

## CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SEXUALIDADE: UM INSTRUMENTO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER, EM NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

*Olga Regina Zigelli Garcia<sup>1</sup>, Laura Cristina da Silva Lisboa<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Doutora em Ciências Humanas. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: zigarcia@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: enflislaura@gmail.com

**RESUMO:** Trata-se de um artigo no qual as autoras, entendendo a sexualidade como um componente da saúde e fundamentadas no relato de sua experiência profissional como enfermeiras, a partir da docência em enfermagem no contexto da atenção primária em saúde, apresentam a consulta de enfermagem em sexualidade. Ao longo do texto buscam demonstrar a importância da apropriação do conhecimento desta temática para a atuação profissional do enfermeiro em nível de atenção primária à saúde. Concluem que aprofundar-se no estudo da sexualidade humana, em especial a feminina, é uma das demandas na formação e atuação de profissionais enfermeiros. Este aprofundamento possibilita um cuidado em atenção primária comprometida com as necessidades de saúde da população, em especial, as necessidades de saúde da mulher, em consonância com o que é preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para enfermagem.

**DESCRITORES:** Sexualidade. Enfermeiro. Saúde da mulher. Atenção primária à saúde.

---

## NURSING CONSULTATION CONCERNING SEXUALITY: AN INSTRUMENT FOR WOMEN'S NURSING HEALTHCARE AT THE LEVEL OF PRIMARY HEALTHCARE

**ABSTRACT:** Understanding sexuality as a component of health and based on their professional experience as nurses and professors in the context of nursing at the primary healthcare level, the authors present a nursing consultation concerning sexuality. Throughout the paper, they seek to show the importance of appropriating knowledge in this field for the professional practice of nurses at the primary healthcare level. They conclude that deepening the study of human sexuality, especially female sexuality, is one of the demands in the education and practice of nurses. Deepened understanding in this field enables nurses to provide primary healthcare congruent with the population's health needs, especially women's health needs, in line with what is recommended by the National Nursing Curricular Guidelines.

**DESCRIPTORS:** Sexuality. Nurse. Women's health. Primary health care.

---

## CONSULTA DE ENFERMERÍA EN SEXUALIDAD: UN INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA SALUD DE LA MUJER EN ATENCIÓN PRIMARIA

**RESUMEN:** Este es un artículo en el que los autores, comprenden la sexualidad como un componente de la salud, basado en la experiencia y la enseñanza de enfermería en el contexto de la atención primaria de la salud, presentes en las consultas de enfermería la en sexualidad. En todo el texto se busca demostrar la importancia de la propiedad del conocimiento de este tema para la práctica profesional de las enfermeras en la atención primaria a la salud. Se llega a la conclusión de que profundizar en el estudio de la sexualidad humana, en especial con mujeres, es una de las demandas en materia de formación y desempeño de las enfermeras profesionales. Esto permite además un cuidado en la atención primaria comprometidos con las necesidades de salud de la población, en particular las necesidades de salud de las mujeres, en línea con lo recomendado por las Directrices Curriculares Nacionales para la Enfermería.

**DESCRIPTORES:** Sexualidad. Enfermera. Salud de la mujer. Atención primaria de salud.

---

## INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, em consequência da chamada “revolução sexual”, vivemos em uma época de liberação onde muitas normas, mitos e tabus em relação à sexualidade vêm sendo superados e/ou desconstruídos. Vivemos um incessante estímulo à expansão do desejo sexual e à busca da liberdade individual. Vários saberes sobre a sexualidade são a cada dia mais socializados. É possível afirmar que a sexualidade é um assunto em evidência e todo este contexto forma, na modernidade, “dispositivo da sexualidade”\*,<sup>1:244</sup> em uma relação dinâmica, em constante movimento, entre a desconstrução e a construção de saberes, normas e valores.

Apesar da importância que adquiriu a sexualidade humana no mundo moderno, há que se considerar que existe uma escassez de bibliografia sobre esta temática e sua relação com a enfermagem que fundamente a prática assistencial no atendimento das queixas relativas à sexualidade, cada vez mais frequentes, em nível de atenção primária. Logo, debater o tema em trabalhos científicos permitirá que as deficiências apresentadas na graduação de enfermagem sejam mais bem compreendidas no que tange ao tema e à qualidade da assistência prestada.<sup>2</sup>

Ao se fazer uma breve retrospectiva, pode-se perceber que na década de 70, já chamava atenção a formação de enfermeiros despreparados,<sup>3</sup> quase completamente, na área do comportamento saudável, e aos estudantes era 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 humano no currículo de enfermagem é prejudicial, uma vez que o enfermeiro enfrentará situações desta natureza posteriormente, pois “a exclusão dessa área, é uma falha dos professores de enfermagem, pois não responde às reais necessidades do cliente e do público”.<sup>3:78</sup>

Também, na mesma época, uma pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1973, revelou que os currículos de enfermagem possuíam um enfoque que traduzia a essência holística como discurso teórico dos educadores, todavia, a prática profissional continuava negando este discurso. Continuava-se, segundo este estudo, passando para o aluno a mensagem de que o ser

humano é importante em todos os seus aspectos, menos na área sexual. A tendência, portanto, parecia ser a negação desse aspecto.<sup>4</sup>

Na década de 80 constatava-se que a resistência normalmente apresentada, por alguns professores de enfermagem, em incluir no currículo do curso, conteúdos de sexualidade, era devido à falta de conhecimento ou informação sexual na sua própria educação. Por outro lado, quando a sexualidade era incluída nas disciplinas curriculares, geralmente encontrava-se associada às doenças, de acordo com o modelo médico tradicional, ao invés de uma abordagem mais holística.<sup>5</sup>

Note-se que estas constatações acerca do ensino da sexualidade na enfermagem referem-se às décadas de 70 e 80. No entanto, as dificuldades apontadas àquela época, persistem no contexto atual. Somente em 2000 vamos encontrar, na bibliografia norte-americana, o livro denominado “Saúde Sexual – Fundamentos para prática”,<sup>6</sup> no qual as autoras, duas enfermeiras, reconhecem que o conhecimento da sexualidade humana se constitui em um elemento-chave para o cuidado de enfermagem e a assistência à saúde.

No Brasil de hoje, século XXI, a situação é bem semelhante à descrita nas décadas de 70 e 80. Se analisarmos os currículos das escolas de enfermagem e de medicina, veremos que muito pouco, ou quase nada, fala-se sobre sexualidade nos conteúdos programáticos. Nas disciplinas do ciclo básico dos cursos de enfermagem e medicina, nos quais a sexualidade poderia ser enfocada, a ênfase recai apenas no aparelho reprodutor masculino e feminino, ou seja, no processo de reprodução. Não existe orientação, de modo sistemático, em relação à abordagem do paciente quanto às questões de natureza sexual na formação do enfermeiro. A discussão sobre o tema, durante a formação, aparece isolada e casualmente nos programas do curso de graduação, onde o tema é debatido por iniciativas individuais ou de um grupo. Por outro lado, a universidade vem enfatizando, cada vez mais, a importância de o cliente ser atendido de forma holística, devendo ser percebido como indivíduo. Faz-se, portanto, necessário que o planejamento da assistência de enfermagem seja singular e inclua o aconselhamento na esfera da sexualidade,<sup>7</sup> o que significa dizer que esta temática deve obrigatoriamente fazer parte da formação do profissional enfermeiro.

\* É um conjunto decididamente heterogêneo, que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, em suma, o dito e o não dito sobre a sexualidade.<sup>1:244</sup>

Destacamos que no novo currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a temática da sexualidade e sua correlação com o cuidado de enfermagem é abordada em 36 horas/aula, na disciplina de Estudos Interdisciplinares III – Corpo, Gênero e Sexualidade, o que, sem dúvida, caracteriza um avanço e também pioneirismo no ensino da enfermagem brasileira.

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

Este déficit de conhecimento dos profissionais da saúde sobre sexualidade humana resulta da centralização da orientação profissional nos aspectos biológicos da sexualidade, o que, em um efeito circular, acaba reforçando uma visão biologicista do tema. Uma deficiência de formação na temática da sexualidade faz com que a maioria dos profissionais de saúde se omita, ao invés de atuar como facilitadores. Muitas vezes, por preconceito, desconhecimento e necessidade de impor valores, esses profissionais acabam se comportando como agentes destrutivos (iatrogênicos).<sup>9</sup>

Este cenário demonstra que os profissionais ainda estão longe de uma preparação para discutir esse tema com as clientes. Inseguros para trabalhar com a sexualidade das mesmas privam-nas de cuidados adequados, incorrendo, inclusive, em ação iatrogênica. “Entre as iatrogenias sexológicas no atendimento à mulher encontram-se: menosprezo e reforço da dificuldade sexual feminina; fornecimento de informações sem bases científicas; sugestão de separação ou de relacionamento extraconjugal; uso de placebo; uso de androgênios sem critérios; sugestão de colpoperineoplastia para melhora do desempenho sexual e relacionamento pessoal com a paciente”.<sup>10:70</sup>

Em nossa experiência, supervisionando alunos na consulta de enfermagem à mulher, na rede básica de saúde, durante a realização do exame preventivo cérvico-uterino e de mama, ou consulta de pré-natal ou ainda de planejamento familiar, é comum, nas mulheres atendidas, o aparecimento de queixas relacionadas à sexualidade, além do desconhecimento sobre resposta sexual humana, anatomia e fisiologia feminina e questões relacionadas à sexualidade e gênero, entre outras. Frente a essas queixas, percebeu-se

o quanto a prática assistencial no cuidado à saúde da mulher é permeada por questões relacionadas à sexualidade, o que levou a necessidade de buscar o aprofundamento do conhecimento nesta temática.

Diante deste cenário, para atender à lacuna existente no campo das relações entre sexualidade e assistência à saúde da mulher, foi defendida, em 1991, por uma docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, uma dissertação de mestrado intitulada “Orgasmo feminino – da expressão ao início da compreensão”, na qual buscou-se o entendimento do orgasmo feminino na visão dos autores e autoras (pesquisadores) e das mulheres por eles estudadas.<sup>11</sup> Como consequência desta pesquisa, novos estudos foram sendo desenvolvidos, dando origem a um projeto de extensão universitária iniciado em 1992, no qual são atendidas mulheres e, por muitas vezes, seus respectivos parceiros, em consultas de enfermagem, nas quais são enfocadas as questões pertinentes às vivências da sexualidade.

Em 2007, a mesma docente concluiu o Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas, tendo como área de concentração, Estudos de Gênero, dando origem à tese intitulada “Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero”, que teve por objetivo analisar os relatos sobre práticas sexuais de mulheres, obtidos através das 357 consultas de enfermagem em sexualidade, por ela realizadas.<sup>12</sup> O percurso acadêmico desta docente nos estudos da sexualidade da mulher proporcionou um acúmulo de conhecimentos que nos leva a afirmar que as mulheres enfrentam dificuldades para viverem uma vida sexual prazerosa, na medida em que vivenciam as contradições existentes entre as informações que recebem, as comparações que escutam, os mitos que circulam, as representações que assumem como verdadeiras, a reprodução de conceitos e valores e as angústias do exercício sexual, quando não têm atendidas suas necessidades sexuais concretamente sentidas e desejadas.

Entendendo que uma vida sexual prazerosa é uma dos pilares da saúde, sendo, portanto, um dos objetos de trabalho do enfermeiro, e sabedoras da escassez de bibliografia que fundamente uma prática assistencial nesta temática, foi desenvolvida a consulta de enfermagem em sexualidade, em nível de atenção primária de saúde. A seguir passamos a apresentar a referida consulta, com o objetivo de instrumentalizar o enfermeiro para o atendimento das queixas em sexualidade, em nível de atenção primária à saúde.

## A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SEXUALIDADE

Importante esclarecer que a consulta em sexualidade, que passamos a descrever, foi concebida e fundamentada na experiência profissional e nos conhecimentos na temática da sexualidade e se utiliza de instrumentos da consulta de enfermagem, tais como: histórico de enfermagem, levantamento de problemas (diagnóstico de enfermagem) e plano assistencial (conduta). Ela não é estática, é dinâmica, ou seja, pode ter itens acrescentados e/ou suprimidos, de acordo com a necessidade de cada caso atendido. O referencial teórico a ser utilizado é de livre escolha do profissional.

A primeira consulta leva em média duas horas. Nela, uma vez investigado o motivo da demanda, a cliente é esclarecida de que a consulta é absolutamente confidencial, recebe garantia de sigilo das informações e é feito um contrato verbal através do qual ela é orientada sobre a necessária “invasão da privacidade” e da importância de detalhar todos os aspectos perguntados, para que seja possível o estabelecimento da relação de ajuda. A partir deste procedimento é feito um histórico (anamnese) da vida prévia da mulher, desde o nascimento até o momento da consulta.

Do histórico devem constar, além da data da consulta, os seguintes itens a serem levantados junto à cliente: idade, procedência (urbana ou rural), escolaridade, estado civil, religião, idade da primeira relação sexual, motivo da consulta, constelação familiar, modo de criação em casa (carinhos, toques, visão do corpo nu), jogos e brincadeiras na infância relacionados à sexualidade, percepção de si como ser sexual, religião e sexualidade, masturbação antes e depois do início da atividade sexual, início da atividade sexual com penetração, vida sexual subsequente, vida sexual atual (comunicação das necessidades, masturbação, conhecimento do corpo, iniciativa sexual, preliminares, orgasmo, mitos e tabus), descrição de uma relação sexual atual, percepção em relação à sua sexualidade, percepção do que seja orgasmo e vida sexual na conjugalidade. A partir do levantamento desses aspectos, é feito, juntamente com a cliente, um diagnóstico, primeiramente, do que é problema para ela, e na concepção dela e, em um

segundo momento, é elaborado um diagnóstico de enfermagem. A ênfase do cuidado passa a ser a educação para saúde em sexualidade, no caso educação sexual, a partir das seguintes temáticas: conhecimento da anatomia feminina e masculina, fisiologia da resposta sexual humana, revisão de componentes de *scripts* sexuais<sup>13\*\*</sup> e confrontação de mitos, tabus e representações acerca da sexualidade da mulher, que interferem na sua vivência e técnicas sexuais específicas, sem cuidar diretamente, em um primeiro momento, do componente da vida sexual que originou a demanda à consulta (que os sexólogos denominariam de componente disfuncional).

É agendado o retorno quantas vezes forem necessárias, até que a cliente verbalize melhoras na sua vida sexual, ou que não tenha mais interesse em vir à consulta. O intervalo entre uma consulta e outra nunca deve ser menor do que uma semana, por entendermos ser o tempo necessário para internalização dos comportamentos (cuidados) a serem revistos. O prazo médio de atendimento a uma mesma cliente é variável. Algumas não necessitam mais do que uma consulta, outras podem necessitar de um ano de acompanhamento com consultas semanais. Em algumas situações deve ser chamado o parceiro para atendimento concomitante e/ou individualizado.

### Consulta de enfermagem em sexualidade e sexologia: aproximações e divergências

A terapia sexual tem como características essenciais o tratamento intensivo e contínuo de duas semanas e as disfunções ligadas às dificuldades relacionais. O tratamento tem duas fases distintas: coleta de dados e informações (quatro dias) com educação sensorial, e uma segunda fase, de dez dias, na qual a capacidade orgásmica deve ser plenamente restabelecida. Os pacientes ficam proibidos, durante o tratamento, de comunicar ao parceiro o conteúdo das entrevistas individuais e é proscrita a busca prematura e não gradual do orgasmo. Após o término do tratamento, os pacientes são submetidos a uma vigilância por cinco anos, a fim de avaliar as recaídas e encorajar pacientes que fracassaram a se submeter a um novo tratamento.<sup>14-15</sup>

\*\* *Scripts* sexuais são roteiros que norteiam a conduta sexual humana e se subdividem em três categorias: culturais (guias culturais que definem objetivos, objetos e relações sexuais apropriados), intrapsíquicos (desejos e fantasias moldados pelo cenário cultural) e interpessoais (definem a forma de interagir nas situações sexuais e resultam de uma combinação dos *scripts* culturais e intrapsíquicos).<sup>13</sup>

Existem pontos de convergência e de divergência entre a consulta de enfermagem em sexualidade e a sexologia, o que nos leva a afirmar que o enfermeiro não atua como sexólogo, apesar de atuar na interface com este campo. Quais são as áreas de convergência e de divergência entre a sexologia e a consulta de enfermagem em sexualidade?

A principal convergência entre essas duas práticas se dá na concordância de que a terapia sexual parte do princípio de que as pessoas com queixa tenham assimilado *scripts* inadequados, capazes de contribuir para o aparecimento dos distúrbios sexuais. Sendo assim, o procedimento utilizado para ajudar na solução dos distúrbios da sexualidade pode ser visto como uma manipulação dos *scripts* sexuais.<sup>14</sup> Os profissionais que atuam com terapias sexuais, sexólogos, psicólogos ou enfermeiros, avaliam, com cada indivíduo e com o casal, o conteúdo e o funcionamento de seus *scripts*, estabelecendo um projeto de mudança comportamental que envolve o aprendizado de novos *scripts* interpessoais e intrapsíquicos.

As divergências que distanciam a consulta de enfermagem e a de sexologia estão vinculadas à questão do diagnóstico. Na consulta de enfermagem em sexualidade só é diagnosticado um problema quando assim percebido pela cliente, em outras palavras, o que não é problema para a cliente não é problema para o enfermeiro. Não existe um tratamento intensificado com dias programados consecutivamente – o tempo de tratamento é definido pela cliente; não existe vigilância pós-tratamento, nem tampouco cobrança de retorno, se a cliente não desejar mais do que uma consulta, assim será feito; não é proscrita a busca do orgasmo, nem tampouco proibida a comunicação entre os parceiros sobre a entrevista; o atendimento não é necessariamente do casal; o foco não é a disfunção, e sim, aquilo que é relatado como problema pela cliente. Diferentemente da sexologia, na consulta de enfermagem em sexualidade, o enfoque não é uma “normalidade” a ser perseguida, nem tampouco uma patologia a ser evitada ou tratada. Não existe uma estratégia de normatização na medida em que a cliente/mulher é respeitada na sua individualidade, e em que a consulta inclui um processo de desconstrução de tabus e paradigmas relacionados ao gênero.

Para fundamentar esta última afirmação, baseamo-nos nos estudos do médico e filósofo Georges Canguilhem, que advogou uma reformulação da prática clínica da medicina. Nessas bases, o diagnóstico e o tratamento deveriam estar

calcados, sobretudo, na observação do doente, e não nas modernas técnicas de exame. A perspectiva do doente deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico.<sup>16</sup> Nesta linha de pensamento, tanto a saúde como a doença envolvem a consideração dos aspectos sociopolíticos, pois as normas orgânicas humanas variam também de acordo com o contexto social, pela mediação da relação psicossomática. A espécie humana, ao inventar gêneros de vida, inventa, também, modos de ser fisiológicos.<sup>16-17</sup>

Como visto, existem convergências e divergências entre a consulta de enfermagem em sexualidade e a sexologia, sendo assim, pode-se dizer que apesar de atuar na interface com esta última, o enfermeiro não o faz na qualidade de sexólogo. Sua atuação não é no nível da terapia (no sentido tradicional), mas sim, no terapêutico.

## A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E A SEXUALIDADE DA MULHER

Não são raros os enfermeiros e ginecologistas que, frente a um questionamento de ordem sexual, não sabem o que fazer, ou pior, sabem errado, pois, em geral, ao se formar, estes profissionais conhecem bastante a respeito de doenças e tratamentos, mas muito pouco sobre sexualidade humana. Para trabalhar com a temática da sexualidade humana é necessário que o profissional de saúde esteja bem com a sua sexualidade, conheça sobre resposta sexual humana e dote-se de um profundo respeito ético em relação à sexualidade do outro.<sup>9</sup>

Existem algumas características necessárias ao profissional para trabalhar as questões da sexualidade, dentre as quais se destacam: empatia – habilidade de entrar no quadro de referência do cliente e comunicar a sua compreensão; congruência – habilidade de ser real na interação com o cliente; aceitação incondicional – profundo respeito pela sexualidade do outro; motivação – capacidade de proporcionar um estado de predisposição à mudança; Confrontação – capacidade de trabalhar outras potencialidades do cliente e confrontá-lo com seus paradigmas; e concreticidade – capacidade de sintetizar o discurso do cliente.<sup>5</sup> A estas habilidades, há de se somar a não inferência e a atitude não julgadora, ressaltando que cada indivíduo tem o direito de definir sua própria identidade sexual e a natureza de sua plena realização sexual.

É necessário, portanto, que o enfermeiro tenha uma visão do ser humano, na qual o veja

como um todo indivisível e individualizado, com uma história de vida, inserido em um determinado contexto, fundamentado em um conjunto de crenças e valores de uma determinada cultura. Só com esta visão poderá ser elemento participante ativo no processo educativo em saúde, trilhando com a cliente, em um trabalho de parceria, o caminho do autoconhecimento na busca do seu “padrão” (com a consciência de que o padrão individual também possui variações de acordo com o processo evolutivo e as experiências de vida), em vez de um padrão externo, muitas vezes estereotipado pela literatura e/ou pela mídia, levando a sentir-se fora da dita “normalidade”.

Como profissional de saúde, entre as suas funções, o enfermeiro desempenha, o papel de “educador para saúde”. É este o enfoque que deve ter o atendimento de enfermagem em sexualidade, em nível de atenção primária. Neste nível de atenção, a assistência deve ser integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade para atender as necessidades da população. No atendimento em sexualidade, educar para saúde significa principalmente esclarecer sobre anatomia do aparelho reprodutor feminino, resposta sexual humana (feminina e masculina), autoerotização, confrontar *scripts* sexuais entre outros, desmistificando crenças e tabus que interferem no exercício da sexualidade, auxiliando as clientes no seu autoconhecimento e autocuidado, com vistas a resgatar seu potencial sexual e, conseqüentemente, seu potencial de saúde.

Durante a consulta de enfermagem em planejamento familiar, pré-natal ou preventivo de câncer cérvico-uterino e de mama, é comum o aparecimento de queixas de ordem sexual. É importante salientar, que muitas vezes, durante essas consultas, torna-se impraticável trabalhar as queixas sexuais, haja vista, que sua investigação demanda uma anamnese demorada e disponibilidade de tempo do profissional e da cliente, sendo que uma consulta em sexualidade leva, em média, uma hora e meia a duas horas. Portanto, muitas vezes, frente a uma queixa sexual, a melhor conduta é fazer um esclarecimento prévio para cliente e agendá-la para uma nova consulta, exclusivamente para tratar das queixas sexuais, com a disponibilidade de tempo necessária.

As queixas mais frequentes referem-se à “frigidez” (falta de desejo sexual ou desejo sexual hipoativo), dor à penetração (dispareunia), ausência de orgasmo (anorgasmia) e ritmo da atividade sexual e/ou desejo sexual dissonante com

o do parceiro (inadequação sexual). Todas essas disfunções podem ser classificadas em primárias, ou seja, sempre existiram; secundárias, termo utilizado quando a disfunção passou a ocorrer depois de determinado período/evento; e situacionais, quando só ocorrem em determinadas condições. É de suma importância que se investigue este dado frente a toda e qualquer queixa sexual, pois auxiliará na determinação a conduta a ser tomada com a cliente.

A falta de desejo sexual ou desejo sexual hipoativo sexual pode estar relacionada com: a) fatores hormonais: “baixos níveis de dopamina e /ou altos níveis de serotonina, hipo ou hipertireoidismo, hiperprolactinemia, baixo nível de testosterona”;<sup>10:67</sup> b) uso de medicamentos: “antidopaminérgicos, alfametildopa, antiandrogênicos, serotoninérgicos, tranquilizantes”;<sup>10:67</sup> e c) fatores psicobiológicos como a educação sexual inadequada, repressão sexual, tabus e credences, vivências destrutivas, rotinização sexual,<sup>10</sup> a inadequação sexual, a dispareunia, a anorgasmia ou ainda por motivos intrínsecos que façam com que a mulher não se permita o prazer e/ou dar prazer para o parceiro. É necessário que se faça uma investigação com uma boa anamnese para se descobrir junto com a cliente as possíveis causas.

A dispareunia é uma das queixas mais frequentes. Frente a esta queixa é importante que se investigue se ela é no início da penetração ou durante a penetração profunda. Neste último caso é preciso ainda investigar se ocorre sempre, ou ocasionalmente, dependendo da posição adotada durante o intercurso sexual. Se a dor referida for ao início da penetração, ela pode estar relacionada à ausência de lubrificação por déficit de estrogênio “comum na menopausa, no pós-parto ou após uso prolongado de anovulatórios com baixa dose de estrogênio e ou altas doses de progesterona”,<sup>10:68</sup> ou falta de preparo (preliminares que respeitem o tempo que a mulher leva para se excitar, carícias adequadas para a mulher em questão) que leve à excitação. Pode ainda estar relacionada com uma vulvite ou ainda colpíte que torne a vulva sensível e dolorida ao toque. O enfermeiro pode, nestes casos, recomendar o uso de lubrificante vaginal aquoso para todas as mulheres com esta queixa. O uso de lubrificantes não aquosos está contra-indicado, em qualquer situação, por causar danos ao condom (preservativo masculino) e/ou alteração no pH vaginal.

No caso de relato de dispareunia à penetração profunda que ocorre sempre, há de se sus-

peitar de uma provável colpíte, cervicite, câncer de colo uterino, ou outra patologia ginecológica, que irão se confirmar ou não no somatório da anamnese e do exame ginecológico, dando-se os encaminhamentos necessários. Caso se confirme qualquer uma dessas patologias, a mulher deverá ser encaminhada para consulta com ginecologista. Quando a mulher relata dispareunia situacional, que depende da posição adotada no coito, provavelmente esta é causada pela estática uterina (posição anatômica do útero e do colo) devendo ser orientada para evitar as posições que lhe causem dor, ou assumi-las consciente de que a dor não constitui sinal patognomônico. Vale ressaltar que este tipo de dispareunia pode, além de ser causada pela estática uterina, estar associada a uma patologia como as citadas anteriormente, não devendo ser descartada sua investigação.

Importante lembrar as causas psicogênicas de dispareunia, entre as quais podemos destacar: “quadros fóbicos (medo de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, câncer, dor etc), inadequação diádica (a dor se torna uma “fuga” inconsciente da relação), conflitos de identidade e papel sexual, repulsa à figura masculina e auto-punição”.<sup>10:68</sup>

A anorgasmia, chamada erroneamente também de frigidez, consiste na impossibilidade de a mulher obter orgasmo, mesmo que sinta desejo e se excite. Constitui queixa frequente das mulheres, independente da idade, escolaridade, condição socioeconômica, cultural ou estado civil. Frente a esta queixa, em primeiro lugar, é importante que o enfermeiro pergunte para a cliente o que é o orgasmo e quais reações corporais ele provoca ou deveria provocar, na concepção dela. Devem ser investigadas ainda junto à cliente as reações físicas e psicológicas que tem frente à excitação e durante o intercurso sexual. Esta investigação é muito importante, uma vez que, não é raro que o referencial de orgasmo da cliente seja o estereotipado pela mídia, ou que aprendeu em literatura, ou ainda, na busca de um padrão com outras mulheres. Algumas mulheres têm orgasmos e não o percebem porque os mesmos estão longe do padrão construído em seu imaginário.

Caso seja constatada a anorgasmia, é necessário que se explique para a cliente sobre anatomia do aparelho reprodutor e fisiologia da resposta sexual humana (utilizando para isso de recursos audiovisuais), ensinando-a a conhecer e reconhecer seu próprio corpo, assim como as suas reações através da autoerotização. Importante lembrar que,

na nossa cultura, a estimulação dos genitais pela mulher ainda é encarada como fonte de culpa e não de satisfação. Essa culpa resulta em grande parte da condenação do prazer, sem finalidade reprodutiva.

O uso de alguns medicamentos “como ametildopa, clonidina, fluoxetina, diazepam, alprazolam, clomipramina, imipramina etc, pode estar associado à inibição orgásmica”.<sup>10:69</sup> Nesses casos, a cliente deve ser encaminhada ao ginecologista para troca dos medicamentos ou ajuste de dosagem. “A incontinência urinária de esforço pode determinar anorgasmia secundária, devido à preocupação intensa de que possa ocorrer perda urinária associada ao orgasmo”.<sup>10:69</sup> É importante também que sejam feitos alguns esclarecimentos, a saber: desmistificar diferenças entre orgasmo clitoriano e vaginal, a penetração não é o único meio de alcançar o orgasmo, a estimulação do clitóris é importante e faz parte do jogo sexual, e a masturbação tem um papel terapêutico na anorgasmia.<sup>10</sup>

Conhecer o próprio corpo e experimentar prazer é muito importante para o desempenho sexual, pois essa aprendizagem leva à descoberta das zonas erógenas mais sensíveis, dos toques que excitam mais, das melhores maneiras de despertar o desejo. É muitas vezes necessário que se explique para a mulher técnicas de autoerotização e de masturbação que incluam, principalmente, a estimulação clitoriana, uma vez que muitas mulheres esperam pelo orgasmo vaginal, quando sua resposta é efetivamente clitoriana. O jato do bidê ou da mangueirinha do chuveiro sobre o clitóris, por exemplo, são estímulos que conferem a muitas mulheres, seu primeiro orgasmo. É imprescindível que a mulher saiba se dar prazer para poder obter prazer ao se relacionar com outro. Igualmente importante é auxiliar a mulher na obtenção do primeiro orgasmo, pois a partir dele, ela terá a certeza de que não é “frígida” e que na realidade não foi devidamente e/ou corretamente estimulada. A não obrigatoriedade do orgasmo, nem sua cobrança sobre o parceiro, deve ser enfatizada, pois a desobrigação e a não cobrança agem, muitas vezes, como fatores desbloqueadores disfuncionais, com o orgasmo ocorrendo de forma inesperada e espontânea.

É preciso que a mulher seja estimulada a falar de seus desejos, fantasias ou dificuldades sexuais, sem timidez ou vergonha, pois só assim o parceiro terá chance de começar a entender sua companheira e suas preferências sexuais. Só a sinceridade, livre de simulações e medos, é o caminho para o prazer.

Quando a queixa da mulher refere-se à inadequação sexual, é preciso, em primeiro lugar, descartar todas as prováveis causas das outras disfunções sexuais. Afastada a possibilidade de disfunção, há de se pensar em uma inadequação sexual ocasionada por falta de conhecimento dos parceiros sobre anatomia e zonas erógenas (principalmente a feminina) e a diferença entre a resposta sexual feminina e a masculina, no que diz respeito ao mecanismo de desencadeamento do desejo e o tempo de excitação. Muitas vezes é necessário que se explique à mulher/casal sobre anatomia e resposta sexual feminina, demonstrando através de recursos audiovisuais, como desenhos e gráficos as diferenças entre mulheres e homens, desmistificando crenças e tabus que interferem no exercício da sexualidade, auxiliando as clientes no seu autoconhecimento. É importante que se perceba que a grande maioria das "disfunções sexuais" constitui, na realidade, inadequações sexuais, onde não existe uma sintonia entre os parceiros envolvidos, respeitando o tempo fisiológico, as preferências e a cultura de cada um.

Como visto, a consulta em sexualidade envolve os aspectos multidimensionais que envolvem a sexualidade. Para abordá-los, faz-se necessário o estabelecimento de vínculo entre enfermeiro e cliente, facilitando as discussões, para que através da educação em saúde o enfermeiro crie um espaço discursivo dos aspectos relevantes da sexualidade nas diferentes etapas do ciclo vital, que envolvem, para além dos aspectos biológicos, também os sociais, culturais e psicológicos,<sup>18</sup> enfatizando que não existe um padrão de normalidade a ser seguido, e sim, uma mulher única, com sua cultura e sua história de vida que vai expressar de maneira única e particular, a sua sexualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância que adquiriu a sexualidade humana no mundo moderno aumenta a cada dia a demanda para o atendimento das queixas relativas à mesma, principalmente para profissionais que atuam na área da saúde da mulher em nível de atenção primária.

A capacitação para o atendimento das questões inerentes à sexualidade inclui também um repensar constante da prática desse atendimento e, nesse sentido, uma constante atualização é requerida para que as questões de sexualidade possam ser abordadas pelos enfermeiros, sem

reduzi-las aos aspectos biológicos e abrangendo também as percepções do corpo, o prazer/desprazer, valores afetivos e responsabilização por si, entre outros aspectos e valores emergentes relativos à sexualidade na contemporaneidade. Essa prática de enfermagem vai ao encontro do que preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem<sup>19</sup>, que enquanto elemento que norteia os conteúdos e competências do enfermeiro define seu perfil como "aquele capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes, capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano".<sup>19:37</sup>

Neste cenário, aprofundar-se no estudo da sexualidade humana, em especial a feminina é uma das demandas na formação e atuação de profissionais enfermeiros para que os mesmos possam prestar uma atenção primária comprometida com as necessidades de saúde da população, em especial, as necessidades de saúde da mulher em consonância com o preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 2008.
2. Pelá NTR, Melo AS, Santana WMS, Nhamba AL. A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. *Rev Bras Sex Hum*. 1995 Jan; 6(1):99-113.
3. Magnety J. A plea for sex education in nursing curricula. *Am J Nurs*. 1975 Aug; 7(1):197-204.
4. Mims F. Sexual health education and counseling. *Nurs Clin North Am*. 1975 Sep; 10(3):519-28.
5. Whipple B, Gick R. A holistic view of sexuality education for the health professional. *Clinic Nurs*. 1980 Jan; 1(4):90-1.
6. Wilson H, MacAndrew S. *Sexual health: foundations for practice*. Edinburgh: New York (US): Baillière Tindall, 2000.
7. Santos LV, Ribeiro AO, Campos MPA. Habilidade do acadêmico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente. *Rev Min Enferm [online]*. 2007 Jan-Mar [acesso 2011 Abr 08]; 11(1):32-5. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622007000100005&lng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000100005&lng=pt)
8. Ribeiro MO. A sexualidade segundo Michel Foucault: uma contribuição para enfermagem. *Rev Esc Enferm USP [online]*. 1999 Dez [acesso 2011 Abr

- 10]; 33(4):358-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v33n4/v33n4a06.pdf>
9. Montgomery M, Lopes GP, Noronha D. Tocoginecologia psicossomática. São Paulo (SP): Almed; 1993.
10. Trapani A. Disfunção sexual. In: Grandó LB, organizador. Ginecologia e obstetrícia: manual de terapêutica - Associação Catarinense de Medicina. Blumenau (SC): Nova Letra; 2006. p. 66-71.
11. Garcia ORZ. Orgasmo feminino: da expressão ao início da compreensão [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1991.
12. Garcia ORZ. Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero. Rev Terapia Sexual. 2009 Jan-Jun; XI(2):93-128.
13. Gagnon JH. Os roteiros e a coordenação da conduta sexual. In: Gagnon JH. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudado da sexualidade. Rio de Janeiro (RJ): Garamond, 2006. p. 111-49
14. Béjin A. Crepúsculo dos psicanalistas e manhã dos sexólogos. In: Ariés P, Béjin A, organizador. Sexualidades ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade. São Paulo (SP): Brasiliense; 1987. p. 211-35.
15. Béjin A. O poder dos sexólogos e a democracia sexual. In: Ariés P, Béjin A, organizador. Sexualidades ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade. São Paulo (SP): Brasiliense; 1987. p. 236-54.
16. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2000.
17. Bozon M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV; 2004.
18. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto Contexto Enferm [online]. 2008 Set [acesso 2012 Fev 25]; 17(3):417-26. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000300002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300002&lng=pt)
19. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES n. 3, de 7 novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.