

Orgasmo: querer e poder.

Orgasm: wish and power.

Ana Paula Veiga

consultoriodepsicologia@gmail.com

RESUMO

Muito tem sido falado sobre ele, mas pouco tem sido sentido. Confusão entre sensação e sensacionalismo. A idéia que passa é que as pessoas continuam com as próprias vidas, mas mergulhadas em dúvidas em torno do orgasmo. Palavra que demanda tradução, que peca pela subjetividade, que tanto preocupa. Fonte de prazer e mistério. Origem de inesgotáveis questões, angústias e noites bem ou mal dormidas. Esse artigo destina-se a todos aqueles, homens, mulheres e profissionais da área da saúde, que se preocupem com tal questão. É objetivo refletir e sensibilizar para a importância, de forma real e não apenas didática, de um trabalho sério, focado na mulher, que depois de tantas conquistas, merece um pouco de prazer sexual e conhecimento sincero dos seus mecanismos e respostas sexuais. Este trabalho desenvolve algumas idéias a respeito do orgasmo. Levanta-se aqui alguns breves conceitos sobre uma disfunção feminina bastante conhecida e, não sem tempo, estudada ultimamente: a anorgasmia. Como a gestalt-terapia vê o ser humano em constante mudança e movimento, acredito que muito tem a contribuir em relação a esta temática.

Palavras-chave: terapia sexual; sexo; orgasmo.

ABSTRACT

Lots have been said about it, but it has been felt quite little. Confusion between sensation and sensationalism. The idea that comes across is that people continue with their daily lives, but drowned in doubts about the orgasm. Word that demands translation, because of its subjectiveness, and that worries a lot. Fountain of pleasure and mystery. Origin of unexhaustable questions, concerns and well or badly slept nights. This article is destined to all those, men, women and health professionals, who concern about this question. It is the objective to reflect and to sensetize to the importance, in a real and not only educational manner, of a serious job, focused on the women, who after so many conquers, deserves a little bit of sexual pleasure and sincere knowledge of its mechanisms and sexual answers. This work develops some ideas about the orgasm. It is arisen, here, some brief concepts about a very well known feminine malfunction and, despite delayed, recently studied: anorgasmic. As Gestal-therapy watches the human being in constant change and movement, I believe it has a lot to contribute with this thematic.

Keywords: sexual therapy; sex; orgasm.

INTRODUÇÃO

Muito se tem dito sobre a nova mulher. Nasce junto com ela a possibilidade de desejar, de constituir-se numa vivência sexual. e que tanto no terreno privado como no público, suas conquistas falam de direitos até então reservado aos homens. O direito ao sexo é uma dessas conquistas, mas, como todas, tem um preço, que inclui um novo enquadramento social onde, na maioria das vezes, mente e corpo podem funcionar um contra o outro.

Dessa forma, é preciso entender a dimensão histórico-social da expressão sexual, já que para trabalhar com sexualidade é preciso adentrar a cultura, a realidade social e histórica e entender, como levantaram Heiman e LoPiccolo (1992), que seja qual for a circunstância, todas as mulheres apresentam necessidades emocionais de proximidade, intimidade, afeição e gratificação sexual.

Não é raro ver mulheres que se dividem entre o querer e o ser 'bem vista ou falada'. Muitas querem ostentar uma posição mais liberal, na qual podem admitir seus desejos. Poucas assumem, outras, ainda que assumam, ficam preocupadas no dia seguinte ('O que será que ele vai pensar?'). Algumas preferem esquecer o assunto e vivem a *realidade* retratada pela televisão como sua melhor e mais perversa companhia.

Esse retrato tem a ver com as gerações anteriores que norteiam os valores sociais atuais. Conforme salientou Silva (1989), competia à mulher a formatação da vida privada pra que pudesse ser respeitada. Dessa forma, fazia parte da feminilidade a não valorização do ímpeto sexual – privilégio masculino, devendo até abdicar do sexo, contanto que não prejudicasse a formação familiar. Deste modo, a falta de orgasmo era coisa mais do que cotidiana: era normal, uma reação natural da mulher de bem.

Hoje, numa época de menor discriminação sexual (será?), elas podem se conscientizar do lugar que já ocuparam e lutar por um espaço mais atual. Produtora e consumidora, depois de ter sido decomposta em objeto de decoração e sem opções, atualmente, percebe a cobrança imposta pela performance. É preciso enfrentar fantasia e certeza, sem imitações, numa tentativa de atenuar o abalo da ausência do orgasmo, uma vez que para a mulher é muito difícil não unir a sexualidade com o contexto em que ela vive. Assim, pode-se até articular que o órgão sexual mais respeitável é o cérebro, ou seja, o que acontece da barriga para cima tem muita relação com aquilo que ocorre da barriga para baixo.

Para pensarmos nesse contexto, precisamos ampliar tal debate. É preciso entender, de acordo com Jurberg (1996), que a sexualidade é contida desde o nascimento, e de repente ela precisa ser eficaz. Antagônicas são as emoções corporais, já que a educação pede que as mantenham escondidas, vez que a repreensão fez-se

presente ao tocar em partes íntimas, conseqüência de um desencorajamento para falar sobre a sua anatomia e funcionamento.

Dessa forma, de acordo com Masters e Jonhson (1981), não é surpresa que a anatomia sexual seja origem de angústia, culpa, dificuldade, mistério e curiosidade, e ao mesmo tempo consiga ser fonte de prazer.

Articulações acerca do orgasmo

Hoje já se sabe que o orgasmo independe da região que o desencadeia, podendo ser provocado pelo estímulo de qualquer região do corpo. Mas houve um tempo em que se acreditava existirem dois tipos de orgasmos: o clitoriano e o vaginal. Freud (1856), o precursor de tal idéia, nas primeiras décadas do século passado, afirmava que toda a mulher tem inveja do pênis e que existe uma analogia estrutural entre tal órgão e o clitóris. Assim, o orgasmo clitoriano seria uma revelação da inveja feminina não resolvida. Ao amadurecer, ela desistiria de tal ambição, passando a reconhecer a sua condição, transferindo o foco do clitóris para a vagina.

Tal teoria, percebida como verdade, apenas foi rebatida quando Kinsey (1954), por meio de estudos, garantiu que a sensibilidade feminina não se desloca, uma vez que mulheres que tinham o orgasmo vaginal, também tinham o clitoriano, embora a recíproca não seja verdadeira e o primeiro não substitua o segundo. Nos anos 60, Silva (1989) ressaltou que tornou-se evidente que o orgasmo, independentemente da procedência, é um único processo, sediado no sistema nervoso central, para o qual as áreas do clitóris ou da vagina funcionam como via de acesso. Percebeu-se, conforme Kinsey já havia levantado, que a mulher, dentro dos parâmetros fisiológicos, é capaz de ser multiorgásmica.

E dessa forma que a mulher deixou de ser a guardiã dos valores puritanos para ser sujeito de outra compulsão: o orgasmo, antes proibido, passou a ser obrigatório. E mais: antes no singular, agora deveria ser plural. Silva (1989) afirma que a mesma sexualidade que antes era fonte de inadequação por existir, acabou desajustando por não existir. O sexo quase proibido transformou-se, num piscar de olhos, em sexo quase obrigatório.

O que se percebe atualmente é uma busca descontrolada pelo orgasmo, que passou a ser o objetivo da relação, esquecendo-se o prazer do próprio relacionamento. Busca-se um formato sexual que tem um acordo decisivo com o orgasmo final, e com a penetração como forma de obtê-lo. Praticar sexo, porém, é uma escolha; ter prazer, uma possibilidade. Sexo e intimidade são muito mais do que ato sexual e orgasmo. Essa obrigatoriedade infundada na busca do *prazer-gozo* e não pelo prazer de estar vivenciando tal situação, tira a mulher do contato com a relação, passando a ser mera espectadora, vivendo uma falsa liberdade de sentir um orgasmo que nunca chega como esperado.

Os filmes e outros programas que passam na TV, conforme lembra Johanson (2003), exibem orgasmos excepcionais. As mulheres supõem que esse é o jeito. Ficam tão preocupadas em representar que não lembram que alguns outros orgasmos podem ser mais sutis e ainda assim agradáveis.

É assim que as disfunções nascem: pela inquietação da cobrança em ter o que a cultura estabelece como regulamento. As disfunções, de acordo com Silva (1989), retratam a transformação do sexo: de origem de prazer em fonte de obrigações, de direito em dever, de auge das sensações em culpa pelo fracasso.

Por muitos anos, para Berman e Berman (2003), ficou absorvida a idéia de que se a mulher fosse capaz de ter relações sexuais sem dor, não havia nenhum tipo de problema. Aliado a isso, o fato da educação sexual ter ficado de lado nas universidades, não se tornando parte da educação e treinamento dos profissionais da área de saúde, potencializou o problema.

Além disso, não é possível esquecer que, como colocado por Silva (1989), por muito tempo, o orgasmo masculino, senão ressaltado, tem sido protegido como condição reprodutiva - característica vista inclusive nas fases mais repressivas da História que, conservando o desprezo pelo prazer, ainda assim estimulavam a ejaculação. Na mulher, o orgasmo, em virtude de ser sensação que em nada coopera para a fecundidade, pode ser rotulado como libertinagem, ou seja, nada além do prazer carnal que a tradição judaico-cristã rejeitou.

De qualquer forma, por estarmos familiarizados com a realidade de hoje, o nosso conjunto de idéias pode parecer ser 'o' correto, como por certo ocorria aos puritanos no século XIX, quando supunham que mulheres ajustadas não indicavam desejo sexual. De acordo com Berman e Berman (2003), em grande parte do século XX, médicos não reconheciam as doenças sexuais das mulheres, classificando-as como psicológicas ou emocionais. Ainda hoje, em nossa era supostamente esclarecida, podemos ficar indignados ao ouvir descrições que fazem com que elas tenham como verdade que o que as acontece é normal, que podem resolver a questão sozinhas.

É assim que podemos entender, como apontado por Silva (1989), que o que despertou o interesse no diagnóstico e na ampliação de táticas clínicas não foi a falta de orgasmo por si, mas a sua ausência num momento como este, quando se acredita que ele é indispensável para a equilíbrio emocional das pessoas e do relacionamento.

Mitos e conceitos equivocados sobre o orgasmo, ou melhor, sobre a sexualidade de forma geral, sempre estiveram presentes em nossa cultura, onde a mulher deveria ser um ser assexuado, sem desejo, sem tesão, à disposição do outro, aceitando o que lhe fosse oferecido. A mulher deveria se dedicar aos afazeres domésticos e à criação dos filhos – talvez numa tentativa de canalizar a energia sexual. No ponto de vista de Silva (1989), sexo era uma doação ao marido, meio de gerar gravidez e, mais tarde, uma maneira de impedir que ele buscasse fora os encantos que o casamento prometia.

Ou seja, antes, a relação sexual tinha como objetivo a satisfação do homem. Hoje, apesar de muitos tabus sexuais terem sido derrubados e da mulher poder ter mais liberdade sexual, ainda é grande o número delas que sofrem na cama.

Vale indicar que nem mesmo a anatomia sexual feminina é inteiramente conhecida e entendida. Conforme apontaram Berman e Berman (2003), apenas em 1998 uma urologista australiana, Helen O'Connell, anunciou que o clitóris é duas vezes maior e mais complexo que o usualmente estudado nos textos médicos.

Conceito

É importante perceber, conforme foi ressaltado por Heiman e LoPiccolo (1992), que o orgasmo, há apenas alguns poucos anos, não era considerado importante para o prazer sexual feminino, ainda que uma mulher sem orgasmo fosse considerada 'frígida', com transtornos intensamente arraigados em sua personalidade, sendo necessário tratamento de uma psicoterapia prolongada. Somente na década de 60 apareceu um novo molde, impulsionando uma idéia hipersexual. Com tal exigência, para se sentirem sexualmente ajustadas, as mulheres passaram a esperar orgasmos instantâneos, e de preferência múltiplos.

Porém, muitas vezes, o orgasmo pode ser uma percepção difícil de descrever. Há quem não consiga identificar tais sensações, outras que por vezes sentem algo que podem chamar de orgasmo e aquelas que em situação dúbia não sabem se pode denominar como orgasmo o que foi percebido. Com o homem, de acordo com Silva (1989), essa distinção fica mais clara já que há uma espécie de declaração perceptível, conectando o orgasmo a sensação da ejaculação. Assim, gozo, orgasmo, ejaculação e prazer baseiam-se numa condição interligada.

A anorgasmia é a dificuldade em atingir o orgasmo, mesmo que haja interesse sexual e todas as outras respostas satisfatórias para a realização do ato. Reconhecida desde o início do século XX, foi sugerida por diversos nomes, com diversos pesos sociais, dependendo do sexo e do momento ideológico. Ocorre com freqüência entre as mulheres – estudos indicam que seria entre 50 e 70% dos casos [1], - e se dá quando se aproveita as carícias e se excita, mas algo a bloqueia no momento do orgasmo, transformando a relação sexual em sexo sem prazer, quando, na grande maioria dos casos, é difícil se envolver eroticamente com o parceiro.

É fato que as reações orgásmicas, tanto no homem quanto na mulher, enquanto processos neuropsíquicos, possuem virtualmente as mesmas características. As diferenças das reações sexuais ocorrem no nível dos aparelhos genitais: tanto nos homens quanto nas mulheres, o orgasmo envolve uma atividade contrátil não voluntária de músculos estriados e lisos, quando nas mulheres produzem contrações uterinas e vaginais expulsivas e, de modo não tão explícito como acontece com os homens, movimentos também expulsivos na uretra.

As mulheres negam a ausência do orgasmo como uma forma de defesa. Assim, mentem, fingindo um prazer que não existe. Tal comportamento deve ser repensado, pois ao fingir (para si própria), a mulher está se privando da obtenção de um prazer e da possibilidade de desvendá-lo por completo. É preciso ter claro que o orgasmo não é um presente para o parceiro. E nem algo que determine a virilidade masculina. Dessa forma, se o distúrbio está apenas incomodando o parceiro, não se pode pensar numa disfunção sexual feminina.

Mas segundo Silva (1989), uma distinção presente na personalidade dessas mulheres é a inclinação de refrear as emoções, manifestando um nível exagerado de controle com os próprios sentimentos (incluindo o sexo) que não chega a ponto de comprometer o interesse sexual, mas obstrui vôos mais altos da tensão sexual, comprometendo a capacidade orgástica. Tal controle se apresenta em outros campos da vida, que não só a sexualidade, explicitando-se como modelo de controle social, pelo grau de equilíbrio e competência em contornar conflitos. O oposto, todavia, também pode ser verdadeiro, relacionando-se a pessoas com grande explosividade em outras áreas da vida, quando a irritabilidade seria decorrência dos conflitos acumulados.

É preciso entender, conforme ressaltaram Heiman e LoPiccolo (1992), que o orgasmo não é um componente destacado da sexualidade, estando condicionado à excitação sexual. Mas experimentar a própria sexualidade pode estar atrelado ao quanto a mulher se percebe à vontade consigo, com suas idéias sobre sexo e sobre homens e mulheres. A transformação deriva da descoberta de novas formas de pensar e de sentir, e de poder se acostumar com essas idéias.

Por outro lado, conforme levantado por Johanson (2005), é preciso desfazer a fantasia de que a mulher precisa de um orgasmo toda vez em que faz sexo. O receio de que se transformem em histéricas faz com que se esqueça de que algumas vezes ela é capaz ter relações, sentir-se bem com isso, aproveitar a ocasião, o toque, o afago e ser capaz de sentir prazer com o fato de ver o parceiro satisfeito. Cabe à esfera masculina a alternativa de se libertarem da pressão de levá-las ao orgasmo sucessivamente. Ou seja, os homens precisam se libertar e libertar as mulheres dessa pressão também: ela não precisa improvisar uma cena e os dois podem aproveitar melhor. Há mais no sexo do que o orgasmo.

Etiologia da Anorgasmia

Dentre os fatores que levam a tal quadro, destaca-se de forma praticamente integral os aspectos psicossociais. A questão orgânica tem baixa relevância, ficando em torno de 5% dos casos.

Psicossociais: falsas crendices, falta de informação, tabus, religião, medo de ser abandonada ou engravidar, experiências traumáticas, falta de intimidade com o próprio corpo e/ou com o parceiro, envelhecimento, culpa, ansiedade, depressão, tensão corporal, educação sexual castradora, insatisfação corporal, baixa auto-estima, dificuldade do cotidiano, entre outros.

Orgânicas [2]: algumas doenças, uso imoderado de álcool ou drogas psicoativas e dores na relação.

Outras causas dizem respeito à má-formação congênita - que pode impedir o acesso ao clítoris -, hipertrofia dos pequenos lábios – que pode encobrir o acesso à vagina-, entre outras.

Em algumas ocasiões, o diagnóstico diz respeito a uma dificuldade do relacionamento ou algum impedimento na comunicação, ou ainda quando o parceiro não é capaz de excitar a mulher ou tem questões sexuais próprias.

Há de se ter cuidado para não se basear em critérios por vezes fundamentados em um formato de sexualidade masculina, aplicados à mulher. Assim, ao utilizar como critério o tempo de excitação capaz de levá-la a desfrutar o orgasmo, é preciso entender de quanto tempo essa mulher precisa para se sentir excitada, lembrando-se que homens e mulheres funcionam em tempos diferentes. Porém, de qualquer forma, há uma grande dificuldade em ter o tempo como referencial, por ser meramente subjetivo.

Também é preciso ter cuidado no encaixe da relação que essa mulher constitui. Ainda pensando em termos do tempo, se o da ejaculação masculina for curto (como acontece na ejaculação precoce ou mesmo sem que haja um quadro desse, mas quando a ejaculação é considerada como o ponto final da relação sexual) o conceito fica turvo, pois a parceria feita com um homem que tenha ejaculação precoce pode originar uma anorgasmia. Isto não ocorre, porém, quando o orgasmo dele não é entendido como condicionante do tempo dela, possibilitando à mulher tempo satisfatório para atingir o orgasmo.

Tratamento da Anorgasmia

A 2ª Guerra Mundial, de acordo com Silva (1989), teve como resultado a independência crescente feminina. Da clitoridectomia terapêutica [3] no final do século XIX, cobrou-se o orgasmo. Assim, a ideologia terapêutica transformou-se totalmente: basicamente da extirpação do sexo (século XIX) para a problematização do sexo (século XX) e, por fim, de causa de problemas, a sexualidade converteu-se em perfeição a ser exercida. O tratamento que inicialmente tendia à supressão absoluta da sexualidade, modificou-se na procura pela realização sexual.

Talvez seja válido acrescentar que as mulheres sentem muito desconforto, e até um certo medo, no primeiro momento, quando optam por buscar um profissional especializado. Vale saber que essa é uma reação normal, e até esperada. Geralmente não se fala de sexo de forma aberta em qualquer ambiente, e muito menos em consultórios. É tarefa do terapeuta deixar a mulher à vontade, sabendo da necessidade de respeitar os limites em tal contato.

De qualquer forma, no trabalho da disfunção orgásmica, o enfoque principal é a disfunção, devendo-se fazer uma leitura do conflito, a fim de saber se existe alguma dificuldade emocional ou psicológica, ou se o problema é físico.

O objetivo é combater a ansiedade existente, desmistificando crenças falsas, e trabalhando os aspectos psicológicos que não permitem um completo funcionamento corporal. Assim, a proposta é que a mulher possa canalizar de maneira satisfatória os estímulos sexuais, aperfeiçoar o foco de atenção em tais estímulos e restringir as fontes de ansiedade que possam concorrer com o sexo. Para isso, propõe-se que a mulher tome ciência dos seus impulsos sexuais, de modo a ajudá-la, sem a

obrigação do orgasmo, a liberar emoções e a viver a espontaneidade de sentir prazer.

Para tanto, segundo Silva (1989), faz-se necessário utilizar três vertentes: diminuir o limiar de tolerância à excitação, que nesses casos são excessivamente elevados; progredir, conforme seja aceitável, a qualidade dos estímulos positivamente excitantes e limitar possíveis origens de ansiedade, consciente ou não, que possam competir com a excitação, 'roubando' um pedaço da emoção sexual.

Para tanto, a psicoterapia pode estar baseada numa terapia individual, terapia de casal ou, ainda, o conjunto dos dois processos.

A terapia individual objetiva criar condições para ampliar o autoconhecimento e possibilitar o prazer consigo, a partir de um aprendizado sobre como é construído tal sintoma. Ou seja, o que esse quadro tem a contar sobre a pessoa, sobre a sua forma de funcionar na relação e com o meio. É na terapia, portanto, que se revêem falsos conceitos e se fornece orientação, possibilitando novas perspectivas, admitindo-se sua associação a exercícios e, muito raramente, ao uso de medicação.

O trabalho deverá envolver, segundo Junior (1995), desde problemas fáceis de serem tratados até aqueles que demandam formação mais específica. Os que podem ser considerados como mais fáceis, falam da necessidade de reestruturação cognitiva e apropriada orientação sobre as realidades da sexualidade. Essa fase diz respeito às situações principiadas após um momento de normalidade, ou que sejam situacionais, além de problemas decorrentes da aprendizagem – percepções equivocadas sobre a sexualidade. Uma segunda classe sugere informação adequada de outros elementos especializados, abrangem aqueles que têm procedência no relacionamento conjugal ou sempre existiram na vida pessoal. Muitas vezes, implica na terapia de casal, avaliando o desenvolvimento do problema sexual.

Solicita-se, de acordo com Berman e Berman (2003) uma impressão relativa ao desejo sexual, à habilidade de se excitar, ao nível de lubrificação, à qualquer percepção na área genital durante o ato sexual e sensação de entorpecimento, à capacidade de atingir o orgasmo, à qualquer tipo de dor que possa notar no momento do ato sexual, ao nível de satisfação com a relação, à forma como é estimulada e aos sentimentos de intimidade emocional durante o ato sexual. É essencial, além de investigar sobre a questão presente, ter conhecimento sobre cirurgias anteriores, doenças passadas, histórico ginecológico e obstétrico, além da história familiar. As experiências da primeira infância também podem ter um encadeamento sobre a sexualidade na vida adulta. É bom checar questões relacionadas à infância e adolescência, assim como a atitude dos pais, a própria atitude em relação ao sexo enquanto a mulher crescia e as experiências sexuais anteriores.

Muito freqüentemente, durante o tratamento, a mulher passa a ter maior curiosidade sobre o próprio corpo. Faz-se importante que ela se conheça, se toque, saiba do que gosta e o que não lhe agrada. E, essencialmente, pedir ao parceiro que a "acenda".

É importante que o parceiro se comprometa com o crescimento sexual da mulher, porém, como levantado por Heiman e LoPiccolo (1992), o apoio dele pode ajudar, mas não é fundamental para que ela progrida.

A terapia de casal objetiva facilitar a comunicação do mesmo, além de mediar um conhecimento maior sobre o funcionamento da relação, ajudando a descobrir, entre outros fatores, de que forma o casal se perde em sua vida cotidiana, e como isto se reflete na dinâmica sexual.

A superação de um quadro como esse leva ao aprendizado e ao autoconhecimento, provocando transformações além da sexualidade. Como afirmam Heiman e LoPiccolo (1992), o desenvolvimento sexual não se sintetiza em uma cadeia de passos ou técnicas que apontam uma finalidade. É um procedimento que abarca todo o sujeito, com seus costumes, pensamentos e emoção, e com seu corpo. Atingir o orgasmo é elemento de um processo de crescimento que dura a vida toda.

O tratamento de qualquer disfunção sexual deve ser acompanhado por um profissional que possua conhecimentos dos mecanismos da resposta sexual, assim como os seus estágios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERMAN, Jennifer; BERMAN, Laura (2003) *Só para mulheres*. Rio de Janeiro: Record.

JOHANSON, Sue (2005) *ABC do sexo*. São Paulo: Editora Seoman.

JUBERG, Marise Bezerra. *Sexualidade infantil: inexistente, real ou virtual?*, IN *Scientia sexualis: revista do mestrado em sexologia*. Rio de Janeiro: Editora Central da universidade gama Filho, 1995

JUNIOR, Oswaldo M. Rodrigues. *O psicólogo no trabalho com a sexualidade*, IN JUNIOR, Oswaldo M. Rodrigues. *Psicologia e Sexualidade*. São Paulo: Editora Medsi, 1995

MASTERS, Willian; JOHNSONS, Virginia (1981) *O relacionamento amoroso: segredos do amor e intimidade sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

SILVA, Araguari Chalar (1989) *Terapia do sexo e dinâmica do casal*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.

[1] De acordo com pesquisa recente realizada pelo Instituto Kaplan - Centro de Estudos da Sexualidade Humana de São Paulo - a cada 100 mulheres que buscam tratamento, 70 afirmam que não conseguem ter orgasmos.

[2] Por mais que estejamos assistindo uma mulher que sustente um problema médico ou fisiológico, para Berman e Berman (2003), ela pode estar suportando há tanto tempo que a questão pode já ter atingido o que ela experimenta a respeito do seu corpo e de si própria. Como resultado, seu relacionamento passa por outra uma crise, deixando que os problemas físicos piorem.

[3] Sir Isaac Brown Baker era o responsável, segundo Silva (1989) pela realização pioneira de um procedimento cirúrgico que tinha o propósito de suprimir a capacidade de estimulação sexual do clitóris.