

TRABALHOS DE PESQUISAS

ORGASMO FEMININO: PREVALÊNCIA DE CRENÇAS ERRÔNEAS EM PERNAMBUCO, BRASIL

Rógerson Tenório de Andrade¹; Ricardo Cavalcanti²; Vilma Maria Da Silva³

FEMALE ORGASM: PREVALENCE OF SUPERSTITIONS IN PERNAMBUCO, BRAZIL

Resumo: Este estudo avaliou a prevalência das crenças errôneas relacionadas ao orgasmo feminino em pacientes do Estado de Pernambuco, Brasil. 166 indivíduos foram submetidos a questionário que investigou as características sociodemográficas e as crendices e superstições relacionadas ao orgasmo. Em sua maioria foram pacientes do sexo feminino, naturais do Recife, com bom nível de escolaridade, casados e católicos. Em média 49% dos entrevistados não sabiam como responder aos questionamentos ou optaram pela resposta relacionada à crendice. A crendice de maior prevalência foi sobre a intensidade do orgasmo, em que 66,2% dos pacientes acreditavam na afirmação: “Quanto mais demoradas as preliminares mais intensos serão os orgasmos”; e o questionamento que apresentou maior percentual de dúvida foi: “Existem dois tipos diferentes de orgasmos: o vaginal e o clitoriano”(26%). Concluímos que existe uma alta prevalência de crenças errôneas na população estudada, indicando que intervenções educacionais relacionadas ao ensino da sexualidade devem ser propostas.

Palavras-chave: orgasmo; feminino; sexologia; educação; crenças errôneas

Abstract: This study evaluated the prevalence of beliefs and superstitions related to female orgasm in patients from Pernambuco, Brazil. 166 individuals responded a questionnaire which examined the sociodemographic characteristics, beliefs and superstitions related to orgasm. Were mostly female, originating from Recife, well-educated, married and catholic. On average 49% of patients did not know how to answer the questions or opted for superstition response. The most prevalent superstition was related to intensity of orgasm, where 66.2% of patients believed that: “With more prolonged foreplay orgasms are more intense”; and the issue of greatest doubt was: “There are two different types of orgasms: vaginal and clitoral” (26%). We conclude that there is a high prevalence of beliefs in this population indicates that educational interventions related to sexuality should be proposed.

Keywords: orgasm; female; sexology; education; wrong beliefs

¹Mestre em patologia pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE) – Brasil; Pós-graduando em Sexologia Clínica Lato Sensu – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil. E-mail: rogeronandrade@gmail.com

²Médico e antropólogo; coordenador da Pós-Graduação em Sexologia Clínica Lato Sensu – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil. E-mail: ricardocavalcanti@uol.com.br

³Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil; médica do Departamento de Qualidade de Vida da Universidade Federal Rural de Pernambuco – Recife (PE), Brasil. E-mail: vilminha.msilva@gmail.com

Introdução

A sexualidade é reconhecidamente importante na saúde global e no bem-estar da mulher, assim como na perpetuação das suas relações afetivas (STUDD, 2007; MULHALL, 2008). Nas últimas décadas ocorreu um crescente interesse sobre os temas relacionados à sexualidade, principalmente em função do clima de liberação sexual, tornando o aspecto prazeroso do sexo mais valorizado do que a sua finalidade reprodutiva (COLSON, 2006; STUDD, 2007). Ainda assim, as marcas da tradição ocidental persistem em nossa cultura e podem ser detectadas pelo acentuado nível de ignorância sobre o tema (LOYOLA, 2003; LEWIS, 2004).

O ciclo de resposta sexual é um processo que decorre de uma interação entre fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais (MASTERS; JOHNSON, 1968; BASSON, 2001). Dentre os fatores ambientais, os fatores ligados aos relacionamentos interpessoais e as influências culturais (papeis de gênero, normas sexuais, tabus sociais, conflitos religiosos) são os mais importantes (LAMONT, 2012).

Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres têm alguma queixa de disfunção sexual (LARA, 2008). No Brasil, a anorgasmia acomete 26,2% das mulheres, sendo mais prevalente entre as mais jovens e menos experientes sexualmente (ABDO, 2010). Dentre as causas de anorgasmia os fatores inibitórios de ordem psicológica são os mais importantes (NAJAFABADY; SALMAN et al., 2011), mas idade, uso de drogas, excesso de trabalho, crenças religiosas, tabus ou credices sobre o orgasmo e distúrbios ginecológicos também podem afetar a função orgásmica (MAH; BINIK, 2001).

A falta de informação sobre a sexualidade, as crenças distorcidas, os preconceitos religiosos e normas sociais repressoras levam a mulher ao não aprendizado do orgasmo (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012). Os homens, principalmente aqueles com algum tipo de disfunção sexual, também nutrem alguns mitos em relação ao orgasmo feminino (LOPES; CAVALCANTI, 2007). A educação da sexualidade para uma vida sexual sem preconceitos, medos ou culpas é a melhor forma de prevenção aos perigos relacionados a essas crenças sexuais errôneas (GOODSON; CAVALCANTI, 1989).

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência das credices relaciona-

das ao orgasmo feminino em um grupo populacional e surgiu a partir do entendimento de que qualquer política de intervenção deverá se basear no nível de informações que as pessoas detêm sobre o assunto.

Métodos

Realizado estudo transversal, com amostra de conveniência, com os pacientes atendidos nos ambulatórios de ginecologia e urologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e da clínica Urologia Especializada. No período de agosto a outubro de 2013 os pacientes com mais de 18 anos e sem patologia psicológica ou psiquiátrica foram convidados a responder um questionário relativo às crenças e credices do orgasmo feminino.

O questionário era composto por 19 itens e foi baseado nos estudos de Lourenço (1993) e McCary (1978), sendo dividido em dois módulos: o primeiro com 7 questões que investigaram as características sociodemográficas e o segundo com 12 afirmações destinadas a avaliar as crenças errôneas em relação ao orgasmo.

Determinamos o tamanho da amostra em no mínimo 96 indivíduos, usando como referência a equação para o tamanho de uma amostra com base nas estimativas da proporção populacional, utilizando um grau de confiança de 95% e erro máximo de estimativa de 10% (LEVINE, 2011), mas foram registrados todos os pacientes disponíveis até o final do período de coleta estipulado no projeto.

Os dados foram computados e apresentados em tabelas e submetidos a testes estatísticos para análise descritiva com o *software* Biostat 5.0 for Windows.

O presente trabalho foi submetido e aprovado no Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer 353.826/2013). Todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e o anonimato do questionário, e assinaram o termo de consentimento ao optarem pela participação.

Resultados

Ao todo 166 pacientes responderam ao questionário, sendo 74 homens e 92 mulheres. Em sua maioria foram pacientes naturais da região metropolitana do Recife, com bom nível de escolaridade, casados e de religião católica (Tabela 1).

Tabela 1. Características Sociodemográficas.

Participantes (N=166)	N	%
Homens	74	44,6
Mulheres	92	55,4
Média de idade (DP)	40,9 (\pm 13,7)	
Procedência		
Capital (RMR)	94	56,6
Interior	72	43,4
Escolaridade		
Analfabeto	8	4,8
Fundamental	23	13,9
Médio	59	47,0
Superior		
Religião		
Católica	101	60,9
Evangélica	42	25,3
Nenhuma	13	7,8
Outras	10	6,0
Praticante	99	59,6
Não praticante	67	40,4
Estado civil		
Casado ou união consensual	97	58,4
Solteiro	56	33,8
Outros	13	7,8

N: número de pacientes; DP: desvio padrão; RMR: Região metropolitana do Recife.

Entre as afirmações destinadas a avaliar as superstições e crendices observamos um baixo nível de conhecimento entres os pacientes. Em média 11% dos entrevistados não sabiam

responder o questionamento e 38 % marcaram a resposta errada (crendice) do ponto de vista da sexologia (Tabela 2).

Tabela 2. Afirmações sobre o orgasmo feminino e seus respectivos percentuais de respostas.

	Falso	Verdadeiro	N/S
1. A mulher deve ter orgasmo em todas as relações sexuais!	44,0%	47,6%	8,4%
2. A forma da mulher obter o orgasmo é através da penetração!	75,3%	18,7%	6,0%
3. Existem dois tipos diferentes de orgasmos: o vaginal e o clitoriano!	14,4%	59,6%	26,0%
4. Nas relações sexuais os parceiros devem chegar ao orgasmo juntos!	54,2%	39,8%	6,0%
5. Para a mulher chegar ao orgasmo basta ela querer!	59,0%	33,1%	7,9%
6. O responsável pelo orgasmo da mulher é o(a) parceiro(a)!	44,0%	48,8%	7,2%
7. O orgasmo é sempre muito intenso!	46,4%	39,1%	14,5%
8. O homem e a mulher precisam do mesmo tempo para atingir o orgasmo!	77,7%	16,3%	6,0%
9. Quanto mais demoradas as preliminares, mais intensos serão os orgasmos!	20,0%	66,2%	13,8%
10. A relação sexual só é boa para a mulher se ela chegar ao orgasmo!	38,6%	52,4%	9,0%
11. Uma parte das mulheres precisa de estimulação clitoriana para ter orgasmo!	10,2%	74,7%	15,1%
12. O tamanho do pênis é importante para o orgasmo!	66,9%	20,5%	12,6%

N/S: "não sei".

Em cinco afirmativas (41,6%) as respostas consideradas crenças errôneas predominaram sobre as respostas corretas (itens 1, 3, 6, 9, 10). A crença de maior prevalência foi relacionada à intensidade do orgasmo, em que 66,2% dos pacientes acreditavam ser verdadeira a afirmativa 9 (Quanto mais demoradas as preliminares mais intensos serão os orgasmos); na afirmativa 8 (O homem e a mulher precisam do mesmo tempo para atingir o orgasmo) os entrevistados apresentaram maior percentual de acerto, com 77,7% concordando que esta afirmação era falsa; mas o questionamento em que identificamos o maior percentual de dúvida ao responder foi a afirmativa 3 (Existem dois tipos diferentes de orgasmos: o vaginal e o clitoriano) com 26% dos indivíduos não sabendo se a afirmação seria verdadeira ou falsa.

Discussão

No aspecto da sexualidade o ser humano é cercado de falsas informações e superstições, ficando envolvido em uma rede de mitos e crenças, e essas desinformações se disseminam entre os jovens principalmente pela ignorância e omissão dos responsáveis por sua educação. As crenças errôneas não estão diretamente ligadas ao nível socioeducacional e mesmo os profissionais qualificados detêm falsas concepções sobre o sexo e as transmite aos que estão sob sua influência (McCARY, 1978).

Nos achados deste estudo identificamos um alto nível de desinformação, já que em média 49% dos entrevistados não souberam responder ou optaram pela afirmativa relacionada à crença.

Nos estudos de Jablonski (1998) e Lima e Cerqueira (2008), em populações de universitários e abrangendo vários outros aspectos da sexualidade além do orgasmo, houve um predomínio das respostas relacionadas às crenças em cerca de 19% das questões avaliadas, já na nossa pesquisa as crenças predominaram em cinco das 12 afirmativas (41,6%).

Três afirmativas trataram das obrigatoriedades relacionadas ao orgasmo (1, 4 e 10). Com as mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas vem se instituindo a orgasmo-cracia, que cria a obrigatoriedade do orgasmo em todas as relações sexuais e transforma o orgasmo em sinônimo de prazer (LOPES; CAVALCANTI, 2007; CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012). Encontramos 47,6% de pessoas que

acreditam que "A mulher deve ter orgasmo em todas as relações sexuais" e 52,4% que "A relação sexual só é boa para a mulher se ela chegar ao orgasmo". O ato sexual deve ser vivenciado com prazer e existem inúmeras experiências prazerosas na relação sexual sendo o orgasmo apenas uma delas (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012). A obrigatoriedade na simultaneidade do orgasmo (afirmativa 4) esteve presente em 39,8% dos nossos questionários, o que foi superior aos achados de Jablonski, Lima e Cerqueira, respectivamente 32% e 25%, estudos esses realizados em 1998 e 2008. A ocorrência de orgasmos simultâneos não deve ser uma obrigação ou necessidade para deixar o sexo mais prazeroso e provar a harmonia do casal, sendo mais importante a cumplicidade do que a sincronia (GOODSON; CAVALCANTI, 1989; LOPES; CAVALCANTI, 2007). Vários argumentos da fisiologia sexual relacionados às diferenças de movimentos corporais entre homens e mulheres durante o ato sexual e no processo do orgasmo são contra a deflagração de orgasmos simultâneos (McCARY, 1978).

Nas afirmativas 3 e 11 questionamos sobre os tipos de orgasmos e identificamos que 59,6% dos participantes acreditam haver dois tipos diferentes e 74,7% sabiam da necessidade de estimulação clitoriana para a mulher chegar ao orgasmo. O mito da existência de dois tipos diferentes de orgasmos remonta especulações iniciais da psicanálise sobre a maturidade sexual da mulher (GOODSON; CAVALCANTI, 1989) e já foi plenamente desmistificado em vários estudos (MASTERS; JOHNSON, 1968; SHEFFEY; 1972); independentemente do estímulo deflagratório, o orgasmo tem o mesmo comportamento fisiológico, sendo a grande maioria dos orgasmos femininos atribuída à estimulação direta ou indireta do clitóris (SHEFFEY; 1972). Porém, o orgasmo também pode ser deflagrado apenas pela estimulação vaginal em 10 a 20% das mulheres (REINISCH; BEASLEY, 1990).

Jablonski (1998) encontrou que 79% dos seus entrevistados acreditavam haver dois tipos diferentes de orgasmo, e para o mesmo questionamento, Lima e Cerqueira (2008) encontraram 68% de concordância com essa afirmação. Em nosso estudo identificamos 59,6%, o que, apesar de ainda ser um percentual elevado, pode sugerir uma melhora gradual no nível de conhecimento sobre o assunto nas últimas décadas.

Ao se avaliar a intensidade do orgasmo (afirmativas 7 e 9) identificamos 39,1% de pacientes que concordaram com a afirmação de que "O orgasmo é sempre muito intenso" e 66,2% que "Quanto mais demoradas as preliminares, mais intensos serão os orgasmos". O orgasmo ocorre no clímax de uma excitação sexual crescente e sua intensidade de prazer é variável porque existe a influência de inúmeros fatores intrínsecos (emoções, sentimentos) e extrínsecos (ambiente, parceiro) (MASTERS; JOHNSON, 1968). As preliminares são fundamentais para a mulher atingir o orgasmo, contudo a intensidade do orgasmo depende do nível de excitação, do envolvimento com o parceiro e de suas emoções (CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012). Em 2005, Mah e Binik avaliaram o orgasmo de 798 pacientes e concluíram que o prazer e a satisfação obtidas com os orgasmos estavam mais relacionados com os aspectos cognitivo-afetivos da experiência da mulher com o orgasmo e com a satisfação geral no relacionamento com o parceiro.

O melhor nível de conhecimento foi encontrado sobre a afirmativa 8, que indagava sobre o tempo necessário para se chegar ao orgasmo; 77,7% acreditam que existem tempos diferentes para o homem e a mulher chegar ao orgasmo. O fato do processo fisiológico de congestão pélvica ser mais demorado na mulher faz com que, em geral, exista uma maior demora na fase de excitação no ciclo de resposta sexual, e conseqüentemente a mulher precisa de mais tempo para chegar ao orgasmo (LOPES; CAVALCANTI, 2007). Provavelmente o maior índice de concordância nessa afirmativa se deva não ao conhecimento real da fisiologia da resposta sexual feminina, mas sim a todo um conceito histórico de repressão sexual ao qual a mulher foi submetida levando ao falso consenso de que toda mulher deve ter dificuldade de chegar ao orgasmo.

Quando se avaliou as responsabilidades sobre a obtenção do orgasmo (afirmativas 5 e 6), encontramos que 59% dos pacientes sabem que para a mulher chegar ao orgasmo não basta apenas ela querer, mas a maioria dos pesquisados (48,8%) acha que o responsável pelo orgasmo da mulher é seu parceiro(a). O orgasmo é um reflexo deflagrado no auge da excitação, e por isso não há controle voluntário sobre ele, simplesmente acontece. Cada pessoa deve descobrir o que mais a excita, e o parceiro entra apenas como um facilitador

dessa excitação (LOPES; CAVALCANTI, 2007; MARZANO, 2013).

As afirmativas 2 e 12 avaliaram a necessidade da penetração vaginal e a importância do tamanho do pênis para a obtenção do orgasmo, e apresentaram um baixo percentual de indivíduos que acreditavam nessas crendices (18,7% e 20,5%, respectivamente). Jablonski (1998) estudou duas questões relativas ao tamanho do pênis: se um homem de pênis grande proporciona mais prazer em uma relação sexual, com 93% das entrevistadas respondendo que não; e se em termos de prazer proporcionado, um pênis grande exerce apenas uma função psicológica, 81% relataram que sim. Vários estudos confirmam que o tamanho do pênis não tem relação com a capacidade de proporcionar prazer (REINISCH; BEASLEY, 1990), na verdade a parede vaginal possui poucas terminações nervosas e pouco contribui no mecanismo de deflagração do orgasmo, mas um pênis de maior circunferência pode produzir um maior atrito com os pequenos lábios e tecido vestibular estimulando indiretamente o clitóris e facilitando o orgasmo (MASTERS; JOHNSON, 1968; MCCARY, 1978; CAVALCANTI; CAVALCANTI, 2012).

Como limitações do nosso estudo está que o número total de participantes não permitiu uma estratificação dos resultados por idade, sexo, escolaridade e religião, e que o fato do questionário ser autoaplicável cria um viés da interpretação do paciente sobre as afirmativas.

A educação sexual pode ser o início da prevenção de inúmeras disfunções sexuais não apenas no sentido de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou anticoncepção, mas também em um sentido mais amplo, que leve o jovem ao autoconhecimento corporal, desmistificação das crenças errôneas, tabus religiosos e melhora da comunicação interpessoal.

O estudo dos mitos e crendices presentes entre a população permite a compreensão do quadro geral e possibilita planejamento de políticas de intervenção. Com base nos dados apresentados, concluímos que existe um baixo nível de conhecimento sobre os aspectos fisiológicos relacionados ao orgasmo feminino e que há uma alta prevalência de crendices na população estudada, indicando que intervenções educacionais relacionadas ao ensino da sexualidade devem ser propostas.

Referências

- ABDO, C. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 3. ed. São Paulo: Leitura Médica, 2010
- BASSON, R. Human sex response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy*. Philadelphia. v. 27, p. 33-43, 2001.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 4. ed. São Paulo: Roca, 2012.
- COLSON, M.H. et al. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *The Journal of Sexual Medicine*. Malden. v. 3, n. 1, p. 121-131. 2006.
- GOODSON, P.; CAVALCANTI, M. Mitos, crendices e tabus sexuais. In: CAVALCANTI, R. (ed.). *Saúde sexual & reprodutiva: ensinando a ensinar*. Brasília: Artgraf. 1989. p. 243-251.
- JABLONSKI, B. Crenças e Crendices Sobre Sexualidade Humana. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. v. 14, n. 3, p. 209-218, 1998.
- LAMONT, J. (ed.). Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Vancouver. v. 34, n. 8, s. 2, p. 15-25, 2012.
- LARA, L. A. S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro. v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.
- LEVINE, D. et al. *Estatística: teoria e aplicações usando Microsoft Excel em português*. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.
- LEWIS, R. et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. Malden. v. 1, n. 1, p. 35-39, 2004.
- LIMA, M. C. P.; CERQUEIRA, A. T. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. v. 32, n. 1, p. 49-55, 2008.
- LOPES, G.; CAVALCANTI, R. *Como tratar ejaculação precoce*. Rio de Janeiro: Medbook, 2007.
- LOURENÇO, L. M. *Crenças e crendices sobre a sexualidade humana*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, Universidade Gama Filho, 1993.
- LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 19 n. 4, p. 875-899, 2003.
- MAH, K.; BINIK, Y. The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical psychology review*. Atlanta. v. 21, n. 6, p. 823-856, 2001.
- MARZANO, S. F. Os mitos do orgasmo. Disponível em: <<http://www.Sylviamarzano.com.br/site/0207/p/OS%20MITOS%20DO%20ORGASMO>>. Acesso em: 23 de outubro de 2013.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V. *A conduta sexual humana*. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MCCARY, J. L. *Mitos e crendices sexuais*. São Paulo: Manole, 1978.
- MULHALL, J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *The Journal of Sexual Medicine*. Malden. v. 5, n. 4, p. 788-795, 2008.
- NAJAFABADY, M. T.; SALMANI, Z.; ABEDI, P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak. *Clinics*. São Paulo. v. 66, n. 1, p. 83-86, 2011.
- REINISCH, J. BEASLEY, R. *The Kinsey Institute new report on sex: What you must know to be sexually literate*. Nova York: St. Martin's Press, 1990.
- SHEFFEY, M. J. *The nature and evolution of female sexuality*. Nova York: Random House, 1972.
- STUDD, J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. *Gynecological Endocrinology*. Pisa. v. 23, n. 12, p. 673-681, 2007.