em frações de mensagens de estudos da sexualidade feminina, é, ao meu ver, impossível fazer uma análise do conteúdo pertinente a esse assunto, sem referir-se à condição imposta à mulher no decorrer da história. Considerou-se portanto a necessidade de buscar o entendimento do orgasmo feminino em alguns grupos humanos e em diferentes épocas.

O próximo capítulo aborda esta questão.

CAPÍTULO II

A SEXUALIDADE FEMININA EM DIFERENTES ÉPOCAS E O ENTENDIMENTO DO ORGASMO FEMININO EM ALGUNS GRUPOS HUMANOS

"Para quem acreditava que o sexo era igual em todos os lugares, as primeiras pesquisas que estudaram a variabilidade cultural nas questões sexuais, foram muito reveladoras, quanto a diversidade sexual humana".

(Dennis Werner, 1990)

CAPÍTULO II

A SEXUALIDADE FEMININA EM DIFERENTES ÉPOCAS E O ENTENDIMENTO DO ORGASMO FEMININO EM ALGUNS GRUPOS HUMANOS

Neste capítulo, tento reunir informações relacionadas a sexualidade feminina em diferentes épocas e a descrição etnográfica do orgasmo feminino.

2.1 - A Compreensão da Sexualidade Feminina em Diferentes Épocas.

Desde os mais remotos tempos, a mulher sofre opressão e vive sob uma ordem eminentemente masculina, sendo seu papel principal "Administração do lar, procriar e cuidar dos filhos".

Freud, com suas investigações, chocou o mundo ocidental e, além de muitas contribuições notavelmente importantes, trouxe à luz muitas informações a respeito da sexualidade humana. Ele teorizava que, à medida que a menina amadurece e se torna mulher, deve abandonar seu interesse infantil sobre o clitóris e "transferir" o centro de suas sensações agradáveis para sua vagina. Isto veio a ser conhecido como transferência clitoriano-vaginal. Dizia que a sexualidade era um instinto e que na mulher o orgasmo era clitoriano e vaginal - o primeiro característico da mulher "infantil", o segundo da mulher madura (Ladas, Perry e Whipple, 1982).

Belfort (1976) ainda ressalta que desde a infância, modelada, condicionada e obediente ao aprendizado de uma série de regras sociais, a mulher se sente presa e dependente do seu companheiro e por temer a rejeição e o abandono, submete-se a situações humilhantes e põe em primeiro lugar as necessidades de seu parceiro e por numerosas razões, cheia de medo e culpa, não consegue atuar como ser sexual. O longo período de coerção, de submissão e de imanência, deixará nas mulheres o estigma da inibição.

Ainda segundo Belfort (1976), a tradição cultural e as restrições religiosas concedem somente aos homens as prerrogativas de realização pessoal que incluem felicidade, êxito profissional e adequado desempenho sexual, e condenam a mulher à imanência do sexo, à inferioridade e submissão.

Entretanto, à medida que a sociedade se desenvolve e vai criando novas expectativas técnico-científicas, seus valores são alterados, bem como suas necessidades e as formas e relações pessoais, familiares e de trabalho.

Só depois da década de 50, quando o biólogo Alfred Kinsey começou a estudar os hábitos sexuais de homens e mulheres em nossa própria cultura, foi que nos conscientizamos da enorme variabilidade do comportamento sexual.

Encorajados pelo progresso científico realizado através do trabalho pioneiro de Kinsey, Masters e Johnson, na década de 60, deram um passo significativo ao observarem, pela primeira vez, o sexo em laboratório.

Só depois que Masters e Johnson relataram suas observações diretas da masturbação e do coito, foi que pode-se compreender, com alguma clareza, o que acontece ao corpo humano em consequência do estímulo erótico.

As mulheres analistas bioenergéticas, incluindo Ladas (1982), foi o primeiro grupo da história a entender que os critérios de Freud deviam ser submetidos ao seu ponto de vista.

Segundo Belfort (1976), com o advento dos movimentos feministas, com a explosão da força de trabalho feminino e com a crescente liberalização dos costumes, entretanto, a coerção machista e as pressões sociais começaram a arrefecer. O autor também alude que as mulheres, em consequência, passaram a exigir seus direitos, a disputar com os homens as mesmas prerrogativas e a lutar para se firmarem como classe e categoria social. As escaramuças dessa emergente sociedade feminina lhes asseguraram não poucas vitórias, e o inquestionável direito de dispor de seu próprio corpo que facultaram às mulheres a possibilidade de realização pessoal.

Na intimidade desse contexto, a liberdade e a gratificação sexual foram exigidas e logo assumidas. Estabeleceu-se, no entanto, um conflito entre o direito reconhecido e a realidade pessoal. "Assim, é que mais de 50% delas não conseguem encontrar, na relação sexual, o prazer que lhe estaria assegurado" (Belfort, 1986).

Entendo que este pode ser um dos motivos que levaram as mulheres a procurar os profissionais de saúde na busca de caminhos que as possam levar ao almejado orgasmo, indício de que reconhecem-no como um direito.

Segundo Ladas, Whipple e Perry (1982) há 100 (cem) anos, não se aceitava uma discussão pública do prazer sexual e da sexualidade. Os cientistas que tentavam estudar o sexo eram considerados suspeitos pelos seus colegas e, muitas vezes, temiam por sua reputação.

Os teólogos antigos davam frequentemente a impressão de acreditar que todo ato sexual buscava necessariamente o prazer da mulher como o do homem. Eles chegavam a debater o direito da mulher ao orgasmo na união sexual.

Segundo a doutrina cristã, a sexualidade não tem por fim o prazer, mas sim a reprodução da espécie. A questão era saber em que medida o prazer feminino era também necessário à procriação. A visão aristotélica reconhecia a existência do prazer feminino, porém não o considerava necessário à procriação (Flandrin, 1988).

Flandrin (1988, p. 153) ratifica que Galeno defendia a idéia de que "a mulher emitiria um sêmem tanto como o homem, e essa emissão também lhe proporcionaria prazer, é pela mistura desses dois sêmens que o embrião seria concebido, e não haveria nenhuma procriação sem prazer dividido" (C. Galeno, De Semine, livro II, caps. I e IV). De outra forma, todo ato sexual em que a mulher não atingisse o orgasmo, era um ato incompleto e deveria ser condenado.

Ainda segundo o autor, os teólogos admitiam que o sêmem feminino (prazer feminino), era senão necessário à concepção, pelo menos útil à sua perfeição. "Os filhos concebidos com prazer são mais perfeitos, mais bonitos que aqueles concebidos sem prazer".

Percebe-se, portanto, que naquela época os autores viam o sêmem feminino como sinônimo de prazer.

Não escapava aos moralistas cristãos que a mulher era geralmente a mais lenta dos dois para obter prazer. Quando a mulher era assim, frustrada do seu prazer, podia ela, na opinião da maioria, depois da retirada do homem, se excitar tatilmente para emitir também o seu sêmem. Saliente-se que aos homens, a

masturbação era rigorosamente proibida em qualquer circunstância e também era proibida às mulheres, salvo nesse caso específico. Essas proibições eram fundadas na sua esterilidade, sendo pois compreensível que tenha sido autorizada quando pudesse favorecer a procriação.

Após Aristóteles e Galeno, os médicos do século XVI e XVII foram partidários de Galeno, e a maior parte dos teólogos também, porém nenhum deles era puramente partidário de Galeno, nem de Aristóteles (Flandrin, 1988). Por outro lado, continua o autor, não se podia duvidar da existência de um prazer feminino, mesmo quando nem todas as mulheres fecundadas o conhecessem, pois esse prazer devia ter uma utilidade para procriação, pois era fora de dúvida que a sexualidade tinha por fim somente a procriação.

Ladas, Whipple e Perry (1982), afirmam que na era vitoriana, Lord Acton escreveu "Felizmente, para a sociedade, a idéia de que a mulher possui sentimentos sexuais, pode ser afastada como uma coisa vil". De acordo com o ponto de vista predominante, a falta de desejo sexual era um importante aspecto da feminilidade. O papel da mulher como parceira sexual ativa era muito diminuído, para não dizer coisa pior.

Na década de 20, Freud considerava o orgasmo feminino como um instinto sexual e o classificava em clitoriano e vaginal, considerando o primeiro uma característica da imaturidade feminina (Freud, 1974). Reich, seu discípulo e dissidente ainda na década de 20, começou a se interessar pelo assunto e o estudou profundamente, definindo a "potência orgástica" como reguladora da sanidade mental do homem, tendo sido o precursor da "revolução sexual".

No meu ponto de vista, enquanto Freud não explicitava a participação ativa da mulher na sexualidade, Reich enfatizou-a

e, no campo da sexualidade, foi o primeiro a igualar a mulher ao homem.

Na mesma época, a antropóloga cultural Margaret Mead, concluiu que a capacidade para o orgasmo é uma resposta aprendida, e que uma dada cultura pode ou não ajudar suas mulheres a desenvolverem. Na sua visão, a capacidade para o orgasmo implica numa série de respostas culturalmente aprendidas e, para que a mulher possa desenvolver essa capacidade inata, precisa conhecer os aspectos físicos de sua resposta sexual e deve também receber um estímulo apropriado (Langer, 1978).

Após a década de 20, os estudos nesta área prosseguiram, destacando-se os trabalhos de Alfred Kinsey (1950), Masters e Johnson (1960), Ladas (1970), Hite (1976) e finalmente, na década de 80, Whipple e Perry divulgaram, no Congresso Nacional da Sociedade para o Estudo Científico do Sexo as suas descobertas em relação ao ponto de Grafenberg.

Ressalte-se que a enfermeira Beverly Whipple, publicou seu primeiro artigo sobre a questão da sexualidade na *Clinical Nursing*, n. 1, v. 4, de 1980, intitulado: "A Holistic View of Sexuality Education for the Health Professional".

Na tentativa de buscar mais e mais conhecimentos sobre a sexualidade feminina, entendi a importância de reunir informações pertinentes a expressão da sexualidade de alguns grupos humanos.

2.2 - Descrição do Orgasmo Feminino na Literatura

Etnográfica

"Desde os primeiros momentos em que o ser humano chegou a conhecer pessoas de outras culturas, havia grande interesse nos seus diferentes hábitos sexuais" (Werner, 1990, p. 15).

Segundo o mesmo autor, as primeiras pesquisas que estudaram a variabilidade cultural nas questões sexuais, foram muito reveladoras quanto a diversidade sexual humana, para quem acreditava que o sexo era igual em todos os lugares.

Na década de 20, a antropóloga cultural Margaret Mead, em seu livro: *Male and Female: A study of the sexes in a changing world* (1949), concluiu que a capacidade da mulher para alcançar o orgasmo é considerada de forma distinta, de acordo com as sociedades. Neste sentido, defendeu a idéia de que a capacidade para o orgasmo é uma resposta aprendida, que uma dada cultura pode ou não ajudar suas mulheres a desenvolverem.

Ao realizar o presente estudo, não poderia trilhar o entendimento do orgasmo feminino sem levar em conta, além dos fatores individuais, também os culturais. Desta forma, busquei um referencial teórico de antropologia, na tentativa de responder a questão por mim levantada: como se desenvolve e se expressa o orgasmo feminino nas diferentes culturas.

Para facilitar o entendimento, o pouco material encontrado foi dividido em 2 grupos:

2.2.1 - Grupos onde o Prazer é Importante.

Em Samoa, na Polinésia (Mead, 1961), os adolescentes tem plena liberdade sexual. Considera-se sexualidade como uma diversão muito agradável para ambos os sexos. Tanto homens como mulheres se tratam carinhosamente, mas atuam como se desconhecem o amor individual, e se admite como norma e comum, qualquer jogo sexual, que nós consideraríamos muito perverso.

Numa outra sociedade primitiva estudada por Mead, na Nova Guiné, a sociedade de Mundugumor, tanto homens como mulheres são ativos, irascíveis e energéticos. Rejeitam a maternidade, não amam as crianças. Entre eles, se espera que a mulher expe-

rimente o mesmo prazer sexual que o homem. Entretanto, os atos sexuais se parecem mais a uma luta que a um contato amoroso. O ato sexual visa produzir a máxima excitação em um mínimo de tempo. Kardiner (1945), estudou a sociedade indígena das Ilhas Marquesas na Micronésia e constatou que pela escassez de mulheres, o homem tem sumo interesse em satisfazer sua companheira sexual. Constitui papel do homem, excitar a mulher mediante "cunnilingus" e sucção das mamas, até que alcance um grau extremo de excitação e dê o sinal de permitir o coito. Os jogos sexuais são muito mais importantes que a verdadeira potência orgástica.

Na ilha de Truk, na Micronésia (Werner, 1990), em muitos aspectos os Trukezes pareciam obcecados pelo sexo e as crianças começavam suas atividades sexuais mais cedo, sendo que os rapazes colocavam os seus dedos na vagina das meninas para estimulá-las e os homens velhos, impotentes, às vezes praticavam sexo oral com as meninas pré-púberes. As mulheres e as meninas se masturbavam ao mostrar os seus genitais às outras e às vezes, enchiam a vagina de côco e incentivavam os cachorros a lambar.

Para os Trukezes, continua Werner (1990), o sexo entre um homem e uma mulher podia durar horas. O homem tentava refrear o seu orgasmo, enquanto dava múltiplos orgasmos para mulher. A posição mais popular era para o homem, se sentar com as pernas esticadas, enquanto a mulher ficava de frente para ele, sentada no chão ou deitada para trás. Em vez de colocar o seu pênis na vagina da mulher, o homem o manipulava, esfregando-o no clitóris da mesma. Ele beijava a mulher em todas as partes do corpo, e ela praticava felação com ele. Os homens queriam que as mulheres urinassem em cima deles a cada orgasmo (embora detestassem urina) e as mulheres também gostavam que os homens urinassem em sua vagina. Uma certa quantidade de dor era também bem vista e esperada.

2.2.2 - Grupos onde o Prazer não é Importante.

Segundo Mead (1961), entre os Arapesh, povo primitivo da Nova Guiné, tanto homens como mulheres tem um comportamento sumamente suave e maternal.

Nesta sociedade, o coito dá prazer à mulher e lhe deixa uma sensação agradável de prazer e calor, mas ela não aprecia a potência de seu marido nem insiste em levar uma vida sexual intensa. A mulher estimada, é boa mãe e boa esposa. Não precisa de vida sexual e no coito não sente nada mais que um calor agradável e simpatia pelo companheiro. A mulher de grandes necessidades eróticas, é para eles, uma louca que se lança ativamente em busca do homem e do prazer sexual e que rejeita a maternidade e descuida de seus deveres.

Na Irlanda rural dos anos 50 (Werner, 1990), orgasmos femininos eram considerados "desviantes" e os padres falavam para as mulheres que o sexo era um "dever".

Ressalta-se que, segundo Werner (1990, p. 15-16), "os irlandeses nesta época eram uma das culturas mais puritanas do mundo. Numa área estudada por um antropólogo, as crianças eram protegidas de qualquer referência ao sexo, era proibido falar em gravidez na sua presença, as meninas não eram informadas a respeito da menstruação e se evitava qualquer tipo de nudez, mesmo durante as relações sexuais. Havia casos registrados de homens que preferiam morrer ao se mostrar de peito nu frente a uma enfermeira".

Segundo Gregor (1987), a sexualidade feminina em Mehinaku, no Xingú, está ligada a um senso de inferioridade ao homem, a um sentimento de aversão à genitália, a uma relação com a contaminação menstrual e ao temor a uma gravidez não desejada. São comuns, queixas masculinas sobre o baixo nível da sexualidade fe-

minina e com poucas exceções, os homens não se dedicam a jogos preliminares ou em tocar a genitália de suas companheiras. Significativamente, não existe palavra na língua Mehinaku para o orgasmo feminino. A maioria das mulheres, contudo, tem algum prazer na relação sexual, apesar de seu nível de interesse e importância ser menor do que o do homem.

2.3 - Teorização Antropológica a Respeito do Orgasmo Feminino.

Margaret Mead tentou relacionar a capacidade orgásmica das mulheres das sociedades por elas estudadas com a valorização à maternidade na sociedade na qual a mulher está inserida.

Desta forma, concluiu que nos Arapesh que possuem um comportamento maternal, a mulher não sente qualquer orgasmo. Já em Samoa, onde a maternidade não é importante, não existe, segundo Mead, nem frigidez (no sentido amplo da palavra), nem impotência. As mulheres sentem prazer sexual, mas não se pode deduzir, segundo Mead, que conseguem um orgasmo vaginal. Em Mudugumor, outra sociedade que não valoriza a maternidade, apesar de ser uma sociedade em que a mulher experimenta prazer sexual violento, Mead supôs que não consegue experimentar o orgasmo vaginal.

Kardiner que estudou a sociedade indígena das Ilhas Marquesas, concluiu que todos os indígenas são sexualmente potentes, mas a potência da mulher depende de preliminares complicados, sem os quais é impossível chegar ao orgasmo. Segundo o autor, a mulher é capaz de gozar, mas este gozo não provém do contato vaginal. Kardiner sustenta que não existe frigidez entre as indígenas das Ilhas Marquesas (1945).

Para Gregor (1987), que estudou a sexualidade feminina em Mehinaku, as queixas masculinas sobre o baixo nível de sexualidade feminina também podem estar relacionadas com a sua reco-

nhecida carência de sofisticação na técnica sexual. O autor resalta que, nas informações colhidas de homens e mulheres, ele ficou em dúvida se algumas das mulheres são orgâsmicas, apesar de terem uma participação na relação sexual.

2.4 - Limitação das Descrições Etnográficas do Orgasmo Feminino.

Como foi visto, as descrições antropológicas encontradas em relação ao orgasmo feminino em culturas diferentes são bastante reduzidas e limitadas, se for levado em conta a grande diversidade de culturas existentes no planeta.

Várias pesquisas na área da sexualidade foram feitas, e aqui merece destaque especial o trabalho de Edgar Gregersen (1983), em seu livro *Práticas Sexuais - A história da sexualidade humana*, em que fez um estudo das práticas sexuais em diversas culturas, porém em seu trabalho nada consta sobre o foco deste estudo: o orgasmo feminino.

No pouco que foi encontrado, ficou clara a grande diversidade no comportamento sexual nas diferentes culturas, também no que diz respeito ao orgasmo feminino, o que me leva a concordar com a afirmação de Margaret Mead, de que a capacidade da mulher para o orgasmo implica numa série de respostas culturalmente aprendidas.

Finalizando, gostaria de citar Werner (1990, p. 22), que diz em seu artigo *Variação Cultural na Sexualidade Humana*: "*a antropologia tem sempre tido a virtude de abrir os olhos do público quanto às possibilidades reais de mudanças sociais, e deveria ser aproveitada ao máximo ao formular políticas para o nosso futuro social e sexual*".

CAPÍTULO III

TRATAMENTO DO "CORPUS"

3.1 - O Orgasmo Feminino

"A maioria da literatura descreve os orgasmos estabelecendo padrões e expectativas que não são reais. As mulheres recebem imagens de orgasmos indescritivelmente explosivos, comparam-nos com sua experiência orgásmica e concluem que seus orgasmos estão longe de serem o ideal".

(Carrera, 1981).

3.1 - O Orgasmo Feminino.

Ao se buscar a definição de orgasmo feminino nos autores e nas mulheres por eles estudadas, procurou-se fazer a transcrição direta da definição do orgasmo pelos mesmos.

A descrição dos autores foi feita por ordem cronológica a fim de que se pudesse ter uma visão da evolução do pensamento científico a respeito do tema.

De cada definição foram extraídas palavras-chave que subsidiaram a categorização das descrições. Foram criadas quatro categorias, conforme a visão dos autores/mulheres, a saber:

Visão Organicista: foi assim considerada a definição/descrição do orgasmo restrita ao biológico, sem extrapolar do genital/orgânico.

Visão Semi-Integral: aquela definição/descrição do orgasmo que contemple o bio-psico ou o bio-social, na tentativa de extrapolar do genital/orgânico.

Visão Integral: a definição/descrição do orgasmo que englobe as variações de saúde bio-psico-social, na tentativa de extrapolar o genital/orgânico.

Visão Holística: a definição/descrição do orgasmo em que haja a tentativa de entender o indivíduo na sua totalidade.

Esta categorização do "corpus" do estudo foi feita a partir do discurso dos autores e das mulheres por eles estudadas, e por fim, a análise dos dados encontrados.

Esta etapa da metodologia foi denominada de **Tratamento do Corpus.**

3.1.1 - O Orgasmo na Visão dos Autores.

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>1. Reich, Whilhem (1924):</p> <p>"Orgasmo é uma tensão mecânica causada por uma carga elétrica culminando numa descarga elétrica que leva a relaxação mecânica. POTÊNCIA ORGÁSTICA: é a capacidade de abandonar-se, livre de quaisquer inibições, ao fluxo da energia biológica; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão mecânica . Descarga elétrica . Relaxação mecânica 	Organicista
<p>2. Kahn, Fritz (1948):</p> <p>O orgasmo da mulher está a serviço da recepção do esperma. A irritação ritmada carrega os nervos e estes por sua vez põem músculos e glândulas em estado de tensão máxima. A entrada vaginal se estreita para impedir o refluxo do esperma esperado, o útero lança na vagina um muco viscoso, que serve de isca para o espermatozoide. Chegando ao cume do orgasmo, o útero contrai-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão máxima . Mostrar ao homem . À serviço do esperma 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>atē o m̄ximo, coloca-se verticalmente, alonga o colo para baixo e mergulha o seu orifício externo no líquido espermático, abocanhando-o como se fosse uma boca de peixe. Com isso o espermatozōide entra no ūtero. Alē do ūtero, tambē a vagina entra em movimentos ritmicos e no cume do orgasmo, as glândulas da entrada vaginal expulsam um muco aquoso que ē a 'ejaculação da mulher' que tem o papel de mostrar ao homem o orgasmo feminino. As contrações do aparelho genital propagam-se ā musculatura da bacia, que em choques r̄tmicos se aperta contra o corpo do homem, atrai para si o membro e contribue para adaptação e união dos dois no momentos da transmissão do espermatozōide".</p>		
<p>3. Willy, A. (1964): "O orgasmo se forma caracterizando o ponto culminante da volūpia sexual. Todas as glândulas e todos os m̄sculos do aparelho genital feminino se contraem espasmó-</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Ponto culminante . Volūpia sexual . Movimento . Involuntário . Volūpia vital 	<p>Semi-Integral</p>

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>dicamente. Sabe-se que o orifício do útero excreta um líquido, viscoso que se aglutina com o esperma. Sob a atividade de sucção, como bomba do útero, esse líquido com os espermatozoides é trazido para o útero. A mais evidente forma de expressão do orgasmo consiste em 4 movimentos musculares simultâneos e bem ritmados da zona genital feminina; primeiramente no orifício da vagina e na zona do clitóris; em segundo lugar no orifício da uretra; em terceiro lugar no ânus; e em quarto lugar no orifício do útero. A contração e o relaxamento involuntários se seguem numa alternância rítmica, uma vez rápida, uma segunda vez mais lenta. Se o orgasmo é violento, os 4 músculos se contraem de modo rítmico e simultâneo. Às vezes as contrações podem ser sentidas separadamente. As contrações rítmicas do colo do útero estendem-se eventualmente ao útero inteiro. A mulher pode</p>		

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>percebê-las pelos movimentos leves e ondulatórios do baixo ventre. Os bicos dos seios também tomam parte nisso, frequentemente. Podem mesmo contribuir ativamente para o orgasmo. A contração dos reflexos dos músculos vaginais é as vezes tão forte que no momento do orgasmo o pênis é por assim dizer "abocanhado" e puxado para dentro. A mulher é capaz de distinguir as contrações uretrais das anais. Esses movimentos musculares locais estendem-se pelo corpo inteiro e estão ligados a uma atividade acelerada do coração que se exterioriza por uma cadência respiratória mais rápida e mais profunda. Como a intensidade e a frequência das pulsações do coração se adaptam às contrações musculares do orgasmo, os batimentos do coração parecem acelerados, e o corpo parece abalado até as suas profundezas. O orgasmo, sensação de volúpia vital, é sentido no corpo inteiro.</p>		

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>4. Masters, W.H. e Johnson, V.E. (1966).</p> <p>"A fase orgâsmica é limitada aos poucos segundos em que a vasoconstrição e a miotonia desenvolvidas pelos estímulos sexuais são libertados. Este clímax involuntário é atingido em qualquer nível que represente o incremento máximo da tensão sexual, para a ocasião peculiar. O orgasmo é uma resposta orgânica total com variação acentuada na intensidade relativa e na sequência da adaptação. No orgasmo a máscara e as contrações do rosto de uma mulher expressam graficamente o aumento da tensão miotônica em todo o seu corpo. Os músculos do pescoço e os músculos longos dos braços e das pernas contraem-se, usualmente em espasmos involuntários. Os músculos do abdômen e as nádegas, frequentemente, são contraídos voluntariamente pelas mulheres, num esforço consciente para elevar as tensões sexuais, e passar do máximo da</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Vasoconstrição. . Miotonia . Clímax . Involuntário . Resposta orgânica total . Resposta fisiológica igual, independente do estímulo. . Plataforma orgâsmica 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>fase "plateau" para obtenção do orgasmo. A manifestação fisiológica inicial do orgasmo é assinalada por contrações dos órgãos eréteis que começam na plataforma orgásmica (formada involuntariamente pela vasocongestão local e miotonia), no terço inferior da vagina. Essa plataforma, contrai-se no mesmo ritmo em que decai o aumento da tensão. O número e a intensidade destas contrações são medidas diretas da intensidade subjetiva e da duração objetiva da principal experiência orgásmica. Estas contrações da plataforma orgásmica proporcionam manifestação visível da experiência orgásmica feminina. As contrações uterinas começam no "fundus" e se propagam à zona média para terminar no segmento inferior, sendo o traçado fisiológico das contrações orgásmicas uterinas, semelhantes às formas de contrações do trabalho de parto, em sua</p>		

Conteúdo

Palavra-Chave

Visão

primeira fase. Contrações involuntárias do esfíncter retal externo podem também desenvolver-se, assim como do esfíncter uretral externo, que pode contrair-se 2 ou 3 vezes numa expressão involuntária de descarga da tensão orgásmica. Os seios não evidenciam nenhuma resposta específica à proximidade do orgasmo. Os mamilos conservam-se eretos, túrgidos e absolutamente rígidos. No entanto, a detumescência rápida das aréolas vasocongestionadas, resultando numa aparência enrugada e constringida, ocorre apenas com o orgasmo, e é uma manifestação física evidente da experiência orgásmica feminina. O fluxo sexual, uma efervescência máculo-papilar distribuída superficialmente sobre as superfícies do corpo, atinge maior intensidade e maior distribuição no momento do orgasmo. Do ponto de vista cardíaco-respiratório, o orgasmo é refletido por hiperventilação, com taxas

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p><i>respiratórias</i> ocasionalmente acima de 40 por minuto. A taquicardia é um acompanhamento constante da experiência orgásmica, com taxas cardíacas que vão de 110 a mais de 180 batimentos por minuto. A hipertensão é também um achado constante. As pressões sistólicas são elevadas de 30-80 mmHg, e as diastólicas de 20-40 mmHg. O clitóris, as glândulas de Bartholin, os grandes e os pequenos lábios, são órgãos eréteis para os quais nenhuma reação fisiológica específica, na fase orgásmica, foi estabelecida. A mulher é capaz de voltar rapidamente ao orgasmo logo em seguida a uma experiência orgástica, se reestimulada antes que as tensões tenham caído abaixo dos níveis da fase de plateau. A fisiologia fundamental da resposta orgásmica conserva-se a mesma, qualquer que seja o modo de estímulo.</p>		

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>5. Koldndny, R.C.; Masters, M.H. e Johnson, V.E. (1970):</p> <p>"O orgasmo na mulher é marcado por contrações rítmicas simultânea do útero, plataforma orgásmica (terço externo da vagina) e esfínter retal, começando a intervalos de 0,8 segundos e a seguir, diminuindo em intensidade, duração e regularidade. Entretanto, o orgasmo é uma resposta corporal total não apenas uma resposta localizada na pelve".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Resposta corporal total 	Organicista
<p>6. Lowen, Alexander (1970):</p> <p>"Quando atinge seu auge, a excitação flui através dos órgãos genitais, anunciando o clímax. Na mulher, a pulsação se manifesta nas contrações rítmicas do útero e dos pequenos lábios alongados. Se a excitação permanecer limitada à área genital, o orgasmo só ocorrerá parcialmente. Se ela se estender para cima, em direção ao coração, o corpo inteiro terá uma reação do tipo convulsivo, na qual todo o controle voluntário será domi-</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Auge da excitação . Parcial - vaginal . Completo - corpo inteiro 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>nado pela pulsação primitiva. No orgasmo completo, os movimentos pélvicos, que gradualmente vão aumentando de frequência, tornam-se involuntários e mais rápidos. Seu ritmo coordena-se com o ritmo das pulsações genitais. A respiração torna-se mais profunda, acelerando-se para integrar o ritmo geral. O coração acelera suas batidas, tornando-se mais conscientes".</p>		
<p>7. J.I. Singer (citados por Hite, P. (1976, p. 24): "O orgasmo é uma reação com uma espécie de espasmo da laringe, acompanhado por uma tensão do diafragma. O ar é inspirado cumulativamente, cada suspiro se soma a quantidade de ar já contida nos pulmões. Quando o diafragma está bem tenso, a respiração se prende involuntariamente nos pulmões e o músculo cricofaríngeico se tensiona, empurrando a laringe para baixo e para cima. A sensação é de estrangulamento extático. Finalmente o crico-</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Espasmo da laringe . Tensão diafragma . Respiração . Músculo cricofaríngeico . Tensão sexual . Alívio 	<p>Organicista</p>

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>faringeaico se fecha de novo em posição de repouso, e simultaneamente, o ar é inspirado. A rapidez com que isso ocorre produz a explosão sem a qual dificilmente o termo 'orgasmo' se aplicaria ... O alívio da tensão sexual que esse orgasmo cricofaríngeal produz é análogo ao alívio de uma tensão nervosa reprimida, que uma aguda crise de choro pode proporcionar. Tanto um quanto outro envolvem uma função cricofaríngeica".</p>		
<p>8. Valerin, Georges (1976):</p> <p>"O orgasmo é a fase terminal da excitação sexual. Na mulher, caracterizada por espasmos vaginais involuntários, em número de 3 a 15, que diminuem progressivamente de intensidade e seu intervalo, de uma duração média de 1 segundo, tende a aumentar no fim; eles se localizam ao terço inferior da vagina. As vezes esses espasmos vaginais são precedidos de um espasmo contínuo de uns 2 a 4 segundos, quando a excitação erótica é in-</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Fase terminal da excitação . Espasmos vaginais involuntários . calor que se expande 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>tenso. O orgasmo vaginal é impossível de simular; a contração voluntária da vulva e da abertura da vagina são o reproduz imperfeitamente e sem ritmo. As sensações sentidas no orgasmo são as de um calor que se estende das partes genitais para o corpo inteiro, e movimentos pélvicos ou vaginais mais ou menos fortes. A respiração se acelera, as batidas cardíacas também e a pressão sanguínea se eleva consideravelmente".</p>		
<p>9. Meyer, Jon K. (1977):</p> <p>"O orgasmo tem seu início com uma suspensão ou parada momentânea na excitação, seguida quase imediatamente, por um despertar sexual intenso, orientado para o clitóris, mas irradiando-se para a pélvis. Esta consciência do clitóris e pélvis tem sido descrita como ocorrendo simultaneamente com uma sensação de afundar ou expelir. Fase 2 - uma sensação de calor se espalhando da área pélvica para todo o corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Suspensão na excitação . Despertar sexual . Orientado para o clitóris . Irradiando para pélvis . Calor . Da pelve para o corpo . Contração involuntária . Pulsação pélvica . Alívio 	<p>Semi-Integral</p>

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>Fase 3 - consiste em uma sensação de contração involuntária - com centro na vagina ou pélvis inferior - frequentemente descrita como "pulsação pélvica". Fase 4 - alívio e relaxamento associados frequentemente com vocalização espontânea, desejo de intimidade e, nos bons relacionamentos, um desejo de carícias. Para que tenha ocorrido orgasmo na mulher deve ter havido uma sensação de calor, contração pélvica e alívio".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Relaxamento . Carícias 	
<p>10. Ladas, A.K.; Whipple, B. e Perry, J.D. (1980): "Não existe na fase orgásmica uma 'plataforma orgásmica', ou contração da entrada da vagina, característica do orgasmo descrito por Masters e Johnson. Mulheres estudadas informaram que em vez de constrição, a musculatura da vagina sofre um relaxamento e a entrada se abre. Segundo, elas relataram a ausência de um 'efeito de drenagem' como descrito por Masters e Johnson, que ocorre nos</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Relaxamento da musculatura da vagina. . Elevação do útero . Músculo PC pélvico tenso . Orgasmo ejaculatório 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>clímax induzidos pela excitação do clitóris, quando a porção inferior da vagina muitas vezes intumesce em consequência da elevação do útero dentro do abdômem. Às vezes, durante este tipo de orgasmo, o músculo PC fica intensamente tenso, enquanto a porção inferior da vagina se expande tanto que perde o contato com o pênis. No orgasmo ejaculatório, em vez de puxar e expandir a porção inferior da vagina, o útero parece ser empurrado para baixo com a compressão da porção superior da vagina. Às vezes o pênis é empurrado para fora da vagina durante estes orgasmos".</p>		
<p>11. Carrera, Michael (1981): "Não se sabe ao certo o que desencadeia o orgasmo. Parece ser uma complexa interação de fatores físicos, emocionais, sociais e hormonais. O cérebro manda um sinal para os centros da medula e seus reflexos desencadeiam o orgasmo. Quando a mulher tem um orgasmo, seu útero e o</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Interação . Físico . Emocional . Social . Hormonal . Contrações genitália . Prazer intenso 	<p>Integral</p>

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>terço externo de sua vagina entram numa série de rápidas contrações. Podem ser poucas ou até mesmo 15 em intervalos de menos de 1 segundo. O prazer é tão intenso que parece não haver palavras suaves ou fortes bastante para descrevê-lo.</p>		
<p>12. Kitzinger, Sheila (1983):</p> <p>"O orgasmo não é apenas uma sensação vaga, mas sim uma clara sequência de eventos fisiológicos. A pele fica mais vermelha, seios, mamilos e aréolas tornam-se mais firmes e maiores e registra-se então uma série de contrações musculares involuntárias no assoalho pélvico, originadas na musculatura circular próxima da base da coluna vertebral e do reto, que propagam-se aos músculos que formam um círculo na área mediana da vagina, e atingem sua área mais profunda nos músculos que estão mais próximos do útero. Essas contrações são rítmicas e muito rápidas - cada uma dura cerca de um oitavo de</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Evento fisiológico . Local . Geral 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>de segundo. Os músculos do baixo abdômem também se contraem e o perineo aperta a e afrouxa numa onda de fulminantes reflexos. O útero contrai-se, começando cada movimento contrátil no topo uterino e propagando-se à vagina. A pressão sanguínea e as frequências cardíacas e respiratórias atingem seus mais altos níveis.</p>		
<p>13. Kaplan, Helen Singer (1983): "O orgasmo consiste em contrações reflexas de certos músculos genitais. Na mulher, estimulação adequada evocará a razão de 0,8 por segundo, contrações musculares do ísquio e dos bulbos cavernosos, sendo que na mulher estes músculos se localizam ao redor do introito vaginal. As contrações vem acompanhadas de prazer orgásmico".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Contrações reflexas . Prazer 	Semi-Integral
<p>14. Gikovate, Flávio (1984): "O orgasmo é uma espécie de descarga, uma forma suave de convulsão que envolve o corpo inteiro, principalmente os músculos do baixo ven-</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Descarga . Corpo inteiro . Êxtase . Convulsão 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>tre e das coxas, é um estado de êxtase que dura por alguns segundos. Quando a excitação atinge um certo nível, ocorre a descarga orgástica.</p>		
<p>15. Goodchild, Romie (1984):</p> <p>"O clímax é uma ação reflexa do organismo, desde que tenha sido atingido um determinado estágio de excitação, com contrações nos músculos da parede vaginal, ondas de contrações e frêmitos em toda parte, afetando por exemplo, os músculos em torno do ânus, estômago e membros. O orgasmo é uma ação reflexa do organismo - uma forma de aliviar a tensão física que se acumula pela estimulação sexual concentrada. Isto se faz sentir em uma série de contrações rítmicas centralizadas em torno da vagina, podendo manifestar-se por todo o corpo: útero, ânus, membros e até mesmo a face.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Ação reflexa . Tensão física . Alívio . Contração genital/corpo 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>16. Munjack, D.J. e Oziel, L.J. (1984):</p> <p>"O orgasmo feminino consiste em contrações reflexas ritmadas dos músculos perivaginais que circundam a vagina a intervalos de 0,8 segundos. Essas contrações são particularmente visíveis no terço inferior da vagina, a plataforma orgásmica. O útero participa também dessas contrações rítmicas, durante a menstruação, pode-se às vezes observar o sangue escoando em jatos do colo cervical. As reações extragenitais incluem reações nos seios, nos quais foram observadas a ereção e turgidez sistemática do mamilo, aumento de volume, maior demarcação venosa e tumescência das aréolas. Há também uma miotonia generalizada, com espasmos involuntários de vários grupos musculares e contrações involuntárias do esfíncter retal a cada 0,8 segundos durante a fase orgásmica. A hiperventilação torna-se mais acentuada, as-</p>	<p>Contrações involuntárias</p>	<p>Organicista</p>

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p><i>sim como o ritmo cardíaco e a pressão sanguínea. Assis-tematicamente observa-se reação perspiratória involuntária que restringe-se, às so-las dos pés e das mãos".</i></p>		
<p>17. Pereira, Aldo (1987): <i>"Orgasmo é o processo de culminância e descarga da tensão sexual, tanto no pla-no fisiológico quanto no emocional. Experiência de prazer máximo. Orgasmo múltiplo: sucessão rápida de orgasmos na mulher, a partir de um mesmo platô, e portan-to, sem intervalos de repou-so".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Processo . Descarga da tensão . Plano fisiológico . Plano emocional 	Semi-Integral

Antes de iniciar a descrição do processo de percepção do orgasmo feminino segundo as mulheres estudadas pelos autores, considere interessante dizer como os mesmos obtiveram os dados (descrições) das mulheres.

Na amostra de conveniência estudada, foram encontradas três (3) bibliografias contendo depoimentos de mulheres com a descrição da percepção do orgasmo feminino. São eles: O ORGASMO DA MULHER, de Seymor Fisher; O RELATÓRIO HITE, de Shere Hite e o PONTO G de Alice Ladas, Beverly Whipple e John Perry.

Seymor Fisher, professor de Psicologia da Universidade de New York, estudou as relações entre as sensações e as fantasias das mulheres durante o ato sexual e suas histórias pessoais. Para tanto, utilizou uma amostra de 300 mulheres e dividiu-as em sete (7) grupos de pesquisa que foi feita através de entrevistas e testes psicológicos.

Shere Hite, médica terapeuta sexual, elaborou questionários detalhados, com objetivo de descobrir como as mulheres encaram sua própria sexualidade, com cerca de 60 perguntas e distribuiu-os com a cooperação da secção novaiorquina da Organização Nacional de Mulheres (New York Chapter of the National Organization for Women), entre mulheres dos 14 aos 78 anos, de todas as classes sociais e atividades, durante quatro (4) anos. Foram assim distribuídos 100.000 (cem mil) questionários, tendo sido devolvidos 3.000 (três mil).

A seguir, são transcritas literalmente algumas descrições das mulheres estudadas por Fisher e por Hite.

As descrições das mulheres estudadas por Ladas, Perry e Whipple encontram-se no tópico: "A Controvérsia Clitoral/Vaginal".

3.3.3 - Descrição do Processo de Percepção do Orgasmo
segundo Mulheres estudadas por Seymour Fisher
e Shere Hite.

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>Seymour Fisher (1978, p. 5-15):</p> <p>1^a mulher:</p> <p>"A sensação do orgasmo é de uma tensão e de um calor crescentes, seguidos de um desejo de mais (do que quer que esteja acontecendo no momento), até por fim atingir o alívio e a satisfação. Não me preocupo muito se não consigo um orgasmo - o que é bastante raro - porque o sexo foi agradável de qualquer modo e gosto de ver meu marido tendo prazer ...".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão . Calor . Desejo . Alívio . Satisfação 	Semi-integral
<p>2^a Mulher:</p> <p>"... Quase sempre chego ao orgasmo durante a relação - a maioria das vezes gozo vários orgasmos ... As únicas vezes em que não consigo nada, ocorrem quando minha mente está em outro lugar - se por exemplo, o jantar está no fogão ou tenho muita coisa para fazer ... O orgasmo para mim significa ficar cada vez mais e mais tensa até que há um abandono final, e a tensão vai diminuindo vagarosamente. Em geral meus orgasmos</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão . Abandono . Sensação . Aguda . Intensa . Poderosa 	Semi-integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>são curtos - cerca de 15 segundos (embora tenham parecido muito mais longos algumas vezes) de uma sensação aguda, intensa e poderosa ... Outra coisa sobre meus orgasmos: sinto-me como se estivesse agarrando e mordendo alguma coisa muito dura, e as costas do meu marido às vezes ficam bastante arranhadas".</p>		
<p>3ª Mulher:</p> <p>"... só depois que estou preparada é que puxo meu marido sobre mim, e então temos nossa relação. Durante esta, tenho grande satisfação com seu prazer - pois já tive o meu. (eu achava que se esperasse pela relação não conseguiria o orgasmo, o que me deixava muito tensa e irritada)".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Satisfação . Prazer do parceiro 	Semi-Integral
<p>4ª Mulher:</p> <p>"... Nossos jogos preparatórios constam de manipulação e/ou beijos nos órgãos sexuais um do outro. O beijo é extremamente excitante, e muitas vezes tenho um ou dois orgasmos nesta fase. A sensação é a de um nó rígido que queima e afrouxa de repente; sinto-me apaixonada</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Jogos preparatórios . Nó rígido . Queima . Afrouxa . Sentir-se apaixonada 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>da ... O orgasmo pela penetração é de algum modo mais profundo. Consome mais energia física e emocionalmente, satisfaz muito mais, já que me sinto quase unificada ao meu marido".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Sensação de unificação com companheiro 	
<p>5ª Mulher:</p> <p>"... No momento do contato genital com estimulação do clitóris começo a pensar em atingir o orgasmo. É como se todas as sensações se concentrassem num ponto. Algumas vezes imagino um plano com dois pontos - um está no meu cérebro e o outro no clitóris, e há uma corrente elétrica entre os dois ... Com a contínua estimulação do clitóris (e não tenho consciência só do meu clitóris, mas do seu pênis - e posso me concentrar na sensação de um ou de outro). Por fim, pareço me perder - não é só o clitóris que está excitado, mas toda a região. Às vezes imagino como está minha área genital. Por fim, sinto uma dor profunda na vagina, e tão profunda que tenho que ter o pênis lá dentro. Com sua penetração é como se estivesse que suspender minha res-</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Concentrado no clitóris . corrente elétrica . Excitação gen. . Dor profunda na vagina . Necessidade de penetração . Perda de si . Respiração suspensa . Alívio . Suspiro/ Grito . Sem consciência dos movimentos do corpo . Vertigem . Sensação 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>piração até ele entrar por inteiro e então, sinto um alívio que se manifesta com um forte suspiro ou grito. É neste ponto que meus pensamentos são de nossa união - não mais de mim mesma e meus sentimentos - tenho muita consciência também das sensações de meu marido, ... à medida que me concentro de novo em meus sentimentos, ... na minha área genital, chego a um certo ponto, quando sei que o orgasmo é inevitável; então quase o seguro, para provocar depois um orgasmo maior. Não tenho nenhuma consciência dos movimentos do corpo ou mesmo do orgasmo - apenas sou levada pela sensação agradável. As únicas imagens que já experimentei neste momento e durante o orgasmo foram as de uma escuridão fosca, com faíscas vermelhas ou brancas saindo dela. O orgasmo vem como uma vertigem, uma perda de si, quase como se eu não existisse como corpo, apenas como sensação ...".</p>		

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>6^a Mulher:</p> <p>"... levo de 5 a 15 minutos para chegar ao orgasmo. Em geral prefiro alguns jogos antes que a relação comece propriamente. O orgasmo vem apenas pela estimulação do clitóris. ... Durante o orgasmo não tenho pensamentos conscientes, apenas uma sensação agradável de alívio e prazer ... Muitas vezes sinto, durante o orgasmo, uma espécie de abandono do meu marido, e isto por alguns segundos - e gosto das carícias depois porque reestabelecem a sensação de umidade".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Estimulação clitoriana . Ausência de pensamentos conscientes . Alívio . Prazer . Umidade 	Semi-Integral
<p>7^a Mulher:</p> <p>"... em geral, sinto um crescente gradual, uma sensação muito intensa de excitação. Rolamos, nos mexemos e volteamos - passando às vezes rapidamente para uma outra posição. Então, meu marido pode dizer o que está acontecendo comigo pelo modo como o aperto ou o empurro. Quando tenho meu prazer é sempre intenso e nada passa em minha mente".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Excitação . Prazer intenso . Nada na mente 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>8ª Mulher:</p> <p>"... Minhas sensações até a chegada do orgasmo passam por uma crescente tensão física, meu corpo inteiro lateja e me sinto muito excitada. Houve também estimulação dos seios. Em geral, as sensações corporais enquanto ocorre orgasmo são de latejamento, tensão física e estrangulamento. Os pensamentos que me passam pela cabeça são de algo passando violentamente muito associado às minhas sensações físicas".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão física . Corpo lateja . Excitação . Estrangulamento . Sensação violenta 	Semi-Integral
<p>9ª Mulher:</p> <p>"... quando me sinto aberto do orgasmo ele me penetra e tem início a relação. Quando entra em mim, me invade a sensação de que estou no 'repouso do lar' depois das ansiedades e da espera pela estimulação integral do corpo e assim é fácil receber o pênis na vagina ... Muitas vezes me vejo subindo uma montanha e achando-a extremamente íngreme, de modo que atingir seu cume é muito mais difícil que começar a subir ... Me concentro profundamente no meu objetivo e, no momento exato em</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Exige concentração . Prazer físico . Pensamentos 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>que o orgasmo começa, sinto um branco e me 'afundo' no prazer físico. Algumas vezes tenho dificuldade em chegar ao orgasmo se não me concentrar com força e conseguir que meus pensamentos se desvanecem".</p>		
<p>10^a Mulher:</p>		
<p>"... meu marido estimula meus seios e o clitóris até que chegue ao orgasmo - algumas vezes eu me masturbo enquanto ele estimula meus seios. ... apenas de longe, a penetração se parece à sensação da estimulação do clitóris. As paredes da vagina praticamente nada sentem, a entrada é mais sensível, o próprio clitóris sente apenas um pequeno puxão, muito agradável mas insuficiente para provocar orgasmo ... Muitas vezes atinjo um orgasmo emocional - sinto-me a ponto de explodir - e me acabo gritando histericamente por vários minutos, me recuperando depois da relação (penetração), porém reafirmo, é uma experiência muito diferente do orgasmo que consigo pela estimulação do clitóris".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Concentrado no clitóris . Paredes vaginais insensíveis . Penetração agradável porém insuficiente para provocar orgasmo . Emocional 	<p>Semi-Integral</p>

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>Shere Hite (1976, p. 79-91):</p> <p>1ª Mulher:</p> <p>"Num certo momento, sei que estou a caminho, mas é difícil expressar as palavras. Fisicamente, minha respiração acelera, meu corpo se tensiona e se contrai para que meu clitóris fique tão vulnerável quanto possível. A região do clitóris e da vagina fica quente e eu pareço submergir ao ritmo pélvico, sobre o qual não tenho controle consciente. Cada contato com o clitóris nesse ponto, é um orgasmo em miniatura, que fica cada vez mais frequente até um grande espasmo muscular".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Respiração acelera . Tensão corporal . Clitóris e vagina . Calor . Falta de controle consciente . Espasmo muscular 	Semi-Integral
<p>2ª Mulher:</p> <p>"Pra começar, um prazer e um calor crescente se concentram no clitóris e genitais. Então há um agudo prazer localizado, uma sensação de inevitabilidade que cresce até haver uma rápida fulminante, explosão de prazer, começando no clitóris e irradiando-se por toda a área. São dura um minuto. Resta um certo estremecimento, um certo calor, a falta de fôlego e algumas aguilhoadas de prazer residual. Então eu relaxo".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Calor . Clitóris/vagina . Prazer localizado . Inevitabilidade . Explosão . Prazer . Falta de fôlego . Relaxamento 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
3ª Mulher:		
<p>"Primeiro, as várias partes do meu corpo formigam estranhamente, então a sensação do orgasmo espouca aqui e ali, até que tudo vai se somando e o orgasmo vem como uma onda. Nesse momento, tudo o mais é inexistente, O orgasmo se concentra no clitóris e se expande em ondas para a vagina, terminando depois de um segundo intenso, mas breve. Então, muito lentamente, as sensações iniciais se repetem e vão ficando mais intensas e frequentes".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Formigamento corporal . Onda . Tudo mais é inexistente . Breve 	Semi-Integral
4ª Mulher:		
<p>"O orgasmo é uma sensação de calor por todo o meu corpo. A minha disposição e a atmosfera anterior à atividade sexual também fazem parte da construção dessa sensação quente e excitante. Depois do calor generalizado, vem uma tensão nas pernas (coxas), na barriga e é claro, nos seios e genitais. O clitóris fica formigante. Me sinto muito forte antes do orgasmo e tudo dentro de mim parece vivo e poderoso. A umidade, o calor e a sensação de poder</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Calor corporal . Atmosfera anterior . Disposição . Construção . Tensão . Clitóris formigante . Umidade . Poder . Prazer . Movimento . Contração . Descarga 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>dão muito prazer. às vezes as nádegas e o pêlvís tem necessidade de moverem-se freneticamente, outras vezes, quero me esfregar fortemente contra alguma coisa com o pêlvís e as pernas. O orgasmo propriamente, me lembra um dique que se rompe. Sinto as contrações dentro de mim e uma sensação de excitação e descarga durante os orgasmos múltiplos".</p>		
<p>5ª Mulher:</p> <p>"O orgasmo é uma sensação intensa que nos arrasta, localizada na região genital (não dá pra diferenciar clitóris e vagina neste ponto). O corpo todo se contrai e a sensação é de total envolvimento, sem nenhuma 'voluntariedade' ou pensamento. É uma coisa que toma conta de nós completamente. A sensação fisiológica pode ser melhor descrita pela palavra 'violenta', no sentido do efeito total, devastador. Acaba em segundos, mas é fantástico enquanto dura. Sô tenho consciência de um certo enrijecimento de todo o corpo, além da intensa 'impulsão' na região genital".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Genital . Contração . Envolvimento . Ausência de voluntariedade . Toma conta . Violento . Devastador . Enrijecimento corporal . Impulsão 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>6ª Mulher:</p> <p>"Eu não tenho orgasmos como os que são descritos nos livros (sem grandes êxtases e relaxamento total). Eu sinto é uma 'boa sensação', difusa, bem genital, mas que se espalha por todo o corpo. Esta sensação fica cada vez mais genital e eu posso prever a qualidade do clímax - se for concentrado demais, não é tão bom: os melhores orgasmos envolvem todo o corpo. A qualidade do orgasmo varia, desde a frustração (quando o clímax vem antes da hora) até a descarga total: ondas de alívio envolvendo o corpo todo".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Diferente do descrito nos livros . Sem êxtase . Sem relaxamento total . Boa sensação . Difusa . Genital . Todo corpo . Qualidade variada . Descarga total . Alívio 	Semi-Integral
<p>7ª Mulher:</p> <p>"Há algumas faíscas leves, e então subitamente eu percebo que vai pegar fogo. Aí concentro todas as minhas energias, tanto físicas quanto mentais, para provocar rapidamente o clímax - que é um momento de suspensão do tempo, uma quente precipitação, um repentino mergulhar de todos os nervos do corpo no prazer. Tento prolongar o momento, é desapontador se não dura".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Pegar fogo . Energia física/mental . Suspensão do tempo . Prazer 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>8ª Mulher:</p> <p>"Antes, eu sinto um tremendo aumento da tensão e uma sensação deliciosa que eu não posso descrever. O orgasmo é como se toda a excitação que eu vinha sentindo, se concentrasse multiplicada por cem, num instante".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão . Excitação . Um instante 	Semi-Integral
<p>9ª Mulher:</p> <p>"Começa no fundo, lá no "centro", fica melhor, mais forte, mais belo, até que eu fico toda aberta e enorme de prazer na região genital".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . No fundo . No centro . Forte . Prazer genital 	Organicista
<p>10ª Mulher:</p> <p>"A sensação é maravilhosamente torturante. Começa no clitóris e se expande por toda a área vaginal".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Torturante . Clitóris/vaginal 	Semi-Integral
<p>11ª Mulher:</p> <p>"É o auge do quase, quase, QUASE".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Auge do quase 	Semi-Integral
<p>12ª Mulher:</p> <p>"Exatamente antes do orgasmo, a área em volta do meu clitóris fica mais viva e parece faiscar e enviar sensações dançantes por toda a parte. Então fica focalizada como um ponto de luz intensa. É como um ponto brilhante na tela de um radar -</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clitóris vivo . Faiscar . Dançante . Luz intensa . Ponto brilhante 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p><i>isto é o orgasmo".</i></p> <p>13ª Mulher:</p> <p><i>"Hã uma sensação de prazer-dor-formigar quase que frenética na minha vagina e no clitóris, que parece insaciável, e extremamente quente. Perco controle de tudo, então hã uma explosão de incrível calor e alívio. É realmente indescritível e o que eu escrevi não explica nada. PALAVRAS".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Calor . Prazer . Dor . Formigar . Frenético . Vagina/ clitóris . Quente . Insaciável . Perda do controle . Alívio 	Semi-Integral
<p>14ª Mulher:</p> <p><i>"Não posso responder a esta pergunta. O encanto do orgasmo é que, enquanto ele dura, toda a concentração está ali, até que uma sensação de alívio intenso toma conta de seu corpo e da sua mente. Então, quando acaba, é impossível descrevê-lo adequadamente ou pescar qualquer vestígio da sensação. Você recomeça de novo e tudo parece vivo e novo outra vez, mas quando o momento passa, fica tão indefinível como antes: uma pura amnésia parece nos invadir quando se tenta descrevê-lo".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> . Encanto . Concentração . Alívio intenso . Corpo/ mente . Vivo/novo . Amnésia 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>15ª Mulher:</p> <p>"Antes do orgasmo meu clitóris formiga e vibra até que há um súbito fluxo de calor e fogo também na vagina, seguida também, subitamente pelas contrações das paredes da vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clitóris . formiga e . vibra . Calor/fogo . Contração vaginal 	Organicista
<p>16ª Mulher:</p> <p>"Começa com uma grande pressão e tensão no clitóris, como se o órgão fosse explodir. Então agarra o meu pêlvis e a vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Pressão . Tensão . Clitóris . Pêlvis/vagina 	Organicista
<p>17ª Mulher:</p> <p>"A tensão sobe na área do clitóris, e a descarga acontece na vagina. Discussões sobre a vagina versus o clitóris são irrelevantes. Eles funcionam juntos".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tensão no clitóris . Descarga na vagina 	Organicista
<p>18ª Mulher:</p> <p>"Começa no clitóris e envolve toda a vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clitóris/Vagina 	Organicista
<p>19ª Mulher:</p> <p>"Espalha-se no clitóris para as profundezas da vagina, fazendo com que eu deseje a penetração".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clitóris/vagina . Desejo de penetração 	Semi-Integral

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>20^a Mulher:</p> <p>"Começa com um incrível pulsar no clitóris e se espalha para a vagina, a barriga, e finalmente a cabeça".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Pulsar . clitorial . Espalha para vagina, barriga e cabeça 	Organicista
<p>21^a Mulher:</p> <p>"Durante a masturbação ou o cunnilingus, há uma sensação forte do clitóris se expandindo e aumentado, de insuportável prazer. No momento do orgasmo há um deslocamento para a região vaginal e depois fortes contrações na vagina, enquanto eu tremo e desfaleço".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Masturbação , Clitóris expandido . Prazer insuportável . Contração vaginal . Desfalecimento 	Organicista
<p>22^a Mulher:</p> <p>"O orgasmo começa como uma pressão de dentro e uma tensão formigante no clitóris, que se espalha para a vagina, dentro da minha barriga. Há um tenso esticamento geral até que o orgasmo irrompe".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Pressão . Tensão . Clitóris . Vagina . Esticamento geral . Irrompe 	Organicista
<p>23^a Mulher:</p> <p>"Sinto nas profundezas da vagina. Tenho uma ânsia de ser penetrada, mas se eu permito antes de começar a gozar, o orgasmo fica virtualmente impossível".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Profundezas da vagina . Desejo de penetração . Inviável de penetrar 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>24^a Mulher</p> <p>"É como um balão que vai se enchendo, na barriga, e depois explode rapidamente por todo o corpo".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Balão en- chendo . Barriga . Explode todo corpo 	Organicista
<p>25^a Mulher:</p> <p>"Sinto uma intensa rigidez por vários segundos, no meio da vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Rigidez vaginal 	Organicista
<p>26^a Mulher:</p> <p>"Sinto o orgasmo na base da vagina - uma sensação que queima e formiga e então tenho vontade de pular e gritar".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Vaginal . Queima . Formiga . Vontade de gritar 	Organicista
<p>27^a Mulher:</p> <p>"Há uma sensação que dói e queima na vagina, e a impressão de que todo o corpo vai aderir".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Dói e Quei- ma . Vaginal . Todo corpo 	Organicista
<p>28^a Mulher:</p> <p>"Fico inconsciente do meu corpo, a não ser de um ponto profundo dentro da vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Inconsciência do corpo . Consciência da vagina. 	Semi-Integral
<p>29^a Mulher:</p> <p>"Tenho sensações quentes na parte superior da vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Sensação quente na vagina 	Organicista
<p>30^a Mulher:</p> <p>"É uma sensação intensamente latejante. Quanto mais intenso o orgasmo, mais para 'cima' ou 'trás', - ou seja, do clitóris em direção ao útero".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Latejante . Clitóris . Útero 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>31^a Mulher:</p> <p>"Sinto um espasmo que começa dentro da minha buceta (a batida de um pulso lá dentro) e se estende pelas pernas abaixo e por todo o corpo".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Espasmo vaginal . Espasmo corporal 	Organicista
<p>32^a Mulher:</p> <p>"Meu clitóris vibra numa velocidade inacreditável, e os músculos da vagina se contraem intensamente, minha cabeça fica leve, meus dedos dos pés do- bram, a barriga fica dura, forte e todo o corpo pulsa com o clitóris e a vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clitóris vibra . Músculos vaginais contraem . Dedos do- bram . Barriga dura . Todo corpo pulsa 	Organicista
<p>33^a Mulher:</p> <p>"O corpo corre solto, sem pensamento. Sinto um ritmo no canal vaginal, um latejamento ou contração muscular, e as pernas ficam muito tensas".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Corpo solto . Ausência de pensamento . Latejamento . Contração muscular . Vaginal . Pernas tensas 	Semi-Integral
<p>34^a Mulher:</p> <p>"O orgasmo para mim ocorre na forma de um intenso formigar na frente da vagina, como uma súbita descarga dentro da vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Formigar . Descarga . Vaginal 	Organicista

	Palavra-Chave	Visão
<p>35^a Mulher:</p> <p>"Eu sinto espasmos involuntários altamente prazerosos no clitóris, na vagina e na região anal. Às vezes todo corpo parece ter um espasmo. O prazer se situa basicamente na região genital, mas o corpo todo reage".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Espasmo involuntário . Prazeiroso . Genital . Corpo todo reage 	Organicista
<p>36^a Mulher:</p> <p>"Eu tenho uma série de contrações profundas na vagina, com outras reações imediatas: suor, hiperventilação e descontração".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Contrações vaginais . Suor . Hiperventilação . Descontração 	Organicista
<p>37^a Mulher:</p> <p>"Sinto contrações vaginais e quando o orgasmo é muito forte, contrações uterinas também. Às vezes o corpo todo pula, mas não sei se isso é totalmente involuntário".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Contrações . Vaginal . Uterino . Corpo todo 	Organicista
<p>38^a Mulher:</p> <p>"A sensação de orgasmo é para mim como uma excitação fantástica do meu clitóris e uma explosão generalizada por todo o corpo. Há contrações definidas do útero e da vagina, que ficaram muito mais definidas para mim quando eu estava grávida".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Excitação . Clitóris . Explosão . Todo corpo . Contrações vaginais e uterinas 	Organicista

Conteúdo	Palavra-Chave	Visão
<p>39^a Mulher:</p> <p>"Sinto os músculos da vagina ondulando-se, abrindo e fechando, às vezes intensamente, às vezes levemente. Quando é muito intenso eu tenho rápidas câimbras no útero".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Movimentos dos músculos vaginais . Câimbras uterinas 	Organicista
<p>40^a Mulher:</p> <p>"Há uma sensação intensa na vagina e no clitóris e umas pulsações intensas, quase dolorosas".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Pulsação intensa . Vagina . Clitóris . Quase Doloroso 	Organicista
<p>41^a Mulher:</p> <p>"Sinto linhas brancas de prazer intenso, que pulsam junto com um latejar maravilhoso da vagina".</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Prazer intenso . Latejamento vaginal 	Organicista

Ao analisar o discurso dos autores não poderia deixar de considerar que a imensa maioria dos mesmos é do sexo masculino, sendo que poucas autoras mulheres (a exemplo de Ladas, Kaplan, Hite), preocuparam-se em estudar o orgasmo feminino e as questões à ele relacionadas.

Observou-se, no decorrer do estudo, uma grande preocupação com a busca dos eventos fisiológicos que explicassem o orgasmo feminino. Talvez por este motivo, a maioria das definições do orgasmo tem um caráter organicista (biológico) localizada na região pélvica.

Poucos autores tem uma visão a qual denominei SEMI-INTEGRAL (bio-psico ou bio-social) com definições que extrapolem o genital/orgânico. A visão INTEGRAL, ou seja, do bio-psico-social, foi só uma vez encontrada e por fim, a visão HOLÍSTICA, não foi sequer mencionada.

A abordagem do orgasmo nos limites do biológico (visão mais frequente nos autores pesquisados), tende a ser um modelo, inserindo a sexualidade num funcionamento fisiológico e separando-a de seus vínculos com a vida psíquica. Isso pode ser comprovado numa análise até mesmo superficial das representações atuais, que teimam em suprimir a dimensão psíquica da sexualidade para fazer dela uma realidade que não depende do indivíduo, mas dos movimentos da "natureza".

É mais tranquilizador dizer-mo-nos à mercê de nossa "natureza animal" ou dos necessários equilíbrios da nossa biologia.

Na minha opinião, esta visão limitada do orgasmo, de caráter organicista, com uma definição quase puramente fisiomecânica, contrapõe-se aos avanços do conhecimento nesta área, posto que existe uma crescente tendência a ver o ser humano como um todo, interagindo com o universo, num continuum de vida.

Nesta ótica, o orgasmo seria visto como fenômeno e não como um evento, uma ocorrência, na vida da mulher. Na visão dele como fenômeno, no meu entendimento, ele é de natureza multifatorial, onde a combinação de fatores pode ser de uma diversidade tal que ousaria afirmar ser impossível prever as possibilidades.

Uma vez que, acredito, nesta questão não se pode generalizar pois cada caso é um caso, e a sexualidade e suas sub-questões estão diretamente relacionadas com a história de vida de cada indivíduo, a multifatorialidade do orgasmo feminino está, na minha opinião, elevada à enésima potência.

Já ao analisar o discurso das mulheres pesquisadas pelos autores, observou-se uma definição do orgasmo semelhante a dos mesmos, porém emocionalmente "carregadas", com um caráter SEMI-INTEGRAL. Na fala das mulheres, o fator afetivo está mais presente, porém é importante salientar que a limitação ao genital também ocorre, sendo poucas as falas que extrapolam para o corpo.

Tanto no discurso dos autores quanto no das mulheres, três palavras chamam a atenção pela sua repetição: Tensão/Carga; Descarga/Alívio e Involuntário/Consciente. Esta observação será assunto de reflexão a "posteriori" na discussão da relação orgasmo/saúde.

Ainda no discurso das mulheres, observou-se a grande maioria indicando o clitóris como fulcro no desencadeamento da obtenção do orgasmo quer seja clitoriano ou vaginal, assunto que será abordado no item: controvérsia clitóris/vagina.

Masters e Johnson (1979) entrevistaram 478 mulheres no laboratório e nas proximidades do período pós-orgásmico, buscando uma descrição da resposta subjetiva à incidência orgásmica.

O consenso resultado das múltiplas descrições, levou-os ao estabelecimento de 3 fases distintas na progressão subjetiva através do orgasmo:

1^a FASE: O orgasmo tem seu início com uma sensação de suspensão ou interrupção. Durante apenas um instante, a sensação é acompanhada ou seguida imediatamente por um impulso isolado de intensa percepção seminal, clitoricamente orientado, porém irradiando-se para pelve. Uma perda simultânea e total da acuidade sensorial foi descrita, como semelhante, em grau, à intensidade e duração do principal episódio orgásmico. Durante esta fase, a sensação de intensa percepção clitórica-pêlvica tem sido descrita por algumas mulheres como ocorrendo concomitantemente com a sensação de abandono ou expulsão. Muitas vezes foi manifestado um sentimento de abertura receptiva.

No depoimento das mulheres estudadas pelos autores, encontra-se referências as percepções desta primeira fase descrita por Marters e Johnson chamando mais atenção, a sensação de intensa percepção clitórica, irradiando-se para pelve.

2^a FASE: sensação de "derramamento de calor, invadindo especificamente a área pelviana, primeiro, e depois espalhando-se progressivamente para todo o corpo".

Esta sensação de calor "invadindo" é relatada pela quase totalidade das mulheres, vindo ao encontro dos achados de Marters e Johnson. Saliente-se que no discurso dos autores, foram encontradas pouquíssimas referências ao calor.

3^a FASE: sensação de contração involuntária, com foco específico na vagina ou na pelve inferior. Sensação de "latejamento pélvico" que flui para todo o corpo, levando a uma percepção de taquicardia, descrita como sensação de batidas cardíacas vaginalmente perceptíveis. A contração do esfíncter anal

foi também descrita. Foi notado que a gravidez (particularmente durante o segundo e às vezes o terceiro trimestre), aumenta a sensibilidade geral aos efeitos do orgasmo.

Nesta terceira fase descrita por Masters e Johnson, encontrou-se no depoimento de grande parte das mulheres, a sensação de contração involuntária com foco na vagina ou na pelve, assim como percepção de taquicardia, eventos estes, também descritos pelos autores. A contração do esfíncter anal, apesar de citada por alguns autores, é pouco salientada no discurso das mulheres. Não se encontrou nos depoimentos estudados, referências significativas com relação à gravidez.

Vale salientar que Masters e Johnson não citam em nenhuma das 3 fases a característica da "perda de intencionalidade", "inconsciência", do momento do orgasmo, que foi encontrada em muitas descrições tanto dos autores como das mulheres por eles estudadas.

3.1.4 - A Controvérsia Clitoral/Vaginal

"É tradicional nas correntes psicanalíticas sobre sexualidade feminina, considerar-se a orientação vaginal como indício de maturidade e bom ajustamento, ao passo que a preferência pelo clitóris denota inadequação no desenvolvimento da personalidade. Os fatos, emergidos dos estudos atuais contradizem com vigor as teorias existentes, demonstrando que o processo do qual uma mulher se torna sexualmente excitada é bastante individual, uma vez que cada mulher tem um conjunto de experiências único e exclusivo, que indica uma história diferente, com sua qualidade e significado particulares".

(Seymor Fisher, 1978).

3.1.4 - A Controvérsia Clitorial/Vaginal.

Freud (1974) na década de 20, teorizava que à medida que a menina amadurece e se torna mulher, deve abandonar seu interesse infantil pelo seu clitóris e "transferir" o centro de suas sensações agradáveis para sua vagina. Isto veio a ser conhecido como transferência clitoriano-vaginal. Dizia que a sexualidade era um instinto e que na mulher o orgasmo era clitoriano e vaginal - o primeiro característico da mulher "infantil", o segundo, da mulher madura.

Só depois da década de 50, quando o biólogo Alfred Kinsey começou a estudar os hábitos sexuais de homens e mulheres em nossa própria cultura, foi que nos conscientizamos da enorme variabilidade do comportamento sexual.

O trabalho de Kinsey teve como uma das conclusões que a teoria da transferência clitoriano vaginal de Freud começou a ser oficialmente desafiada. Havia milhões de mulheres que já tinham experimentado o prazer clitoriano, porém jamais haviam falado muito a esse respeito publicamente.

Numa pesquisa desenvolvida no Instituto Kinsey, foi feita uma tentativa para se determinar quais as áreas dos órgãos genitais da mulher mais sensíveis ao estímulo sexual. Três ginecologistas masculinos e duas ginecologistas testaram mais de 800 mulheres, tocando 16 pontos, inclusive o clitóris, os grandes e pequenos lábios, a mucosa vaginal e a cérvix. Os experimentadores não queriam tocar diretamente os indivíduos pesquisados por terem receio de ser menos do que pessoais e científicos. Usaram então, um dispositivo semelhante a uma ponta em Q. Infelizmente, as áreas sensíveis da vagina respondem à pressão forte, mas não ao toque suave, e assim os pesquisadores de Kinsey concluíram, erradamente, que o clitóris é sensível e a vagina não (Ladas, Perry e Whipple, 1982).

Encorajados pelo progresso científico realizado através do trabalho pioneiro de Kinsey, Master e Johnson, na década de 60, deram o passo final decidindo audaciosamente observar o sexo em primeira mão, no laboratório.

Só depois que Masters e Johnson, relataram suas observações diretas da masturbação e do coito, foi que pode-se compreender com alguma clareza o que acontece no corpo humano em consequência do estímulo sexual.

Ocorreu um problema na metodologia da pesquisa, um erro resultante da imperfeição dos estudos de Kinsey, pois em parte devido ao seu trabalho, Masters e Johnson admitiram que a capacidade de masturbação até atingir o orgasmo pelo estímulo clitoriano era o ponto crucial da resposta sexual feminina normal. Portanto, a capacidade de se masturbar até atingir o orgasmo desta maneira, tornou-se um dos critérios para seleção dos indivíduos a serem pesquisados, sendo que eles deixaram passar, ou esqueceram, as mulheres que funcionavam de modo diferente.

Talvez tenha sido por isso que Masters e Johnson passaram a defender a posição de que todos os orgasmos femininos envolvem o clitóris e são fisiologicamente indistinguíveis e qualquer diferença percebida pela mulher era subjetiva.

Ao lembrar que Freud acreditava que há dois tipos de orgasmo, um resultante do estímulo clitoriano - encarado como masculino e imaturo e outro, resultante da penetração vaginal - maduro e feminino, vale salientar que os achados de Masters e Johnson libertaram um dilúvio da literatura, louvando as virtudes do clitóris.

Alice e Harold Ladas (Ladas, Perry e Whipple, 1982) decidiram, na década de 70, elaborar e enviar um questionário

anônimo, à 198 mulheres. Cerca de 70% responderam ao mesmo, sendo que 81% relataram haver atingido o orgasmo durante o coito. Não obstante, 87% discordaram da declaração: "o estímulo do clitóris, direta ou indiretamente no coito, não é importante para mulher madura".

De acordo com os que responderam, as mulheres não preferiram abandonar o clitóris em favor da vagina, mas, pelo contrário, adicionar a sensibilidade vaginal ao seu desfrute do estímulo clitoriano (Ladas, Perry e Whipple, 1982). A opinião das mulheres neste estudo apoiou as convicções freudianas e dos neo-freudianos sobre a existência do orgasmo vaginal, bem como sobre a conveniência da estimulação clitoriana. No entanto, a opinião de Masters e Johnson de que TODOS os orgasmos implicam o clitóris não foi confirmada pela experiência subjetiva da maioria dos respondentes.

Fisher (1978), ao analisar a resposta de 300 mulheres por ele estudadas, divididas em 7 grupos de pesquisa, no que diz respeito a importância relativa da estimulação do clitóris, enquanto comparada a vaginal na obtenção de seu orgasmo concluiu que a resposta em média incidiu a meio caminho entre a categoria PREFIRO UMA QUANTIDADE MODERADA DE ESTIMULAÇÃO DO CLITÓRIS e a categoria PREFIRO UMA QUANTIDADE CONSIDERÁVEL DE ESTIMULAÇÃO DO CLITÓRIS. A mulher média, na variedade das amostras estudadas por Fisher, dá maior importância à estimulação do clitóris que da vagina. A diferença, embora não grande, é consistente. De fato, salienta Fisher (1978), a análise da porcentagem das mulheres que escolheram as várias categorias de julgamento entre clitóris e vagina, sugere que a diferença pode ser ainda maior que a comparação das médias indicadas. Cerca de 29% das mulheres indicaram que a estimulação do clitóris contribui muito mais que a estimulação vaginal na obtenção do orgasmo. Outros 20% indicaram que a estimulação do clitóris contribui algo mais

que a estimulação vaginal. Por outro lado, aproximadamente 7% afirmaram que a estimulação vaginal contribui muito mais que a estimulação do clitóris e apenas 5% indicaram que a estimulação vaginal contribui algo mais que a estimulação do clitóris. No geral, continua o autor, cerca de 49% das mulheres atribuíram grande importância à estimulação do clitóris na obtenção do orgasmo, enquanto que apenas cerca de 12% atribuíram igual importância à estimulação vaginal.

Segundo Fisher (1978) "a análise detalhada das respostas a esta questão também revelou a maior capacidade relativa de excitação à estimulação do clitóris. Cerca de 19% das mulheres indicaram que NÃO POSSO TER ORGASMO SEM ESTIMULAÇÃO DO CLITÓRIS. Cerca de 35% afirmaram que preferem uma quantidade considerável de estimulação do clitóris no processo de orgasmo. Apenas cerca de 3% do total disseram que NÃO PREFEREM qualquer estimulação do clitóris no processo de excitação orgástica. E mais, as mulheres de uma amostra responderam à seguinte pergunta: Se você pudesse escolher entre apenas receber estimulação do clitóris ou estimulação da vagina, qual escolheria? 64% afirmaram que escolheriam a estimulação do clitóris, enquanto 36% escolheram a outra forma".

A seguir, transcrevemos alguns trechos do livro "O Orgasmo da Mulher" de Fisher (1978), representativos daquelas que deram descrições enfatizando a importância especial da estimulação do clitóris na obtenção do orgasmo.

"Com a estimulação vaginal, sinto um suor frio em todo o corpo". É uma sensação longa e demorada. Não há grande intensidade, apenas persistência da vontade e da sensação. Pode mesmo se tornar uma sensação de sono, sem desejo de continuar. A estimulação do clitóris é muito mais forte. É um sentimento geral de calor. Exige muito mais, e dá resultados muito melhores". (p. 87).

"Isso mudou desde que tive meu filho. Eu gostava da estimulação do clitóris tanto quanto da vagina antes de ficar grávida; ... e agora gosto exclusivamente da estimulação do clitóris e acho a vaginal desconfortável. A estimulação do clitóris, por outro lado, faz-me sentir quente, relaxada e ao mesmo tempo tensa, e é uma sensação muito intensa" (p. 88).

"A estimulação do clitóris é mais excitante porque faz latejar, e toda a região da vagina pulsa. Meu corpo fica quente e, à medida que prossegue, a intensidade cresce. A estimulação vaginal é boa, mas não me leva ao orgasmo" (p. 88).

"A estimulação da vagina é vagarosa para mim, mais que a do clitóris. Esta tende a aumentar a excitação mais depressa e o orgasmo é mais forte. Sinto que estou melhor preparada para receber o pênis. A estimulação vaginal é lenta e assim também pode ser agradável se a necessidade não é forte" (p. 88).

"A estimulação do clitóris é muito mais excitante. Raramente tenho alguma sensação com a estimulação da vagina. A sensação (do clitóris) é mais intensa. Algumas vezes é bom demais. A estimulação vaginal é muito mais moderada. É boa, mas não da mesma forma" (p.88).

"A estimulação vaginal não é tão intensa quanto a do clitóris. É mais lenta e menos excitante. Parece atingir apenas uma parte de meu corpo, enquanto que a estimulação do clitóris faz quase meu corpo inteiro reagir, é mais excitante e rápida" (p. 88).

Observemos os seguintes comentários representativos das mulheres do grupo que preferia obviamente a estimulação vaginal sobre a do clitóris.

"A estimulação da vagina é uma sensação mais intensa e vibrante e o orgasmo é atingido mais depressa, enquanto a estimulação do clitóris é geralmente feita no início, e as sensações não são tão fortes" (p. 89).

"A estimulação do clitóris pode ser sentida com maior força. É uma sensação desconfortável. A estimulação vaginal é mais agradável, mais confortável, menos intensa" (p. 89).

"A estimulação da vagina é mais profunda e satisfatória. A estimulação do clitóris toma mais tempo para chegar a uma quantidade igual de excitação. A estimulação da vagina causa um orgasmo mais rápido e, por fim, muito mais intenso" (p. 89).

"A estimulação da vagina é muito mais excitante para mim. Fico excitada mais depressa, faz-me sentir em êxtase, a ponto de não poder me controlar. A estimulação do clitóris faz-me sentir bem, mas não me excita tão depressa ou tão intensamente quanto a da vagina" (p. 89).

"A estimulação da vagina é mais satisfatória que a do clitóris, porque me dá uma sensação mais completa e geral. É uma sensação mais profunda e minha reação a ela é melhor. A estimulação do clitóris tende a me irritar depois de algum tempo" (p. 89).

Observemos os comentários de muitas mulheres que sentem obter satisfação com ambos os tipos de estimulação.

"A estimulação do clitóris é uma sensação mais aguda; a vaginal é mais ampla e vaga, embora possa ser tão excitante quanto a outra se tenho desejo e estou mesmo preparada. A estimulação do clitóris pode me excitar numa fase anterior da relação. A estimulação do clitóris pode me satisfazer fisicamente, como quando me masturbo, mas emocionalmente a vaginal é muitas vezes necessária porque a relação me faz ficar próxima de meu

marido. A estimulação vaginal antes da relação em geral não me excita, embora o faça algumas vezes" (p. 89).

"A estimulação do clitóris tem uma alta intensidade - sensações concentradas num lugar. É uma sensação de luminosidade, de chispa. Sinto uma espécie de eletricidade. Sinto que o prazer é todo físico. Numa estimulação vaginal o prazer é mental e espiritual, uma sensação de profundidade. Uma área maior de sensação agradável. Produz desejo ou ansiedade. É, um prazer agradável. A estimulação vaginal é como um banho quente de prazer, enquanto a do clitóris é um raio de prazer. Todo meu corpo reage à estimulação vaginal; ele flutua e sente. Na estimulação do clitóris, meu corpo fica rígido de expectativa de prazer imediato. A estimulação vaginal é como um zumbido, mas a do clitóris é como uma nota aguda. Com estimulação do clitóris meu corpo exige ser satisfeito; com a vaginal, meu corpo fica feliz ainda que não satisfeito" (p. 90).

"A estimulação do clitóris parece desencadear uma reação de sensações que explodem através de todo meu corpo, através da minha medula. A estimulação vaginal é como se eu estivesse sendo preenchida - uma sensação menos excitante que a primeira. A estimulação do clitóris me dá calafrios, enquanto a vaginal é mais uma sensação emocional, e não física. A estimulação do clitóris é uma sensação muito mais forte; apresenta uma sensação de urgência maior que a vaginal" (p. 90).

"Antes da relação sexual, sou estimulada bastante através do clitóris. E mesmo durante a relação, sobretudo logo depois de ser penetrada, sou estimulada por carícias próximas ao clitóris e pela estimulação direta. Logo antes do orgasmo, porém, aprecio uma penetração mais profunda e uma estimulação mais vaginal. A estimulação vaginal logo no começo da relação não é tão agradável como é logo antes do orgasmo" (p. 90).

"Estimulação vaginal - sensação completa, cálida e profunda. Pode ser prolongada. Estimulação do clitóris - sensação aguda, intensa, quase desconfortavelmente agradável. Não é aumentada pelo prolongamento (como cōcegas), mas pela repetição" (p. 90).

"A estimulação do clitóris é mais intensa e produz uma reação mais violenta ... A estimulação vaginal é muito mais tranquilizadora e muito menos intensa. Eu gosto dela. Adoro a estimulação do clitóris ... a estimulação vaginal é calmante e produz um movimento rítmico da pēlvis ... Nunca é tão intensa quanto a estimulação do clitóris, ainda que seja muito boa a seu modo. A melhor analogia que posso pensar é a diferença entre alguém que nos acaricia de leve e com cuidado no braço ou no rosto - e alguém que nos faz cōcegas intensas. A primeira é a estimulação vaginal; a segunda, a do clitóris. A estimulação vaginal me acalma e me produz um zunido involuntário e profundo na garganta. A estimulação vaginal do coito me dá proximidade, coordenação, uma sensação de unidade que não encontro em outra atividade sexual" (p. 91).

Analisando os depoimentos, Fisher (1978) percebeu a frequência com que a estimulação do clitóris é descrita com palavras tais como: cálida, tilitante, elétrica e aguda, enquanto a estimulação vaginal é mais vezes referida como vibrante, profunda, calmante e confortável. Curiosamente o autor não encontrou diferenças entre mulhetes com preferências vaginais ou do clitóris quanto ao grau em que sua excitação abrangia áreas restritas ou limitadas do corpo inteiro. Também é notável que as mulheres com preferência clara, seja vaginal ou clitoriana, acham a forma não preferida dolorosa ou desconfortável.

O material citado indica claramente que as mulheres diferem consideravelmente em suas reações à estimulação, aplicada manualmente ou oralmente, ao clitóris, e aquela experimentada

quando o pênis é inserido na vagina. Pode haver fortes preferências por uma ou por outra, mas a tendência geral é que a estimulação do clitóris seja experimentada como contribuindo mais para a obtenção do orgasmo que a vagina.

Segundo Fisher (1978), a título de especulação poderia se dizer que as duas formas de estimulação provocam, em termos de seu campo específico, a excitação de modo especial. A forma vaginal de estimulação pode despertar sensações cinestésicas mais intensas; pode mais obviamente representar o ser penetrada e manter um objeto querido dentro do corpo; pode parecer-se mais à imagem convencional de união sexual; e pode ter conotações de maior conforto. Se é verdade, continua o autor, que a chamada excitação vaginal é (desde uma perspectiva fisiológica) basicamente uma forma de excitação do clitóris, permanece o fato de que tem suas conotações psicológicas únicas. Os comentários escritos de muitas mulheres sobre suas experiências durante o coito vaginal, deixa pouca dúvida de que elas percebem e o sentem como algo mais que uma variação da excitação do clitóris.

No estudo de Fisher, uma tendência significativa mostrou que quanto maior a preferência pela estimulação do clitóris, mais vezes o orgasmo era descrito como tendo uma qualidade de êxtase. Isto é, a mulher com preferência pelo clitóris enfatiza a natureza extática do orgasmo; a mulher com preferência vaginal tende menos a isso. Essa diferença sugere, segundo o autor, a maior das diferenças psicológicas entre as mulheres com preferência vaginal, em relação às com preferência pelo clitóris. Em termos de dicionário, extático significa estar num estado além de toda razão e do auto-controle, como quando sob a posse de uma emoção poderosa. Em outras palavras, a mulher com preferência pelo clitóris supera a mulher de preferência vaginal na sensação do orgasmo de um modo poderoso e de excitação

avassaladora. O orgasmo vaginal pode ser visto como mais reservado ou frágil em seu impacto.

Shere Hite (1976), outra pesquisadora, estudou nos Estados Unidos, através de um questionário aberto enviado e respondido por 3.000 mulheres dos 14 aos 78 anos, a questão da controvérsia clitoral/vaginal. As respostas de algumas mulheres a seguinte pergunta: "orgasmo com a participação do pênis (coito) são diferentes daqueles sem ele? De que forma" - estão abaixo relacionadas.

"Sinto que eles são diferentes, mas é difícil dizer como. Num orgasmo clitoral as sensações parecem estar centralizadas bem ali, ao passo que um orgasmo com penetração parece que atravessa mais o corpo todo" (p. 108).

"Sim, eles são diferentes, mas não sei bem como. Orgasmos sem penetração são mais intensos, quase que perturbam pela intensidade. Os com penetração são geralmente mais suaves, quase fugazes" (p. 108).

"Com penetração eles são menos agudos" (p. 108).

"O orgasmo com penetração é mais suave, mais difuso" (p. 108).

"Sim, com penetração vaginal, há uma percepção menor de nosso orgasmo" (p. 108).

"O coito envolve o corpo inteiro, não são os genitais" (p. 108).

"O orgasmo com penetração envolve mais a musculatura do abdomen, da mais a sensação de estar sendo sacudida (como um terremoto) do que de estar sendo eletrizada, como a clitoral dá" (p. 108).

"Os clitoriais são mais agudos, porém mais solitários" (p. 108).

"Os orgasmos clitoriais são mais intensos, mais prolongados; os orgasmos com relação são chatos, sem auges e muito curtos" (p. 109).

"Os orgasmos clitoriais são mais fortes, mais definidos" (p. 109).

"O orgasmo clitorial é mais vivo, mais excitante, o auge da sensibilidade" (p. 109).

"Os orgasmos masturbatórios são mais fortes, mas eu prefiro a difusão e a variedade da relação sexual e o calor e a pressão do corpo de um homem e os sons e odores de duas pessoas juntas" (p. 109)

"O clitorial é mais forte e mais localizado. A relação é mais o corpo inteiro" (p. 109).

"Os clitoriais se localizam especificamente e são muito intensos. As relações são mais de corpo inteiro, mais fortes, duradouras e satisfatórias" (p. 109).

"Os clitoriais são mais fortes; a relação é fraca e insuficiente e extremamente frustrante" (p. 109).

"O orgasmo masturbatório é mais forte, mas erótico" (p. 109).

"O clitorial é mais forte e mais satisfatório. Entretanto, a intimidade emocional de duas pessoas juntas é também extremamente satisfatória" (p. 109).

"Os que mais me satisfazem, tanto física quanto psicologicamente, são aqueles na relação. Mas os mais intensos são quando me masturbo" (p. 109).

"Durante a relação, a sensação de orgasmo é mais difusa por causa da presença do pênis dentro de mim" (p. 109).

"O orgasmo clitorial é mais penetrante, o orgasmo no coito é mais profundo, mais ampliado, pulsa mais - a diferença que há entre uma dor aguda e uma crônica" (p. 110)

"Dá para saber se eu tive um orgasmo clitorial quando me masturbo, porque o climax é bem definido, mas às vezes quando estou com um homem nem sempre sei se gozei - tenho só uma espécie de excitação que em seguida desaparece" (p. 110).

"Com a penetração o orgasmo não pode ser sentido e se parece mais com um estado mental. Nessa situação eu desejaria ter o mesmo tipo de orgasmo que tenho quando me masturbo" (p. 110).

"O orgasmo sem penetração é agudo, bem definido, espasmódico - continua de uma forma quase insuportável - orgasmo atrás de orgasmo que eu poderia até gritar - o que faço - a penetração vaginal é mais suave, mais demorada e menos bem definida - diferente, mais terna, menos assustadora" (p. 110).

"Durante a masturbação tenho orgasmos através do estímulo clitorial. Durante as relações, às vezes eu tenho uma espécie de 'relaxamento' que pode ser um outro tipo de orgasmo. Não é tão intenso quanto o orgasmo masturbatório. A maneira pela qual sei se algo acontece durante a relação é que às vezes me sinto satisfeita depois dela e outras sinto mais tesão do que quando começamos" (p. 110).

"Nunca tenho a mesma espécie de orgasmo violentamente físico quando um pênis me penetra a vagina como tenho com o estímulo clitorial direto. Nem tenho certeza se gozo. Tenho uma grande sensação de prazer, mas nunca chego a um auge como da outra forma. Gostaria de ter. Gostaria de gozar exatamente junto com ele, sem precisar de qualquer atenção extra" (p. 110).

"Também tenho orgasmos no coito, mas eles são menos específicos quando acontecem. É mais ou menos como se fosse só um

relaxamento que torna desnecessário continuar trepando" (p. 110).

"A maioria das pessoas acha (e também já achei) que os orgasmos nada mais são do que aquele espasmo muscular que é óbvio, mas eu descobri que quero e posso ter orgasmos muito calmamente e muitas vezes, e só noto isso depois que estou relaxada e não sinto vontade de me mexer por uns minutos" (p. 111).

"Recentemente tive minha primeira relação. Foi estranho - estava acostumada à sensação de contrações vaginais, mas quando o pênis dele estava dentro de mim, parecia que impedia as contrações. Eu ainda as tinha, mas era difícil senti-las e se ele tivesse se mexido durante o orgasmo eu talvez nem tivesse notado que tinha tido um" (p. 111).

"O orgasmo durante a relação é muito mais uma difusa viagem total, tanto mental quanto física, ao passo que o orgasmo clitorial envolve uma tremenda percepção do prazer físico e uma sensação de formigamento por toda a região pélvica inferior, além de contrações vaginais" (p. 111).

"O orgasmo no coito tem um profundo efeito de formigamento sobre o meu corpo inteiro; o orgasmo durante a masturbação tem um efeito concentrado de extremo formigamento, basicamente sobre a minha região pélvica" (p. 111).

"O orgasmo é mais difuso se estou excitada emocionalmente junto com meu parceiro, mas mais especificamente genital durante a masturbação" (p. 111).

"Durante o estímulo clitorial a insuportável pressão é dissipada repentinamente, meus nervos em carne viva ficam expostos. Durante o coito meu corpo inteiro é envolvido e tenho uma sensação de formigamento, especialmente em minhas mãos e pés, meu marido diz que as paredes vaginais se agitam" (p. 111).

"O tipo de orgasmo mais intenso que tenho é quando me masturbo. É centralizado na minha região genital e coxas. Durante a relação, quando estou no auge, não há um centro sensorial, mas meu corpo inteiro, especialmente meus braços, mãos e rosto, sentem um formigamento muito intenso" (p. 111)

"Tenho dois tipos de orgasmo: clitorial (durante a masturbação ou sexo oral), quando sinto calor e pressão nos genitais, meus músculos se tornam tensos, em seguida uma corrente fantástica me percorre dos pés à cabeça e finalmente uma explosão no meu clitóris. Depois me sinto no auge durante uma meia hora ou mais. É muito intenso. Durante o coito não é tão intenso. Sinto os movimentos profundos do pênis, em seguida uma aceleração geral dos pés à cabeça e depois meus braços e pernas ficam dormentes" (p. 112).

"Durante a masturbação eu experimento o orgasmo clitorial, que se aproxima da minha idéia do orgasmo masculino - um complexo de sensações globais em toda a região do meu clitóris e uma sensação de 'espasmos muscular'. Um orgasmo vaginal é mais uma sensação difundida através do corpo inteiro, menos concreta para se descrever - ondas de sensações mais ampliadas" (p. 112).

"Um orgasmo masturbatório é físico e localizado. Envolve um processo de tensão nas minhas pernas e nádegas e provavelmente no meu corpo inteiro. Depois de gozer sinto uma contração palpitante dos músculos do ânus, vagina e quando estou com muita tensão, meu corpo inteiro pula devido às contrações. O orgasmo não-masturbatório é sutil. Posso desenvolvê-lo como na masturbação e então sinto algum sinal de orgasmo, ou então ele acontece e eu não sei quando aconteceu até me conscientizar dos sintomas pós-orgásticos" (p. 112).

"Orgasmos que se obtêm fora da relação são geralmente mais 'definidos', eu acho, devido à atenção concentrada. Entre-

tanto, eu acho o coito mais erótico e portanto mais satisfatório" (p. 112).

"O orgasmo clitorial é mais explosivo e intenso; a sensação do vaginal é mais tensa, tanto na ascensão como no declínio" (p. 112).

"O clitorial é mais intenso, o orgasmo do coito é vago" (p. 111).

"Durante o estímulo clitorial, o orgasmo é inacreditavelmente intenso; durante a relação ele chega de surpresa, apenas fluindo suave e profundamente" (p. 111).

"Os orgasmos clitoriais são mais tensos, mas não tão bons quanto uma sensação generalizada" (p. 111).

"Os orgasmos são mais fortes quando há estímulo direto; sem isso são frequentemente fracos, insatisfatórios e extremamente frustrantes. Quando me masturbo meus orgasmos são fantásticos e os orgasmos provocados (habitualmente) durante as relações me parecem horríveis" (p. 111).

"Os orgasmos clitoriais são mais fortes e mais penetrantes. Às vezes durante a relação quase sinto uma "sensação de algo que falhou" (p. 111).

"Através do estímulo clitorial o orgasmo é mais intenso no local, mas satisfaz de maneira mais difusa no coito" (p. 111).

"Quando me masturbo tenho orgasmos clitoriais e ocasionalmente tenho orgasmos vaginais nas relações marido-mulher. Gostaria de ter o mesmo tipo de orgasmo que tenho durante a masturbação quando tenho relações com meu marido" (p. 112).

"Os orgasmos no coito são mais fortes e melhores e satisfazem meu corpo inteiro ao invés de só a região genital, como no caso do estímulo direto" (p. 112).

"A masturbação é mais rápida e tecnicamente mais eficiente, mas o efeito físico total da relação é mais rico e duradouro" (p. 112).

"O coito é melhor porque a pressão do pênis se acrescenta ao prazer como também o peso do corpo, as carícias etc." (p. 112).

"O coito é mais intenso porque tem mais impacto emocional" (p. 112).

"O coito é mais emocional, solto, sublime e alegre" (p. 112).

"O orgasmo no coito é mais muscular, e violento ao invés de ser só aquela sensação quentinha e gostosa" (p. 112).

"Sem penetração os orgasmos parecem mais leves e livres" (p. 112).

"Os orgasmos clitoriais envolvem menos o corpo e parecem um tanto quanto superficiais e vazios, menos satisfatórios" (p. 112).

"O orgasmo provocado por estímulo clitoral é mais intenso e ardente, mas é menos duradouro e erótico e dá menos prazer" (p. 112).

"Os orgasmos que tenho com meu vibrador são mais fortes e mais prolongados, concentrando a atenção em relação aos outros estímulos. Entretanto, o prazer e os outros reforços sensuais durante a relação fazem toda diferença" (p. 112).

"A diferença é mais forte emocionalmente e é uma sensação mais completa. Mas para uma coisa direta, no caso de eu querer cinco ou mais orgasmos, a masturbação é melhor" (p. 112).

"As sensações das contrações clitoriais são mais intensas e é mais fácil distinguí-las; durante o coito a sensação é mais difusa e torna-se difícil contar as contrações. Sente-se no corpo todo. As duas coisas são um barato, mas a relação é habitualmente melhor porque eu gosto da sensação de proximidade

e da pressão do meu corpo inteiro, especialmente do meu peito contra o dele. Mas o orgasmo clitoral é mais intenso e às vezes proporciona um relaxamento mais completo. Frequentemente eu tenho os dois tipos de climax numa só noite" (p. 112).

"O orgasmo da masturbação é mais rápido e fisicamente mais intenso, mas há em seguida uma sensação de vazio ou isolamento" (p. 113).

"Os orgasmos clitoriais são mais intensos e me fazem formigar toda. Por outro lado, o orgasmo da relação é uma sensação mais profunda e mais envolvente" (p. 113).

"O clitoral é muito intenso mas menos profundo e pleno; não há uma diferença quantitativa, mas só em riqueza, plenitude e satisfação emocional" (p. 113).

"Os orgasmos com penetração parecem envolver mais todo meu corpo e mente. Eles como que fluem, enquanto que os orgasmos que tenho me masturbando parecem só satisfazer a minha tesão" (p. 113).

"Há mais envolvimento físico e psicológico no orgasmo no coito, que é menos concentrado nos meus genitais" (p. 113).

"Os orgasmos vaginais são mais profundos, mais relaxantes, mais satisfatórios, melhores tanto psicológica quanto fisicamente. São como um vulcão subterrâneo. Um orgasmo manual é mais penetrante e agudo, mais superficial" (p. 113).

"Os orgasmos clitoriais são mais violentos, mas menos satisfatórios" (p. 113).

"Durante o coito ele atravessa o meu corpo inteiro; o clitoral é uma sensação na superfície do corpo" (p. 113).

"O estímulo direto da região clitoral conduz a uma espécie diferente de orgasmo, que é menos gratificante. É mais for-

te porque é mais concentrada na região física, mas não me envolve. Há um pulsar intenso e depois acabou" (p. 113).

"Eu prefiro orgasmos com penetração e é mais fácil para mim tê-los dessa forma, catalizados pelo estímulo clitoral, naturalmente. Isto é porque a proximidade com o meu parceiro como resultado da penetração me deixa mais ligada. Eu também sinto como se estivesse fazendo mais por ele durante a penetração. Psicologicamente os orgasmos durante a penetração satisfazem mais" (p. 113).

Hite (1976) concluiu que apesar de suas contradições aparentemente superficiais, parece claro que os dois grupos de mulheres dizem a mesma coisa. Enquanto um grupo designa o orgasmo clitoral como sendo "mais intenso e concentrado", o outro grupo o chama de mais "localizado" e portanto mais "limitado" - muito parecido com a situação em que uma pessoa vê um copo meio cheio de água, enquanto que a outro o vê meio vazio. Ao mesmo tempo que algumas mulheres acharam que o orgasmo durante o coito era "mais difuso" e mais "pelo corpo todo", portanto não tão excitante como o orgasmo clitoral localmente intenso, outras mulheres acharam a sensação de "pelo corpo todo" e "limitado".

Seja lá como forem interpretadas as sensações físicas, é indiscutível que elas diferem: um orgasmo estimulado clitorialmente sem relação dá a sensação de ser mais intenso localmente, enquanto que um orgasmo no coito dá a sensação de ser mais espalhado pela região ou pelo corpo.

Estas descobertas são bastante parecidas com as da pesquisa que Seymour Fisher (1976) fez com 300 mulheres. Fisher escreveu: "examinando cuidadosamente os comentários feitos pelas mulheres, fiquei espantado com a frequência com que o estímulo clitoral é descrito com palavras como 'quente', 'formigante',

'elétrico' e 'agudo', enquanto que se referem ao estímulo vaginal mais frequentemente como sendo 'pulsante', 'suavizante' e 'gostoso'.

Dessa forma, Hite (1976) concluiu que a presença do pênis parece difundir e generalizar a sensação do orgasmo. Isto não quer dizer que o orgasmo sem coito seja "melhor", continua a autora, ou fazer qualquer outro julgamento de valor, uma vez que só os indivíduos podem fazê-lo.

Percebeu-se pelos depoimentos que orgasmos sem coito, estimulados clitoricamente - especialmente através da masturbação - são fisicamente mais fortes que os orgasmos ocorridos durante o coito. Masters e Johnson (1979) também escreveram que não só os graus de contração nos orgasmos de masturbação eram mais fortes que nos de relação, como também que os indivíduos estudados deram as mesmas opiniões subjetivas. Na realidade os mais altos índices cardíacos de todos os orgasmos que eles estudaram ocorreram quando as mulheres se masturbavam.

Helen Kaplan, citada por Hite (1976, p. 107), afirma que *"muitas autoridades acreditam que todos os orgasmos femininos são fisiologicamente idênticos. Seu ponto de partida é o estímulo do clitóris e sua expressão são as contrações vaginais. O orgasmo feminino é provavelmente, sempre despertado pelo estímulo clitoral. Entretanto, ele é sempre expresso pela descarga do músculo circunvaginal"*.

Ainda segundo a autora, a localização da área primária do estímulo no clitóris tem servido para perpetuar o mito de que a mulher é capaz de ter 2 tipos diferentes de orgasmo e que também suscitou a controvérsia incrivelmente estúpida em torno do orgasmo feminino. O orgasmo é um reflexo e como tal tem um componente sensorial e motor. Em outras palavras, o estímulo clitoral desperta o orgasmo feminino, que ocorre numa parte

mais interna do corpo, ao redor da vagina e de outras estruturas.

Finalmente, em 1980, no Congresso Nacional da Sociedade para o Estudo Científico do Sexo, John D. Perry e Beverly Whipple, relataram à audiência que:

- . existe um lugar dentro da vagina que é extremamente sensível à pressão intensa. Ele se localiza na parede anterior da vagina acerca de 5 centímetros da entrada. Esta região foi denominada de ponto de GRAFENBERG, em homenagem ao Dr. Ernest Grafenberg o primeiro médico da atualidade a descrevê-la.
- . o ponto G foi encontrado em todas as mulheres que eles examinaram.
- . quando adequadamente estimulado, o ponto G intumesce e leva muitas mulheres ao orgasmo.
- . no momento do orgasmo, muitas mulheres ejaculam pela uretra, um líquido quimicamente semelhante ao sêmem masculino, mas sem conter espermatozóides.
- . em consequência do estímulo do ponto G, as mulheres muitas vezes tem uma série de orgasmos.
- . para muitas mulheres, é difícil estimular adequadamente o ponto G na posição do missionário. Mas outras fica mais fácil.
- . o emprego do diafragma, interfere no estímulo do ponto G em algumas mulheres.
- . como acham que estão urinando, muitas mulheres se embaraçam com sua ejaculação. Pensando a mesma coisa, seus parceiros muitas vezes as menosprezam, o que é uma das razões pelas quais muitas mulheres aprenderam a reprimir o orgasmo.
- . a força do músculo pubococcígeo de uma mulher está diretamente relacionada com sua capacidade de atingir o orgasmo através do coito.
- . as mulheres podem aprender a fortalecer seus músculos pubo-

- coccígenos ou a relaxá-los, se estiverem muito tensos.*
- . se os homens aumentarem a força de seus músculos pubococcíge- nos, podem aprender também a ter orgasmos múltiplos e a sepa- rar o orgasmo da ejaculação.*
 - . há vários tipos de orgasmo nas mulheres e nos homens. Nas mu- lheres existe um orgasmo vulvar, desencadeado pelo clitóris; um orgasmo uterino, desencadeado pelo coito e um orgasmo que é a combinação dos dois. Nos homens há um orgasmo desencadea- do pelo pênis e outro pela próstata (Ladas, Perry e Whipple, 1982, p. 37-38).*

Embora não fosse a primeira vez que Perry e Whipple apresentassem seus dados, constituiu-se num momento histórico no campo da pesquisa sexual e representou um agradável contras- te com a atmosfera de tensão e discórdia que havia prevalecido nas reuniões anteriores da sociedade (Ladas, Perry e Whipple, 1982).

Segundo os mesmos autores, Dr. Martin Weisberg, ginecolo- gista do Hospital da Universidade Thomas Jefferson, da Filadél- fia, que a princípio desacreditou destes achados, depois de ter assistido ao filme de Perry e Whipple e de haver examinado uma das mulheres submetidas à pesquisa afirmou:

"A vulva e a vagina estavam normais, sem quaisquer massas ou pontos anormais. Tudo estava normal. Então ela fez com que seu parceiro a estimulasse inserindo 2 dedos na vagina e fric- cionando-os ao longo da uretra. Para nosso espanto, a região tornou-se firme numa área oval de 2 centímetros, distintamente diferente do resto da vagina. Em poucos minutos a criatura pare- cia realizar uma manobra da Valsava (fazendo força para baixo como se fosse iniciar uma defecação) e, segundos após, a uretra expeliu vários centímetros cúbicos de um líquido leitoso. Evi- dentemente o material não era urina. Com efeito, se a análise química descrita no artigo está correta, sua composição era próxima da do fluido prostático ...

Eu fiquei realmente confuso. Fiz uma checagem com vários anatomistas que pensaram, todos eles, que eu estava maluco. Mas muitas pacientes não achavam que eu estivesse louco. Algumas me disseram que ejaculavam. Outras conheciam a área erótica em torno da uretra. E TODAS que foram para casa com instruções para experimentar, encontraram o ponto G. Ainda não tenho uma explicação para isso, mas posso atestar o fato de que o ponto G e a ejaculação feminina existem. Estou certo de que, daqui a alguns anos, um professor da escola de medicina fará uma piada sobre como só na década de 80 a comunidade médica aceitou finalmente, o fato que as mulheres realmente ejaculam" (p. 39-40).

Ladas, Perry e Whipple (1982) descrevem que o ponto G situa-se diretamente por trás do osso púbico, dentro da parede anterior da vagina. Fica geralmente a meio caminho da parede posterior do osso púbico e à frente da cêrvix, ao longo do curso da uretra e perto do colo da bexiga. O tamanho e a localização exata variam. Ao contrário do clitóris, que se projeta do tecido circundante, ele fica profundamente situado na parede vaginal, e muitas vezes, é preciso uma pressão forte para contactar o ponto G, em seu estado de repouso, não estimulado.

Ao toque, o ponto G se apresenta como um pequeno feijão e, quando estimulado pode crescer até o tamanho de uma pequena moeda ou tornar-se tão grande como uma moeda de meio dolar. A proximidade existente entre o ponto G, a bexiga e a uretra, muitas vezes faz com que as mulheres sintam que tem que urinar - mesmo quando o estímulo do ponto G não resulta em ejaculação.

Os mesmos autores ainda ressaltam que, em um grupo de mulheres, dois fenômenos foram observados:

Primeiro, não existe formação de uma "plataforma orgásmica" ou contração da entrada da vagina, característica do orgasmo descrito por Masters e Johnson. As mulheres informaram que em vez de constrição, a musculatura da vagina sofre um relaxamento e

a entrada se abre.

Segundo, elas relataram a ausência de um "efeito de drenagem" como descrito por Masters e Johnson, que ocorre nos clímax induzidos pela excitação do clitóris, quando a porção inferior da vagina muitas vezes intumesce em consequência da elevação do útero dentro do abdômem. As vezes, durante este tipo de orgasmo, o músculo pubococcígeo fica intensamente tenso, enquanto que a porção inferior da vagina se expande tanto que perde o contato com o pênis.

No orgasmo ejaculatório, em vez de puxar e expandir a porção inferior da vagina, o útero parece ser empurrado para baixo, com a compressão da porção superior da vagina. As vezes o pênis é empurrado para fora da vagina durante estes orgasmos.

A medida que foram acumulando as evidências que sugerem haver mais de um tipo de orgasmo, Perry e Whipple propuseram um esquema alternativo, no qual os orgasmos femininos eram representados por um continuum (vide p. 109). Numa das extremidades estavam os orgasmos "exteriores" ou induzidos pelo clitóris, na outra extremidade, os orgasmos "mais profundos", ou uterinos.

CONTINUUM DA RESPOSTA ORGÁSMICA DE PERRY E WHIPPLE

REFERÊNCIA	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10			
CATEGORIAS	ORGASMO VULVAR	ORGASMO MISTO	ORGASMO UTERINO	
RESPOSTA DO FOCO MUSCULAR	MÚSCULO PUBOCOCCÍGENO	AMBOS	ÚTERO	
PONTO DE DESENCADEAMENTO COMUM	CLITÓRIS	VÁRIOS	PONTO G	
PRINCIPAIS NERVOS ENVOLVIDOS	NERVO PUDENDO	AMBOS	NERVO PÉLVICO E PLÉXO HIPOGÁSTRICO	
NÚMERO DE ORGASMOS	UM OU MÚLTIPLOS	UM OU MÚLTIPLOS	UM: FINAL	
FOCO DE EXPERIÊNCIA	PLATAFORMA ORGÁSMICA	VAGINAL	ÚTERO E ÓRGÃOS PÉLVICOS	
CONTRAPARTE DO PARCEIRO	ORGASMO SEM EXPULSÃO DE SÊMEN	ORGASMO EJACULATORIO TÍPICO	EMISSÃO SEM EJACULAÇÃO	
NOMES COMUNS	ORGASMO CLITORIANO	ORGASMO VAGINAL	ORGASMO VAGINAL	

OBS: A maioria dos orgasmos é "mista" e pode estar situada em qualquer ponto ao longo do CONTINUUM ORGÁSMICO.

FONTE: Ladas, Perry e Whipple. O ponto G. 1982. p. 190.

Finalmente, Perry e Whipple reportam-se a teoria bioenergética, para qual existe diferença entre clímax e orgasmo, onde o primeiro é descrito como contrações musculares localizadas nos órgãos genitais e o último descreve as contrações que se difundem por todo o corpo.

Os autores concluem que as quatro descobertas, o ponto de Gräffemberg, a ejaculação feminina, a importância do tono do músculo da pelve e o continuum da resposta orgásmica, unificam os achados freudianos e de outros pesquisadores sexuais, num todo compreensível e consistente, que leva a uma nova síntese que valida a experiência do orgasmo vaginal e clitoriano.

A título de ilustração serão a seguir transcritos alguns depoimentos "contidos no livro O Ponto G" de Ladas, Perry e Whipple (1982) de mulheres que conseguem chegar ao orgasmo, pela estimulação do ponto G.

"Sempre tive orgasmos mas nunca com tanta intensidade quando o pênis se achava completamente dentro de minha vagina. Com efeito, às vezes minha excitação cessava abruptamente quando o pênis me penetrava completamente. Sempre me senti mais excitável quando o pênis havia penetrado a metade ou um terço de minha vagina. Agora eu sei porque - naquela região ele toca o meu "ponto mágico" (p. 57).

"Devo dizer-lhe que você está absolutamente certo quanto ao ponto de Gräffemberg. Eu ignorava o nome pelo qual é conhecido, mas definitivamente ele está presente ali. Tenho ouvido muitos especialistas em sexo enganarem as mulheres, levando-as a crer que o estímulo clitoriano leva ao orgasmo - é claro que o estímulo é bom - porém em nada se compara com o verdadeiro orgasmo, que ocorre lá no fundo da vagina; se você conseguir obter os dois ao mesmo tempo, certamente alcançará o êxtase" (p. 58).

"Embora o coito praticado por trás ou quando eu estou por cima torne esse ponto mais acessível, acho que funciona muito bem na posição do missionário, se for possível uma penetração profunda e se a ereção dele for intensa, particularmente antes da ejaculação" (p. 58).

"No início eu nada sabia sobre o ponto G. Toas as minhas sensações tinham sido limitadas ao meu clitóris. Mas depois de trabalhar para fortalecer os músculos de minha vagina, comecei a atingir o orgasmo com meu marido, particularmente quando ele me penetrava por trás. Frequentemente ele se acha fora, a negócios, por isso aprendi a me masturbar estimulando o ponto G através da minha barriga. Tocando o ponto G com uma das mãos e meu clitóris com a outra não é o mesmo que estar com ele, mas não há dúvida de que é um método adorável de masturbação" (p. 65).

"Sou uma mulher cujo ponto de Gräffenberg é muito proeminente e sensitivo. Devido a isso, desfruto ao máximo do sexo. Mas sempre tenho problemas quando me submeto a exames ginecológicos porque o espêculo pressiona aquele ponto e eu imediatamente começo a gozar. Tenho de fazer muita força para evitar isso" (p. 66).

"Descobri o 'Ponto de Gräffenberg' há muitos anos, acidentalmente. Eu não sabia o que ele significava, porém sabia que fazia minha parceira ficar quase alucinada quando eu tocava nele. Nos últimos anos tive o prazer de manter relações sexuais com várias mulheres e reparei que o estímulo daquele ponto obtém uma resposta diferente em cada mulher, que vai desde uma reação fraca até uma 'vulcânica'" (p. 67).

"Eu sempre senti um orgasmo provindo daquele ponto. É formidável, e eu e meu maridinho o adoramos. Há nove anos, quando eu tinha 30, sofri uma histerectomia. Contudo, ainda possuo meus ovários, e sinto mais prazer desde que me submeti à opera-

ção" (p. 67).

"Eu não era capaz de ter relações com meu marido sem molhar a cama, pelo menos um pouquinho. Meu marido não me ajudava, vivia a me dizer que eu devia ir ao banheiro antes de vir para a cama. Depois de um divórcio e da mudança de parceiro, fiquei mortificada quando meu novo homem também me acusou de urinar em cima dele" (p. 81).

"Experimentei a 'ejaculação feminina' desde o meu primeiro encontro sexual aos 15 anos. Desde que, naquele tempo, não se discutia nada sobre a sexualidade, eu apenas tinha de admitir que todas as mulheres experimentavam o que eu sentia. Alcancei o orgasmo apenas com a bolinação de meu amiguinho que penetrou profundamente minha vagina com o dedo. (Ele tinha dedos longos - sei disso porque desde então tenho estado com outros amantes e nenhum deles conseguiu ser tão estimulante). Literalmente fiquei com minhas calcinhas encharcadas, já que fizemos aquilo no seu carro, e, não ríam, tive de secá-las na lavanderia automática antes de voltar para casa.

Só recentemente foi que eu vi que era positivamente única quanto ao que experimentava. Quando a abordagem das questões sexuais se tornou mais aberta e eu descrevi o que me aconteceu a minhas irmãs, minhas amigas, e até a minha mãe no ano passado, ninguém sabia coisa alguma do que eu estava falando.

Por fim indaguei ao meu obstetra e ginecologista onde ficava guardado todo aquele líquido. 'Que líquido?', perguntou ele. Depois que eu lhe contei o que acontece comigo, ele me disse que se tratava da urina e eu me senti como uma idiota, espantada com sua obstinação. Ele disse que a parede vaginal secreta uma certa quantidade de fluídos, porém nada como eu estava descrevendo" (p. 82-83).

"Tive minha primeira experiência sexual quando me casei, sendo meu marido meu primeiro e único parceiro. Desde o início sempre experimentei aquela sensação de tração para baixo e para fora, que quase sempre era acompanhada de um corrimento. Mas só recentemente (depois do nascimento do meu segundo filho) foi que o meu chamado ponto se tornou notado. Toda vez que é sexualmente excitado, esse local começa a intumescer a ponto de ficar saliente, procurando alcançar o pênis do meu marido. A quantidade de fluido que elimino é igual ou maior do que a ejaculação de meu marido. Ele diz que às vezes o meu corrimento sai com tanta força que esguicha sobre sua barriga.

Minha vida sexual é muito, muito gratificante e agradável" (p. 83).

"Nós nos casamos em 1969, quando ainda era muito cedo para as mulheres poderem desfrutar de sexo. Tive a felicidade de ter um marido que me amava tanto que não me importava sentir ou não um orgasmo. Bem, um dia aconteceu qualquer coisa. Meu marido estava-me excitando oralmente e tinha um ou dois dedos enfiados na minha vagina. Meu Deus. Algo lá dentro estava provocando alguma coisa. Rapaz como era bom. De repente esguichou aquele líquido. Pensei que eu houvesse urinado acidentalmente devido ao estímulo. E, daquele dia em diante, isto vem acontecendo. Faz doze anos que vivemos na maior felicidade, quer do ponto de vista sexual ou não. Estou certa de que parte disso se deve a esta descoberta. Fazer amor é muito bom mas, sem dúvida, muito confuso. Mas nós não nos importamos" (p. 84).

"Uso regularmente um vibrador. Durante um orgasmo clitoriano reparei uma súbita eliminação de fluido. Pensei que fosse urina mas, examinando mais detalhadamente, verifiquei que esse fluido era semelhante, senão o mesmo, que o fluido ejaculado durante um orgasmo vaginal" (p. 86).

"Eu estava definitivamente certa de empurrar meu útero para a frente, e a intensidade do(s) orgasmo(s) que eu experimentava fazia com que as lágrimas subissem a meus olhos. Mas eu ignorava a tremenda quantidade de fluido produzido até me levantar da cama, e vê-la completamente encharcada. 'Fui eu quem fez isso?', perguntei a ele. 'Sim. Tudo isso'. 'Bem, eu ainda nem tirei minhas calças. Puxa!'. Depois disso, meu ponto de Gräffenberg tornou-se o meu 'Botão do Amor' e dupliquei a minha apreciação do sexo com a descoberta de que eu podia gozar como um homem" (p. 86).

"Experimento ambos os tipos de orgasmo. Contudo os orgasmos induzidos pelo ponto de Gräffenberg são muito diferentes pelo fato de serem sutis, suaves, e criarem uma grande quantidade de líquido que esguicha da vagina. Esse líquido não tem a aparência nem o cheiro de urina. Experimentei essa sensação pela primeira vez quando tinha 17 anos e fiquei curiosa de saber o que era aquilo, até que uma homossexual me esclareceu a esse respeito" (p. 102).

"Susan, filha de um pastor, achava difícil falar sobre seus órgãos genitais sem ficar constrangida. Quando seu terapeuta descreveu o recém-descoberto ponto G, um sorriso iluminou seu rosto. 'É muito interessante' disse ela. 'Sabe, há 29 anos que vimos tendo este problema, mas jamais achei ser correto falar sobre ele. Charles gosta de enfiar todo o seu pênis dentro de mim, mas, para falar a verdade, eu gosto mais quando ele está apenas a cerca de dez centímetros da entrada'" (p. 154).

"Meu Deus, vocês estão acabando de descobrir essa questão de Gräffenberg? Há 50 anos que minha mulher e eu estamos casados e descobrimos esse lugar especial, menos de seis meses após nosso primeiro coito. Nós o chamávamos de o 'Nariz de Coelho'. E ainda o chamamos assim. Eu tenho 76 anos e ela 69. Devido a

várias circunstâncias, nós não atingimos mais aquele clímax em todas as ocasiões mas, pelo menos, em 90 por cento das vezes" (p. 185).

A riqueza dos depoimentos me leva a refletir sobre a importância de estimular a mulher a falar a respeito de suas percepções quanto à sexualidade; formas de enfrentar dificuldades como a frigidez e, com isso, buscar subsídios também nela mesma para implementação de propostas para o ensino do auto-cuidado enquanto um dos conceitos significativos que integram as filosofias dos programas de promoção à saúde da mulher.

Como foi visto, a controvérsia clitoral/vaginal é bastante antiga e polêmica e desde Freud até os dias atuais, não se chegou a um consenso, predominando uma ou outra teoria, de acordo com a época.

Não é objetivo deste trabalho esgotar nem tampouco esclarecer definitivamente a questão.

Porém, é no meu entendimento, de suma importância à compreensão destas questões relacionadas ao foco desencadeante do orgasmo, uma vez que as implicações do entendimento da controvérsia clitoral/vaginal estão diretamente relacionadas à ação educativa do enfermeiro na orientação da mulher.

3.2 - Fatores Psicológicos que Facilitam ou Inibem o Orgasmo Feminino Segundo Seymor Fisher.

Aqueles que tentaram compreender o orgasmo feminino, frequentemente ficaram intrigados com o fato de muitas mulheres terem dificuldades na obtenção do mesmo. As mulheres, como grupo, parecem ter mais problemas no crescimento da excitação orgástica que os homens. Vários investigadores encontraram em amostras de mulheres casadas, que cerca de 30% nunca tiveram um orgasmo ou o alcançavam apenas ocasionalmente. Não há equação simples entre o orgasmo e a capacidade sexual, portanto a correspondência sexual e a capacidade de orgasmo precisam ser consideradas em separados. Há muitas mulheres que nunca conseguem um orgasmo, mas que, contudo, apreciam a relação e as sensações provocadas pelos vários modos de estimulação sexual.

Fisher preocupou-se com as implicações das dificuldades da mulher em atingir o orgasmo e decidiu procurar na literatura, todas as explicações importantes que tivessem sido oferecidas para o fato, além das evidências científicas que lhes serviam de base.

A revisão de Fisher sobre o que se conhece realmente com segurança científica, sobre a capacidade da mulher para o orgasmo, acabou mostrando resultados em alta escala negativos. Um grande número de concepções estereotipadas sobre a resposta sexual das mulheres simplesmente não é justificado pelos fatos. O pesquisador encontrou que a mulher religiosa não é menos reativa que a não religiosa. A mulher bem educada tem maior, e não menor, capacidade para o orgasmo que a mulher com educação pobre. Igualmente, a mulher de classe social baixa não é mais sensível, e sim menos ao orgasmo que a mulher de nível social alto. O conceito da mulher de classe baixa como pura e natural, e portanto, particularmente sensual, não se mantém. Uma das

coisas bastante curiosas que Fisher destacou é que a prática intensiva do coito parece ter um pequeno efeito sobre a capacidade de orgasmo. Apenas uma pequena porcentagem de mulheres com dificuldades de orgasmos aprendem a obtê-los com frequência, mesmo depois de 20 anos de relações maritais. A melhora mais importante produzida pelos anos de coito marital é o fato de uma porcentagem notável de mulheres, que não conseguiam nenhum orgasmo, passar a tê-los ocasionalmente. A maior parte desta melhora se dá nos primeiros 5 anos de casamento, e diminui alguns pontos percentuais nos grupos de 5 anos seguintes, até os 20 anos. A proporção reduzida dos efeitos práticos levanta dúvidas sérias sobre a melhora que uma mulher pode esperar para seu potencial de orgasmo através da consulta dos manuais de sexo e da tentativa de novas técnicas de ginástica e de coito. Tão surpreendentes quanto os fatos científicos sobre a prática, Fisher encontrou aqueles relativos à qualidade do parceiro sexual. Contrariamente à crença de que muitas mulheres elevarão ao máximo sua capacidade sexual se encontrarem o homem certo, ninguém foi capaz de mostrar uma correlação entre a capacidade do orgasmo e as qualidades do parceiro sexual. A mulher cujo marido teve antes do casamento, uma grande experiência sexual, não tem mais orgasmos que aquela casada com um homem de pequena experiência. Não há, segundo o autor, indicações de que os maridos das mulheres com orgasmos, tenham personalidades diferentes daqueles casados com mulheres sem orgasmo. Embora ainda haja muito trabalho científico a ser feito para validar essas conclusões, por enquanto permanece o fato de que responsabilizar o parceiro, parcial ou integralmente, pelas dificuldades de orgasmo de uma mulher é acreditar em algo que não tem provas. Por fim, Fisher constatou que ninguém foi capaz de demonstrar que a capacidade de orgasmo da mulher está relacionada aos níveis hormonais ou às condições físicas. Não parece haver um tipo especial de corpo feminino que seja mais sexualmente excitá-

vel que outros tipos.

A análise destes fatos existentes sobre a sexualidade feminina, deixou Fisher desapontado e confuso. Nenhuma das teorias comumente aceitas a respeito dos determinantes da capacidade orgástica da mulher pareciam poder ser sustentadas pelos conhecimentos científicos reais. Estas teorias, de repente, pareciam infundadas, e o autor salienta que seu objetivo não foi provar ou contradizer qualquer teoria particular, mas simplesmente descobrir o que era verdade de fato.

Estudos sobre o Orgasmo.

Tendo em vista os fatos negativos e desapontadores já descritos, Fisher e seus colaboradores decidiram aprender mais sobre as condições que governam a reação sexual das mulheres. Para tanto utilizaram uma amostra de 300 mulheres, divididas em 7 grupos de pesquisa, que estavam na maioria, no início ou metade da segunda década de vida. Tinham em média 2 a 3 anos de college e em geral eram mães de um filho. Cerca de 35 a 45% eram protestantes; 20 a 30% católicas; e cerca de 15%, judias. Havia uma única mulher negra, mas nenhuma oriental. O autor ressalta que as mulheres estudadas formam um grupo selecionado; e coloca em dúvida se os resultados obtidos podem ser aplicados às mulheres em geral. Contudo, particularmente acredita que as mulheres estudadas acabaram se mostrando como representantes da mulher de classe média ocidental.

A média das mulheres, retirada das 7 amostras, afirmou que obtinha orgasmo frequentemente. Apenas cerca de 39% afirmaram que conseguiam orgasmos sempre ou quase sempre. Em outras palavras, para quase 60% das mulheres, o orgasmo não ocorria frequentemente. Cerca de 5 a 6% nunca experimentam um orgasmo. A média das mulheres nesse estudo obteve seu primeiro orgasmo dentro de um pouco mais que 2 meses de casamento.

Achados Negativos Encontrados na Pesquisa de Fisher
(1978).

Fisher afirma que uma boa quantidade do que descobriu no seu estudo experimental foi tão negativo como os resultados apontados na revisão de literatura científica. Isto só veio a demonstrar, na opinião do autor, como é difícil mostrar que a capacidade da mulher de ter orgasmos se deva a fatores específicos e bem definidos.

Abaixo, apresentaremos a análise dos achados negativos, feita por Fisher:

Feminilidade: mulheres com alta e baixa capacidade de orgasmo não diferiram quanto aos padrões aceitos da feminilidade. A mulher que tinha interesses mais próximos ao da dona de casa média não tinha nem maior nem menos capacidade de orgasmo, em relação à mulher cujos interesses se aproximavam mais aos de um engenheiro. Mulheres com alta e baixa capacidade de orgasmo também não diferiram quanto ao seu interesse por cosméticos, perfumes, roupas novas e penteados diferentes. A consistência orgástica de uma mulher não pode ser avaliada a partir do grau com que se preocupa com a beleza de seu corpo, usa perfumes ou varia sempre sua aparência.

Namoro Precoce: Fisher encontrou que a capacidade de orgasmo não tinha qualquer relação com a quantidade de namoros ou com a frequência de relações mais íntimas, indicadas pelos termos flirts ou compromisso. O autor salienta que não obteve informações sobre a frequência de relações sexuais antes do casamento.

Perturbação Psicológica: não foi possível estabelecer quaisquer relações entre capacidade de orgasmo e grau de perturbação. Algumas das mulheres com maior capacidade de orgasmo

revelaram-se pessoas bastante ansiosas e deprimidas, ao passo que muitas das mulheres sem tais sintomas eram incapazes de ter um orgasmo. Estes resultados vem ao encontro as observações de outros investigadores, que também não chegaram a encontrar um elo entre a saúde mental e a resposta sexual da mulher.

Episódios Traumáticos: a literatura psiquiátrica e as histórias populares por vezes afirmam que a capacidade reativa da mulher pode ser arruinada por um trauma sexual violento. O exemplo clássico é o da mulher que tem medo de sexo e é incapaz de excitar-se porque alguma coisa nela desperta lembranças carregadas de ansiedade de uma experiência anterior de estupro ou de ataque sexual. O trauma sexual culpado pela inibição é geralmente descrito como: ter visto um coito entre os pais, ter sido surpreendidas se masturbando, ou ter sido vítima de um ato sádico-sexual. As dificuldades sexuais aparecem deste ponto de vista, como consequência dos acontecimentos em geral ocorridos na infância, que provocam um forte impacto. Também se imagina que, se a mulher toma consciência da fonte de sua perturbação e tem oportunidade de compreender como relacionou, irracionalmente, toda a sexualidade a um episódio traumático, novamente recuperará sua capacidade de apaixonar-se por inteiro.

Se vamos aos relatórios científicos - e não às novelas sobre heroínas que não apreciam o sexo devido a um trauma passado - encontramos que o impacto dos traumas infantis foi exagerado demais. Muitos dos estudos que investigaram a resposta sexual das mulheres - por exemplo, Terman (1951) - fizeram perguntas sobre as experiências sexuais precoces e traumáticas. Não conseguiram encontrar um elo convincente entre a capacidade de orgasmo (ou qualquer outra medida de resposta sexual) e as informações de experiências sexuais prévias que foram perturbadoras porque assustaram. Um observador (Shope, 1966) informou que as jovens não casadas, capazes de ter orgas-

mo, tinham sofrido mais encontros sexuais perturbadores antes dos dezesseis anos que aquelas incapazes de obter orgasmo.

No geral, parece que a importância desses acidentes foi exagerada. A capacidade do orgasmo de uma mulher parece evoluir de uma série complexa e ampla de condições, e não é determinada pelo que acontece num acidente de sua vida.

Religiosidade: a religiosidade ou não de uma mulher nada teve a ver com sua capacidade de orgasmo. Ser protestante, católica ou judia não era indício de um modo especial de resposta sexual. Há pouca evidência de que os fatores religiosos tenham um papel central no processo de excitação orgástica da mulher.

Hostilidade e Dominância: Fisher não conseguiu encontrar relações consistentes entre a capacidade de orgasmo de uma mulher e o índice de hostilidade ou de necessidade de dominar os outros. As mulheres agressivas não parecem, segundo o autor, ser mais ou menos sexualmente reativas que aquelas mais dóceis. A mulher dominadora não parece ser mais ou menos sensível sexualmente que a mulher submissa.

Preferência de Vestuário: as atitudes com as roupas revelaram não ter qualquer relação com a frequência de orgasmos.

Físico e Aparência: estas medidas não se mostraram relacionadas com a capacidade de orgasmo, é duvidoso que alguém possa prever a capacidade orgástica de uma mulher conhecendo apenas a idade em que se desenvolveram suas características sexuais secundárias, a regularidade de seu ciclo menstrual ou as proporções de seu corpo. Parece que a capacidade de orgasmo nada tem a ver com os traços visíveis da anatomia ou funcionamento fisiológico de uma mulher.

Atitudes dos Pais frente ao Sexo: nenhuma das informações relativas às primeiras atitudes sexuais no lar, mostram qualquer relação com a capacidade de uma mulher para ter orgasmos. Uma mulher que lembrava de seus pais como extramamente negativos ao sexo, era tão sensível sexualmente como uma outra, cujos pais se apresentavam muito abertos nesse sentido. A qualidade da educação sexual não tinha nada a ver com a capacidade de orgasmo. Segundo cada mulher via o orgasmo, a atmosfera no lar paterno em relação ao sexo não pareceu ter muita importância para sua capacidade posterior de responder sexualmente.

Atitudes e comportamentos do marido: todas as mulheres do estudo eram casadas. Nenhum dos atributos do marido, enquanto vistos pela esposa, estavam relacionados à capacidade deste de obter ou não prazer. A capacidade desta não esteve relacionada ao fato da esposa ver o marido como sexualmente exigente, ou abertamente agressivo ou difícil de conversar sobre problemas sexuais, ou ainda limitado nos jogos de preparação para o coito. Na prática, houve muita semelhança no modo como as mulheres com alto e baixo índice de orgasmos percebiam seus maridos.

Outros Achados Negativos na Pesquisa de Fisher.

A frequência do orgasmo não está relacionada com o quanto uma mulher é exibicionista, ou com o quanto ela procurar chamar a atenção. A pessoa quieta e tímida pode mostrar-se tão sexualmente receptiva como aquela expansiva e aberta.

A mulher controlada parece ser tão capaz de orgasmo quanto a impulsiva. Igualmente aquela que aprecia a rotina não tem menor capacidade de orgasmo que uma outra, que gosta de variedade e de aventuras.

A mulher conservadora é tão sexualmente reativa quanto a liberal. Isto vale também para as mulheres que tem atitudes

conservadoras, em oposição às liberais, a respeito do que é comportamento social adequado ou aceitável.

Foram encontradas também, evidências de que a mulher interessada em sua realização pessoal não difere em seu potencial de orgasmo daquela que é passiva e desinteressada quanto à realização.

Observou-se ainda que as mulheres de alta e baixa capacidade de orgasmo não apresentaram diferenças:

- . no seu interesse pelos esportes;
- . no quanto fumava;
- . no seu consumo de álcool;
- . em como e quanto consideravam feliz o casamento dos pais;
- . em seu grau costumeiro de alegria, amizade e desejo de ajudar os outros;
- . no quanto se sentiam dependentes e 'fracas';
- . no seu grau de tendência a ser 'maternal';
- . em seu grau frequente de dor e desconforto durante a menstruação;
- . em quanto eram masoquistas ou auto-depreciativas;
- . em seu nível costumeiro de sentimento de culpa e sensação de não ser igual às outras;
- . no grau de satisfação e segurança em relação ao corpo.

. Capacidade de Orgasmo e Perda do Amor.

Apesar dos resultados negativos da pesquisa, Fisher convenceu-se de que devia haver algo distintivo que exercesse um papel importante no fato da mulher lograr orgasmos frequentes. Nenhuma das explicações esperadas para a diferença na capacidade de orgasmo pareciam manter-se. Contudo devia haver alguma explicação. Decidiu procurar as chaves de uma possível solução nos vários tipos de material de fantasias recolhidos com as mulheres e pesquisou em particular as imagens evocadas pelo teste

de borrões de Rorschach, Gradualmente, enquanto separava as respostas das mulheres com alta e baixa frequência de orgasmo numa amostra coletada, Fisher começou a perceber uma tendência sugerindo que a mulher com poucos orgasmos parecia estar mais preocupada com imagens de morte. Mais que as outras mulheres, elas pareciam centradas nos temas relacionados à morte e à perda dos entes queridos pela morte. Quando testou esta observação em várias outras amostras de mulheres que havia estudado, encontrou a mesma tendência, quantitativamente demonstrável de imagens de morte, ocorrendo com frequência relativamente maior nas mulheres com baixo índice de orgasmos, quando comparadas àquelas de alto índice. Os resultados eram sólidos e convincentes e a interpretação do pesquisador foi de que a mulher com dificuldades de orgasmo estava intimamente preocupada com o caráter incerto de suas relações. Isto é, ela duvida da permanência das coisas - especialmente em seu relacionamento com as figuras importantes em sua vida. Encontrou-se que QUANTO MAIOR ERA A PREOCUPAÇÃO DE UMA MULHER COM OS TEMAS DE PERDA E DE SEPARAÇÃO, MENOR ERA SUA CAPACIDADE DE ORGASMO.

Foi solicitado a um grupo de mulheres que lembrassem e contassem fatos ocorridos em sua infância. Quando essas lembranças foram examinadas, encontrou-se que a mulher com poucos orgasmos, mais que o seu oposto, enfatizava as perdas sofridas na infância. Elas tendiam mais a lembrar a morte de um parente ou de um animal de estimação. Ainda mais impressionante foi o fato de que as mulheres com alta e baixa capacidade de orgasmo, diferiam de modo significativo quanto à presença do pai na infância. As mulheres com baixa capacidade de orgasmo tendiam a dizer que não puderam manter um relacionamento com o pai, ou porque ele morrera cedo ou porque estava ausente do lar por longos períodos em consequência de sua profissão. Retratavam o pai como alguém que fora distante delas. Curiosamente, as mulheres

não se mostraram diferentes na frequência com que descreviam a mãe como disponível para um relacionamento sólido.

No geral, há suficientes evidências que convergem para sugerir que a capacidade de orgasmo de uma mulher está ligada aos seus sentimentos relativos à perda. Aparentemente, quanto mais ela sente que não pode depender da capacidade de conservar as pessoas e as coisas que valoriza, mais limitada sua habilidade de ter orgasmos.

O elemento chave pode estar no rompimento da percepção que ocorre na mulher média, à medida que cresce a excitação e se aproxima o orgasmo. Parece ser o "apagar de objetos" durante a fase orgástica que poderia perturbar a mulher já hiper-sensibilizada com a possibilidade de perder ou de separar-se de seu apoio. Ela pode considerar a perda perceptual dos objetos durante sua excitação sexual como próxima à perda que cronicamente esperou que lhe acontecesse. Portanto ela reage com medo de perder as coisas durante a relação, e este alarme interfere no fato dela chegar a excitar-se o suficiente para chegar ao orgasmo. Ela não pode ser receptiva à estimulação sexual que a leve para muito longe do contato claro e nítido com o mundo.

Uma das interpretações mais óbvias desses resultados é a idéia de que a mulher de baixa capacidade de orgasmo sente-se insegura quanto à duração de suas relações. Sua ansiedade diante da perda converte-se, desse modo, num alarme real quando, no desenvolvimento da excitação sexual, percebe que os objetos começam a apagar-se e a afastar-se. A distância dos objetos significa perdê-los e esta perda é intolerável. Seu alarme interfere com o processo de acumular suficiente excitação para chegar ao orgasmo.

. Persistência.

Um segundo resultado positivo do estudo de Fisher focalizou uma diferença de personalidade entre mulheres de alta e baixa capacidade de orgasmo. No estudo foi encontrada uma dimensão de persistência como estando relacionada com a capacidade de orgasmo. Encontrou-se que quanto maior a persistência de uma mulher, maior sua capacidade de orgasmo. Isto quer dizer que quanto mais uma mulher permanece numa tarefa e insiste em lidar com um problema, mesmo enfrentando dificuldades ou interrupções, maior sua capacidade de orgasmo. Pode-se dizer que a mulher com alta capacidade de orgasmo acredita que os objetos são dignos de confiança, assim como seus relacionamentos - expressando esta orientação em sua força de vontade, persistindo em tarefas que aceita. Mas, a mulher com baixa capacidade de orgasmo, que duvida da permanência dos objetos, teria menos razão para esperar que seus esforços terão uma recompensa real.

Quando foi solicitado às mulheres que descrevessem suas experiências de coito, muitas enfatizaram que, para chegar ao orgasmo, precisavam excluir os estímulos exteriores que poderiam distraí-las - e que devia haver uma forte concentração no próprio corpo e nas sensações produzidas pela estimulação sexual. Pode-se, segundo o autor, pensar que isto significa que chegar a um orgasmo exige, em algum grau, a habilidade de insistir ou de concentrar-se, mesmo que ocorram distrações. Pode-se dizer que ter um orgasmo exige que a mulher seja capaz de persistir num processo crescente, a despeito de decepções, distrações e quedas de excitação momentâneas.

. Relacionamento com o Pai.

Um outro achado importante tem relação ao modo como um indivíduo foi tratado durante sua infância. Foi encontrado na pesquisa que quanto mais baixa a capacidade de orgasmo de uma

mulher, maior sua tendência a descrever o pai como algo distante, alguém que não tentou demasiado impor sua vontade, sendo facilmente levado, em lugar de esperar da filha a obediência a regras bem determinadas. Em outras palavras, quanto maior a capacidade de orgasmo de uma mulher, mais ela via seu pai como um homem firme e controlador. Se considerarmos este resultado em COMPARAÇÃO COM A RELAÇÃO entre consistência de orgasmo e o medo da falta de segurança dos relacionamentos, é possível que o pai de uma filha com baixa capacidade de orgasmo, ainda que à distância e não esperando da filha que se adapte a um código definido de regras, dê a ela um sentimento de que seu relacionamento é frágil? Será que sua atitude casual é interpretada como uma falta de ligamento sólido da relação? A tentativa de responder SIM a esta pergunta aumenta se considerarmos de perto os tipos de perguntas com que cada mulher foi estudada nesse aspecto de relacionamento com o pai.

É realmente curioso que a frequência do orgasmo não se relacione com as informações dadas sobre como a mãe tratava a filha. Seria fácil pensar que a influência da mãe sobre a filha é maior que a do pai; a concepção corrente é que a filha tem por modelo a mãe, e que deriva sua identidade feminina segundo as experiências que tem com a mãe. Contudo, segundo Fisher, há numerosos estudos que levam a uma revisão dessa idéia. E se começa a considerar como se o pai tivesse maior importância no comportamento sexual da filha. Ele, o pai, parece ser o agente que mais se preocupa com a adaptação da filha ao seu papel sexual.

De fato, é verdade que o pai proporciona à filha seu primeiro contato importante com um homem, é de seus contatos com ele que a filha consegue suas idéias sobre o homem e sobre a natureza dos laços heterossexuais. Assim, o fato de que a frequência de orgasmos se encontre relacionada com as lembranças do

pai que a filha conserva, talvez não seja tão paradoxal como parece à primeira vista.

. Qualidade da Voz.

Ao rever uma série de fitas gravadas, nas quais mulheres de alta e baixa capacidade de orgasmos descreviam a si mesmas, Fisher percebeu uma aparente diferença na qualidade da voz entre os dois grupos. A mulher com alta frequência de orgasmo pareceu estar caracterizada por uma maior amplitude de tons e por uma maior flexibilidade no modo como usava sua voz. Em outros termos, a voz da mulher com frequência de orgasmo baixa, parecia super-controlada, estrita e de qualidade um pouco mecânica. Para determinar se suas impressões eram válidas, Fisher entregou trechos de fitas gravadas para vários juízes. Encontrou que eles puderam distinguir de modo significativo os dois tipos de voz. Perceberam em particular as vozes de mulheres com alta frequência de orgasmo como menos reprimidas, mais naturais e usando mais vezes sons enfáticos, tais como suspiros ou respiração profunda. Como poderia ser relacionada esta diferença na voz aos outros resultados já descritos?

Segundo Fisher uma possibilidade seria de que a mulher, quando criança, que duvidasse da permanência de figuras importantes em seu mundo talvez tivesse medo de abrir-se em envolvimento emocional com eles. Isto é, ela poderia restringir seus compromissos emocionais e suas expressões até uma faixa estrita e superficial, já que temeria o desapontamento ou decepção finais que resultariam de um envolvimento mais profundo. Talvez, sua atitude de auto-proteção acabasse se refletindo no modo reprimido, artificial e monótono de usar a voz. Porém, segundo Fisher, isso não passa de especulação.

. Outros Achados Positivos da Pesquisa.

A capacidade de orgasmo se mostrou positivamente relacionada à várias outras variáveis, mas elas são de um caráter mais técnico e complicado, segundo o autor. Por exemplo, as mulheres de alta e baixa capacidade de orgasmo mostraram-se diferentes no modo como percebem as coisas no espaço à direita ou à esquerda delas próprias. Também diferiram em como experimentaram sensações de cócegas no lado direito e esquerdo do corpo. Encontrou-se ainda uma curiosa tendência das mulheres de baixa capacidade de orgasmo a serem especialmente sensíveis na percepção de toque aplicados à pele.

. Análise dos Achados Positivos feita por Fisher.

O ponto central dos resultados positivos foi que a diferença básica entre as mulheres de alta e baixa capacidade de orgasmo é o seu medo de perder o que amam. A mulher com baixa frequência orgástica sente que as pessoas que valoriza e ama não são seguras, que podem de repente abandoná-la. Ela parece estar cronicamente preocupada com a possibilidade de separar-se daqueles com quem mantém relacionamentos íntimos.

Como será que a preocupação com a perda dos objetos se traduz numa menor frequência de orgasmos? Segundo o autor, de fato há inúmeras explicações que se poderia considerar, algumas mais imaginosas que outras. A possibilidade mais simples implicaria no conceito de ansiedade generalizada. Pode-se simplesmente supor que a preocupação crônica com a perda dos objetos é perturbadora e conduz a uma ansiedade geral que por fim, interfere com os processos fisiológicos do orgasmo. Contudo, esta explicação simples não se sustenta porque mostrou-se que as mulheres com alta e baixa frequência de orgasmo não diferem em seus níveis absolutos de ansiedade.

Pode-se facilmente especular que, como o coito é um ato normalmente visto como um ato que tem funções vitais óbvias, ele é particularmente perturbador para quem tenha conflitos relativos à morte e a perda dos objetos - ou seja, o polo oposto de criação. Isto é, um ato que significa criação de nova vida poderia, em termos de seu sentido antitético, ativar e reforçar ansiedades que implicam preocupação com a morte ou perda de objetos importantes. A baixa capacidade orgástica de uma mulher preocupada com a perda (morte) derivaria, então, do fato de que, cada vez que pratica o sexo, o significado do ato (com referência ao conceito de criação e morte) despertaria uma espécie particular de ansiedade, interferindo no que, de outro modo, seria uma sequência natural de excitação.

Uma terceira explicação possível deriva da teoria psicanalítica. Freud propôs que a ansiedade de separação (medo de perder o objeto) representa num nível, um temor de não satisfação, uma sensação de perigo pelo crescimento da tensão a partir de uma necessidade que permanece insatisfeita devido à ausência de uma pessoa importante (por exemplo a mãe) antes responsável por ela. Como a mulher com baixa frequência de orgasmo mostrou-se preocupada com a perda dos objetos (ansiedade de separação) poder-se-ia dizer que nos termos de Freud, ela realmente teme uma acumulação incontrollável de tensão interna. Como talvez se dê a partir de necessidades insatisfeitas. Encontra-se o fato óbvio de que a consecução do orgasmo é um processo que envolve, para a maioria das pessoas, um crescimento intenso de tensão e excitação. Poder-se-ia a partir daí, teorizar que a mulher que teme perder os objetos tem dificuldade de chegar ao orgasmo porque a coisa que mais particularmente teme é o tipo de acumulação de tensão fundamental para tornar-se sexualmente excitada. Talvez, o próprio ato de excitar-se seja, em algum nível, interpretado como um restabelecimento do sentimento que

significa perder objetos de amor importantes.

Um outro enfoque seria o de que há boas evidências de que o estado consciente é afetado pelo crescimento da excitação sexual, e que pode mesmo haver lapsos momentâneos no contato com a realidade durante o orgasmo (Kinsey et al, 1953; Masters e Johnson, 1966). Se for verdade que o orgasmo se aparenta com a morte (apagamento), pode-se entender porque a mulher - cuja resposta aos testes foi caracterizada por uma preocupação não corriqueira com imagens de morte e que, por outros modos, está preocupada com a perda potencial que a morte (ou outras formas de separação) pode trazer, veria no orgasmo uma ameaça e quer evitá-lo.

Um dos fatores que inibiria o orgasmo feminino portanto seria o desejo da mulher com ansiedade de separação de fugir ao crescimento da tensão física que, para ela, é sinal de perigo.

O ponto central desta formulação é a idéia de que a dificuldade no orgasmo é basicamente uma função da ansiedade em relação à falta de permanência dos objetos amados. As condições que poderiam alimentar essa ansiedade variam amplamente quaisquer sentimentos ou fantasias criados pela natureza da situação de coito - que intensifiquem de algum modo a ansiedade de perda e temas relacionados, como a morte - poderiam contribuir para inibir a resposta sexual da mulher já preocupada com essas questões.

. O que determina a intensidade da resposta sexual da mulher?

Para Fisher, não há qualquer dúvida de que as mulheres de seu estudo eram sexualmente reativas. Embora uma porcentagem razoável não tivesse orgasmo com frequência durante o coito, também foi verdade que, em média experimentavam de modo positi-

vo suas relações. Após o orgasmo, sentia-se satisfeita, feliz e relaxada.

Assim emerge um quadro em que a estimulação sexual e tudo que lhe está associado, tem um valor positivo nas vidas das mulheres casadas do estudo.

Obviamente, não se pode tratar a resposta sexual como uma entidade isolada. Há muitos modos de definir o que se passa durante a interação sexual. A estimulação sexual tem efeitos complexos e, talvez, cada indivíduo selecione um efeito em detrimento de outro. A excitação sexual pode iniciar uma variedade de fantasias; pode ou não resultar em orgasmo; o próprio orgasmo pode ser forte ou fraco; o orgasmo pode ser razoável ou não; pode ser seguido de relaxamento ou de tensão crescente; pode não haver orgasmo, mas o crescimento sem resolução da excitação pode resultar uma experiência curiosa a proximidade de outro corpo pode ter importância na consciência, mais que no orgasmo logrado etc.

Não só diferentes mulheres tem diferentes modos de gozar (e de não fazê-lo) a estimulação sexual, mas também é provável que, individualmente, flutuem em alguma medida em seu próprio padrão de prazer numa série de relações sexuais. A complexidade psicológica da excitação sexual numa mulher dificilmente seria exagerável.

Ao referir-se à resposta sexual da mulher, portanto, deve-se tomar cuidado em especificar um aspecto ou dimensão particular. Pode-se falar de sua frequência de orgasmo ou de relações; ou da sensação de êxtase durante o orgasmo, ou da frequência preferida de coitos, ou do número de diferentes posições que ela usa mas, raramente seremos capazes de afirmar que ela geralmente tem um índice alto ou baixo com respeito à maioria destes aspectos. Ao que tudo indica, a mulher, em média,

praticando relações regularmente, não se preocupa se seu orgasmo é extremamente forte, ou de intensidade moderada; não está pensando na questão de orgasmos múltiplos; e não se dedica excessivamente ao emprego de muitas posições de coito.

Sem dúvida, continua Fisher, a consecução do orgasmo é um dos modos básicos de definição da resposta sexual. Isto continua verdadeiro apesar do fato de haver outras sensações importantes relacionadas ao intercurso e que, em casos individuais, podem ser mesmo mais importantes que o próprio orgasmo. Em geral, o orgasmo é o critério básico da resposta sexual, seja avaliado da perspectiva particular do indivíduo, seja do ponto de vista das normas e expectativas sociais. Devido a esta importância, houve surpresa, e mesmo consternação com os repetidos resultados de pesquisa a respeito de que 30% de todas as mulheres casadas nunca ou raramente têm um orgasmo. Estes resultados têm sido interpretados por alguns no sentido de mostrar que um grande segmento de mulheres de nossa cultura não é muito excitável, ou aprecia de fato a estimulação sexual. As observações resultantes do estudo de Fisher indicaram que tal afirmativa é exagerada.

Um outro ponto importante é que a frequência de orgasmos não se relacionou a um número de variáveis que muitas vezes são citadas como contribuindo para frigidez.

Finalmente Fisher salienta que a preocupação da cultura ocidental com a natureza do orgasmo na mulher indica uma dúvida complexa sobre qual seria o modelo adequado à feminilidade. O autor especula que a nossa preocupação com o fato de que muitas mulheres não têm orgasmos com frequência é um reflexo de nossa tomada de consciência das forças antifemininas da nossa cultura, que fazem difícil a vida de muitas mulheres. Fisher é de opinião que muito da ansiedade centrada no sistema reprodu-

tivo da mulher é um modo disfarçado de reparar outras coisas injustas que lhe são feitas, e salienta ser curioso que as mulheres também tenham sido envolvidas por esta atitude, tendo aprendido a ver suas próprias estruturas pélvicas como frágeis, um objeto adequado para os sentimentos de inquietação. Nessa atitude de aceitação, a mulher ajuda a manter um sistema indireto de alívio das tensões que desvia as ações diretas sobre as questões concretas.

A discussão sobre se todas as mulheres devem ter orgasmo, e também sobre se há modos próprios ou impróprios de obtê-lo, continua; parece espelhar uma ambivalência antiga sobre qual é o papel verdadeiro da mulher no ato sexual. Vê-la como alguém que deveria atingir o orgasmo frequentemente significa defini-la como tendo direitos iguais ao do homem, em suas intimidades. A mesma declaração de igualdade está implicada na afirmação de que nada há de errado com sua preferência pela estimulação daquelas partes de seu corpo que lhe são mais excitantes - e não por aqueles que dão imediatamente maior prazer ao homem. É fácil ver que nossa nova preocupação com o orgasmo da mulher é simplesmente o reconhecimento de que não nos bastam mais velhas definições da intimidade entre homem e mulher, e que começou seu processo de revisão.

A aparente importância do medo de perder objetos na inibição do orgasmo pode ser ligada ao fato de que a menina é educada dentro da noção de que a mulher não pode sobreviver sozinha, sendo possível que terá sérios problemas se não for sustentada por um homem forte e capaz. Não parece, sustenta Fisher, ser radicalismo predizer que, quando as mulheres puderem crescer numa cultura em que sejam menos pressionadas a obedecer pelo medo de serem abandonadas, o chamado problema de orgasmo desaparecerá.

CAPÍTULO IV

A RELAÇÃO ENTRE ORGASMO E SAÚDE

"O Entendimento do ser humano como um todo integrado implica necessariamente na compreensão de que o orgasmo feminino é um dos aspectos importantes da saúde total da mulher".

Olga Regina Zigelli Garcia

CAPÍTULO IV

A RELAÇÃO ENTRE ORGASMO E SAÚDE

Neste capítulo buscou-se identificar no discurso dos autores e das mulheres estudadas por eles, a relação entre orgasmo e saúde, por entender-se que esta relação faz parte da compreensão do fenômeno do orgasmo feminino.

Na visão dos autores, Reich (1990) e Fisher (1978) foram os únicos a fazer alusão direta a relação orgasmo/saúde.

Segundo Reich (1990) o processo de prazer sexual "é o processo de vida per se" e a saúde psíquica depende da potência orgástica, que definiu como a capacidade de abandonar-se, livre de quaisquer inibições, ao fluxo da energia biológica; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo. Para o autor, as enfermidades psíquicas são o resultado de uma perturbação na capacidade natural de amar; da impotência orgástica que advém de um bloqueio da energia biológica que se torna a fonte das ações irracionais. Portanto, deduz-se que, para este autor, a função do orgasmo é a manutenção do estado de equilíbrio, que por consequência leva à saúde mental.

Para as pessoas com dificuldades na obtenção do orgasmo, Reich desenvolveu a técnica de vegetoterapia e a análise de caráter, cujo princípio básico é o reestabelecimento da motilidade biopsíquica através da anulação da rigidez (encouraçamento)

do caráter e da musculatura.

Já para Fisher (1978), uma teoria bem conhecida, popular sobretudo nos círculos psicanalíticos, é de que a mulher que não consegue ter orgasmo está sofrendo de uma perturbação psicológica. Segundo o autor, pode-se encontrar um número quase infinito de conflitos básicos citados na literatura psiquiátrica para explicar a estrutura do ego supostamente tumultuada da mulher com dificuldades de orgasmo.

A premissa básica desta concepção é que um problema de orgasmo não passa de um sintoma da incapacidade mais geral. Apresentar problemas de orgasmo é um sinal de que uma mulher está seriamente neurótica.

Fisher (1978) pesquisou o que a literatura científica de base empírica e experimental, fala da diferença entre orgasmo e saúde psicológica. O autor alude que, em geral, essa literatura indica que tais relações foram muito exageradas uma vez que a saúde mental e a capacidade de orgasmo não podem ser equacionadas simplesmente. Ao consultar todos os estudos relacionados ao campo, verificou que a maioria deles não indica correlações entre a consistência do orgasmo e as medidas de estabilidade ou solidez psicológica.

Vários estudos apontaram que as esquizofrênicas têm tanta capacidade de orgasmo quanto as mulheres normais (Einokur, Guze e Pfeiffer, 1959, citados por Fisher, 1978). Um outro estudo que abrangeu estudantes não casadas, observou que as mulheres com maior capacidade de orgasmo eram as que tinham menos estabilidade de personalidade. Segundo Pomeroy (1965) apud Fisher (1978), as prostitutas experimentam orgasmo bem sucedidos em suas relações pessoais e não comerciais com maior frequência que as mulheres comuns. Ele observou em seus estudos, que mais de 20% das prostitutas experimentam orgasmo frequentes em suas

relações com os clientes; contudo é desadaptada, imatura e destrutiva em sua atitude consigo mesma:

Em vista das evidências científicas, Fisher (1978) considerou que não se justifica mais classificar a mulher com dificuldades na obtenção do orgasmo como sendo psicologicamente perturbada.

Outra observação feita por Fisher (1978), foi a de que uma teoria estritamente biológica da sensibilidade erótica busca explicações em termos de níveis de hormônio, atributos do corpo e maturidade física..

Se uma mulher não consegue ter orgasmo, segundo esta teoria é porque tem uma deficiência em alguma estrutura ou função biológica.

Fisher (1978) pondera que é talvez verdade que, através dos anos, muitas mulheres com dificuldades de orgasmo têm sido tratadas com substâncias hormonais ou químicas. Existem, segundo o autor, estudos que tentaram demonstrar que a reatividade sexual da mulher depende da fase do ciclo menstrual na qual recebe a estimulação erótica. A explicação biológica da excitação sexual da mulher tenderia a minimizar o significado dos fatores sociais e psicológicos.

Por outro lado, uma ênfase nos fatores biológicos da resposta erótica traz consigo a noção de que o envelhecimento reduz drasticamente a capacidade sexual. A habilidade de ter orgasmo é vista como uma manifestação de um organismo vigoroso, declinando a medida que o corpo declina ou envelhece.

Na verdade, salienta Fisher (1978), a intensa resposta à estimulação sexual não é monopólio dos jovens uma vez que Kinsey (1953), Masters e Johnson (1966) e outros, declararam quase unanimemente que uma mulher pode conservar sua receptivi-

dade sexual até os 60 ou 70 anos. Outro investigador (Pfeiffer et al, 1968), descobriu que algumas mulheres chegam mesmo a apresentar um maior interesse sexual quando chegam a uma idade avançada.

Para Fisher (1978), o fato de que as mulheres conservam sua capacidade de orgasmo em bom estado até uma idade avançada é uma das evidências de que os fatores hormonais são relativamente menos importantes na resposta sexual da mulher. Grandes alterações hormonais ocorrem na mulher depois da menopausa, mas não parecem conduzir as mudanças na frequência do orgasmo. Igualmente, as grandes alterações de hormônios relacionadas com o ciclo da gravidez não parecem afetar a resposta sexual.

Fisher concluiu, em 1978, que é justo dizer que não há provas de que o orgasmo da mulher é regulado por hormônios específicos.

Os demais autores pesquisados não abordam a relação entre orgasmo e saúde mas tão somente a etiologia das disfunções orgâsmicas e as consequências de determinadas doenças sobre a resposta sexual feminina.

No discurso das mulheres estudadas pelos autores também não encontrou-se uma relação explícita entre orgasmo e saúde, porém através de suas verbalizações com palavras tipo Tensão, Carga, Descarga, Alívio, entre outras, pode-se deduzir de que o orgasmo desempenha um papel importante em sua saúde por proporcionar alívio de tensão e prazer.

Ao analisar o discurso dos autores e das mulheres na busca da relação orgasmo/saúde, fica claro que esta relação apesar de não verbalizada por ambos, está implícita em seus discursos.

Penso que esta falta de relação entre orgasmo e saúde deve-se a visão organicista e semi-integral encontrada neste es-

tudo, uma vez que, acredito, a abordagem holística da sexualidade, ou seja, uma visão que tente entender o ser humano na sua totalidade implicaria necessariamente nesta relação.

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Cabe, ao concluir este estudo, a seguinte pergunta: Qual a importância, para o enfermeiro, de tentar entender o que é o orgasmo feminino?

O enfermeiro está em contato com muitos clientes cuja sexualidade pode estar ameaçada pela doença, por trauma, por intervenção cirúrgica ou por processos naturais. Para atender as necessidades dos clientes, os enfermeiros deverão ser capazes de confrontar efetivamente problemas sexuais e ao ver o cliente holisticamente deve se preocupar tanto com a necessidade universal de expressão sexual, quanto com a necessidade de alimentação.

O enfermeiro como membro da equipe de saúde, acha-se em posição chave para fornecer informação sobre sexualidade no conjunto de cuidados à saúde, pois passa mais tempo com o cliente e com sua família na comunidade e/ou em ambiente hospitalar do que a maioria dos outros membros da equipe de saúde. Geralmente, é o profissional com quem o cliente se sente mais confortável, especialmente se este profissional se mostra aberto para discussão de assuntos sexuais. Além disso, o aumento do contingente de enfermeiros engajados no propósito de atuar a partir de novos paradigmas, que ajudam a compreender de forma

mais simples as questões de saúde, somado ao direito que a população vem conquistando de acesso a informação, reforçam o entendimento de que o enfermeiro deve preocupar-se com as questões da sexualidade do Ser Humano.

Com o reconhecimento de que a saúde sexual é um direito de todos os indivíduos, não mais se discute que o enfermeiro possui um papel fundamental no aconselhamento de clientes. A fim de engajar-se nesta responsabilidade de facilitar a informação sexual, necessita participar em atividades que aprofundem seu conhecimento e habilidade e que o auxiliem a avaliar suas próprias atitudes e crenças sobre sexualidade. Os papéis da cultura, dos costumes, dogmas religiosos e crenças familiares não devem ser ignorados, já que ajudam a determinar como o indivíduo aceita informação sobre sexualidade.

No meu ponto de vista, a importância de se estudar a definição de orgasmo feminino, de buscar-se o seu entendimento, está diretamente relacionada à orientação/educação da mulher que verbaliza ao enfermeiro "distúrbios no orgasmo". Vale aqui citar, por exemplo, Carrera (1981, p. 109) que diz como tantos outros autores: *"a maioria da literatura descreve os orgasmos estabelecendo padrões e expectativas que não são reais. As mulheres recebem imagens de orgasmos indescritivelmente explosivos, comparam-nos com sua experiência orgásmica e concluem que seus orgasmos estão longe de serem o ideal"*, ao que eu acrescentaria, podendo também, erroneamente, chegar a conclusão de que são frígidas.

Ao iniciar a compreensão do orgasmo feminino, conclui-se, pelos dados levantados, que as mulheres variam bastante em seu comportamento sexual e também nas condições que necessitam para se sentirem sexualmente estimuladas. Elas diferem radicalmente em sua frequência de relações, nos tipos de jogo preparatório

que preferem, na variedade de posições sexuais que as atraí etc. A mulher comum é relativamente inconsciente desta diversidade. Ela ainda sabe muito pouco sobre como as outras mulheres experimentam o mundo da sexualidade. Tem conhecimento de seus sentimentos próprios e experiências sexuais, mas é provável que nunca, ou quase nunca, tenha ouvido outra mulher descrever com detalhes seu modo de ver e sentir a estimulação sexual. Assim faltam-lhe padrões para apreciar suas próprias reações sexuais. Isso faz com que ela se sinta insegura sobre seu comportamento sexual, e pode levá-la a uma consideração incorreta de suas próprias qualidades sexuais.

A amplitude real das preferências sexuais normais é muito grande. Algumas mulheres informam que, na relação sexual, o mais importante para elas é a experiência do orgasmo. Outras apreciam mais a intimidade e proximidade física que a relação possibilita. Os modos como as mulheres atingem com mais facilidade e maior prazer o orgasmo com um parceiro são diversos. Para uma é indispensável a estimulação direta do clitóris; para outra, tal estimulação é dolorosa - sendo que todo seu prazer deriva da penetração vaginal. Uma estende ao máximo o jogo preparatório, buscando estimular sensorialmente muitas áreas de seu corpo antes que a estimulação do pênis pela penetração vaginal a faça atingir o orgasmo. Mas, outra prefere uma ascensão rápida e repentina da excitação orgástica através da penetração pelo pênis. Algumas mulheres preferem ter relações quando estão menstruadas; enquanto outras se sentem desconfortáveis e inibidas durante uma relação neste ponto do ciclo menstrual - são mais excitáveis imediatamente após o término da menstruação. Parece ser verdade que existem tantos modos efetivos de uma mulher conseguir uma estimulação sexual agradável quantas seriam as maneiras agradáveis de comer, de dormir, de exercitar o corpo, ou de obter satisfação pelas realizações artísticas. Tal

variação pode estar presente na mesma mulher.

O processo através do qual uma mulher se torna sexualmente excitada é bastante individual. Cada mulher tem um conjunto de experiências único e exclusivo. Na análise desses conjuntos, eles só podem ser adequadamente descritos a partir de uma visão auto-descritiva e própria de cada mulher.

Na maioria das pesquisas feitas sobre sexualidade e orgasmo feminino, observou-se que o principal instrumento de medida para garantir "a normalidade" das práticas, foi a média estatística: quanto mais a prática é reproduzida, mais ela é normal.

Porém, no meu ponto de vista, a avaliação dos comportamentos humanos que se limita à contagem de suas repetições é inadequada, pois não leva em consideração suas estruturas psicológicas particulares.

A vida afetiva e sexual é o resultado de uma história pessoal e a "normalidade" subjetiva de um, não é sistematicamente a de outro, mesmo que certos comportamentos sejam idênticos.

Portanto, entendo ser imprescindível que o profissional que se proponha a trabalhar com questões da sexualidade, especificamente do orgasmo, tenha claro que não existe uma definição única, e sim uma cliente única, que tem sua história de vida permeada por aspectos culturais, que determinam sua expressão sexual. Mais, este profissional tem que ter claro que o orgasmo fisiologicamente estimula respostas corporais na mulher, que muitas vezes, na expectativa da "explosão" não as percebe. Estas respostas corporais, segundo Masters e Johnson (1979) são sempre as mesmas, porém através de estudos recentes, a exemplo do Ponto "G" de Ladas, Perry e Whipple (1982), sabe-se que estas respostas podem ser as mais variadas possíveis.

Por último, tem-se que o orgasmo foi estabelecido pela nossa cultura como algo que as mulheres devem esforçar-se para obter e os sexólogos pressupõem que o mesmo é a medida de satisfação sexual e indicador exclusivo de sexualidade. Porém, segundo Kitzinger (1985, p. 86) "para a maioria das mulheres, o orgasmo não tem esse papel central na vida, e se o tem, tende a ser para uma pequena parte de suas vidas e a fundir-se no conjunto formado por outras experiências significantes e outras expressões da sua sexualidade. Para algumas mulheres, sexo sem orgasmo é insatisfatório, para outras, a jornada para o orgasmo contém mais riqueza e deleite do que a chegada. Ainda para outras, o amor pelo companheiro contém uma satisfação mais profunda do que o próprio orgasmo".

Ao compreender o que é o orgasmo, cabe ao enfermeiro, saber que cada mulher tem o direito de definir sua própria identidade sexual e a natureza de sua plena realização sexual.

Importante se faz ressaltar, que ao se buscar um referencial teórico sobre o que é o orgasmo feminino, deve-se ter em mente que cada caso é um caso, servindo o referencial apenas de suporte para a ação do enfermeiro.

Generalizar, ou tornar regra o referencial aqui encontrado, seria reproduzir a visão puramente organicista, sem levar em conta que cada ser é único na manifestação de sua sexualidade.

Generalizar, repito, seria incorrer no erro de pensar que o orgasmo é apenas uma função biológica, sem outras variáveis no seu curso.

Seria talvez, correr o risco de rotular de "frígidas" ou com disfunções orgâsmicas, mulheres potencialmente orgásticas, que por motivos desconhecidos, não respondem à excitação dentro do "padrão esperado".

É importante que o enfermeiro saiba que a mulher pode ter um orgasmo, a partir de estimulação clitoriana, vaginal, de ambas, dos seios, da estimulação auditiva, ou tantas formas quanto é a variedade de cada indivíduo. Na minha concepção, somente com esta ótica, poderá ver a mulher como um todo indivisível e individualizado orientando-a também através do auto-conhecimento, a conhecer o próprio corpo, suas reações e a buscar o seu padrão, em vez de um padrão externo muitas vezes estereotipado pela literatura e/ou pela mídia, levando-a a sentir-se fora da dita "normalidade".

Apesar da tendência crescente do entendimento do ser humano na sua totalidade, observou-se, como já foi comentado em capítulos anteriores deste estudo, que poucos foram os autores que trilharam o caminho deste entendimento no aspecto da sexualidade aqui estudado: o orgasmo feminino.

Porém, a abordagem holística fica presente obrigatoriamente apesar dos achados deste trabalho, ou seja, é no meu modo de pensar apenas uma questão de ver os dados da realidade "com outros olhos", com os olhos da abordagem holística.

A enfermeira Beverly Whipple (1980) chama atenção para o fato de que o papel do enfermeiro na educação sexual vai desde responder a simples questionamentos do cliente até o oferecimento de oficinas, palestras e cursos sobre sexualidade humana para estudantes de enfermagem e para população em geral.

Segundo os enfermeiros Whipple e Gick (1980, p. 98), profissionais que forem efetivamente educados na abordagem holística à educação sexual deverão desenvolver ou apresentar as seguintes habilidades:

- 1º - ver a sexualidade humana como um aspecto da personalidade total;
- 2º - focalizar o crescimento e não apenas a disfunção sexual;

- 3º - encarar a sexualidade como uma parte integral da saúde total e da satisfação da pessoa, da condição da pessoa se sentir completa, e os profissionais deverão auxiliar os clientes a clarificar seus valores e metas sexuais;
- 4º - reconhecer o direito dos clientes a auto-determinação e a co-responsabilidade que os clientes possuem no cuidado de saúde total;
- 5º - ver o crescimento sexual como um processo que se desenvolve durante a vida toda e que possui muitas variações.

Na minha prática profissional venho incluindo o parceiro sexual quando se trata de atendimento à mulheres com problemas na expressão do orgasmo.

Entendo que o presente estudo poderá contribuir para a enfermagem nos seus campos de atuação a saber:

a) No ensino, através da reunião de um corpo de conhecimentos podendo dar suporte teórico ao processo ensino-aprendizagem da assistência à saúde da mulher.

b) Na prática assistencial, onde, além de entrar num campo pouco explorado por enfermeiros, trará subsídios para sua prática assistencial, na assistência à mulher no exercício da sua sexualidade, com um suporte teórico que possibilitará ao enfermeiro trabalhar questões das quais habitualmente escusa-se possivelmente por falta de conhecimento de um referencial, escamoteando um problema que interfere na saúde na sua visão global: a sexualidade feminina.

c) Na pesquisa, poderá ser fonte de novas investigações, ao despertar o interesse dos enfermeiros docentes, assistenciais e discentes, para o problema da mulher, até porque, além de todas as questões já levantadas e abordadas, fenômenos como a AIDS, vem desestabilizando os "castelos da moralidade sexual", e voltando o interesse para a área da sexualidade humana como um aspecto significativo de saúde do ser humano.

Finalizando, concluo o presente estudo com a convicção de estar iniciando a compreensão de fenômeno do orgasmo feminino entendendo, porém, que o sucesso na assistência à saúde da mulher, passa pela sua mobilização no sentido de levá-la a reconhecer a necessidade do seu auto-conhecimento e auto-cuidado para a expressão do seu potencial sexual, e conseqüentemente, o potencial de sua saúde total.

CAPÍTULO VI

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo possui limitações específicas, em função do pouco tempo em que foi desenvolvido, ou seja, de junho a setembro de 1992, portanto 3 meses, uma vez que o prazo para conclusão do curso estava espirando e por problemas de ordem pessoal, a escolha do tema, bem como a viabilização do projeto só foi feita em março.

Dentre as limitações destacam-se:

a) Amostra de conveniência que pela exiguidade de tempo impossibilitou a pesquisa num universo bibliográfico mais abrangente.

b) O estudo limitou-se a pesquisa bibliográfica, não tendo sido possível confrontar os dados encontrados com dados colhidos através de uma pesquisa de campo.

c) A terceira etapa da análise de conteúdo proposta por Bardin, denominada "Interpretação Inferencial" que exige uma análise mais profunda do pesquisador na tentativa de induzir/deduzir o conteúdo latente do material pesquisado, não foi utilizada na metodologia do presente estudo, por sugestão da Comissão de Análise de Projetos de Dissertação da Pós-Graduação em Enfermagem, quando da apreciação do projeto (junho/92), pela exiguidade do tempo (3 meses) até a data prevista para defe-

sa.

Porém, apesar das limitações vale ressaltar que o presente trabalho pode ser considerado "inovador" e até mesmo "audacioso" na área de enfermagem onde comprovou-se que o tema além de ser visto como "tabú", é pouquíssimo explorado pelos enfermeiros brasileiros.

Portanto, considero o desafio enfrentado na temática de sexualidade feminina, especificamente nas questões do orgasmo, como sendo a "mola propulsora" de novos desafios e estudos nesta área importantíssima da expressão humana cujos desdobramentos tem interferência direta na saúde total do indivíduo, objeto da enfermagem.

Importante se faz salientar que a autora, ao reconhecer as limitações do seu estudo, pretende desenvolver uma pesquisa de campo e paralelamente desenvolver projeto de extensão incluindo oficinas de sexualidade feminina para profissionais de saúde e comunidade em geral e organização de "grupo de aconselhamento para quaisquer dificuldades na expressão orgásmica".

BIBLIOGRAFIA

1. ANATRELLA, T. O sexo esquecido. Rio de Janeiro:Ed. Vozes, 1992. Tradução Paula Rosas.
2. BELFORT, P. Orgasmo feminino - meta terapêutica e realização pessoal. In: VITELLO, N. Sexologia II. São Paulo:Ed. Roca, 1976, 216 p.
3. BURDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo:Edições 70, 1977. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro.
4. CARRERA, M. Sexo: os fatos, os atos e os prazeres do amor. Rio de Janeiro:Record, 1981. p. 106-109.
5. CARRERA, M., CALDERONE, M. Training the health professional in education for sexual health. Seicus Report, 4 (March 1976). p. 1.
6. EGRY, E.Y. O docente de enfermagem no ensino da sexualidade humana: ação educativa através da pesquisa participante. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1985.
7. _____. Opiniões de graduandos de enfermagem sobre algumas práticas sexuais. Rev. Esc. Enf. USP, n. 19, v. 1, 1980, p. 55-73.
8. ELDER, M.S. The unmet challenge ... Nurse counseling on sexuality, Nurs. Outlook, n. 18, 1970, p. 38-40.
9. ELLIS, A. Sexo sem culpa e sem medo. São Paulo:Ed. Papervivros, 1960. Tradução Hamilton Marques.
10. FELIZARI, G.M.C. Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, n. 11, v. 2, jul. 1990, p. 12-19.
11. FISHER, S. O orgasmo da mulher. São Paulo:Ed. Manole, 1978. Tradução Urias Corrêa Drantes.
12. FLANDRIN, J.L. O sexo e o ocidente. São Paulo:Ed. Brasiliense, 1988. p. 152-159. Tradução Jean Progin.
13. FLOR, E. Comportamento do pessoal de saúde diante das manifestações sexuais do paciente. Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetrícia Social da UNIVALI. Itajaí, SC. 1989.
14. FREUD, S. O futuro de uma ilusão e sexualidade feminina. Rio de Janeiro:Imago Ed., 1974.

15. GAY, P. A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud: a educação dos sentidos. São Paulo:Ed. Schwarcz Ltda, 1988. Tradução Per Salter.
16. GIKOVATE, F. Sexo e amor. 5. ed., São Paulo:M.G. Ed. Associados, 1984. p. 55-59.
17. GOODECHILD, R. Amor e sexualidade - perguntas e respostas. São Paulo:Círculo do Livro, 1984. p. 59-69. Tradução Margarida D. Black.
18. GREGERSEN, E. Práticas sexuais: a história da sexualidade humana. São Paulo:Roca Ltda., 1983. Tradução Antônio A.T. Serra e Edison Ferreira.
19. GREGOR, Thomas. Mihinaku men an women: a sociology of Marriage, sex and affection. In: Anxious Pleasures, 1987.
20. GUÉRIN, Danil. Um ensaio sobre a revolução sexual. São Paulo:Ed. Brasiliense, 1980. Tradução Carlos Eugênio Marcondes de Moura.
21. HAMMOND, C.D. Teaching sexual marital and contraceptive couceling. In: ABSE, D.M. Marital, sexual couceling. In: Medical Practice, 2 nd. Londres:Harpes, 1974, p. 462-473
22. HITE, S. O relatório Hite. São Paulo:DIFEL Difusão Ed. S.A., 1976. p. 61-126. Tradução Ana Cristina Cesar.
23. KAHN, F. A nossa vida sexual. Rio de Janeiro:Civilização Brasileira, 1948. p. 64.
24. KAPLAN, H.S. O desejo sexual. Rio de Janeiro:Nova Fronteira, 1983. p. 36-37. Tradução Áurea Weissenberg.
25. KARDINER, A. El individuo y su sociedad. México:Fondo de Cultura Econômica, 1965, p. 23-132.
26. KITZINGER, S. A mulher e o sexo. Rio de Janeiro:Interamericana, 1985. p. 77-86. Tradução A. Cabral.
27. KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. Manual de medicina sexual. São Paulo:Ed. Manole, 1982. p. 14-17. Tradução Dr. Nelson Gomes de Oliveira.
28. LADAS, A.K.; WHIPPLE, B.; PERRY, J.D. O ponto G. Rio de Janeiro;Record, 1982. Tradução Miécio Araújo Jorge Honkis.
29. LANGER, M. Maternidade e sexo. Porto Alegre:Artes Médicas, 1981, p. 130-133. Tradução Maria Nastrovsky Folbere.
30. LIEF, H.I. e PAINE, T. Sexuality - knowledge and altitudes. Am. J. Nurs., New York, n. 75, v. 11, nov. 1975. p. 2026-2029.
31. LORENZ, O. Sexualidade da mulher, antes do casamento. Opiniões de alunas universitárias. Acta Paulista de Enf., n. 3, v. 2, jun. 1990. p. 64-67.

32. LOWEN, A. Prazer - uma abordagem criativa da vida. São Paulo:Círculo do Livro, 1990. p. 216-217. Tradução Ibanez de Carvalho Filho.
33. LUBER, T.P. Sexualidade das enfermeiras, correlação do conhecimento, atitudes e comportamentos. Tese de Doutorado, Escola de Saúde Pública de Tulane, 1979.
34. MAGENITY, J. A plea for sex education in nursing curriculauns. Am. J. Nurs., n. 75, v. 7, Jul. 1975, p. 971.
35. MASTERS, W.H. e JOHNSON, V.E. A conduta sexual humana. 3. ed. Rio de Janeiro:Civilização Brasileira S.A., 1979. p. 145-161. Tradução Dr. Dante Costa.
36. MEAD, M. Adolescência e cultura em Samoa. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1961. p. 51-76.
37. _____. Male and female: a study of the sexes in a changing world. New York:Morrow & Company, 1949. p. 130-192.
38. _____. Sexo y temperamento. Buenos Aires:Editorial Paidós, 1961. p. 21-130.
39. MEYER, J.K. Tratamento dos distúrbios sexuais. São Paulo: Ed. Manole Ltda., 1977. p. 4-7. Tradução Urias Corrêa Arantes
40. MIMS, F.S. Sexual health education and core meling. Nursing Clinics of North America, n. 10, v. 3, 1975. p. 519-528.
41. MUNJACK, D.J. e OZIEL, L.J. Sexologia - diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro:Atheneu, 1984. p. 35-37. Tradução Dra. Vera Ribeiro.
42. MURARO; R.M. Sexualidade da mulher brasileira. Rio de Janeiro:Ed. Vozes Ltda., 1983, p. 92-96.
43. OTTO, H. The new sex education. Chicago:Follet Publishing Co. 1978.
44. PATRÍCIO, Z.M.; BORENSTEIN, M.S. e ELSEN, I. Compreendendo questões de saúde e deoença de adolescentes de família acoriana - sexualidade e reprodução. Rev. Gaúcha de Enf., Porto Alegre, n. 12, v. 2, Jul. 1991, p. 11-18.
45. PEREIRA, A. Dicionário da vida sexual. São Paulo:Nova Cultural, v. 4, 1987. p. 386-387.
46. RAJNEESH, B.S. Tantra - sexo e espiritualidade. São Paulo: Agora Ltda., 1977. p. 43-59. Tradução Carlos Eugênio Marcondes de Moura.
47. REICH, W. A função do orgasmo. 16. ed. São Paulo:Brasiliense, 1990. p. 94-99. Tradução Maria da Glória Novak.
48. _____. A revolução sexual. Rio de Janeiro:Zahar Editora, 1977. Tradução Ary Blaustein.

49. ROSALDO, M.Z. e LAMPHERE, L. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro:Ed. Paz e Terra, 1979. Tradução: Cila Anker e Rachel Gorenstein.
50. SAFFIOTI, H.I.B. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. Rio de Janeiro:Ed. Vozes, 1979.
51. SANTANA, M. da G. A equipe de enfermagem frente à sexualidade do paciente no ambiente hospitalar. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
52. SCHUSTER. Nursing practice in human sexuality. In: The Nursing Clinics of North America, Sept. 1982. p. 345-349.
53. SILVA, A.C. A sexualidade humana comparada a fundamentos bio-antropológicos da terapia sexual. Rio de Janeiro: Achiamê, 1970. 134 p.
54. VALENSIN, G. Dicionário sexual. São Paulo:IBRASA, 1976. p. 205. Tradução J. L. César.
55. VITIELO, N. Sexologia II. São Paulo:Ed. Roca, 1976. 216 p.
56. WERNER, Dennis. Variação cultural na sexualidade humana. Rev. Sexus, set./out./nov./dez. 1990. p. 15-22.
57. WHIPPLE, B. e GICK, R. A holistic view of sexuality education for the health professional. Clinical Nursing, n. 1, v. 4, 1980. p. 90-91.
58. WILLY, A. e col. Sexo e vida. São Paulo:IBRASA, 1964. p. 147-149. Tradução José Geraldo Vieira.