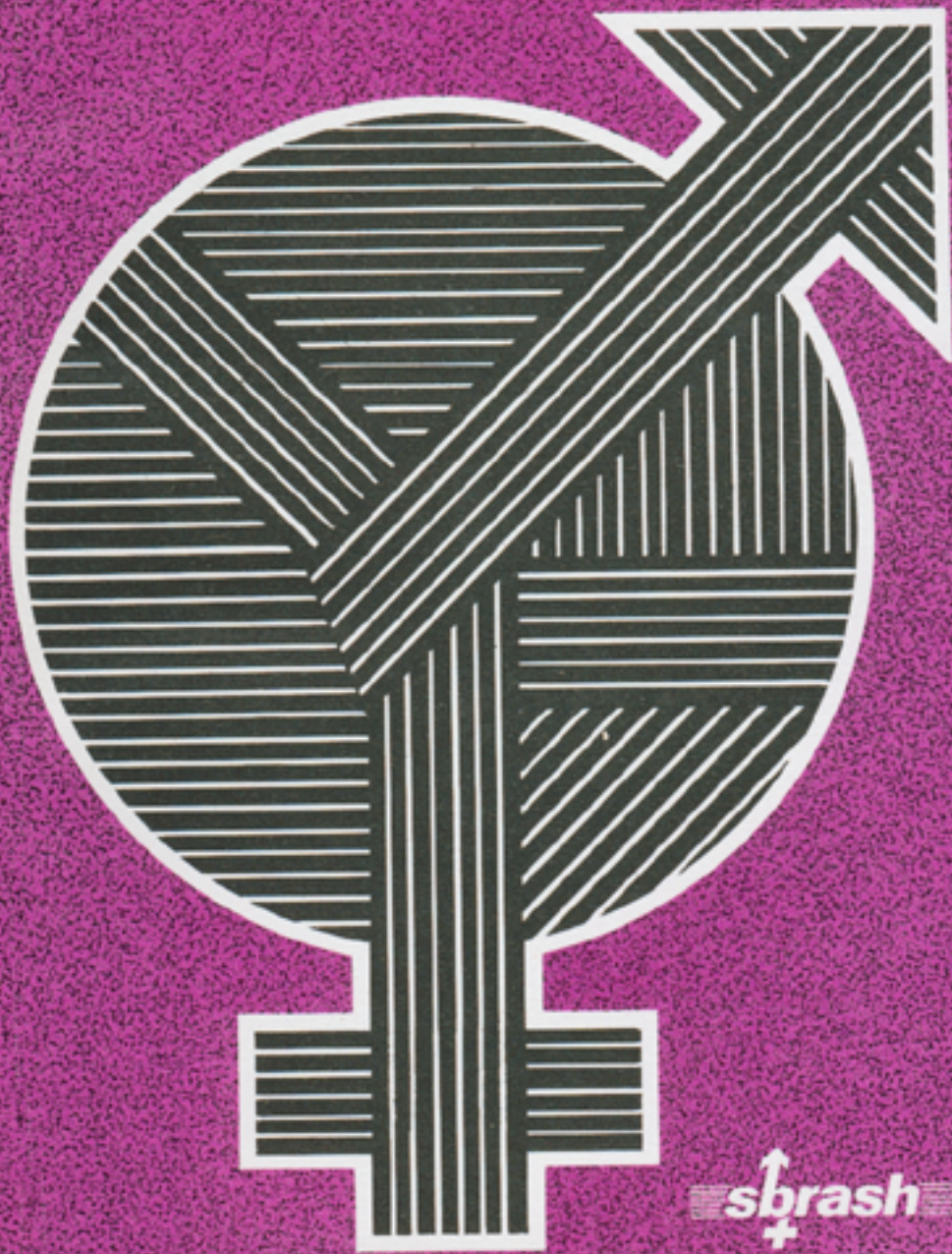


REVISTA BRASILEIRA DE

SEXUALIDADE HUMANA

VOLUME I - Nº 1 - 1990



 **sbrash**

Revista
Brasileira
de
Sexualidade
Humana

Volume 1 - n° 1 - Janeiro/Junho de 1990
Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH

Sumário

| | |
|------------------------|----|
| Editorial | 11 |
|------------------------|----|

Opinião

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Educação, Sexualidade e História | 15 |
| Roberto Sérgio Bromberg | |
| 2. A Formação Profissional e a Ética na Terapia Sexual..... | 21 |
| Mônica Rita Bueno Pugliese; Maria Aparecida Fernandes Gomes; Oswaldo Martins Rodrigues Júnior | |
| 3. A Influência dos Meios de Comunicação no Desenvolvimento da Sexualidade..... | 29 |
| Maria Helena Gouveia | |
| 4. O Promotor de Saúde | 35 |
| Ricardo da C. Cavalcanti | |
| 5. Sexualidade Humana: Uma Perspectiva Histórica | 43 |
| Mabel Cavalcanti | |
| 6. Atendimento ao Jovem Homossexual | 52 |
| Marcos G. Pragana dos Santos | |

Trabalho de Pesquisa

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Prevalência de Dificuldades Sexuais em Parceiras de Homens Sexualmente Disfuncionais..... | 75 |
| Oswaldo Martins Rodrigues Júnior; Vera Lúcia Andrade; Moacir Costa | |
| 2. Uso de Álcool entre Homens Sexualmente Disfuncionais: Prevalência e Implicações | 84 |
| Oswaldo Martins Rodrigues Júnior; Moacir Costa | |

Resumo Comentado

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. O Uso de Prótese Peniana Maleável no Tratamento da Disfunção Erétil: Um Estudo Prospectivo do Ajustamento Pós-operatório..... | 97 |
| Oswaldo Martins Rodrigues Júnior | |

Apresentação de Metodologia

1. SASEX: Um Programa Institucional Interdisciplinar de Assistência, Pesquisa e Ensino em Sexualidade Humana. José Carlos Riechelmann; Maria Salete Rodrigues; Sueli Shreier; Olga Aparecida Fortunato; Solly Bercovici; Jorge Rubin

101

Editorial

Os profissionais associados à Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana vêm, ao longo do tempo, acalentando o sonho de poder contar com um órgão de divulgação que pudesse, de maneira centralizada, divulgar pesquisas e opiniões de autores nacionais e latino-americanos. Vários óbices surgiram para o nascimento desse órgão, sendo o principal dos quais de razão econômica. Os custos administrativos e de impressão, o retraimento de anunciantes, as dificuldades de distribuição etc. fizeram com que esse sonho fosse sendo postergado.

Agora, graças a um perfeito entendimento entre a Diretoria da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH) e a Iglu Editora, surge a *Revista Brasileira de Sexualidade Humana (R.B.S.H.)*, cujo primeiro número está em suas mãos. Fruto de intenso trabalho, não pretende ser um produto acabado a ainda menos perfeito. Mudanças - para melhor - certamente virão, algumas delas, seguramente, sugeridas por nossos leitores.

Temos consciência de ser esta Revista, na forma em que está concebida (em formato de livro, sem anúncios pagos etc.), uma experiência pioneira no Brasil, mas que, em nossa concepção, tem tudo para acertar. Para isso, contamos com sua colaboração.

Planejada para ter inicialmente periodicidade semestral, pretende, no futuro, tornar-se quadri ou trimestral, talvez já a partir de 1991.

Desejamos realçar que este primeiro número, bem como, talvez parcialmente, o segundo, não se constitui em espelho exato dos trabalhos de autores de todo o território nacional. Para fazê-lo fomos obrigados a lançar mão de pedidos, por vezes insistentes, aos especialistas com quem temos maior proximidade, aos quais desejamos expressar nossa profunda gratidão pela confiança que depositaram em nosso empreendimento. Esperamos que já a partir do próximo número possamos contar com maior fluxo espontâneo de trabalhos. Aguardamos os seus.

Opinião

Roberto Sérgio Bromberg¹

A História foi uma ciência que durante muito tempo restringiu-se a contar grandes feitos. Impérios, batalhas, heróis, traidores e, acima de tudo - o terror de estudantes -, datas sempre foram marcos essenciais à descrição da evolução da humanidade. De alguns anos para cá, no entanto, vem sendo cada vez mais aceito e reconhecido o que se convencionou chamar de história das mentalidades, um novo conceito onde o cidadão e a coletividade são mais importantes que seu imperador. Características como o clima, a densidade de populações, a própria arquitetura das casas passaram a ser dados relevantes na compreensão de como chegamos a ser o que somos, de como mudam os valores e comportamentos e de como tais processos influenciam o correr do que chamamos História.

Quando relevamos a importância do ser humano comum, relevamos suas necessidades biológicas. A alimentação, o sono, as vestimentas, o critério do que é saudável transformam-se em parâmetros importantes para podermos entender determinados comportamentos. Seriam a sexualidade, o prazer, a definição de capacidade reprodutiva do bicho-homem menos importantes? Por que conceitos de beleza, erótico, tabu flutuam através de gerações e locais diferentes?

O estudo de populações isoladas, com características diversas do que convencionalmente chamamos de civilização (obviamente ocidental), trouxe espanto e despertou - e ainda desperta - curiosidade. Cultos exóticos, diferentes concepções de estrutura familiar, nudez surgiram como uma reafirmação da inocência original, uma

1. Ginecologista.
Recebido em 10/12/89

reafirmação da tese do bom selvagem, de certa forma, um retorno a Rousseau, ao paraíso perdido. A tese do homem predador lutando contra um mundo inóspito, mas mantendo sua inocência, vem reforçar a tese do herói, do mito, do condutor de civilizações perante desafios.

Mas, e se anularmos o olhar distante da civilização, o desdém da sofisticação e voltarmos o pensamento para nós próprios? Somos animais na escala zoológica, animais gregários, sempre andamos em bandos por necessidade de sobrevivência - somos animais sociais. Como se organizam os animais gregários? Existem os animais dominantes, líderes de manada, os animais discriminados por incapacidade física ou por incapacidade de dar proteção às crias. Existe a concorrência sexual, o cortejar e a conquista do outro sexo. Seriam estas características estranhas para nós? Poderíamos alegar que somos portadores de capacidades únicas, pois teríamos, pela nossa maior complexidade, diferentes necessidades e, eventualmente também por isso, desvios no que, por convenção, chamamos comportamento aceitável.

E os animais não teriam comportamentos complexos? Mamíferos machos quando perdem uma disputa de liderança são cobertos pelo vencedor em uma atitude de fêmea, para salvar a sua vida; chimpanzés masturbam-se; cães uivam para a lua; lêmures fazem marchas suicidas etc. Os exemplos são inúmeros.

Somos diferentes, sem dúvida. Conseguimos contar a História, transmitimos aprendizado, informações. Ocultamos informações. A capacidade de manipulá-las transformou-se em fonte de poder, provavelmente muito maior que o rosnar de um macho em uma alcatéia.

Os registros obtidos através dos tempos realçam o indivíduo, o mito do herói. Se desejamos um indivíduo comum satisfeito, devemos conceder-lhe a suto-estima, a capacidade de eventualmente refletir-se no mito. Como fazer isto real? Como mantê-lo dentro de limites considerados socialmente aceitáveis? Educando-o: ensinando-lhe como comer, crescer, falar, relacionar-se etc. Quando educado, o ser humano ganha limites no que chamamos aceitável em termos de comportamento. E chamamos de aceitável o que não fere nem destrutura os padrões de determinado grupo social.

Mantendo esta linha de raciocínio, indubitavelmente polêmica, podemos dizer que educação é controle e o educador, não importando o seu rótulo, exerce o poder de direcionar comportamentos, tendências. As primeiras dúvidas suscitadas então seriam, parafraseando Virgílio: Quem educa o educador? A quem serve o educador?

Quando falamos de educação sexual, estamos falando do con-

trole de necessidades básicas, de interesses e de alegações as mais variadas possíveis. Em toda a história da humanidade, os conceitos de comportamento sexual adequado variaram bastante. A ordem ou o conjunto de valores envolvidos muda conforme as situações, sempre envolvendo instituições. Problemas, tais como família, procriação, adultério, homossexualismo etc. são administrados sob diferentes formas. Sem dúvida, o permissível é uma questão de época.

SEXUALIDADE: UM PASSEIO NA HISTÓRIA

Como vivia, em termos de estruturação sexual, o cidadão de uma cidade-estado na Grécia antiga? Até a puberdade, é aprendiz em jogos esportivos, atividades culturais, tendo normalmente sua iniciação sexual, de forma passiva, com um cidadão mais velho. Púbere, tal comportamento passa a adquirir status elitizante, uma vez que a amizade somente é digna para seres do mesmo sexo e classe social. A atividade heterossexual prazerosa é praticada em casas de hetairas, responsáveis pelos bordéis refinados da época. Em casa, as relações sexuais têm fins eminentemente procriativos. A amizade homossexual é extremamente valorizada em combate. Cabe lembrar que os famosos trezentos de Esparta eram 150 casais de homossexuais masculinos. As meninas, estas são educadas a reconhecer seus dias férteis, a perceber sinais de doença em seus corpos, enfim, a esperar pelo momento adequado de procriar. Em alguns locais, são precocemente defloradas por um cidadão mais velho, no início da puberdade, a título de iniciação sexual. Em nenhum momento lhes é permitido um refinamento cultural e as poucas que conseguem se sobressair são freqüentemente de baixa camada social, que ascendendo à posição de prostitutas de alta classe (hetairas) chegam a discutir em pé de igualdade com os homens, às vezes influenciando em decisões políticas.

Com o passar do tempo, em Roma, a situação transforma-se um pouco. A matrona ganha espaço na vida comunitária. Aparecem legislações condicionando a procriação à posse da herança familiar, tentando com isso manter as propriedades nas mãos dos "legítimos" cidadãos romanos, sob pena de, na ausência de herdeiros, ocorrer uma apropriação pelo Estado. Medidas como estas tendem a revelar a existência de uma massa populacional crescente, que aparece muito discretamente nos registros históricos: os não-cidadãos, os sem-terra e sem-classe, vivendo amontoados em casebres, sem normas rígidas de comportamento, procriando sem controle, por ignorância e por necessidade de sobrevivência. Como controlar os sem-posse,

sem esperança? Neste caldeirão de culturas, que é a periferia da cidade, aparece um novo culto muito bem aceito. A ausência de propriedades, a fome, a pobreza passam a ser caminhos para a esperança de uma redenção futura. A ausência de prazer é uma meta.

O culto afirma-se, ganha força com *status* de Estado. Varando séculos a fio, o prazer é administrado, confinado à produção de filhos, proibido e execrado fora deste intuito. Assim como a gula, a luxúria também é pecado, digno de remorsos e punições; sua instigação, digna da danação eterna e da purificação pelo fogo. Controla-se a população que margeia a cidade, valoriza-se a sacramenta-se a família, órgão básico social, unidade produtora, engrenagem fundamental do Estado.

O controle sofisticava-se. Filósofos ensinam os comportamentos adequados, definem graus de insanidade, discretamente coniventes com o poder instituído. Os profissionais de saúde da época também pontificam os seus dogmas. O masturbar enlouquece, o prazer feminino é doentio e indecente, deflorar virgens é uma excelente terapêutica para doenças venéreas. Ambroise Pare, um dos pais da moderna cirurgia, em 1585, em seu livro *Monstros e Prodigios*, nos dá exemplos da teratogênese demoníaca e de como proceder para iludir incubos e súcubos. Estes profissionais, anos depois, afirmarão serem as mulheres e crianças seres inferiores, aptas ao trabalho semi-escravo que caracterizará o início da Revolução Industrial.

Felizmente, a busca do conhecimento não parou. O comportamento humano passa a ser visto como ciência. Quais são as razões da psique? Evoluímos. O que antes era pecaminoso é então reconhecido como perversão cientificamente rotulada. A danação torna-se alienação, sensu latu; a mente lúcida, moderna, transforma o pecado em doença, em desvio nocivo ao convívio social.

Mas a verdade é transitória. Reformam-se as teorias. O desejo aparece como causa de distúrbios no adulto; um comportamento cada vez mais liberal pode ser rotulado de neurose ou pode ocasionar detenção, conforme a circunstância. O que é normal? O que fazer com os indivíduos para manter-lhes a sanidade sem conturbar o meio social?

EDUCAÇÃO SEXUAL: UMA SOLUÇÃO?

Ensinar a fisiologia da resposta sexual, desmistificar a cópula, ensinar a anticoncepção. Sem dúvida, ensinando como funciona, se mostrarmos o aceitável, se adicionarmos uma pequena dose de romantismo. Pronto! Tudo é possível. Desde que haja amor. Alguém

mais desagradável lembraria das perversões. Desde que ocorram entre quatro paredes, com mútua permissão, tudo bem. Novamente nosso casal comum pode se comparar com seus ídolos e heróis. Podemos respirar, a estrutura é mantida.

As “curiosidades” relatadas no nosso passeio histórico são formas de educação sexual, cada qual à sua maneira. Em todas as épocas aparece esta preocupação. O modo de manter uma relação, com quem tê-la, a necessidade de um vínculo reconhecido e a manutenção deste, sempre foi um motivo de atenção do sistema vigente, fosse ele qual fosse. Poderes laicos, seculares, científicos disputaram (e disputam) a manutenção de dois dogmas comportamentais através dos tempos e, não raro, se coligaram para a manutenção de tais dogmas.

Será que hoje, na nossa cultura orgásmica, a importância da educação não estaria marcada pelo poder de rotular indivíduos, plasmar comportamentos? Curamos e analisamos orgasmos, mas mal conseguimos defini-los. Especialistas, que até ontem defendiam a inexistência de algo que pudesse ser chamado de perversão, hoje vaticinam o uso sistemático de preservativo para a prevenção contra a AIDS, afirmando, desta forma, que o ato sexual resume-se à penetração e nada mais. Podemos lembrar que a liberdade conhecida (por quem?) estimula o comportamento franco, desinteressado. Podemos notar também que a geração que mais desfrutou desta liberdade hoje tem postura firme contra procedimentos abortivos.

Quando ensinamos uma criança a comer não lhe ensinamos a gula; uma pessoa que toma bebidas alcoólicas não é necessariamente um alcoólatra. O obeso voraz e o alcoólatra refletem alterações de comportamento mais profundas, reflexos de uma insatisfação do indivíduo com o meio a consigo próprio.

Quando educamos, emancipamos. O indivíduo emancipado, quando em meio que não o acompanha, torna-se aberrante, conflitante. Logo, o esclarecimento não deve ser dirigido somente a um indivíduo, mas sim a uma coletividade. Se perseguimos a utopia do ser emancipado integralmente, por que não pensar grande e imaginarmos todo um meio emancipado, saudável e integrado? Reich apostou nessa idéia nos primórdios da Revolução de 1917; frustrou-se depois. Seria esta sociedade perfeita, compatível com nossos antecedentes biológicos? Não sabemos.

Sem dúvida, um processo de educação é necessário. É importante lembrar que ainda somos seres pertencentes a uma escala zoológica, que vivemos em sociedades estratificadas, com diferentes graus de compreensão e de liberdade. Hoje convivem, às vezes em uma mesma cidade, Grécia, Roma e Europa do passado, não raro com os mesmos mitos e tabus. Devemos lembrar que o papel de edu-

cadores sempre serviu a uma instituição maior que, de certa forma, os. manteve e apoiou. Devemos, sem dúvida, perseguir a emancipação, mas tendo em mente que, se servimos a algo, que este algo seja maior que uma instituição, que seja o ser humano como um todo, pois caso contrário estaremos correndo atrás da utopia, do lugar nenhum.

A Formação Profissional e A Ética na Terapia Sexual **2**

Mônica Rita Bueno Pugliese¹
Maria Aparecida Fernandes Gomes²
Oswaldo Martins Rodrigues Júnior³

RESUMO

PUGLIESE, M. R. B.; GOMES, M. A. F.; RODRIGUES Jr., O. M. A formação profissional e a ética na terapia sexual. *R. B. S. H. 1(1): 1990.*

O bom senso no atendimento aos pacientes com queixas de disfunções e dificuldades sexuais prevalece, igualando-se ao comportamento profissional eticamente desejável entre os profissionais atuantes na área.

A postura profissional ética é adquirida através de formação acadêmica específica. Aqueles que estudam e mesmo procuram se desenvolver no trabalho na área da sexualidade, apesar de conhecerem as técnicas utilizadas em Terapia Sexual, mostram-se deficientes quanto ao conhecimento da complexidade da personalidade humana e do como se trabalhar profissional e terapeuticamente nesta área, sendo necessário o desenvolvimento do respeito profundo ao ser humano como um todo.

Questiona-se uma possível regulamentação e um código específico para o terapeuta sexual através de uma entidade comum aos profissionais do trabalho em sexualidade.

Unitermos: terapia sexual, ética profissional.

1. Bacharel em Psicologia, membro do Centro de Estudos de Sexualidade Humana, do Instituto H. Ellis.

2. Bacharel em Psicologia, membro do Centro de Estudos de Sexualidade Humana, do Instituto H. Ellis.

3. Psicólogo, psicoterapeuta sexual do Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade; professor assistente de Psicologia Geral e Teorias e Técnicas Psicoterápicas II e supervisor do curso de Orientação Sexual de Adolescentes das Faculdades São Marcos.

Trabalho desenvolvido para a cadeira de Ética Profissional do curso de Psicologia das Faculdades São Marcos.

Recebido em 19/2/90

Aprovado em 2/3/90

SUMMARY

PUGLIESE, M. R. B.; GOMES, M. A. F.; RODRIGUES Jr., O. M. Ethics in sex therapy and professional skills. R. B. S. H.1(1): 1990.

The common sense in the work with sexual complaints is used by professionals in the field replacing the desirable professional ethical behavior guidelines as it would be to any profession.

College graduation or post-graduation in mental health is needed to lead to adequate cognitive information, skills and ethics for sex therapy and/or psychotherapy for sexual problems.

Professionals without specific college or post-graduation training in psychotherapy although might have adequate knowledge in sex therapy techniques, may lack knowledge and skills to treat the human personality as a whole, which will get to a respect to the human being.

The possibility of an ethical policy and an entity that would rule the field is discussed.

Uniterms: sex therapy, ethics.

INTRODUÇÃO

Etimologicamente, ética (do grego "ethikos") significa modo de ser ou caráter adquiridos e/ou conquistados pelo homem, estabelecendo na conduta humana os conceitos de *bem* e de *mal*, numa determinada sociedade em determinada época.

Estando a ética implícita no cotidiano, por envolver as relações humanas, esta adquire um valor fundamental, principalmente para os profissionais que lidam com o comportamento humano, em especial para as áreas socialmente mais melindrantes que envolvem estruturas contraditórias e, no entanto, fortemente estabelecidas, a exemplo da sexualidade humana.

Este trabalho visa discutir o modo de atuação dos terapeutas sexuais, enfocando a ética profissional e a formação acadêmica: pré-requisitos para a formação do terapeuta sexual; parâmetros de atuação a serem seguidos; possível regularização específica e órgão normativo.

Ressalta-se a especificidade do trabalho psicoterapêutico, pela unicidade do setting terapêutico, com a manutenção da privacidade do cliente/paciente também na terapia sexual.

O TRABALHO EM SEXUALIDADE E A ÉTICA

Para se atingir o estágio atual de conhecimento no campo da sexualidade humana, muito contribuíram as pesquisas realizadas por historiadores e antropólogos, revelando as diversas facetas do comportamento e das instituições relacionadas ao sexo, em diferentes épocas e locais (Ellis, 1936; Gregersen, 1983).

Hoje, em nome dos tempos modernos, através de um maior acesso às informações e do desenvolvimento da tecnologia, profundas e generalizadas modificações ocorreram, principalmente na esfera da sexualidade, onde surge o movimento sobre o repensar de valores e preconceitos do indivíduo a/ou da cultura em que se está inserido.

Pensadores voltados para questões existenciais têm mostrado a inutilidade de se tentar impor normas universais e padronizadas de formas de atuação do ser humano, sobretudo no que se refere à sexualidade. "... pois ninguém é o caso particular de uma lei geral, cada pessoa é um universo singularíssimo e irrepetível, toda experiência é uma criação individual que deve ser respeitada em sua peculiaridade e em sua liberdade de ser diferente. E se isso vale para outros níveis, no nível sexual torna-se ainda mais verdadeiro: o perfil erótico de cada um conjuga elementos individuais de experiências vividas, imaginação, gosto, sensibilidade, disposição física, traços psicológicos, padrões estéticos etc..." (Pessanha, 1981, p. IV).

Se enquanto indivíduo de uma sociedade apta à democracia temos o direito de fazer prevalecer nossas diferenças, seja do ponto de vista econômico, social ou cultural, por que não ter o direito às diferenças pessoais no tocante à sexualidade?

Porém, não podemos esquecer que esse mesmo indivíduo com direito às diferenças em qualquer nível de sua existência é o mesmo que procura o profissional com o pedido de ajuda. Até onde se encontra o direito do profissional de querer padronizar uma conduta sexual, partindo de um único ponto de vista, julgando ser a mais, ou única, saudável ao cliente/paciente com queixas sexuais?

Em resposta a esta pergunta, que põe em jogo uma série de convicções pessoais do psicoterapeuta, consulta-se o Código de Ética Profissional dos Psicólogos (CFP, 1987), artigo 2º, alínea "e", das proibições: "... é vedado induzir a convicções políticas, filosóficas, morais ou religiosas, quando do exercício de suas funções profissionais."

Então, torna-se claro que a atuação dos terapeutas sexuais encontra-se enfocada, principalmente, no auxílio ao exorcismo de infundados temores e tabus, fazendo com que o indivíduo necessitado

de ajuda assuma, de modo consciente e responsável, suas peculiaridades frente à sexualidade. No entanto, a terapia sexual não é uma abordagem onde se faz a indicação de exercícios padronizados do comportamento sexual; nem se trata apenas de uma transposição do que se encontra escrito em livros para os pacientes (se assim o fosse, venderíamos livros a não sessões de psicoterapia). Anti-ética é esta imposição. Ética é a utilização de técnicas numa abordagem geral e humana do paciente.

Ressalte-se que as entrevistas de psicólogos atuantes na área comparadas a de outros profissionais sem formação acadêmica na área de saúde mental (não psicólogos e não psiquiatras), mas que atuam no campo da sexualidade, permitem a reflexão sobre se a ética profissional se trata de um comportamento adquirido a/ou imposto nos bancos escolares superiores em área específica do conhecimento humano, ou se é inerente ao ser humano na atuação profissional com respeito adequado ao paciente/cliente. O profissional que se desenvolveu sob restrita supervisão ética, direcionando-se ao trabalho em sexualidade com a consideração pelo paciente, tende a não cometer atos anti-éticos, enquanto que aqueles sem a devida formação acadêmica em muitos aspectos fogem do compromisso ético ao qual obviamente não se encontram submetidos e com o qual não se compromissaram.

Outro ponto de importância ética, no campo da atuação em sexualidade, é o da indicação de uma conduta terapêutica. Por ser uma área socialmente delicada do comportamento humano, envolvendo ética moral e social, e devido a uma necessidade do paciente em não se expor em suas deficiências sexuais, por considerar uma ignomínia (principalmente no que diz respeito ao homem portador de disfunção erétil), muitos pacientes são conduzidos a acatar tratamentos inadequados. Estes tratamentos vão desde uma medicação, geralmente inofensiva a de potencial efeito placebo, até cirurgias indesejáveis, passando por várias formas de psicoterapia, muitas vezes alienantes, que se estendem por três ou quatro anos, até que o paciente dela se canse e desista, continuando sua procura de tratamento (Rodrigues Jr. e cols., 1988a, b; Rodrigues Jr., 1989).

CONCLUSÕES

A psicoterapia voltada para a sexualidade é uma das vertentes da Psicologia que está a cada dia expandindo-se mais. Porém, apesar da rápida expansão que vem tendo esta fatia do trabalho psicoterapêutico, não existe um código de ética específico, tampouco existe

no *Código de Ética Profissional dos Psicólogos* (classe específica de psicoterapeutas) algo que seja especificamente dirigido a esta linha de atuação. Ainda está para ser elaborada uma ética adequada e dirigida para a terapia sexual⁴.

Partindo-se da etimologia da palavra ética (modo de ser ou caráter, adquirido ou conquistado pelo homem), na profissão do psicólogo, assim como em tantas outras, tem a função de estabelecer parâmetros para o trabalho profissional. Acredita-se que tais leis servem como um referencial profissional, apesar de se perceber que o que prevalece é o bom senso e o respeito pelo ser humano.

Seria de grande proveito para a classe dos profissionais que trabalham na área de sexualidade humana que estes fizessem reuniões freqüentes, onde pudessem ser discutidas as várias técnicas e teorias que se enquadram mais diretamente ao trabalho a que se propõem e à necessidade da regulamentação de uma entidade de classe que represente e, de certa forma, fiscalize os parâmetros éticos envolvidos neste campo de trabalho tão delicados⁵.

Nota-se a necessidade da confecção de um Código de Ética específico para a abordagem da terapia sexual, posto que o intuito principal das leis contidas no Código de Ética é o de alertar os psicólogos sobre as várias questões da profissão, e não algo específico sobre assuntos interdisciplinares, como o trabalho em sexualidade. Entretanto, também deve-se considerar necessário o maior controle sobre as pessoas que exercem funções nesta área, onde muitos trabalham sem uma formação universitária em saúde mental, em específico em Psicologia ou Psiquiatria, fazendo-se valer de cursos de formação em sexualidade sem a devida formação em psicoterapia, como ocorre nos cinco anos das faculdades de Psicologia ou nos da residência médica em Psiquiatria. Não obstante, tais "profissionais", sem a devida habilitação, outorgam-se o mesmo direito de atuação, na psicoterapia, em um campo tão importante, delicado e complexo como o da sexualidade humana.

Nota-se que qualquer trabalho deve ser inovador e polêmico para produzir desenvolvimento. Ao se falar de sexualidade, as reações mostram-se mais conflitantes, naturalmente por fatores cul-

4. Uma discussão foi iniciada por um grupo informal no I Encontro Nacional dos Profissionais da Área de Sexualidade Humana, Faculdades São Marcos, São Paulo, 16-18/04/1988.

5. Talvez seja uma das possíveis funções da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana - SBRASH; proposta que também ocorre em níveis internacionais da International Society for Impotence Research (ISIR) por Sharlip. 1989, De Palma, 1989, Bennet, 1989.

turais. Como um código específico pode ou deve incluir tais fatores? Uma questão a ser debatida e estabelecida, enquanto ética, é a condução de exercícios de focalização sensorial e outros para o desenvolvimento do comportamento sexual do paciente em tratamento, no consultório. Pode e/ou deve o terapeuta sexual fazer os exercícios com seu paciente (à moda dos parceiros sub-rogados ou suplentes sexuais)? Será um procedimento ético?

Não existe, ainda, uma maneira de controlar efetivamente o que acontece no interior do *setting* psicoterapêutico, porém cabe ao profissional manter o bom senso e o respeito para com o seu cliente/paciente em atendimento naquele espaço e momento.

Os profissionais atuantes demonstraram a preocupação com os caminhos que a terapia sexual vem trilhando desde o seu surgimento. Apesar disso, as reflexões pessoais foram feitas e a atividade prática dos mesmos, de certa maneira, encarregaram-se de mostrar-lhes o caminho mais adequado.

Vários questionamentos foram levantados durante as entrevistas, sendo a maioria concernentes à atitude do terapeuta perante o cliente - como lidar com os desejos, os problemas por reprimi-los ou não, as técnicas utilizadas na terapia sexual e como aplicá-las, a formação dos profissionais.

Através desses questionamentos clareamos a posição da atuação dos profissionais de saúde de um modo geral e da atuação do psicoterapeuta aos problemas da área sexual.

Se tomarmos o modelo de Annon (1980) do Pilseti, admitiremos quatro níveis de atuação para o tratamento de problemas sexuais. Os níveis de Permissão e Informação Limitada podem e devem ser utilizados e exercidos por todos os profissionais de saúde e mesmo, em muitas situações pedagógicas, por professores, tratando a sexualidade de uma forma normal e os vários momentos onde preocupações surjam. Os níveis de Sugestões Específicas e Terapia Intensiva só devem ser utilizados, no entanto, por psicoterapeutas treinados. Apesar de haver problemas sexuais que podem ser resolvidos por médicos clínicos, ginecologistas e urologistas e outros com treino em técnicas específicas em sexualidade, há disfunções sexuais que necessitam de treinamento maior e aprofundado em psicoterapia para serem resolvidos (Annon, 1980; Rodrigues Jr., 1989).

Algumas das pessoas sem a devida formação universitária têm a mesma noção de bom senso, moral e ética daqueles devidamente qualificados, porém outras acreditam ser a ética profissional, bem como os artigos do *Código de Ética Profissional dos Psicólogos*, um ponto irrelevante no trabalho profissional. Estas apenas conhecem as

técnicas e como aplicá-las. Sem terem desenvolvido a devida competência para trabalhar com os materiais que emergem do inconsciente e com os mecanismos de defesa do ego, podem deixar o paciente vulnerável por não conhecerem a complexidade da personalidade do paciente, desestruturando-o sem que possam reverter o processo de modo adequado, como fariam os profissionais devidamente instrumentalizados e treinados. Muitas vezes estes “profissionais” sem formação e especialização específica em psicoterapia mantêm ligações emocionais-afetivas com seus pacientes, contrariando a alínea “n” do artigo 2º do *Código de Ética Profissional dos Psicólogos*, o qual diz que é vedado ao psicólogo estabelecer com a pessoa do atendido relacionamento que possa interferir negativamente nos objetivos do atendimento (CFP, 1987).

Deve-se optar por um critério mais rígido para a seleção dos profissionais que atuam na área da sexualidade humana e, mais especificamente, na da terapia sexual, tanto nos bancos acadêmicos como em cursos extra-curriculares ou de especialização oferecidos aos futuros terapeutas, posto que em algumas ocasiões nenhum critério é pré-estabelecido para impedir a participação de estudantes ou de profissionais de outras áreas sem o devido treino em psicoterapia, no caso de cursos de formação em terapia sexual. Não se faz, tampouco, a apologia da necessidade de um Curso de Terapia Sexual, podendo ser a formação no estilo do aprendizado de outras formas de psicoterapia: através de supervisão contínua dos atendimentos até que o terapeuta sinta-se adequado para os atendimentos por si só.

Aos profissionais envolvidos deve-se lembrá-los, no caso dos psicólogos, o artigo 35 do *Código de Ética*: “O psicólogo não divulgará, ensinará, cederá, dará, emprestará ou venderá a leigos instrumentos e técnicas psicológicas que permitam ou facilitem o exercício ilegal da profissão” (CFP, 1987). Ao se observar tal artigo, impede-se que leigos ou profissionais sem a adequada capacitação acadêmica venham a exercer uma função de terapeuta sexual.

Conclui-se, então, que a base para uma boa formação do psicoterapeuta sexual não está ligada só aos bancos acadêmicos, nem só a estágios, participação em congressos, em simpósios, encontros científicos e profissionais, grupos de estudos, cursos de especialização, atendimentos supervisionados por terapeutas mais experientes e qualquer outra atividade que venha a engrandecer o conhecimento do futuro profissional perante a sociedade. É necessário uma maior união de classe para que, junto aos órgãos competentes, haja representatividade para se lutar pelo espaço de direito e contra a atuação ilegal, inadequada e anti-ética neste campo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANNON, J. S. *Tratamento Comportamental dos Problemas Sexuais*. São Paulo, Editora Manole, 1980.
2. BENNET, A. H. Ethical, legal and economic problems in impotence practice. *International Journal of Impotence Research (ISIR)* 1(3/4): 148-9, 1989.
3. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional dos Psicólogos*. Brasília, 1987.
4. DE PALMA, R. G. Ethical, legal and economic problems in impotence practice. *International Journal of Impotence Research (ISIR)* 1(3/4): 150-1, 1989.
5. ELLIS, H. *Studies on the Psychology of Sex*. New York, Emerson Books Inc., 1936.
6. GREGERSEN, E. *Práticas Sexuais, a História da Sexualidade Humana*. São Paulo, Livraria Roca, 1983.
7. PESSANHA, J. A. M. *Vida Íntima - Enciclopédia do Amor e do Sexo*. São Paulo, Abril Cultural, V. I, 1981.
8. RODRIGUES Jr., O. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. Disfunções sexuais e a procura anterior de tratamento. *Reprodução* 2: 109-12, 1988a.
9. RODRIGUES Jr., O. M.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P. Psicoterapia em disfunção erétil masculina com cavernosometria alterada. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 62(4): 253-4, 1988b.
10. RODRIGUES Jr., O. M. A sexualidade do paciente: a vergonha do médico, e de outros profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina* 46(10): 511-2, 514-6, 1989.
11. SHARLIP, I. Ethical problems - editorial. *International Journal of Impotence Research (ISIR)* 1(2): 67-9, 1989.

A Influência dos Meios de Comunicação no Desenvolvimento da Sexualidade **3**

Maria Helena Gouveia¹

I

Circulam atualmente três tipos principais de revistas ditas “femininas”.

a. Revistas para a mulher independente economicamente e liberada de preconceitos. Além das qualidades gráfica e redacional, desenvolvem uma pauta basicamente vivencial: artigos, entrevistas, enquetes, cuja tônica é o desenvolvimento da sexualidade feminina, durante tantos anos reprimida. Essas revistas visam ensinar como desenvolver a sexualidade, expressão, no caso, sinônima de: como tirar proveito, como aprender, como ser uma mulher vencedora, com liberdade, dinheiro e sexualmente realizada. Exemplo de alguns títulos: “Como obter cinco orgasmos em meia hora”; “Saiba o que o seu parceiro gosta mais, na cama”; “Descubra detalhadamente a intensidade de suas zonas erógenas”.

b. Revistas para as “gatinhas”, no caso adolescentes. Seguindo a mesma linha de apresentação visual, enfoca principalmente moda (ênfatizando o corpo em primeiro lugar - atualmente minisaias, mini-blusas), valorizando os cuidados com a pele, os cabelos etc. Matérias leves sobre comportamento, medicina e sexo, além de algumas receitas fáceis para o lanche, completam estas publicações mensais.

c. Outras revistas femininas de grande procura, leitura multiplicada e quase obrigatória nos salões de beleza, são aquelas cujo

1. Jornalista.
Recebido em 5/3/90

ingrediente principal é a fofoca, alcançando seus objetivos sem perigo de erro. “Quem deixou quem por quem”, é infalível. “Quem está grávida de quem”, como funciona! E em manchete de capa! “Quem vai ‘tirar a virgindade de quem’ na novela que ocupa o primeiro lugar no IBOPE, é capa fotográfica!

Exceto nas revistas da mulher liberada, nas demais, é preciso notar que beleza, decoração, culinária, medicina e psicologia, na maioria das vezes, aparecem com igual destaque, assim como: “Saiba mais sobre AIDS”, “Faça esta mousse de manga e espere os elogios”, “Aprenda como preparar um arranjo de flores secas”, “Estou casada há quinze anos e a rotina tomou conta de nossas vidas. O que fazer?”, “Gems de ovo nutre e deixa mais brilhantes os seus cabelos”...

Quanto às revistas masculinas, algumas oferecem ótimas reportagens, entrevistas e matérias bem feitas, intercaladas com fotos de mulheres passando forte sensualidade. Outras, de menor importância jornalística, valorizam mais o erotismo e a pornografia.

Além destes canais de comunicação, os cartazes de rua (outdoors) estão em cada esquina, em cada parede estratégica, vendendo toalhas macias envolvendo corpos nus, calcinhas femininas que “deslumbram” os passageiros masculinos, cuecas e passarinhos, desodorantes e perfumes corpo a corpo, maiôs e filtros solares, sorvetes e refrigerantes, peças de automóveis sob o título “ela usa uma peça só” (isto é, a original do carro) etc., tendo sempre como referencial modelos com plástica invejável, ou melhor, um corpo de alta sugestão, e textos de duplo sentido.

II

Para o leitor que acompanhou a primeira parte deste trabalho, o julgamento poderá ser imediato: trata-se de uma moralista. Portanto, início e segunda parte afirmando categoricamente: - absolutamente, não sou! Apenas, jornalismo e publicidade são o meu dia-a-dia. Acompanho de perto aqueles que se dedicam a estas áreas e não entro no mérito, neste artigo, das suas criações, pesquisas, trabalhos e resultados. O meu objetivo é fazer algumas considerações sobre as respostas obtidas por estes meios de comunicação no que diz respeito ao desenvolvimento da sexualidade.

Nas revistas masculinas a ordem é apenas insinuar, porque qualquer artigo ensinando o macho brasileiro a agir corresponde a subestimá-lo na sua virilidade e conseqüentemente perder a

aceitação de seus leitores. Assim, elas funcionam, quanto à sexualidade, como incentivadoras de suas fantasias eróticas.

Nas revistas femininas para mulheres liberadas, ao contrário, ensinam tudo o que a mulher brasileira ignorava, colocando-a muito à frente do homem, quanto a estas informações “técnicas”, possibilitando-as demonstrar claramente seus desejos, e como realizá-los.

Desde então passou a haver um comprometimento do comportamento masculino, gerando inúmeros conflitos. Estou me referindo a dados de pesquisas realizadas com leitores das revistas *Nova* e *Playboy*, duas das maiores tiragens da Editora Abril, a maior editora brasileira.

Porém, estas pesquisas foram tabuladas com opiniões de leitores de revistas, isto é, pessoas, no mínimo, com certo nível econômico e cultural, e, na maioria, adultos.

E as demais revistas?

As das donas-de-casa não afetam o tema deste artigo. As das “gatinhas” atuam como despertador de emoções a sensações, sem explicações maiores. Mais um agente para as dúvidas das adolescentes.

E os cartazes de rua? E os programas de televisão vistos por pessoas de todos os níveis, de todas as idades?

III

É comum ouvir-se das gerações de pais e avós: “Hoje em dia as crianças sabem muito mais que a gente. Vêem tudo na televisão”.

IV

Se considerarmos os meios de comunicação a sua influência no desenvolvimento da sexualidade, chegaremos a alguns dados concretos.

Para os mais velhos, a surpresa de ver assuntos tão íntimos, considerados tabus e, portanto, não elaborados, a surpresa de perderem a individualidade e serem generalizados com a maior facilidade, sem qualquer explicação. Para as gerações mais novas, e convivência diária com esses mesmos assuntos, tão visualmente introduzidos em suas cabeças que desconhecem até a necessidade de qualquer explicação a mais. Tudo é natural. Tudo é normal. O desconhecido ficou tão óbvio. Ir para a cama é tão fácil. Levar uma camisinha no bolso, ou na bolsa, é tão necessário quanto levar um pente. E o

porquê de tudo isto passa tão rápido e despercebido) quanto mudar de canal e assistir outro programa.

Mas, e a lacuna que permanece entre a cabeça dos telespectadores e a telinha? E o momento em que esta lacuna aparece na vida real, no desenvolvimento e no desempenho de cada indivíduo?

Os valores estão mudando suas dimensões. Para os mais velhos, roubar, vingar-se, matar podem ser “fortes”, mas não são “Indecentes”, como cenas de sexo. Para os mais jovens, roubar, vingar-se, matar são fatos concretos. Sexualidade, sexo fazem parte da rotina diária.

V

Atualmente muito se fala em educação sexual nas escolas, nas famílias. Pesquisas também provam que a maioria das famílias, assim como não foram preparadas quanto à sua sexualidade, também não estão aptas a preparar. E para quê, se com a televisão as crianças já “sabem tudo”? Quanto às crianças e adolescentes, aprender o quê? Só se for com vídeos e revistinhas de sacanagem (duas das maiores fontes de renda da comunicação) para conhecerem detalhes, estes sim, ainda desconhecidos. Mas, são detalhes...

Todos estes dados nos oferecem a conclusão de que a grande influência dos meios de comunicação no campo da sexualidade não é a consequência imediata do que é visto, mas a consequência do que não é mostrado.

Isto me faz lembrar uma aula que dei, há alguns anos, a 45 adolescentes que acompanhavam com o maior interesse a minha leitura, entusiasticamente interpretada, de uma história publicada em uma revista de fotonovelas, muito procurada na época. O enredo, basicamente sempre o mesmo: a história de um moço e uma moça que se apaixonaram. “Por engano”, um deles imaginou que o outro o traía. Separaram-se. Reencontraram-se, “por coincidência”, após sete anos, quando tudo foi esclarecido. Em um quadrinho, lia-se: “... e Helena foi embora em prantos”. No outro: “Ricardo, decepcionado, partiu para um curso na Europa”. No quadrinho seguinte: “... Passaram-se sete anos. Helena tinha um lindo Marcinho”. E como Ricardo havia voltado, desfez-se, “por acaso”, o engano, e a história terminava com um romântico beijo 18 x 24, acompanhado pelo suspiro aliviado e feliz de todas as meninas. Foi quando perguntei: Passaram-se sete anos e Helena a Ricardo estavam absolutamente iguais e apaixonados? Ele era um médico (de branco!) lindo e famoso. Ela, uma enfemeira pobre. Como fez para ter seu filho,

criá-lo a transformá-lo no lindo a saudável Marcinho? O tempo a as dificuldades pelas quais passara não afetaram em nada a sua beleza? E tudo continuou como se nada houvesse acontecido?

Não é preciso dizer que a aula terminou com inúmeras perguntas, um alvoroço. E para surpresa minha, as mães, na aula seguinte, perguntavam o que havia acontecido, pois suas filhas que adoravam tais revistas, passaram a criticá-las.

Isto aconteceu no auge das fotonovelas. *Hoje, repete-se na televisão.*

Desligar os aparelhos? Não é solução. Discutir o que é realidade e o que é ficção é muito enriquecedor.

Se, de um lado, a influência dos meios de comunicação no desenvolvimento da sexualidade pode ser maléfico, de outro, é a grande abertura para o diálogo e a aproximação entre pais e filhos. Comentar, por exemplo, que o carnaval de uma atriz de linhas perfeitas e seios invejáveis não é apenas a glória da passarela; conversar mostrando que atrás de uma cena quase real de um parto feliz, estão nove meses de gestação e cuidados; discutir se é preciso ser sempre jovem, lindo, ou linda, para amar intensamente; rever padrões de comportamento; procurar definir o que é amor, o que é uma relação sexual em toda sua intensidade, sem a rapidez dos segundos caríssimos de um canal de televisão; explicar que o uso de um preservativo é recomendável, mas também, como, quando e porque; levantar dúvidas, discutir situações. Trocar experiências acontecidas com gerações diferentes. Da mesma forma, revistas como Nova e Playboy deveriam ser lidas por ambos os sexos, tendência, aliás, que vem se devorando progressivamente.

Este novo comportamento, provocado pelo desenvolvimento e abrangência cada vez maior dos meios de comunicação, alertará as "senhoras" leitoras das revistas que se baseiam apenas em moda, beleza, decoração a culinária de que também há outras matérias que poderão prender a sua atenção.

Nos meios de comunicação a informação é maciça, mas também é parcial. E como as pessoas não se dão conta disso, sua influência vem sendo extraordinária no comportamento individual.

VI

Concluindo, creio poder afirmar, assentada em inúmeras pesquisas e amostragens de todos os *segmentos sociais*, culturais e econômicos, *que* a comunicação influencia, a cada segundo, o desenvolvimento da sexualidade de crianças, adolescentes e adultos,

mas, que esta influência pode também tornar-se altamente positiva se se transformar em um alerta e crescimento para as gerações despreparadas, assim como em um despertar em busca de respostas, para as gerações mais novas. Talvez o melhor argumento para a necessidade da educação sexual.

A invenção é extraordinária. Como usá-la é o complemento, e é indispensável.

O Promotor de Saúde 4

Ricardo C. Cavalcanti¹

Pode parecer estranho que eu comece este texto fazendo algumas considerações sobre a relatividade temporal dos fatos históricos; procurando confrontar o passado com o presente, buscando na história passada da humanidade a explicação e as coincidências de sua história presente.

A história não é uma recordação de coisas mortas e estáticas. Ela tem algo de vivo e dinâmico porque a humanidade, a despeito das diferenças culturais e das revoluções tecnológicas, continua a ser basicamente a mesma, com suas fraquezas e grandezas.

O estudioso da história pode observar que, muitas vezes, o passado chega a derrotar a criatividade do presente, e a humanidade é surpreendida reescrevendo uma mesma página que, de alguma forma, já foi vivenciada em outras épocas.

Permitam-me provar isto. Como a ciência já demonstrou que a noção de tempo é relativa, vamos todos voltar para a Europa do ano de 1493, dando um pulinho para trás de, aproximadamente, 500 anos. O Brasil ainda não existia. Ele estava gestando no ventre de suas intocadas florestas. A América tinha sido descoberta há pouco tempo e Colombo acabara de chegar ao Velho Continente para levar as boas novas aos reis da Espanha. É claro que a notícia logo se propagou por toda a Europa, despertando, aqui e ali, admiração, inveja e despeito.

Na corte da França, Carlos VIII, cujo país não tinha a vocação marítima da Península Ibérica, começava a ter sonhos de conquista.

1. Ginecologista.
Recebido em 3/4/90

Afinal ele não se contentava em ficar em segundo plano. Olhando para o mapa da Europa, ele facilmente pôde ver que, ao sul da França, vários pequenos reinos podiam ser conquistados. Entre eles, um dos mais desejáveis era o reino de Nápoles. A Itália ainda não madrugara como nação, de modo que o rei da França, com seu poderoso exército, facilmente invadiu Nápoles e a anexou ao território francês.

O que Carlos VIII não esperava é que, sendo Fernando II, rei de Nápoles, um dos príncipes de Aragão, a Espanha tomasse as dores napolitanas e declarasse guerra à França. Uma guerra que durou de 1495 a 1498, sendo Carlos VIII derrotado e obrigado a entregar o reino de Nápoles a Fernando II.

Que tem este episódio, perdido nos livros empoeirados do tempo, com a humanidade atual? De que maneira ele se projeta do passado para reescrever a história do presente?

Esta guerra, que em si teve importância tão secundária que alguns livros didáticos sequer a menciona, se revestiu porém de um valor extraordinário. Não tanto pela campanha das tropas francesas ou pela rivalidade dos reis. Sua importância se evidencia porque, durante o deslocamento das tropas da França, se difundiu uma vasta epidemia do que então foi chamado de morbus gallicus. Nenhuma região da Europa foi poupada. A doença, hoje conhecida como sífilis, seguramente não nasceu durante esta época. Ela estava viva nos bastidores, dormindo sobre forma endêmica, aparecendo aqui a ali, fermentando, para de um salto pular para o palco da história e escrever seu drama ruidoso e letal.

É interessante notar que a tendência das nações mais poderosas é sempre considerar os povos mais incultos, mais fracos, mais pobres, menos avançados dos progressos tecnológicos como sendo responsáveis pelas calamidades da humanidade. Ninguém quer assumir a responsabilidade de coisas desagradáveis. Nem pessoas nem nações. Não foi de admirar, portanto, que o mal-gálico ou francês, fosse considerado mal-napolitano, mal-germânico, mal-polaco. Contudo, franceses, napolitanos, alemães, poloneses e turcos, europeus em geral, logo deixaram de lado as acusações recíprocas. Havia um bode expiatório melhor. Eles passaram a afirmar que a doença não nascera na Europa, mas nas caravelas de Colombo. Os marinheiros tinham contraído a enfermidade dos nativos do Novo Mundo, os quais (que bela concessão à espécie humana) foram contaminados pelos macacos americanos. Uma maravilhosa solução... Afinal macaco não fala, a povos tão pouco importantes não têm voz no concerto das nações. A civilizada Europa poderia dormir de consciência tranqüila.

Miserável calúnia. O Novo Mundo em nada tinha concorrido para a epidemia gaulesa. Muito ao contrário. Ele é que foi mais tarde contaminado pelo colonizador europeu.

No Brasil, segundo as crônicas da época, a sífilis não existia antes do descobrimento. Somente em 6 de janeiro de 1550 é que o Padre Manuel da Nóbrega, em carta escrita de Porto Seguro, nos dá conta de que havia pessoas morrendo do mal-gálico.

É preciso lembrar que, no caso específico da colonização portuguesa, o que nos foi enviado era o que havia de pior em Portugal. Prisioneiros, degradados, criminosos, enfim, a ralé. Mulheres muito poucas, de modo que os lusitanos começaram sua obra colonizando “as vergonhas” de nossas índias. Gilberto Freyre é muito feliz quando afirma que o Brasil “foi sifilizado antes de ser civilizado”.

Mal-gálico, português, francês, napolitano, pouco importa a origem, o fato é que a sífilis era uma doença difícil de ser combatida. O mal vinha sorrateiro, encoberto no manto do prazer erótico, vinculado, portanto, a um dos mais maravilhosos e complicados dons da humanidade.

Não faltou ao espírito moralista da época quem considerasse a sífilis “um castigo dos céus”, uma prova do que o pecado da carne poderia determinar.

Logo as baterias se assentaram contra os homossexuais e as prostitutas. Eles vendiam amor misturado com sífilis. Não foram poucas as mulheres presas, supliciadas e mortas. Aproveitava-se o momento da tragédia para demonstrar que a atividade sexual era basicamente uma característica da natureza animal do homem, apenas suportada com a finalidade procriativa, jamais permitida em busca do prazer.

Não havia remédio contra sífilis. Recordemos que só em 1905 é que Schaudin e Hoffmann descobriram o *Treponema pallidum*. Cinco anos depois, precisamente em 1910, é que surgiu a arsfenamina, depois a malarioterapia, a quimioterapia e, já nos nossos tempos, a penicilina. Observem, 400 anos sem remédios específicos contra sífilis. A única solução, durante todos estes anos, era combatê-la através de medidas profiláticas. Aconselhava-se a educação sexual; que se procurasse evitar parceiros desconhecidos e, quando isto não fosse possível, que usassem a “camisa de vênus”, que nos primeiros tempos era fabricada de linho.

A psicologia do sifilítico era regida pela vergonha, o sentimento de culpa, a tentativa de esconder sua enfermidade. Afinal vivia-se uma época de sifilofobia. Fugia-se do sifilítico, discriminava-se o sifilítico, abandonava-se o sifilítico.

Na época, os hábitos sexuais mudaram de alguma forma, mas, passada a fase inicial, superado o grande susto, a humanidade irresponsável continuava a arriscar a pele em busca do prazer erótico. As prostitutas e os homossexuais continuaram a existir, porque eles não pertencem a uma época ou a uma civilização. A propaganda do condom e sua divulgação não tardou a encontrar a resistência daqueles que não se conformavam em vestir aquele paletó peniano de linho toda vez que tivesse de ficar nu para ter relações sexuais. “Isto é ridículo”, diziam eles. O que, pensando bem, talvez tivessem razão... (Imagem mentalmente o quadro).

Voltemos agora para o hoje, quase à beira de um novo milênio, 496 anos depois. Permitam-me relembrar o que foi dito no início deste texto. Os tempos mudaram, mas algo essencial da história volta a se repetir. Agora o real é a AIDS, que veio da África para a América, dos negros que se contaminaram com macacos africanos, destes para os homossexuais e, finalmente, para a população branca dos Estados Unidos e do mundo.

Neste tempo de aidofobia, quem foi contaminado se cobre de vergonha, de sentimentos de culpa, procurando esconder a doença dos amigos e dos vizinhos. Foge-se do aidético, discrimina-se o aidético. Afinal, contra a AIDS não há remédios a não ser fazer a profilaxia da doença através da educação sexual e do uso da camisa de vênus, nesta altura, substituído o linho e a bexiga de animais pela tecnologia da vulcanização.

Também houve uma fase de perseguição contra homossexuais e prostitutas, quando moralistas se aproveitaram para fazer apologia contra a sexualidade. Também nos primeiros momentos, houve mudanças nos hábitos sexuais. Agora, o comércio das prostitutas e a atividade, geralmente anônima e clandestina, dos homossexuais continua, a todo vapor, sua existência tortuosa.

Muita gente não usa o condom, embora ele tenha sido largamente difundido pela propaganda dos meios de comunicação de massa. O não-use é racionalizado dizendo-se que a camisinha “tira a sensibilidade”, “interrompe o ato sexual no melhor da festa”, além de ser “coisa antinatural”.

Estou certo que muitos morrerão, mas, um dia, a humanidade acabará por vencer a AIDS, e Deus queira que seja em futuro bem próximo.

Mas, fiquem certos os historiadores que viverão nos próximos anos de que a história continuará a dar lições de extraordinária vitalidade e de repetição. Um dia, nova doença sexual vai surgir, povos mais pobres ou segmentos minoritários da sociedade serão culpados de sua difusão, e que se cuidem os macacos do futuro, porque eles

serão responsabilizados. É interessante como, na sua renovação, a humanidade se repete.

É claro que eu não sei o que vai ocorrer daqui a quinhentos anos, mas sei o que ocorreu há cinco séculos, e sei que estamos vivenciando hoje uma monotonia de repetição.

O que é de admirar, o que é de assombrar nestes quinhentos anos, que permeiam entre a sífilis e a AIDS, é que a humanidade não tenha se alertado de que é preciso fazer alguma coisa além de acusar prostitutas e homossexuais ou mudar a tecnologia da fabricação de camisa de vênus. Em quinhentos anos não se avançou um passo sequer naquilo que realmente é fundamental: conscientizar o homem do uso adequado de sua sexualidade. Muito ao contrário, nestes momentos trágicos da história humana, o sexo é visto como um veiculador da morte, quando basicamente ele deveria ser reconhecido como um veiculador da vida.

Na história sexual da humanidade pode-se assinalar duas polaridades distintas: períodos de repressão sexual e períodos de extrema liberalidade sexual; tempos sexofóbicos e tempos sexólatras. Distingue-se, claramente, visões culturais diferentes e antagônicas. Mas eu não quero apenas falar sobre revolução sexual, contra-revolução, amor de gregos, troianos, vitorianos, hindus, europeus ou americanos.

Minha proposta é enfatizar a educação sexual, não aquela que é praticada na escola ou no lar, mas aquela que pode e deve ser realizada nos consultórios dos médicos, dos psicólogos, no atendimento prestado pelo pessoal de saúde. Observem que eu falo do “pessoal de saúde” e não daquele profissional que se liniita exclusivamente ao tratamento da doença. Aliás, esta visão do médico como um promotor de saúde é muito mais importante do que aquela que vê no médico um mero curador de doenças.

É extraordinário como os orientais são, neste particular e em muitos outros, bem mais sábios do que nós do Ocidente. A vaidosa e tecnocrática civilização ocidental, muitas vezes, menospreza a sabedoria do Oriente, esquecida de que ela está cristalizada em milhares de anos de pensamento.

Nos povoados do interior da antiga China, era costume que o médico recebesse, da comunidade, uma certa soma mensal de dinheiro ou de alimentos para que ele mantivesse a rigidez da população. Eram assalariados da saúde. Promotores da saúde. Quando alguém adoecia, deixavam de receber dinheiro, porque a doença era considerada um fracasso do médico. Ele vivia da saúde de seus clientes. O costume ocidental é exatamente o oposto. O médico vive da doença de seus pacientes.

Esta digressão é um hino à profilaxia e tem a intenção de reforçar o importante papel pedagógico que o profissional pode desempenhar, no sentido de manter, na sua clientela, a saúde sexual e reprodutiva.

Neste tipo de processo educativo prepara-se o indivíduo para a vida, tornando-o, através do uso responsável e livre de sua sexualidade, um agente promotor da saúde individual e coletiva.

Como o pessoal de saúde pode realizar este objetivo? Naturalmente dois pré-requisitos são imprescindíveis: conhecimento de assuntos sexuais e mudança de atitudes.

Em primeiro lugar é necessário que se tenha uma idéia da sexologia como um todo e isto, infelizmente, não foi oferecido em nossa formação universitária. Eu tenho profundas esperanças de que, um dia, nas faculdades de Medicina e de Psicologia existam disciplinas voltadas à terapia sexual, e que nas faculdades de Enfermagem, de Assistência Social e de Pedagogia, entre as mais importantes, apareça a disciplina de educação sexual. Se isto já tivesse ocorrido, não teríamos de nos defrontar, quase diariamente, com as iatrogenias da área sexual, promovidas por médicos, psicólogos, enfermeiras e educadores. Certamente também poderíamos controlar, com maior facilidade, as chamadas “doenças sexualmente transmissíveis”.

Na área específica da ginecologia, estamos cada vez mais pressionados a opinar e tratar de assuntos sexuais. É imprescindível, para a conservação de nosso respeito profissional junto aos clientes, que tenhamos conhecimentos não só dos assuntos reprodutivos, mas também que saibamos nos posicionar no tratamento das disfunções sexuais. E também necessário lembrar que não se pode ficar na área da biologia do sexo, porque o sexo, sem deixar de ser um fenômeno biológico, é também um fenômeno sociológico e psicológico.

Quando se adquire estes conhecimentos, quase sempre se processa também uma mudança de atitudes. O profissional começa a encarar o cliente como um ser livre para escolher suas opções de conduta erótica, uma pessoa com um passado experiencial próprio, com características culturais peculiares que devem ser respeitadas.

Ao se modificar as atitudes, o médico perde aquela visão paternal - de juiz a de dono da verdade - e deixa de tentar moldar os outros pelos parâmetros de sua própria formação, dos seus próprios padrões de comportamentos e de valores. Descobre que as pessoas têm o direito de serem diferentes e que o conceito de comportamento. “normal” e “anormal” é coisa muito relativa.

A felicidade das pessoas deve ser regida pelos ditames da adequação pessoal e interpessoal. Ser feliz é “estar adequado com...”.

Todo indivíduo sexualmente infeliz é aquele que apresenta uma inadequação intra e/ou interpessoal. Quem está satisfeito com sua conduta erótica e com o comportamento de seu parceiro é *feliz* e, portanto, adequado. Não cabe ao médico interierir nas opções e alternativas da conduta erótica de seus clientes, mesmo que estes comportamentos não sejam desejáveis ou aceitos para si mesmo. Não cabe ao médico o papel de julgar, mas de aceitar a liberdade sexual dos outros. Que eles desfrutem do sexo como quiserem desfrutar, que tenham a liberdade de conduzir suas vidas como quiserem conduzir. Mas, é preciso, porém, definir os limites da liberdade e os limites do querer.

Quando se busca o prazer sexual não se pode fazê-lo às custas da saúde física ou psíquica, porque não se pode permitir a liberdade para prejudicar a saúde ou destruir a vida. Neste caso, o médico não pode compactuar com aqueles que ultrapassam este limite ético. Por outro lado, como um bem social, a prática da sexualidade também não pode ferir a sociedade, suas leis e suas normas. É preciso adquirir-se a sabedoria de compatibilizar o uso da sexualidade com o da liberdade responsável. ,

Mas, ao lado da felicidade, vale também falar sobre a infelicidade sexual. Apenas as pessoas inadequadas se queixam. E aqui estou me referindo não só à queixa sexual expressa, mas também àque-la forma de infelicidade erótica que pode se, manifestar através de perturbações psicossomáticas.

A educação sexual no consultório tem como pano de fundo a solidez do conhecimento e a elasticidade das atitudes. Não se pede ao profissional da saúde que seja necessariamente um especialista em terapia sexual, mas de todos é exigido o papel de educador.

Educação não é apenas informações sobre aspectos sexuais e reprodutivos. A informação embasa o técnico, mas não forma o educador. Para que esta formação se complete, é necessário que o médico, o psicólogo, o enfermeiro se reformulem atitudinalmente. Que cada um deles examine seus próprios sentimentos em relação à sexualidade; que cada um procure, através do treinamento, ficar à vontade com o que terá de ouvir e com o que terá de falar; que cada um aprenda a não ver o comportamento sexual das pessoas com as lentes de seus óculos culturais. Estas lentes foram lapidadas pela vivência de cada um, dentro de uma escala de valores que, de certa forma, dá sentido à vida pessoal do profissional, mas que é demasiadamente particular para ser aplicada a todas as pessoas e em todas as circunstâncias.

O compromisso do profissional da saúde é com a felicidade pessoal de seus clientes e, para isto, ele deve ser um catalisador a ori-

entar o processo educativo dos que o procuram. O cliente é que deve escolher o seu caminho e traçar o seu destino.

Comecei esta análise com uma digressão histórica para reforçar a importância da educação sexual. Espero que me permitam agora tirar os olhos do passado e do presente para enxergar o futuro. Pelo menos o futuro que, no meu sonho, eu desejaria ver e viver.

Neste futuro ideal, vejo a comunidade de saúde como era vista pelos olhos amendoados das crianças dos amigos povos chineses.

No meu sonho, tenho certeza que um dia a história repetirá a singeleza oriental. E, qualquer que seja a tecnologia do futuro, a visão profilática predominará sobre a ação curativa. No campo específico da sexualidade, a educação sexual substituirá, lentamente, a necessidade da terapia.

Quando o médico do futuro tiver alcançado a profunda sabedoria dos seus primitivos colegas chineses, cobertos pelo pó dos séculos, quando a história se reescrever, então se compreenderá que o médico, finalmente, conquistou o lugar de cúmplice do criador no processo da criação. Dele se dirá que atingiu a profunda sabedoria de que falava uma estranha e distante civilização oriental, porque finalmente ele deixou de ser apenas um curador de doenças para se transformar num promotor de saúde.

Sexualidade Humana: Uma Perspectiva Histórica

5

Mabel Cavalcanti¹

Parece ter sido Goethe quem afirmou que “a história de uma ciência é a própria ciência”. De acordo com esta concepção, quando se traça a perspectiva histórica da sexualidade humana estamos, de alguma forma, investigando a conduta sexual do homem sob o aspecto científico.

Como não é possível sintetizar tantos séculos em tão pouco tempo, vamos dar mais ênfase à sexualidade do homem pré-histórico e a de certos povos antigos.

É interessante observar que, neste passeio, se tem a oportunidade de esclarecer muitas das perguntas atuais sobre sexualidade, porque elas já foram, de alguma forma, respondidas ou questionadas por nossos antepassados.

Não é fácil traçar hoje um roteiro da vida do homem pré-histórico, e só podemos, de alguma forma, realizá-lo através dos restos arqueológicos e dos estudos etnográficos. Os dados arqueológicos nos dão idéia da tecnologia e dos costumes daqueles povos, e através dos recursos etnográficos podemos fazer a comparação dos artefatos encontrados nas jazidas pré-históricas com aqueles que ainda hoje são usados por grupos primitivos que habitam nosso planeta.

Nos primeiros tempos da humanidade, as diretrizes do comportamento do homem eram ditadas por deuses e demônios. Era o que se chama de etapa mágico-religiosa. Religião e magia sempre foram irmãs gêmeas. Pela religião o homem reverencia o sobrenatural ou tudo aquilo que ele desconhece; pela magia ele tenta manipular esse desconhecido.

1. Psicóloga.
Recebido em 8/4/90

Esta visão antropossociológica da história da humanidade nos permite entender muito mais a sexualidade humana do que se olhássemos apenas a simples evolução biológica do homem como indivíduo. Estudando as modificações sócio-culturais através dos séculos, é possível perceber como o homem conseguiu suprir seus desejos básicos, notadamente os da fome e os do sexo. Estes estudos têm também a grande vantagem de nos mostrar que existem numerosas variações de cultura nas diversas sociedades, e que, em cada um destes grupos, a conduta e as preferências sexuais variavam de um indivíduo para outro.

É nos ciclos culturais sucessivos que podemos situar e descobrir a gênese dos comportamentos sexuais de hoje. A sexualidade que vivemos nada mais é do que aquilo que a humanidade fez dela, ou o que foi obrigada a fazer, face às contingências ambientais.

Para melhor nos situarmos, vamos, de modo sintético, tentar enfocar a sexualidade sob os aspectos da reprodução, prazer e amor ao longo dos séculos.

No que diz respeito à reprodução, embora o tema esteja envolto por muita nebulosidade, tudo faz crer que nas fases mais antigas o homem não associava o sexo com a gravidez. A gestação era considerada como sendo um acontecimento mágico, um presente dos deuses, tanto quanto a fertilidade da terra. Talvez tenha sido por esta razão que, nas tribos que iniciavam a atividade agrícola, a função da semeadura era realizada pelas mulheres.

Sabemos que, ainda hoje, entre certos povos primitivos, como os nativos da Austrália, a idéia do sexo/reprodução não está bem elaborada. Entre os Aruntas, por exemplo, existe a crença de que os espíritos infantis habitam determinados totems e que, sob certas condições, eles podem penetrar no corpo das mulheres. Mais interessante ainda é a idéia dos antigos habitantes da Nova Guiné que acreditavam haver uma total independência entre o ato sexual e a gravidez. Eles afirmavam que as mulheres gestavam, primeiro, no coração, com amor, e só depois o feto se deslocava para o útero. O lirismo desta concepção nos dá também a dimensão e o valor conferido à mulher nestas culturas primitivas.

Em contrapartida, o homem, nos estágios mais primitivos de nossa evolução, buscava a mulher apenas para acalmar suas tensões sexuais. Nesta procura, a violência geralmente era a tônica e a posição do coito era a mesma dos outros primatas, numa flagrante identificação com o reino animal. Não é de admirar, portanto, que nesta época a valorização das nádegas, como atrativo erótico, fosse máxima.

Quando se tem a possibilidade de observar as estatuetas das

Vênus pré-históricas, vemos a nítida preocupação em ressaltar as ancas, as nádegas, os seios e o ventre. Há descaso pela cabeça, pelo rosto e até pelos ombros. Isto se pode observar claramente com a Vênus de Lespugne, entre outras. De todas, porém, a mais obesa é a chamada Vênus de Willendorf, encontrada na Austria. A monstruosidade de suas formas supera todos os padrões surrealistas modernos, mas como o conceito de beleza é muito relativo, talvez ela tenha sido uma espécie de protótipo paleolítico da Garota de Ipanema.

Há quem afirme que a acentuação das formas, notadamente a dos seios, tem relação com o culto à fertilidade. Parece, no entanto, que foi a preocupação erótica que inspirou estes artistas pré-históricos, tanto na confecção das estatuetas quanto das pinturas rupestres que são encontradas no interior das cavernas. Aliás, muitas delas fariam inveja aos mais capacitados pintores de banheiro da atualidade.

Um fato que corrobora a inspiração erótica de nossos antepassados mais distantes é a própria característica da vida econômica dessas populações primitivas. Vivendo da caça, da pesca e da colheita de frutos, eles eram obrigados a se deslocar com frequência de uma região para outra. É claro que estes indivíduos não estavam muito preocupados em exaltar a maternidade, uma vez que uma prole numerosa certamente dificultaria as constantes caminhadas de sua vida nômade.

Há também dados antropológicos, muito convincentes, que demonstram que, nesta época, o infanticídio era prática comum de controle populacional. É preciso entender que o homem era um mero depreador da natureza e qualquer ameaça de superpopulação acarretava um perigo para a tribo. Não havia, portanto, porque exaltar a maternidade e a procriação.

Esta exaltação ocorreu sete milhões de anos mais tarde, quando começou a chamada revolução agrícola, com o homem se fixando na terra e dela procurando tirar o seu sustento.

É preciso esclarecer que a revolução agrícola, ou seja, a modificação da condição nômade para sedentária, não se deu simultaneamente em todas as tribos. Algumas permaneceram no estágio da caça, mas outras foram se estabelecer nos vales, à beira dos rios, para viver da terra como lavradores.

A atividade de pastoreio ainda, de uma certa forma, implicava em deslocamentos em busca de pastos melhores, mas as tribos, à medida que domesticavam o gado (eqüinos e caprinos) já se fixavam em uma determinada região. A agricultura, no entanto, foi que determinou a necessidade de criar vínculos muito mais estreitos com a terra. O agricultor é basicamente um sedentário, agarrado ao solo, tão

preso a ele como as raízes das plantas que cultiva.

Ao assumir o papel de lavrador, a prole passou a ser considerada uma coisa muito importante. O homem passou a se preocupar tanto com a fertilidade do solo quanto com a fecundidade de suas mulheres. Filhos, sobretudo os do sexo masculino, eram importantes para a defesa do território e o cultivo da terra.

Datam desta época os chamados cultos à fecundidade, e a mulher, tanto quanto a terra, passou a ser venerada por sua capacidade procriativa. Deusas da fertilidade proliferaram; cada tribo inventava suas próprias divindades, dando-lhes sabedoria e onipotência, para depois curvarem-se diante da própria criação, adorando-a. E não ficavam somente nisto. Para ampliar os domínios de sua crença, conquistavam outras tribos, subjugando-as e impondo-lhes seus credos e divindades. Nesta etapa da vida pré-histórica, a religião universalizava a cultura.

Nos ritos, onde abundavam oferendas, danças e cânticos, os sacrifícios tinham um lugar proeminente. Como a morte está muito vinculada à perda de sangue, o valor do sangue fica associado à vida, daí os sacrifícios com imolação de animais e pessoas, com o sangue correndo abundantemente pelos altares. Provavelmente seja esta a origem mais distante dos mitos sobre a menstruação. A mulher menstruada "perdia vida", algo mágico e inexplicável, daí o temor e os tabus ligados ao catamênio. Toda uma concepção mítica se formava em torno deste fato nuclear. A menstruação era algo que eles não sabiam explicar, passando então a ser evitada, as pessoas fugindo dela, como coisa perigosa e impura. Em nossos dias o tabu da impureza ainda vigora entre os judeus ortodoxos, sendo muito encontrado, de forma atenuada ou dissimulada, em toda a civilização ocidental.

A importância do sangue na religião e na magia é tão grande que, entre os primitivos habitantes da Austrália, no ritual da puberdade masculina, um ato sangrento (um pequeno corte perto do escroto) concedia aos rapazes o mesmo direito que era dado às raparigas púberes.

Mas, o fato é que o homem ainda não era visto como elemento fundamental no processo reprodutivo. A reprodução era prerrogativa exclusiva da mulher, e praticamente todos os deuses eram do sexo feminino.

Com o passar dos tempos, pouco a pouco, crescia a consciência do papel do homem na reprodução. Basta observar que entre os Buka, tribo primitiva das Ilhas Salomão, embora desconhecessem o poder criador do sêmen, eles acreditavam que era essencial, para a mulher ficar grávida, que o homem introduzisse o pênis dentro da

vagina. Era como se o pênis, exercendo seus movimentos, aprovasse a gravidez.

Tannahill refere que foi a observação do cruzamento de animais a do tempo de duração da gravidez, a partir do coito, que fez com que o homem começasse a perceber seu enorme potencial reprodutor. Afinal; se um só carneiro podia fecundar mais de cinquenta ovelhas, o que não poderia fazer um só homem. Começa aí as sementes do sexismo machista.

Na organização da vida religiosa, ao lado das deusas da fertilidade, começam a aparecer deuses masculinos. Culto à vulva e culto ao penis. Mas este equilíbrio foi muito passageiro. O esquema primitivo não tardou a se inverter. O falo passou a ser o símbolo da força, da fertilidade, o talismã contra a esterilidade.

Nos ritos de criação o pênis aparece, de forma clara ou simbólica, representado por peixe ou serpente, mas sempre com um papel preponderante. A serpente, provavelmente por sua forma, foi amplamente venerada como um símbolo fálico. Nos templos gregos era comum se encontrar serpentes vivas, junto às sacerdotisas nuas. Tornou-se famoso, no Oráculo de Delfos, o culto a Piton, a serpente sagrada.

Nas escavações da Babilônia, Índia, China, Sudão, Palestina, França, Córsega, México e Argentina foram encontrados vestígios deste culto.

Conta-se que na Alexandria havia uma procissão com um falo gigantesco, de cerca de 120 braças de comprimento. Monumentos de pedra com falos de 1,80 a 3,0 metros de altura são freqüentemente encontrados na Ilha de Córsega. Contudo, de todas as representações líticas, as mais notáveis são as duas estátuas de enormes pênis, com 60 metros de altura cada uma delas, que montavam guarda no templo de Vênus, em Herápolis. Embaixo delas era bem visível a inscrição: "Consagrei estes falos a Hera, minha sogra". A razão desta homenagem ainda hoje está para ser esclarecida..., mas o fato é que as pessoas iam para o alto destes pênis orar, fazer abstinências e sacrifícios.

A deificação do falo pode ser exemplificada com a veneração a Priapo, o qual mantinha um enorme penis ereto. Priapo, na mitologia grega, simbolizava a fartura e a fertilidade, daí o porque agricultores e pastores lhe emprestavam tão grande apreço.

Entre os romanos era comum os amuletos em forma de pênis e até um pênis alado era colocado no pórtico das residências, encimado pela inscrição: "Hic habitat felicitas" (Aqui mora a felicidade).

O culto fálico não é só observado entre os gregos e romanos. Vemos sua presença nos hindus, nos japoneses e até em algumas tri-

bos de negros africanos. Na própria França, conta-se que perto da vila de Gueret se cultuava São Greluchon. O santo era representado pela imagem de um frade com pênis ereto, escondido sob a túnica eclesiástica.

Ainda hoje sofremos a influência destas crenças. Uma delas é a linguagem fálica das mãos, onde o dedo médio em riste representa o pênis, enquanto o indicador e o anular dobrados fazem as vezes de testículos. A “figa”, que se representa colocando-se o polegar entre os dedos médio e indicador, é outra simbolização peniana. Para alguns povos ela é mais do que isto, é um convite à cópula. Em certas regiões rurais da Europa fazer figa é um tremendo insulto, em outras, é uma forma discreta de “cantada”.

No Brasil a figa assume uma conotação mítica e protetora, dando sorte a quem a usa, defendendo-o contra todos os males.

É interessante observar que não é só o aspecto qualitativo que marca o culto fálico através da história. É também importante as dimensões do pênis, e esta preocupação quantitativa chega a ser de tal forma que se julga o homem pelo tamanho do pênis que possui. Quanto maior o pênis mais macho era o indivíduo. De alguma forma, este mito chegou até nossos dias, infernizando as pessoas que possuem pênis pequenos.

Uma etapa mais avançada sobre as idéias do sexo/reprodução é aquela em que se atenua a importância fálica e se passa a considerar a mulher mais do que um simples receptáculo para o desenvolvimento fetal. Ela ganha o status de colaboradora no processo da criação.

É interessante observar como esta colaboração se efetua. Como sempre, há uma tendência de confluírem mitos distintos. Entre os Wogees da Nova Guiné, é da mistura do sangue menstrual com o esperma que nascem os filhos. Numerosas crenças proliferam nesta mesma linha. Até mesmo o grande Aristóteles (*De Geracionem Animalibus*) afirma que a mulher contribui para a gestação com o sangue menstrual. Para Hipócrates e Galeno a contribuição são as secreções da vagina.

Os costumes variam de povo para povo mas sempre se encontra a idéia do sexo ligada à função reprodutora.

Entre os índios Bororós há uma crença de que as crianças são geradas em múltiplas cópulas, com vários homens. Deste modo, é desejável a relação sexual com parceiros diferentes. Em contrapartida, os índios Man, da Guatemala, afirmam que a mulher que cópula duas ou três vezes com o marido e não engravida é adúltera. Isto porque, para eles, ter relação com mais de um homem impede a concepção. Mais fantástica ainda é a idéia dos índios Kubeo que proíbem o coito da mulher durante a gravidez. Dizem que se a mulher

continuar a copular, pode acumular tal número de fetos no abdômen que terminará por explodir.

Embora seja encantador estudar as relações entre sexualidade e reprodução, é preciso valorizar as etapas em que o homem primitivo passou a olhar o sexo em um sentido mais de prazer do que de procriação.

Quando na evolução biológica o homem assumiu a posição ereta e, sobretudo, quando se difundiu a cópula face a face, os conceitos de beleza começaram a ser modificados. A atração das nádegas passou a ser substituída pela beleza do rosto, dando origem ao aprimoramento dos cosméticos, destinados ao embelezamento facial. Paralelamente, os seios foram também hipervalorizados como regiões eróticas. Os povos foram deixando de ser “bumbundófilos” e passaram a ser “mamófilos”. É claro que esta fixação nem sempre obedece a uma necessária ordem de aprimoramento específico. No Brasil, por exemplo, as nádegas são muito mais admiradas do que os seios.

A idéia do sexo ligado ao prazer é bem definida pelos gregos. Eles chamavam de Eros ao amor carnal, bastante diverso do amor puro, espiritualizado, e que intitulavam de Agape. Ambos eram distintos de Filos, que indicava afeição e amizade.

É próprio do pensamento grego estabelecer, no homem, uma natureza dicotômica. O ser humano é definido como sendo “animal racional”. Racional porque é dotado de razão e de valores espirituais; animal porque é possuidor de um corpo que está cheio de necessidades físicas para sua manutenção. É neste sentido que se deve entender a conceitualização de Eros e Agape. Eros é biologia pura, falta-lhe a humanização que caracteriza a “pessoa humana”. Ele é a afinidade de corpos e, como tal, encerra sensualidade a sexualidade. Seu imperativo é egoístico. “Eu quero” é a tônica. Há todo um compromisso de prazer a de posse, mas não há necessariamente nenhum vínculo de permanência. Por esta razão, Eros deseja a variação constante em sua eterna busca pelo prazer.

O espírito dual dos gregos aplicava-se à constituição da família, sendo possível distinguir muito claramente o papel das “esposas” a das “heteras”. As esposas eram para o governo da casa, para procriar e criar filhos, mas não para a satisfação sexual. Nestas condições, não era de admirar que elas procurassem nos relacionamentos homossexuais, ou com o emprego dos dildos (pênis feitos artificialmente e compartilhado geralmente por muitas damas), o prazer que lhe era negado pelo esposo.

O sexo/prazer era destinado às heteras. Algumas delas foram famosas na Antigüidade: Tais, a bela amante de Alexandre Magno;

Aspásia, a inteligente companheira de Péricles; para não falar em Frinéia, Filomena, Rodopis, Glicera e tantas outras que subjugarão, pelo prazer, homens que dominaram impérios e escreveram a história de nossa civilização ocidental.

A diferença entre Eros e Ágape é tão significativa que um mesmo indivíduo pode possuir os dois amores, cada um deles com um objeto diferente. Amar sexualmente uma parceira e espiritualmente outra.

Renascendo das ruínas da civilização greco-romana, o cristianismo continuou a admitir que o sexo fazia parte do componente animal do homem. Durante muitos séculos a Igreja considerou o amor sexual como um amor inferior, apenas admitido com a finalidade de procriação. É que o código da moral cristã estava baseado na noção de “natureza”, considerando-se que um ato é bom quando está de acordo com os propósitos da natureza e ruim quando não está dentro destes propósitos. Assim, fome e sexo se equilibram em valores de permanência: a fome preserva o indivíduo; o sexo preserva a espécie. Ainda hoje este conceito persiste nas alas mais conservadoras, considerando-se que o verdadeiro amor que enobrece o homem é o amor espiritual, uma espécie de amor superior, assexuado, digno da condição racional do homem. É interessante como se estabelece assim um paradoxo: o amor sexual, inferior, gerando o amor espiritual, superior. Isto porque sem sexo não haverá indivíduo e sem indivíduo não haverá amor humano espiritual.

É interessante observar que, do ponto de vista moral, estas duas concepções prevalecem alternando-se através dos tempos: ora indulgente e tolerante, ora repressiva e tirânica. Usando o pecado e a vergonha como forma de controle, a moral do comportamento sexual vai regendo os povos ao longo de suas existências.

É preciso que nos libertemos do dualismo grego e passemos a observar o amor sexual não como uma forma superior ou inferior ao amor espiritual. Na própria natureza do homem o “racional” e o “animal” estão intimamente unidos, assim também devem estar o amor sexual e o amor espiritual. Mesmo porque, se quisermos fazer uma avaliação correta entre o que é “normal” e “anormal” no comportamento humano, devemos admitir que o conceito de normalidade nem sempre está atrelado ao da natureza biológica. “Normais” são também as pautas de conduta adotadas pela coletividade e não apenas aqueles comportamentos que procuram satisfazer as necessidades puramente biológicas da natureza.

Sem desejar subestimar as variáveis orgânicas, é necessário acrescentar à natureza humana os componentes culturais. Dentro desta ótica, é possível entender como variações: a feação, a cunilín-

gua, a masturbação, a contracepção que, naturalmente, repugnam os moralistas ortodoxos que, presos ao conceito restrito da “natureza”, consideram tais atos como anti-naturais.

De tudo isto resta-nos uma grande lição. Sexo simplesmente como forma de prazer ou simplesmente como forma de reprodução dá uma idéia incompleta da sexualidade e não satisfaz o homem. Ele é as duas coisas e mais ainda, ele é acima de tudo uma forma de comunicação. Eric Berne afirma que “a humanidade deu um grande salto ao separar os prazeres do sexo de seu propósito biológico meramente reprodutivo”. O homem é a única forma de vida deste planeta capaz de fazer semelhante arranjo. Arranjos que poderão levá-lo a um patamar mais sólido. Quebrando as barreiras do seu isolamento psico-físico, o homem pode se prolongar em sua parceira como uma forma mística de comunhão primordial. Este sentido místico se observa nas religiões orientais.

Sexo é comunicação amorosa e, como se trata de uma atividade a dois, faz-se necessário uma retro-alimentação de informações, o que amplia ainda mais a estimulação erótica. Sexo é diversão, prazer, êxtase. É a soma total de Eros e Ágape. Vivendo a plenitude da sexualidade, dando e recebendo amor, é que seremos capazes de planejar a reprodução num clima de respeito a de decisões mútuas. Só assim o exercício do comportamento sexual alcançará sua forma mais criativa, mais prazerosa, mais íntima e mais perfeita de comunicação humana.

significativo, como também pela razão de que indivíduos destes grupos adentram, com muito maior frequência do que já é comum à juventude, em sérias situações de risco.

Se o assunto é polêmico, é justamente numa publicação de seriedade científica incontestável como é esta que ele deve ser divulgado. A partir deste artigo, os leitores se sensibilizarão, refletirão, amadurecerão e discutirão idéias, no sentido de apresentar soluções à problemática levantada, sendo os indivíduos pertencentes ao grupo populacional em discussão os que mais lucrarão com estes atos, o que reverterá em direção à sociedade como um todo.

ABORDAGEM, COLHEITA DE HISTÓRIA, CONDUÇÃO DA CONSULTA

Enunciamos, logo de início, que qualquer profissional que lide com jovens deve estar técnica e psicologicamente apto para realizar um levantamento da história sexual do indivíduo. Esta deve ir além da simples abordagem superficial do tema. Tal fato facilitará não somente chegar-se a conclusões diagnósticas mais acuradas, como também a orientação a aconselhamento do jovem no sentido de uma prática sexual mais segura, responsável, livre de riscos e, portanto, mais saudável.

Já existe da parte do jovem uma certa desconfiança em relação ao profissional, exacerbação do delírio persecutório, quando fantasia que; como adulto, o profissional é um representante da ordem estabelecida, da moral e dos bons costumes, estando ali apenas para descobrir e denunciar os mais íntimos segredos do jovem. Assim é que este teme submeter suas vivências e o direcionamento de seus impulsos sexuais ao crivo crítico daquele estranho.

Jovens, em geral, e jovens homossexuais, em particular, são verdadeiros desafios ao clínico, porque sua sexualidade emergente está associada a intensas reações emocionais (do próprio adolescente, mas também do adulto frente a este desabrochar do jovem). Desta maneira, um jovem pode não associar ou mesmo negar que determinada condição precária de saúde esteja relacionada às suas práticas sexuais, ou, ao contrário, devido a má informação geral sobre o tema, pode fantasiar que determinado problema de saúde advém de práticas totalmente alheias, mas que ele imputa a expressão de sua sexualidade, vindo a esconder essa doença (principalmente em ambientes onde o sexo envolve forte noção de pecado, fruto proibido, gerador de fortes sentimentos de culpa, mas também de curiosidade e prazer de aventura).

Assim sendo, nunca será demais alertar sobre a necessidade de criação de um bom vínculo com o jovem, o que não se dá tão rapidamente, apesar de muitas vezes haver pressa em se chegar a um diagnóstico preciso e encerrar o tratamento correspondente. Portanto, há que se ter muita paciência, saber reconhecer o tipo de personalidade do jovem que está ali a nossa frente, esquematizar uma estratégia de abordagem a partir destes dados e, em se tratando de assuntos extremamente mobilizantes, como homossexualidade, saber reconhecer o mote, a dica, a deixa, o momento exato (timing) que permitirá a abordagem desses temas. Esta deve ser direta: floreios e dissimulações podem denotar uma dificuldade do profissional em lidar com o tema, facilmente percebida (quando não, até ironizada) pelo altamente crítico jovem.

A linguagem usada pelo profissional deve ser muito bem dosada. Não vamos chegar ao exagero de propor uma “higienização lingüística”, pois também de nada adiantará falar de maneira pomposa ou com uma enchurrada de termos científicos que não serão compreendidos pelo jovem. O uso de termos fortes da parte do profissional pode passar uma idéia de rotulação e assustá-lo, daí ser contraproducente recorrer a termos como “bicha”, “gay”, “desmunhecado”, “machona” ou “sapatão”. Até porque, estes esteriótipos são uma minoria entre os homossexuais, pequena ponta aparente de um grande *iceberg* submerso.

Eis alguns exemplos de perguntas diretas, porém atenuadas, geralmente bem aceitas pelos jovens na colheita de informações sobre o direcionamento de seus instintos libidinosos:

- “Ultimamente você tem transado com pessoas do sexo oposto, do mesmo sexo, dos dois sexos ou não tem transado?”

- “Você acha que tem algum fato especial relacionado às suas práticas sexuais que se relacione com as queixas que você me apresenta sobre a sua saúde?”

- “Se você fosse o médico e quisesse esclarecer melhor seu problema de saúde, pediria apenas uma cultura de secreção do seu pênis, ou acharia melhor também colher material do ânus e da boca?”

Uma vez obtida a confirmação (e não a “confissão”) da atividade sexual do jovem paciente, o profissional deve ir gradativamente se aprofundando em questões que esclareçam melhor sobre a maneira como o jovem vem exercendo essa atividade, com vistas até a facilitar conclusões diagnósticas, localizações de lesões, pistas sobre agentes etiológicos e mesmo a detecção de situações de risco. Portanto, quando falamos em colheita de história sexual, ressaltamos a

necessidade de se incluir aí um profundo levantamento das práticas sexuais.

Assim É Que Se Deve Pesquisar

- Tipos de relação homossexual
- Frequência
- Posições
- Parceiro único ou múltiplos
- Parceiro conhecido ou anônimo
- Prostituição
- Travestismo
- Assalto ou abuso sexual
- Prática de sexo oral
- Introdução de corpos estranhos
- Se partilha estes com outras pessoas
- Hábitos de higiene pré e pós-coitais
- Uso de lubrificantes e escarificantes químicos
- Práticas sado-masoquistas
- Uso concomitante de álcool e drogas
- Horários e locais onde costuma frequentar na busca de parceiros

Um profissional competente não deve se contentar com respostas curtas, do tipo “sim”, “não” ou “talvez”, sendo necessário o maior detalhamento possível. Também não deve se chocar ou se surpreender (e se isso acontecer, tentar não demonstrar o fato ao jovem paciente) com os achados nessas respostas pois, atualmente, os vários grupos de homossexuais vêm empregando uma ampla gama de estratégias e variações na busca de estímulos, práticas estas que vão muito além dos clássicos papéis “ativo” e “passivo”.

Quanto à jovem lésbica, ela também pode estar preocupada com o tipo de approach com o qual o profissional irá brindá-la. Se este for apressado e inexperiente ao inquiri-la se é ou não sexualmente ativa, ao receber resposta positiva, pode enveredar por caminhos errados, dirigindo a consulta para assuntos que pouco podem interessá-la, sobre anticoncepção, por exemplo. Esta jovem pode, na verdade, ter procurado o serviço com o intuito de saber a possibilidade de inseminação artificial, de adoção de uma criança ou, talvez, sobre o problema da custódia de filhos de um fracassado relacionamento heterossexual anterior.

O profissional deve ter em mente que o fato de estar frente a

uma jovem lésbica não se lhe dispensa os cuidados de saúde a que tem direito qualquer mulher, lembrando mesmo que o câncer cérvico-uterino e de mama são mais freqüentes entre as mulheres que nunca engravidaram ou amamentaram. A realização de exames preventivos e o ensino da palpação da mama para a jovem lésbica, assim como o auto-exame dos testículos para rapazes homossexuais, no sentido da detecção precoce do desenvolvimento de massas neoplásicas nestes locais, segue os mesmos preceitos do atendimento a qualquer outro jovem.

Se a anamnese deve ser acurada, não menos deverá ser o exame físico, inclusive no que diz respeito à palpação e à inspeção externa e interna das genitálias e da região anal. Entretanto, exames mais invasivos, como toques retais e vaginais, só deverão ser realizados numa primeira consulta, se houver menção de queixas que justifiquem tais procedimentos, devendo-se aguardar a criação de um clima de maior confiança que permita realizá-los numa segunda ou terceira visita ao consultório. Mesmo assim o profissional deve antes explicar ao paciente como será realizado tal procedimento, através do uso de modelos ou esquemas anatômicos (que por sinal não devem ficar à mostra, o que pode chocar ou assustar o jovem, só aparecendo quando necessário), deixando o jovem examinar a aparelhagem a respondendo suas dúvidas. Tal conduta serve para baixar o limiar de ansiedade que a expectativa do desconhecido pode causar. Exames mais agressivos, como biópsias, retossigmoidoscopias, curetagens etc., devem ser encaminhados para a realização em locais especiais, mais apropriados.

Antes de se dar uma hipótese diagnóstica fria e pronta, perguntar ao jovem o quanto esse fato o preocupa ou aborrece, qual a gravidade que o jovem imputa ao problema, tranquilizá-lo a dizer-se capaz de ajudá-lo, contando com a indispensável ajuda dele próprio. A importância do cumprimento de prescrições e exames complementares deve ser exaustivamente explicada, estimulando o jovem a se responsabilizar por sua própria saúde.

PROBLEMAS CLÍNICOS MAIS FREQUENTES ENTRE JOVENS HOMOSSEXUAIS (em ordem de freqüência)

- Doenças sexualmente transmissíveis (D.S.T.) ditas "clássicas"
- Desordem do aparelho digestivo
- Complicações traumáticas do intercurso sexual
- Deficiências adquiridas da imunidade celular (serão apresentadas, por questão didática, junto a D.S.T.)

- Problemática psico-social (não está na ordem de frequência por ser geral, estando destacada por questões didáticas)

Obs.: Nenhum desses temas será aqui esmiuçado, dando-se apenas destaque a especificidade quando de sua ocorrência em grupos homossexuais jovens.

Manifestações das D.S.T. Ditas “Clássicas”

(em ordem de frequência)

- Infestações Ectoparasitárias
- Uretrites/Vulvoginites
- Proctites (pertencente também ao grupo de doenças entéricas mas incluídas neste grupo por motivos didáticos)
- Lesões Dermatológicas
 - Ano-retais: Ulcerosas
Verrucosas
 - Difusas
 - Outras
- Manifestações Orofaringeas

Devido a uma liberação dos costumes, não acompanhada de uma carga correspondente de informações, as D.S.T., que estavam diminuindo drasticamente desde o início do uso de quimioterápicos e antibióticos na década de 40, voltaram a recrudescer a partir dos anos 60, chegando-se a uma verdadeira epidemia na primeira metade da década de 80. O pânico instalado quando o mundo (principalmente a comunidade homossexual) se conscientizou, através da AIDS, do risco que corria (até certo ponto, e talvez muito pouco entre os jovens), passando a tomar precauções a respeito, chegou-se, não a uma queda mas, ao menos, a uma estabilização na incidência de D.S.T. na segunda metade da década de 80. Dados da OMS informam que de 60 a 70% dos casos de D.S.T. incidem sobre jovens abaixo de 25 anos.

A reboque das pesquisas sobre AIDS, pela primeira vez houve preocupação em se levantar a incidência de D.S.T. “clássicas” em grupos homossexuais, o que até certo ponto denota um certo desprezo e preconceito em relação a esse grupo populacional.

Pesquisas recentes, realizadas nos E.U.A., Inglaterra, Alemanha e outros países, revelaram que se a situação entre heterossexuais foi e de um crescimento anual da incidência destas doenças em progressão aritmética, entre homossexuais, provavelmente por uma questão de estilo de vida deste grupo (não gostaríamos, mas é inevitável usar a palavra “promiscuidade”), a progressão foi geométrica,

sendo 300% maior que entre heterossexuais. Cerca de 60 a 80% dos individuos homossexuais são ou foram portadores, sintomáticos ou não, de um ou mais dos cinco mais freqüentes agentes etiológicos causadores de D.S.T.

Da mesma forma, com as mudanças de hábitos sexuais na busca de maior prazer, apontados em relatórios, como os conhecidos Kinsey e Master-Johnson, feitos em anos diferentes e que assim proporcionavam condições de comparação, pode-se constatar, por exemplo, maior freqüência de parceiros múltiplos e anônimos, prática do felácio e anilingus com o correr dos anos, fatores que contribuíram inevitavelmente para o incremento tão dramático das D.S.T. entre homossexuais, assim como de outras doenças, como a hepatite.

Existe, entre homossexuais, uma série de problemas além daqueles já encontrados entre heterossexuais, como vergonha de ir ao médico, apelo para automedicação, tratamentos feitos através de facultativos em balcões de farmácia e o fato de acharem que se curaram quando, freqüentemente, passado o período agudo inicial, algumas D.S.T. recolhem seus sintomas mas o individuo permanece portador a transmissor sem o saber, até uma futura recidiva. Vale relatar, por exemplo, que a localização anal de certas lesões freqüentemente observadas entre homossexuais, mesmo que ativas, são de difícil visualização a constatação. Isso os transforma mais facilmente em transmissores potenciais.

Após este preâmbulo retomamos as formas mais freqüentes com que as D.S.T. ditas "clássicas" se apresentam.

Infestações Ectoparasitárias

- Phitíriase (chato)
- Pediculose (piolho)
- Escabiose (sarna)

Não são propriamente D.S.T. mas, muito freqüentemente, ligadas a este tipo de transmissão.

Uretrites, Vaginites e Proctites

- Gonocócicas
- Não Gonocócicas: *Clamídea tracomatis*
Cepas do linfogranuloma venéreo
Traumáticas
Alérgicas
Outras

Quanto às uretrites gonocócicas, chamamos atenção para a incidência destas entre homossexuais, que é muito mais alta que a incidência entre heterossexuais que, ao contrário e em se tratando de uretrite não-gonocócica, têm uma proporção maior de uretrites causadas pela *Clamidea tracomatis*, extremamente rara entre homossexuais. Portanto, frente ao homossexual portador de uretrite não-gonocócica, pensar em outras etiologias como *Stafilococcus aureus* e *S. epidermitis* ou *Proteus mirabilis*. Não se justifica a pesquisa da Clamidea como rotina, pela sua baixa frequência (como se faz no paciente heterossexual), devido ao alto preço e às dificuldades de realização deste exame. Quando infectados por *Clamidea*, geralmente esta é da cepa que se traduz frequentemente de maneira muito mais gritante, através do linfogranuloma venéreo.

Chama atenção o fato de que em pacientes com hábitos de penetração anal ativa, em relacionamento homo ou heterossexual (porém mais freqüente no primeiro grupo), geralmente após a uma uretrite, segue-se uma infecção urinária alta, sendo necessário após o tratamento daquela realizar-se de rotina um exame parcial de urina e cultura, pois são freqüentes infecções por coliformes.

Quanto às uretrites traumáticas, estas são muito freqüentes em adolescentes e jovens devido a intensa atividade masturbatória, assim como, pelo temor de terem pego uma D.S.T., quando ficam se verificando a toda hora, espremendo o pênis a procura de sinais de secreção.

Em relação às vaginites devido a D.S.T. entre lésbicas, estas são raras, principalmente se levando em conta as de etiologia bacteriana que, quando ocorrem, foram geralmente adquiridas em eventuais relações heterossexuais.

Quanto às vaginites, assim como uretrites e proctites de causa alérgica e traumática, são de muito maior incidência entre homossexuais devido ao freqüente emprego de lubrificantes e escarificantes químicos que facilitam a introdução ano-peniana e produzem um aumento de sensações prazerosas. A própria borracha do *condom* e mesmo as secreções do próprio paciente, como as de seu parceiro, podem ser causa de fenômenos alérgicos.

Em relação às proctites, a maioria delas tem como agente etiológico a *Neiseria gonorrhoeae* em homossexuais masculinos, geralmente são assintomáticas, quando muito, levando a discreto prurido anal e a certo grau moderado de secreção. Quando há infecção extensa, pode, entretanto, apresentar uma sintomatologia mais gritante, como tenesmo, abundante secreção purulenta e com mau cheiro, eliminação de sangue se ocorrerem micro-ulcerações na mucosa

ano-retal. O mesmo pode acontecer se a infecção tiver cepas linfogranulomatosas de *Clamidea* como agente etiológico.

Lesões Dermatológicas

Ano-genitais

- Ulcerativas

- Cancro sífilítico (*Treponema pallidum*)

- *Herpes simplex* vírus

• Cancro por *Haemofilus ducreiy* (diagnóstico diferencial com carcinoma, lesões extensas e profundas)

- Papulares

- Condiloma sífilítico

- Condiloma plano (Papiloma vírus)

Difusas

- Sífilides, gomas, rash sífilítico (diagnóstico diferencial com citomegalia e mononucleose)

- Micoses (Tineas, Ptiíase versicolor)

- Molusco infeccioso

Outros (Não são relacionadas diretamente com D.S.T. mas estão muito ligadas à condição homossexual do indivíduo.)

- Eczemas

- Queimaduras químicas

A mais freqüente lesão ulcerativa ano-genital por D.S.T. é uma manifestação primária da sífilis, o cancro inicial da infecção por *Treponema pallidum*, geralmente único e assintomático. Lesões iniciais carcinomatosas podem ser confundidas com o cancro sífilítico.

A segunda causa mais freqüente são as lesões herpéticas, pruriginosas, múltiplas e menores, mas que, em conjunto, podem confundir-se com uma lesão cancróide. Entre homossexuais, ainda que raras, são mais freqüentes que entre heterossexuais complicações graves desta infecção, como a mieloradiculopatia e a meningomielite, ambas se iniciando por manifestações de intensa dor ciática e posteriormente parestesias nos membros inferiores, a partir das extremidades, passando a disfunção urinária e incontinência fecal, não raro terminando em quadro meníngeo de evolução grave, apesar da etiologia viral.

Num distante terceiro lugar o *Haemofilus ducreiy* aparece como responsável por lesões ulcerosas ano-genitais, a também por lesões cancróides que, ao contrário da sífilis, ocorre geralmente em forma de epidemias circunscritas a determinadas áreas geográficas,

por período que raramente ultrapassa 18 meses, sendo geralmente de 6 a 8 meses.

As lesões papulares ou verrucosas aparecem na forma de condilomas, mais freqüentemente, uma manifestação secundária da sífilis. Já o condiloma plano tem o papiloma virus como agente etiológico a nem sempre sua transmissão é por via sexual. De forma geral, mas com maior freqüência entre homossexuais, tem-se relacionado o aparecimento de carcinoma a uma lesão prévia pelo papiloma virus no mesmo local.

Quanto às lesões dermatológicas difusas, as mais freqüentes são manifestações secundárias da sífilis, sob as mais variadas formas: sífilides, alopecias, gomas e rash cutâneo, este último podendo mimetizar citomegalia ou mononucleose (“doença do beijo”, ou “dos estudantes”, também muito freqüente entre homossexuais), pois acompanha-se de infartamento ganglionar generalizado, febre e, por vezes, hepato-esplenomegalia. Todas essas três entidades nosológicas, raramente mas com maior freqüência entre homossexuais, podem mimetizar uma hepatite, pois acompanham-se de icterícia.

Outras lesões difusas, mas não exclusivamente de transmissão sexual, são a ptiíase versicolor, as tineas (mormente a *Tinea cruris*) e o molusco infeccioso que podem, entretanto, ser altamente sugestivos desta via de contágio quando incidem no grupo populacional em estudo. Manchas vinhosas, que se iniciam de maneira centrífuga e depois se generalizam, podem sugerir complicações da AIDS, principalmente nas faixas etárias superiores próximas a idade que separa a juventude da vida adulta (em torno dos 25 anos).

Não inerentes à transmissão sexual, mas sim à condição homossexual do indivíduo, estão as lesões correspondentes a queimaduras químicas nas narinas, geralmente associadas a um grupo de sinusites químicas, proveniente do largo uso entre certos grupos de homossexuais mais jovens dos *rush-poppers* (a “droga das discotecas”), obtidos a partir de medicamentos usados como cardiodilatores derivados de nitritos, assim como o uso de inalantes do tipo de desodorantes de ambientes nitrogenados e lança-perfume. Estas substâncias são usadas não só com a finalidade de levar à sensação de êxtase a tranqüilidade, mas também porque levam a um relaxamento do esfíncter anal e a um rápido esvaziamento da próstata, que facilita a penetração e o orgasmo. A *over-dose* dessas substâncias leva, geralmente, à parada cardíaca e seu uso constante ou exagerado pode levar a .meta-hemoglobinemia.

Entre sadomasoquistas, são encontrados hematomas, manchas equimóticas, queimaduras, lesões mais ou menos profundas e escarificações da pele.

Sendo freqüente o uso de cosméticos por outros grupos de homossexuais, não raro encontram-se eczemas e reações alérgicas resultante do uso de esmaltes, rímel, *blushes*, sombras, pós, bases, tinturas e fixadores para cabelo, alguns tipos de bijuterias, lesões que podem ser localizadas ou generalizadas, estas últimas, freqüentemente pelo uso de fórmulas caseiras de bronzeadores.

Manifestações Orofaringeas das D.S.T.

- Faringites e Estomatites (*Neiseria gonorrhoeae*)
- Lesões Ulcerativas (*Treponema pallidum*, *Haemofilus ducreiy*, *Herpes*)
- Lesões Verrucosas (*Treponema p.*)
- Lesões Resultantes da Infecção por H.I.V.
 - Leucoplaquias
 - Candidíase oral disseminada e repetitiva
 - Sarcoma de Kaposi

A gonococia é a infecção mais freqüente entre as manifestações orais da D.S.T., geralmente assintomática, cerca de 16 a 20% de homossexuais apresentam essa condição, daí ser rotina fazer-se cultura do *swab* bucal. Outras vezes ela pode se manifestar na forma de faringite clássica ou, menos freqüentemente e quando há infecção extensa, na forma de sinais de estomatite, gengivite, piorréia e glossite.

Entre as lesões ulcerosas mais freqüentes está o herpes labial, nem sempre de transmissão por via sexual, mas sugestivo quando entre homossexuais, ao contrário do cancro e do condiloma sifilítico de localização oral, que tem sempre esta via de transmissão.

Cabe aqui citar apenas algumas manifestações orais associadas à infecção por H.I. V., como a leucoplaquia, a infecção repetitiva e disseminada por monília a lesões típicas do sarcoma de Kaposi.

Não vamos entrar em maiores considerações sobre as infecções por H.I.V., causadores da Síndrome Imunológica de Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS), que se manifesta clinicamente através de uma plêiade de doenças oportunistas, entre elas a pneumonia por *Pneumociste carinii* e a toxoplasmose, além das que se encontram mencionadas neste texto.

Lembraríamos apenas que não é somente este tipo de vírus que leva a imunodeficiência. O próprio vírus da hepatite tipo B, que abordaremos mais adiante, também o é, assim como o sêmem do parceiro depositado no ânus, que durante o intercurso sexual pode ser absorvido pela mucosa ou através de micro-lesões e fissuras, entrando na circulação, não sendo reconhecido como self e

causando danos ao sistema imunológico. Da mesma forma, alguns homossexuais passam horas expostos à inclemência do tempo, nas ruas, à noite, sem horários, alimentando-se mal, desgastando-se fisicamente etc.

Em relação às D.S.T., orienta-se ao profissional não dirigir os exames laboratoriais apenas às necessidades trazidas pelo paciente e aos achados do exame físico, pois é necessário, nestas condições, detectar os casos assintomáticos. Deve-se obrigatoriamente, frente a um jovem confessamente homossexual, solicitar, de rotina, uma cultura de material obtido através de swab uretral, anal e bucal; sorologia para lues e para hepatite tipo B.

Em relação aos testes para a detecção de infecção por H.I. V., a possibilidade e a importância de sua realização deve ser apresentada a todo homossexual/bissexual, deixando, entretanto, a escolha a critério do próprio paciente nesta questão por demais mobilizante. Além disso, em se tratando de um jovem, lembramos que a grande incidência de positividade a estes testes é mais encontrado em pacientes acima de 25 anos. Abaixo desta idade também encontra-se positividade, mas muito freqüentemente teve-se como via de infecção o uso de drogas endovenosas com compartilhamento de seringas e agulhas, não estando descartada, absolutamente, a possibilidade do contágio por via sexual. A grande importância da abordagem sobre AIDS com jovens, principalmente aqueles que não se iniciaram sexualmente, é porque nessa fase formam-se hábitos que são carregados ao longo da vida, daí a necessidade de trabalho preventivo desde então (e até mesmo antes...).

Por este motivo cremos ser extremamente importante que se encete uma meta de educação para saúde a longo prazo, iniciando-se nos lares, através dos pais, seguindo-se na escola, principalmente entre escolares pré-adolescentes, pois estes já têm um bom nível de entendimento dos tópicos, sem ainda estarem expostos a eles. Nesta abordagem deve-se preocupar em não ser moralista, para não se correr o risco de tampar o sol com a peneira ou ser alvo fácil de chacota por parte do jovem, mas ser realista. Somente desta maneira conseguiremos passar aos jovens noções no sentido da detecção de situações de risco e do posicionamento frente a estas, tomando atitudes positivas. E isso não apenas na área da sexualidade - D.S.T./AIDS, concepção/anti-concepção, paternidade responsável, dificuldades e problemas sexuais, incluindo-se aí a homossexualidade -, mas em muitas outras áreas: acidentes, por exemplo.

Lembremos que, frente a uma D.S.T., não cabe apenas ao profissional tratá-la, indo seu trabalho muito além disso, como a

notificação da incidência das doenças às autoridades sanitárias. Um pouco mais difícil será convencer o paciente da necessidade de comunicar o fato, se possível, a seus contatos. Outro ponto é conscientizar o paciente da necessidade de um período de abstinência durante o tratamento, até que exames se negativem a este obtenha alta. Por fim, tentar impedir a re-infecção, muito freqüente, através do incentivo ao uso de (e do acesso a) métodos preventivos, como o condom, que tem uma falha média para D.S.T. de apenas 3%, fato que o indica como um método seguro. Isto, apesar de toda a dificuldade deste trabalho com jovens, que estão presos a tabus como o fato de considerarem que “camisinha corta o barato”, somado a uma precária noção de casualidade, a uma ainda alta carga de onipotência, ao fato de não saberem esperar (nem que seja alguns minutos até se chegar a uma farmácia próxima), torna esta uma tarefa árdua,

O estardalhaço (justificável) em torno da AIDS nos preocupa pois, se por um lado ajudou no decréscimo da ocorrência das D.S.T. ditas “clássicas”, o uso de preservativos ficou muito ligado à imagem da primeira. Tememos que, encontrada a cura ou uma vacina para a AIDS, tal fato leve ao afrouxamento do uso de preservativos, voltando a acontecer um novo *boom* na incidência de D.S.T. ditas “clássicas”.

Doenças Entéricas

- Proctites (já comentadas)
- Colites e Enterites
 - Bacteriana: Sheguela
Salmonela
Campilobater
 - Proto-Parasitária: *Entamoeba h.*
Giardia 1.
 - Fúngica: Candidíase disseminada
- Hepatites
 - Tipo A
 - Tipo B
 - Tipo não-A não-B

As colites e as enterites podem se expressar de maneira branda ou exacerbada, levando a um quadro diarréico, de duração breve ou prolongada. Diarréias mais exacerbadas podem se complicar com quadros de desequilíbrio hidreletrolítico (desidratação) a ácido-básico (acidose metabólica). As mais prolongadas levam a intenso qua-

dro de emagrecimento e astenia (síndrome desabsortiva).

Na dependência do agente etiológico em voga, pode frequentemente haver a condição de portador assintomático entre jovens homossexuais. Via de regra a transmissão é oro-fecal. Os agentes bacterianos mais freqüentes são a *Shiguella* e a *Salmonela* seguidas, num distante tenceiro lugar, pelo *Campilobacter jejuni*. Tratando-se geralmente de infecções autolimitadas, não ultrapassa de 7 a 10 dias. De qualquer forma é interessante realizar-se coprocultura após a regressão dos sintomas visando detecção desses portadores assintomáticos.

Quanto à etiologia proto-parasitária, temos a *Entarmoeba histolitica* e a *Giardia lamblia* como principais agentes, tratando-se de germes oportunistas, o que não deve ser esquecido ao lidarmos com pacientes portadores de baixa imunidade e mal estado geral, podendo inclusive evoluir para quadros metastáticos extremamente graves, como nos casos de abscessos hepáticos ou cerebrais, e amebíase cutânea (lesões em botão de camisa).

Por fim, temos a *Candida albicans*, levando a irritação extensa do trato gastroentérico, como principal causa de colites e enterites de etiologia fúngica. Tal quadro leva a uma síndrome desabsortiva, comum entre portadores de H.I. V. que apresentam queda de imunidade. Trata-se de diarréias prolongadas.

Quanto às hepatites, estas podem evoluir assintomaticamente, sub-clinicamente (forma anictérica) ou apresentar um quadro florido. A incidência de hepatite entre homossexuais jovens é três vezes maior do que entre a população geral e, se considerado os casos de hepatite B, esta proporção pode ser bem mais alta. O grupo mencionado está mais exposto não apenas pelo fato de uma maior freqüência de performances sexuais entre alguns grupos de homossexuais, mas também pela freqüência a ambientes de alta probabilidade de contaminação, como saunas e banheiros públicos.

Lembramos que a hepatite tipo B pode evoluir num transcurso crônico com fases de reagudização. Não raro, há evolução para a necrose hepática e posterior aparecimento de carcinoma.

Complicações Traumáticas

Contrariando crença generalizada, o intercurso sexual por via anal não é causa freqüente de lesões macromórficas do esfíncter anal e botões hemorroidais. O uso de lubrificantes no intercurso sexual, muito difundido entre homossexuais, diminui essa possibilidade, mas infelizmente são, em geral, substâncias altamente cancerígenas, se usadas com freqüência, principalmente os derivados de petróleo (va-

selinas etc.). Os cremes menos agressivos seriam os aquosos e naturais, como os cremes de aveia, óleos vegetais ou o K-Y, este último não existente no Brasil.

Somente nos casos de introdução de corpos estranhos extremamente volumosos ou perfurantes, nos casos de estupros a práticas sado-masoquistas que envolvem violência, pode-se induzir a traumas na região ano-retal, que se traduzem principalmente por fissuras a esgarçamentos, levando a incontinência fecal ou ao prolapso hemorroidal, este último podendo evoluir para trombose e posterior necrose.

Frente a uma copiosa hemorragia, antes de se pensar em uma lesão baixa, há que se encaminhar este paciente com urgência para realização de uma retossigmoidoscopia, onde geralmente a lesão será encontrada bem acima do nível dos botões hemorroidais, nunca tendo um intercurso sexual como causa e, sim, a introdução de corpos estranhos.

Por ser a região ano-retal um local muito infectado, fissuras aí localizadas podem, com freqüência, se infectar, abcedar e evoluir posteriormente para a fistulização.

Corpos estranhos na ampola ano-retal (ou mesmo acima desta), tais como "consolos", vibradores, frascos cilíndricos e até garrafas de pequeno porte são encontradas no atendimento ao grupo homossexual. Não são, porém, exclusivos deste: muitos heterossexuais também usam esta técnica como fonte de obtenção de prazer.

A remoção destes objetos pode se dar com maior ou menor facilidade. Garrafas de certas marcas de refrigerantes, se presas por pressão negativa, já possuem em seu fundo uma pequena região circular onde o vidro é menos espesso. Quebrada neste local, a garrafa desprende-se, evitando estilhaçar-se inteira, o que exigiria uma delicada remoção dos cacos, com possibilidades de danos maiores. Estando a remoção difícil, encaminha-se o paciente para uma cirurgia proctológica. Se o corpo estranho estiver preso por simples espasmo anal, se desprenderá logo após o ato anestésico que provoca relaxamento do esfíncter, evitando-se a cirurgia.

Lembrando que a introdução de objetos estranhos muito volumosos ou, por exemplo, na prática do fisting quando há introdução do punho ou até mesmo do braço todo no ânus), a dilatação do esfíncter pode levar a uma parada cardíaca por mecanismo de reflexo vagal.

No caso de lacerações com abundante sangramento, o quadro pode complicar-se pela instalação rápida de choque hipovolêmico ou, um pouco mais tardiamente, de um choque septicêmico, devendo-se tomar as devidas e imediatas precauções relativas a estes fatos.

Sendo comum entre os jovens em geral, por motivos mecânicos, o edema peniano (resultante de uma intensa atividade masturbatória) pode ser encontrado com frequência maior entre homossexuais, pelo fato das penetrações anais serem mais vigorosas. O tratamento deste quadro é um prolongado período de abstinência e “repouso” que, se não for observado, poderá levar à necrose do pênis. Antes disso, entretanto, o jovem já deverá ter sido encaminhado ao atendimento por profissionais da área de saúde mental.

O vigor de certas relações sexuais podem levar a maior frequência de fraturas penianas. O uso de “anéis penianos”, muito frequente entre homossexuais, visando aumentar o volume e prolongar o tempo de ereção do pênis, podem levar ao priapismo. Ambas situações são de emergência cirúrgica grave e de conseqüências inestimáveis.

Apesar de, legalmente, só se considerar como estupro a violência e abuso sexual contra o sexo feminino, é cada vez mais frequente este ato contra jovens do sexo masculino, homossexual ou não, fato que vem acontecendo não só em lugares ermos e escuros, mas até mesmo dentro de casa, pois o perfil do estuprador é, em geral, alguém do círculo de relações ou mesmo um familiar.

Recomenda-se atenção, portanto, àquele profissional de saúde, num serviço de emergência, ao atender um jovem com história de estupro ou lesões anais, que se apresenta totalmente apático e aturdiado ou, ao contrário, ansioso e apavorado; histórias mal contadas por parte dos acompanhantes, que se conflitam a cada versão, visando esconder algum fato ou proteger alguém.

Seqüelas de abuso sexual são muito mais graves a nível psicológico e social do que biológico, devendo o paciente ser encaminhado ao serviço de saúde mental e serviço social, garantindo-se a esse jovem o direito de proteção e até mesmo de processar o violador (se conhecido), com bases em laudos periciais, requisitados a serviço da medicina legal em envelopes lacrados que garantam a confiabilidade e se resguarde a figura do jovem, mesmo que homossexual. E por que seria diferente? Este foi submetido compulsoriamente a um ato degradante; não inerente ao fato dele ser ou não homossexual, não estando ele, portanto, dispensado de ser brindado com sentimentos de respeito e compaixão que todo e qualquer paciente merece, neste e noutros casos, da parte das autoridades médico-sanitárias, legais e policiais.

Aspectos Referentes à Saúde Mental

Poucos tópicos permitem tanta diversidade de opiniões (não

raro se deixando contaminar pelas emoções) quanto a questão da etiopatogenia da homossexualidade. Muitos pontos de vista carregam dentro de si mensagens implícitas quanto a sanidade mental dos portadores desta condição sexual.

As teorias com melhor aceitação sobre o desenvolvimento da personalidade retratam a adolescência como um período evolutivo, talvez o mais crítico de todos no decurso da vida humana. Isto se dá devido à ocorrência de profundas mudanças de caráter bio-fisiológico, psico-intelectual e social, quando também em termos de sua sexualidade estão em jogo questões como o reacionar, reviver, renovar e reposicionar-se, no sentido de adequar os produtos dessas mudanças. Ocorre o aflorar do impulso sexual previamente estabelecido na infância em contrapartida a uma crescente exposição a mensagens de aprovação ou não por parte da sociedade, naquele determinado momento cultural.

Daí o apaixonado desdobrar de questões, como se a homossexualidade fosse uma “anormalidade”, tara, aberração ou um mero direcionamento “alternativo” do impulso sexual. Até que ponto seria, por outro lado, uma parada do pleno desenvolvimento geral de uma personalidade adulta? Então, seriam experiências homossexuais na adolescência parte dos degraus a se escalar no sentido da aquisição de uma sexualidade adulta? Até que ponto, e assim o afirmam teorias psicanalíticas (não aceitas por todos os segmentos), não seríamos nós nem totalmente heterossexuais, nem totalmente homossexuais, sendo a expressão (assim como a sublimação) de determinados impulsos uma condicionante de ditames sócio-culturais?

Temas, que se repetem no levantamento da bibliografia tanto de homo quanto de heterossexuais, indicam uma resposta positiva a todas estas perguntas. Neste mesmo levantamento não é difícil encontrar, no estabelecimento de uma conduta homossexual, um processo comum que pode ser dividido em quatro etapas: uma, de confusão na aquisição da identidade sexual; uma, de sensibilização à problemática, seguindo-se do assumir a identidade homossexual, ou seja, adotar essa postura; e, finalmente, o *commitment* de vivências homossexuais, velada ou abertamente, processo este que também pode ficar interrompido, não chegando a concluir-se obrigatoriamente em todos indivíduos.

Assim sendo, tópicos sobre a saúde mental dos jovens homossexuais são melhor compreendidos no contexto dos limites culturais e históricos, incluindo-se aí também o próprio conceito de adolescência a juventude, assim como a valorização de tópicos como o conceito de erotofobia a homofobia do indivíduo e do todo social.

Dentro desses parâmetros, há que se consolidar toda uma

gama de informações básicas sobre a maneira como vem evoluindo a prática e os estilos de vida dentro da comunidade homossexual a de como a sociedade geral, através de pressões de várias ordens, inclusive legais, atua ou submete esse grupo. E a maneira como, a partir daí, o indivíduo e o grupo homossexual internalizam suas próprias questões da homofobia, as manifestações desse direcionamento sexual, tanto a nível social como psicológico, questões estas que desaguam na sua maior ou menor tranquilidade frente ao fato de assumir, publicamente ou não, sua condição homossexual.

Necessário é, também, ressaltar que existem grandes diferenças entre indivíduos a grupos de homossexuais, principalmente quando analisadas essas diferenças sob o prisma da homossexualidade masculina e feminina, de jovens ou mais velhos, não ficando essas somente em termos de saúde física mas também em relação às questões de saúde mental.

Há que se considerar, portanto, além dos aspectos terapêuticos específicos a cada caso, sugestões sobre apoio na forma de atendimento na área de serviço social, assim como formação de grupos operativos, fato de extrema importância na alocação de modelos adultos apropriados, acesso, orientação, informação, educação de saúde e aquisição de auxílio mútuo. Isto porque a manutenção da saúde mental deste jovem passa pelo fato deste ter que normalizar suas experiências homossexuais com aquelas referentes à sua experiência como adolescente e, em última análise, como ser humano.

Neste trabalho, esbarra-se no fato de como reagem a família e o meio social, a que este jovem pertence, frente a este "se assumir" como homossexual. Dificuldades de comunicação, comprometimento de auto-estima, sentimentos tanto de culpa como de ódio mal resolvidos são itens que, da parte do jovem, contribuem para essas dificuldades.

Por outro lado, suas famílias são totalmente desinformadas e carregadas de preconceitos em relação à homossexualidade, estando em jogo preceitos religiosos, morais, culturais, a satisfação a dar a nível social, a intensidade das questões que carregam sobre homofobia. Daí surgem influências negativas que revertem no impedimento de um relacionamento menos tumultuado e conflituoso entre as partes envolvidas.

Faz-se, portanto, mister que a equipe de saúde atue não somente sobre o indivíduo, mas também na direção de proporcionar um melhor ajustamento familiar e social, através do uso de estratégias apropriadas, uma vez que assim se permite maior profundidade e duração das ações encetadas do que se agindo somente sobre o indivíduo.

Desta forma, se proporcionará ao jovem homossexual melhores condições de negociar, com sucesso, um espaço para si, constituindo-se este num trabalho profilático e preventivo na preservação de um nível melhor de equilíbrio e saúde mental. Sabidamente a homossexualidade vem acompanhada de muitos sentimentos conflitantes e sofrimentos que só iriam aumentar, se o jovem estiver em meio de uma situação familiar e social confusa e tumultuada. Estas podem se constituir em meio caminho andado para a entrada do jovem em situações de riscos, como depressão e suicídio, fuga de casa e posterior prostituição, por faltar a esse jovem condições de sobrevivência, abuso de álcool e drogas, geralmente associados ao tráfico, infrações criminais e conduta anti-social.

Lembraríamos também dos aspectos especiais sobre tópicos da saúde mental que se associam à condição de doenças crônicas incapacitantes ou de evolução terminal entre jovens, como os portadores de SIDA/AIDS. Morte à doença não fazem parte do repertório do jovem, que se sente traído, pego de surpresa no vigor da juventude, desencadeando uma série de reações psicológicas, como a negação da doença, a revolta, o fazer-se de vítima, o período de barganhas e, só finalmente, um período mais tranqüilo de aceitação do fato, que pode ser obtido mais rapidamente ao se contar com o devido apoio.

Vivendo geralmente sob tensão constante, os jovens homossexuais são também portadores de doenças de cunho psicossomático, que tanto podem se traduzir por sintomatologia indefinida, difusa e imprecisa, como também por quadros definidos: crises enxaquecóides, úlceras pépticas e colites ulcerativas, quadros asmatiformes, quadros dermatológicos, anorexia nervosa e obesidade mórbida, entre outros.

Não gostaríamos de concluir esse tópico sem mencionar um assunto para o qual o profissional deve estar atento, que é a ocorrência, não tão rara, da chamada "homossexualidade por imposição", quando determinado adolescente é flagrado em situação passiva durante uma experiência homossexual circunstancial. Não sendo este seu direcionamento sexual definitivo, passa a ser cobrado pelos familiares, e principalmente pelos grupos de pares, um desempenho homossexual, uma vez que, mesmo injustamente, foi rotulado como tal. Esta situação gera intenso quadro de angústia e freqüentemente tem desfecho trágico.

CONCLUSÃO

Frente à exposição deste volumoso material (mesmo numa abordagem superficial, evitando-se discutir cada tema ao nível de

minúcias), os profissionais que compõem as equipes de saúde que lidam com jovens devem estar atentos a sensíveis à problemática homossexual, devendo, antes de mais nada, examinar, rever seu posicionamento e testar-se frente a uma situação deste tipo. Muitas vezes isto não será fácil e nem mesmo possível de acontecer, pois o profissional, isoladamente ou a equipe como um todo, está também inserido em um contexto social que introjeta, de maneira mais ou menos contundente, uma orientação heterossexualmente determinada. Devemos apenas ser o suficientemente honestos e humildes, passando o caso a um outro profissional mais apto, se, por algum motivo pessoal, tal problemática nos inibe. De nada adiantará mantermos (se conseguirmos) aquele paciente, tratando-o mal, com indiferença, ironia e desrespeito, o que indiretamente constitui-se numa agressão. Esta situação denuncia um intenso mecanismo neurótico de contra-transferência que pode até ser a tradução da ameaça de que aquele homossexual à sua frente traga aspectos da própria sexualidade do profissional, não muito bem resolvidos.

Estariamos sendo injustos ao afirmarmos que o approach à problemática homossexual se restringe apenas a uma questão unicamente de caráter pessoal, pois na realidade estão envolvidos aspectos até mesmo políticos e ideológicos.

Não pode o profissional, já sensibilizado pela problemática exposta, esquivar-se no sentido da capacitação do restante da equipe e de outros profissionais, visando que estes adquiram melhor compreensão a um posicionamento mais apropriado frente ao jovem homossexual, sob o risco de ver incompleto o seu trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. OWEN, Jr., W. V. Medical problems of the homosexual adolescents - Sexually active teenagers, their health care. *J. A. H. C. 1(3): 1987.*
2. SAVIN-WILLIAMS, C. & RITCH. Theoretical perspectives accounting for adolescent homosexuality. *J. A. H. C. 9(2): March 1988.*
3. TROIDEN, R. R. Homosexual identity development. *J. A. H. C. 9(2): March 1988.*
4. GONSIORREK, J. C. Mental health issues of gay and lesbian youngsters. *J. A. H. C. 9(2): March 1988.*
5. _____. Helping gay and lesbian adolescent and their families: a mother's perspective. *J. A. H. C. 9(2): March 1988.*
6. ZENILMAN, J. Sexually transmitted diseases in homosexual adolescents. *J. A. H. C. 9(2): March 1988.*

7. REMAFEDI, G. J. Preventing the sexual transmission of AIDS during adolescence. *J. A. H. C.* 9(2): March 1988.
8. _____. Especial issues on adolescent homosexuality. *J. A. H. C.* 9(2): March 1988.

Trabalho
de
Pesquisa

Prevalência de Dificuldades Sexuais em Parceiras de Homens Sexualmente Disfuncionais 1

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior¹
Vera Lúcia Andrade²
Moacir Costa³

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. Prevalência de dificuldades sexuais em parceiras de homens sexualmente disfuncionais. *R. B. S. H.*1(1): 1990.

O reconhecimento da prevalência de disfunções sexuais em mulheres parceiras de homens sexualmente disfuncionais deve conduzir-nos a melhor estratégia de tratamento para estes homens com disfunção de ereção, ejaculação prematura ou retardada, inibições de desejo sexual ou anorgasmia.

De um grupo de 32 mulheres, trazidas ao diagnóstico da disfunção sexual de seus parceiros sexuais, com a concordância destes, 88% referiam algum grau de disfunções sexuais, sendo que somente 9,38% deviam esta disfunção à disfunção do parceiro.

Torna-se muito importante considerar a possível disfunção sexual da parceira sexual na estratégia de tratamento do paciente homem visando a melhor adequação sexual posterior do casal.

1. Psicólogo; professor assistente de Psicologia Geral e Teorias e Técnicas Psicoterápicas II e supervisor do curso de Orientação Sexual de Adolescentes das Faculdades São Marcos; psicoterapeuta sexual do Instituto H. Ellis.

2. Psicóloga; estagiária do Instituto H. Ellis; psicoterapeuta corporal.

3. Psiquiatra com especialização em sexualidade humana; psicoterapeuta do Instituto H. Ellis.

Trabalho desenvolvido no Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade.

Recebido em 19/1/90

Aprovado em 26/1/90

SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. Prevalence of sexual dysfunctions among sexual partners of sexually dysfunctioning men. *R. B. S. H.1(1): 1990.*

The treatment for male sexual dysfunctions (erectile failure, premature or retarded ejaculation, inhibition of sexual desire or lack of orgasm) must consider the possibility of sexual dysfunctions in the female sexual partner.

In the diagnosis of male sexual dysfunctions 32 female sexual partners were interviewed when went along with the male patients. We found 88% of these women complaining of sexual dysfunctions, but only 9.38% had these dysfunctions due to the sexual dysfunctions of the male patients.

We will only have an actual sexual adequacy of the couple if we take into account the possibility of sexual dysfunctions in both, the male patients and their female sexual partners.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi fazer um reconhecimento das disfunções sexuais, possivelmente existentes, nas parceiras sexuais de pacientes com queixas de disfunções sexuais que procuraram uma clínica privada, especializada no diagnóstico e no tratamento de disfunções sexuais. A existência de disfunções e dificuldades sexuais nas parceiras sexuais de homens sexualmente disfuncionais merece consideração na fase diagnóstica destes, visando o objetivo do diagnóstico, o tratamento a ser indicado, a solução mais adequada e satisfatória da disfunção sexual. O reconhecimento da possibilidade de disfunções sexuais entre as mulheres (esposas, noivas, namoradas, amantes) de homens com queixas de distúrbios sexuais torna-se importante para a conduta individualizada no tratamento deste paciente e, por extensão, do casal.

Consideramos disfunções sexuais femininas as seguintes dificuldades sexuais, segundo o conceito trifásico da resposta sexual humana de Kaplan (3):

- *Inibição do desejo sexual.* Desde a total inibição a uma diminuição da motivação para o ato sexual, seja por razões desenvolvimentais, seja por conflitos inconscientes ou sociais (3, 4). A inibição do desejo sexual, a disfunção sexual geral e o vaginismo são classificadas em primária e secundária, sendo primária quando o distúrbio ocorre desde o início da vida sexual, e secundária quando o distúrbio surge após um período de normalidade sexual.

- *Disfunção sexual geral*. Dificuldades relacionadas à fase de excitação: lubrificação vaginal insuficiente e/ou falta de satisfação com o contato sexual, acompanhadas ou não de dispareunia (2, 4).

- *Disfunção orgásmica*. Dificuldade ou incapacidade de obter orgasmos, seja de maneira absoluta ou situacional, seja primária ou secundária (2). Quando absoluta, o orgasmo nunca foi obtido anteriormente de nenhuma forma, em nenhuma circunstância, enquanto que com a disfunção orgásmica situacional existe a falta de orgasmos circunstancialmente. Na disfunção orgásmica primária, o orgasmo é conseguido pela masturbação sem que isto ocorra no relacionamento sexual.

- *Vaginismo*. É um espasmo involuntário dos músculos circundantes da entrada vaginal quando ocorre uma tentativa de introdução vaginal, conduzindo à impossibilidade de uma relação sexual intravaginal e o surgimento de muitas dores com a tentativa (2).

- Outras dificuldades relacionadas à não adequação sexual entre os parceiros sexuais (4).

MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados foram obtidos através da análise retrospectiva da entrevista psicológica a que foram submetidas mulheres devido às disfunções sexuais de seus parceiros. A convocação das parceiras sexuais para uma entrevista psicológica estruturada dependeu da história e da evolução da disfunção sexual do paciente a da aceitação, pelo paciente homem, da participação de sua parceira sexual no processo diagnóstico e futuro tratamento de sua disfunção sexual. A convocação foi feita através do paciente que deveria discutir com a parceira sua vinda para a entrevista.

De um grupo de 525 pacientes homens queixando-se de disfunções sexuais (disfunção erétil, ejaculação prematura, ejaculação retardada, inibição de desejo, anorgasmia), foram convocadas, devido à aceitação desta participação pelos pacientes, as parceiras sexuais fixas de 58 pacientes (11,05%) e destas, 32 compareceram para a entrevista psicológica (55,17%). A idade média foi de 38 anos e 2 meses, variando de 25 a 60 anos. Uma vez que a condição de parceira sexual não corresponde ao estado civil, a distribuição deste encontra-se na Tabela 1. A Tabela 2 mostra a distribuição do grau de escolaridade, onde a maioria tem grau universitário completo, apesar de não exercer profissões fora de casa (Tabela 3).

Tabela 1 – Estado civil das mulheres estudadas.

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Casada com o paciente | 25 (78,13%) |
| Solteira | 3 (9,38%) |
| Separada, com outra relação | 2 (6,25%) |
| Separada | 1 (3,13%) |
| Vivendo junto | 1 (3,13%) |

Tabela 2 – Grau de escolaridade das mulheres estudadas.

| | |
|--------------------------|-------------|
| Primeiro grau completo | 2 (6,25%) |
| Primeiro grau incompleto | 2 (6,25%) |
| Segundo grau completo | 5 (15,62%) |
| Segundo grau incompleto | 5 (15,62%) |
| Terceiro grau completo | 10 (31,25%) |
| Terceiro grau incompleto | 1 (3,13%) |
| Analfabeta | 1 (3,13%) |
| Sem informações | 6 (18,75%) |

Tabela 3 – Distribuição de profissões entre as mulheres estudadas.

| | |
|---------------|-------------|
| Do lar | 16 (50,00%) |
| Professora | 4 (12,50%) |
| Advogada | 2 (6,25%) |
| Doméstica | 2 (6,25%) |
| Decoradora | 1 (3,13%) |
| Empresária | 1 (3,13%) |
| Estudante | 1 (3,13%) |
| Lojista | 1 (3,13%) |
| Recepcionista | 1 (3,13%) |
| Secretária | 1 (3,13%) |
| Veterinária | 1 (3,13%) |
| Vendedora | 1 (3,13%) |

RESULTADOS

Os sentimentos com relação ao corpo demonstraram ser positivos em 16 mulheres (50%), com referências de adequação e aceitação do corpo. Os sentimentos negativos foram referidos por 7 mulheres (21,87%), que demonstravam não aceitar o corpo e sentirem no in-

dequado. As 9 mulheres restantes (28,12%) não demonstraram claramente a aceitação ou não do corpo.

O desenvolvimento psico-sexual adequado associa-se a uma vida sexual adulta saudável. Foi considerado adequado um desenvolvimento psico-sexual composto por um ambiente familiar receptivo, com a existência de experiências sexuais gratificantes e bem integradas emocionalmente, tais como jogos e brincadeiras de cunho sexual, a exemplo dos enunciados por Costa (1).

Encontramos nesta amostra 7 mulheres (21,87%) das quais depreendemos um desenvolvimento psico-sexual adequado contra 24 mulheres (75,00%) com inadequação do desenvolvimento da psico-sexualidade. De uma mulher não tínhamos informações suficientes ao nível diagnóstico para melhor compreensão desenvolvimental.

Quanto à menarca, 19 destas mulheres (59,37%) tiveram conhecimento antecipado sobre a menstruação através de parentes ou amigas; 8 (25%) não obtiveram nenhuma informação na época; não obtivemos informações sobre o assunto em 5 casos (15,12%). Com relação aos sentimentos quanto à menarca, 14 mulheres (43,75%) referiram sentimentos positivos, enquanto 12 mulheres referiram sentimentos negativos; não foram obtidas informações em 6 (18,75%) casos. A idade média destas mulheres para a menarca é de 12 anos e 6 meses, variando de 11 a 15 anos.

A idade para a iniciação sexual alcançou a média de 20 anos e 6 meses, variando de 12 a 30 anos. As pessoas com quem estas mulheres tiveram sua iniciação sexual encontram-se distribuídas a apresentadas na Tabela 4. A idade média das mulheres que referiram ter tido a primeira relação sexual com o marido, após o casamento, foi de 42 anos e 4 meses, variando de 26 a 60 anos. As mulheres que tiveram sua primeira relação sexual com o namorado (incluindo se este for seu atual marido) apresentaram a idade média de 32 anos e 8 meses, variando de 25 a 40 anos. A maioria destas mulheres (62,5%) referiu sentimentos negativos relativos à iniciação sexual.

Tabela 4 – Parceiro para iniciação sexual das parceiras de homens sexualmente disfuncionais.

| | |
|-------------------|-------------|
| Marido após casar | 16 (50,00%) |
| Namorado | 7 (21,87%) |
| Atual marido | 5 (15,62%) |
| Noivo | 2 (6,25%) |
| Parceiro eventual | 1 (3,13%) |
| Sem informações | 1 (3,13%) |

O sentimento de disponibilidade para a atividade sexual destas mulheres encontra-se referida na Tabela 5, enquanto que a frequência da atividade sexual encontra-se na Tabela 6.

Tabela 5 – Disponibilidade para a atividade sexual das parceiras de homens com disfunções sexuais.

| | |
|-----------------|-------------|
| Positiva | 16 (50,00%) |
| Diminuída | 7 (21,87%) |
| Negativa | 5 (15,62%) |
| Indiferente | 1 (3,13%) |
| Sem informações | 3 (9,38%) |

Tabela 6 – Frequência da atividade sexual referida por parceiras de homens com disfunções sexuais.

| | |
|--------------------|------------|
| 1 vez por semana | 4 (12,50%) |
| 2 vezes por semana | 3 (9,38%) |
| 3 vezes por semana | 1 (3,13%) |
| 4 vezes por semana | 2 (6,25%) |
| Diária | 1 (3,13%) |
| 3 vezes ao mês | 2 (6,25%) |
| Nula | 8 (25,00%) |
| Diminuída | 2 (6,25%) |
| Sem informações | 9 (28,12%) |

A idade de início da masturbação ocorreu em média de 15 anos e 2 meses, variando de 5 a 34 anos, sendo que 7 desta amostra (21,87%) nunca se masturbaram. Os sentimentos positivos quanto à prática da masturbação são referidos por 64,71 %.

Quanto às fases da resposta sexual humana (Kaplan, 3) encontramos preservada a fase de desejo em 53,12%, em 34,37% percebeu-se diminuição do desejo sexual, e em 12,5% encontramos ausência do desejo sexual.

A fase de excitação sexual mostrou-se preservada em 80% da amostra, sendo que apenas 1 mulher tinha ausência total de lubrificação vaginal e outros sinais de excitação sexual, enquanto nas restantes (16,67%) havia sinais de dificuldades relacionadas a esta fase da resposta sexual humana.

A fase de orgasmo mostrou-se preservada em 19 mulheres (59,38%), e a ausência de orgasmo foi referida por 21,9%, enquanto

as demais referiam dificuldade na obtenção do orgasmo durante a atividade sexual com penetração vaginal.

O quadro de disfunção sexual geral primária apresentou-se apenas em 1 mulher (3,13%).

A inibição do desejo sexual atinge 40,63% das mulheres estudadas e as várias formas encontram-se distribuídas na Tabela 7.

Tabela 7 – Prevalência dos tipos de inibição do desejo sexual (IDS) entre as parceiras de homens com disfunções sexuais.

| Tipo de IDS | |
|----------------------------------------------|------------|
| – Primária | 6 (46,15%) |
| – Secundária | 3 (23,08%) |
| – Secundária à disfunção sexual do parceiro | 2 (15,38%) |
| – Secundária à depressão | 1 (7,69%) |
| – Situacional à disfunção sexual do parceiro | 1 (7,69%) |

O quadro das formas de disfunções de orgasmo, que atinge 25% desta amostra, encontra-se delineado na Tabela 8.

Tabela 8 – Prevalência dos tipos de anorgasmia entre as parceiras de homens com disfunções sexuais.

| Tipo de Anorgasmia | |
|---------------------------------------------|------------|
| – Situacional | 4 (50,00%) |
| – Absoluta | 2 (25,00%) |
| – Secundária | 1 (12,50%) |
| – Secundária à disfunção sexual do parceiro | 1 (12,50%) |

A inadequação sexual, enquanto desajuste sexual relacionado ao casal, foi detectada em 1 das mulheres da amostra (3,13%).

CONCLUSÕES

Quanto à vinda parcial das parceiras convocadas (55,17%), podemos deduzir três hipóteses possíveis:

1. Os pacientes não lhes passaram a convocação; elas não souberam que seria necessária ou útil sua participação no diagnóstico das disfunções sexuais de seus parceiros.
2. Receberam a convocação verbal através do paciente, mas se recusaram a vir (justificativa dada pelo paciente).

3. Receberam a convocação verbalmente e não a consideraram ou o casal não considerou necessária a presença da parceira sexual no diagnóstico proposto.

O estado civil destas mulheres leva-nos a concluir que os pacientes com disfunções sexuais, e que têm a participação das parceiras no processo de diagnóstico e tratamento para aquelas disfunções, não procuram fora do casamento outros *relacionamentos sexuais* fixos ou ocasionais, talvez pela dificuldade sexual que os torna inseguros.

Apesar de serem um grupo de mulheres com escolaridade acima da média (31,25% com grau universitário), elas não se mostram economicamente emancipadas e mantêm os mesmos papéis previamente estabelecidos socialmente para as mulheres: 50% trabalham em casa, além de 21,88% em trabalhos considerados próprios de mulheres, com baixo status social (repcionista, secretária, vendedora, doméstica).

Observando a idade na primeira relação sexual e o parceiro para esta, podemos perceber que há duas gerações que se mostram comportamentalmente diferenciadas: as mulheres que referiram a primeira relação sexual após o casamento são 9 anos e 8 meses, em média, mais velhas do que aquelas que tiveram a primeira relação sexual com o namorado (mesmo que sendo o atual marido). A virgindade parece ter sido mais valorizada pela geração que se casou no final da década de cinqüenta, quando estas mulheres só tiveram sua primeira relação sexual após o casamento.

A freqüência da atividade sexual nula mostra-se coerente com a disfunção sexual do parceiro em 25% das mulheres estudadas.

As disfunções de desejo nestas mulheres são essencialmente primárias, independentemente da disfunção sexual de seus parceiros, sendo que apenas 3 mulheres desenvolveram a inibição do desejo sexual após a disfunção do parceiro (23,07%).

Encontramos apenas 1 mulher com anorgasmia secundária à disfunção sexual do parceiro, aparentemente significando que tais disfunções, quando existem num casal, são anteriores ao aparecimento de disfunções sexuais dos parceiros sexuais.

As disfunções sexuais presentes nesta amostragem (88%) não se mostram resultantes das disfunções sexuais dos pacientes que estavam procurando solução para suas disfunções, o que ocorreu em apenas 3 mulheres (9,38%). Estes resultados apontam para a conclusão de que as disfunções sexuais masculinas não são causas comuns de disfunções sexuais entre as parceiras dos homens que as têm, ou não estão correlacionadas com elas.

A solução do problema sexual do paciente poderá não

resolver a inadequação sexual do casal, e menos ainda as dificuldades sexuais de suas parceiras, fato também apontado por Kaplan (2). As disfunções destas mulheres somente seriam resolvidas se fossem resultado direto das disfunções destes homens.

As disfunções sexuais femininas decorrem especialmente de relacionamentos conjugais frustradores, não guardando obrigatoriamente relação com as disfunções sexuais de seus companheiros.

Para haver a adequação sexual do casal, necessitamos considerar as possíveis disfunções sexuais existentes nas mulheres de homens que procuram solucionar suas disfunções sexuais, sejam estas de origem psicológica ou mesmo orgânica. Torna-se importante, além de darmos atenção às disfunções sexuais isoladamente, nos preocuparmos com a adequação sexual do casal que nos procura com dificuldades sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M. *Sexualidade na Adolescência, Dilemas e Crescimento*. Porto Alegre, L & PM Editores, 5ª edição, 1987.
2. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 5ª edição, 1977.
3. _____. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
4. MALDONADO, M. T. Psicologia da atração sexual. In: Cavalcanti, R. C. & Vitiello, N. *Sexologia I - Textos do I Encontro Nacional de Sexologia*. Rio de Janeiro, Femina Livro, 1984.

Uso de Álcool entre Homens Sexualmente Disfuncionais: Prevalência e Implicações **2**

Oswaldo Martins Rodrigues Júnior¹
Moacir Costa²

RESUMO

RODRIGUES Jr., O. M. & COSTA, M. Uso de álcool entre homens sexualmente disfuncionais: prevalência e implicações. R. B. S. H.1(1): 1990.

O uso de álcool revela ansiedade e pode provocar dificuldades orgânicas (neuropatias periféricas), e ambos podem conduzir a disfunções sexuais. Para reconhecer a interação possível entre o uso do álcool e as disfunções sexuais masculinas estudamos 300 pacientes homens, com queixas sexuais, que procuraram uma clínica privada para diagnóstico e tratamento no período de janeiro a setembro de 1987. O diagnóstico foi obtido após avaliação multidisciplinar, pela qual obteve-se 86% dos pacientes com queixas de disfunção erétil, dos quais 60,08% de origem psicológica, 30,23% de origem orgânica e 9,69% com componentes mistos (orgânicos e psicológicos). Proporcionalmente, existem menos homens com disfunção erétil organogênica (61,54%) que fazem uso de álcool do que psicogênica (85,16%). Homens portadores de disfunção erétil psicogênica que fazem uso diário ou social de álcool afirmam, com maior frequência, que a interferência produzida pelo álcool no desempenho sexual é positiva. O uso de álcool pelo seu efeito antiansiolítico deve ser a razão pela qual os homens com disfunção erétil de origem psicológica utilizam-no.

Unitermos: disfunções sexuais masculinas, disfunção erétil, álcool.

1. Psicólogo; professor assistente de Teorias e Técnicas Psicoterápicas II e Psicologia Geral e supervisor do curso de Orientação Sexual de Adolescentes das Faculdades São Marcos; psicoterapeuta sexual do Instituto H. Ellis.

2. Psiquiatra; psicoterapeuta sexual do Instituto H. Ellis. Trabalho desenvolvido no Instituto H. Ellis, Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade.

Recebido em 19/1/90

Aprovado em 30/1/90

resolver a inadequação sexual do casal, e menos ainda as dificuldades sexuais de suas parceiras, fato também apontado por Kaplan (2). As disfunções destas mulheres somente seriam resolvidas se fossem resultado direto das disfunções destes homens.

As disfunções sexuais femininas decorrem especialmente de relacionamentos conjugais frustradores, não guardando obrigatoriamente relação com as disfunções sexuais de seus companheiros.

Para haver a adequação sexual do casal, necessitamos considerar as possíveis disfunções sexuais existentes nas mulheres de homens que procuram solucionar suas disfunções sexuais, sejam estas de origem psicológica ou mesmo orgânica. Torna-se importante, além de darmos atenção às disfunções sexuais isoladamente, nos preocuparmos com a adequação sexual do casal que nos procura com dificuldades sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COSTA, M. *Sexualidade na Adolescência, Dilemas e Crescimento*. Porto Alegre, L & PM Editores, 5ª edição, 1987.
2. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 5ª edição, 1977.
3. _____. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
4. MALDONADO, M. T. Psicologia da atração sexual. In: Cavalcanti, R. C. & Vitiello, N. *Sexologia I - Textos do I Encontro Nacional de Sexologia*. Rio de Janeiro, Femina Livro, 1984.

SUMMARY

RODRIGUES Jr., O. M. & COSTA, M. Alcohol and male sexual dysfunction: prevalence and significance. *R. B. S. H. 1(1): 1990.*

The use of alcohol reveals anxiety which can produce diminished penile tumescence and even peripheral neurologic damage with long use and both can cause sexual dysfunctions in the male. Three hundred male patients referred to a private clinic for the diagnosis and treatment of such dysfunctions, from January to September of 1987, were studied and the diagnosis was obtained from the multidisciplinary approach which led to 86% patients complaining from erectile dysfunction who were 60.08% psychogenic, 30.23% organic and 9.69% with both compounds for the erectile dysfunction. There were less psychogenic erectile dysfunctioning men who did not drink alcohol than those with organic causes for the dysfunction. The daily or social drinker of alcohol that suffered from psychogenic impotence referred a positive effect of alcohol in their sexual performance more than the ones with organic impotence. Maybe the use of alcohol is for the tranquilizing effect, so the men with psychogenic impotence look for it to reduce anxiety.

Uniterms: male sexual dysfunctions, impotence, alcohol.

INTRODUÇÃO

Na literatura especializada em sexualidade humana e disfunções sexuais, o álcool é citado como uma das causas de disfunções sexuais masculinas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), sendo que a incidência de disfunções sexuais em alcoolista, segundo Fahner, é de 75% (3).

Usando um placebo em pesquisa com álcool, Wilson e Lawson (14) mensuraram continuamente a tumescência peniana em homens que, sob a crença de estarem usando álcool, mostraram significativamente maior tumescência peniana do que aqueles que acreditavam ter tomado somente água tônica, independentemente do conteúdo alcoólico do que bebiam.

Briddell *et alii* (2) e Lang *et alii* (8) mostraram que o efeito esperado do álcool é mais evidente quando o estímulo sexual é mais desviante ou o homem tem alto nível de culpa sexual.

Wilson e Lawson (14) sugeriram que a crença de ter estado bebendo álcool serve para a auto-absolvição da responsabilidade para atos desaprováveis pessoais ou sociais.

Wilson, Niaura e Adler (15) demonstraram que o efeito do álcool sobre o mecanismo de ereção ocorre via farmacológica, supri-

mindando a resposta sexual biológica, provocando diminuição da tumescência peniana, apesar de subjetivamente haver referência de aumento significativo da sensação de excitação.

O presente estudo pretende determinar a incidência do uso de bebidas alcoólicas entre homens com disfunções sexuais que procuraram tratamento especializado, tecendo considerações sobre esse uso em conjunto com disfunções sexuais e os efeitos referidos no desempenho sexual masculino e a etiologia daquela disfunção.

MÉTODOS

Foram estudados 300 pacientes homens, com queixas de disfunções sexuais que, em seguida, procuraram uma clínica privada para o diagnóstico e o tratamento multidisciplinar daquelas queixas, no período de Janeiro a setembro de 1987. Foi feita uma análise retrospectiva dos dados obtidos destes pacientes.

A avaliação diagnóstica constituiu-se de entrevista preliminar para a anamnese do problema sexual, entrevista psicológica, utilização de testes psicológicos (Inventário H. Ellis de Sexualidade Masculina forma II, Teste de Apercepção Temática, Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota, Inventário Beck de Depressão, Escala de Satisfação Sexual, Escala de Assertividade) (12, 13), exame arterial peniano e geral (10), estudo hemodinâmico do corpo cavernoso com cloridrato de papaverina e cavernosometria (11), exame urológico, exame de níveis glicêmicos e hormonais (testosterona, FSH, LH e prolactina) e teste de turgescência peniana noturna (com fitas de rompimento progressivo do tipo EBM-IHE). Após os exames, os resultados foram discutidos em grupo pelos profissionais envolvidos, médicos e psicólogos, para serem pesadas as condições mais significativas na etiologia da disfunção sexual, com vistas à indicação terapêutica.

A entrevista psicológica realizada é estruturada e focalizada na sexualidade (13): o desenvolvimento sexual infanto-adolescente, a iniciação sexual, a vida sexual adulta, o desenvolvimento da disfunção queixada e dados relativos a possíveis causas destas disfunções. Nesta entrevista obtivemos os dados relativos ao uso do álcool: idade de início do uso do álcool, quantidade de álcool usada, tipo de uso (se diário ou social, evitando o questionamento direto, mas esmiuçando as formas do uso de bebidas alcoólicas, se nas refeições, se em casa a sós, se apenas em festas e com qual frequência) e se o paciente percebeu, quando sob o uso do álcool, interferências (positivas ou negativas) na função sexual - desejo, excitação

e orgasmo, segundo o modelo trifásico de Kaplan (6). Consideramos o não uso de bebidas alcoólicas, quando o paciente referia que não bebia em nenhuma circunstância; o uso social, para aqueles que apenas fazem uso de bebidas alcoólicas em festas, reuniões ou em fins de semana; o uso diário, para aqueles que bebem mais de quatro dias por semana, em refeições ou ao término do trabalho, assim como em fins de semana, festas e reuniões sociais.

Os dados relativos ao uso do álcool foram analisados comparando-os com o diagnóstico orgânico ou psicológico obtido na avaliação multidisciplinar. O diagnóstico psicológico implica que não existem quaisquer causas orgânicas imputáveis para a disfunção, e o diagnóstico orgânico implica que o comportamento sexual não é afetado por questões psicológicas (intrapsíquicas, conjugais, comportamentais etc.). Quando há causas orgânicas e psicológicas conjuntas consideramos um diagnóstico misto, indicando neste trabalho quando ocorrer.

A cistometria de água foi utilizada em pacientes que, devido a suas queixas, podiam apresentar comprometimentos neurológicos. Apesar de não ser um método que defina o caráter neurogênico específico da disfunção erética, este apresenta possíveis comprometimentos da inervação pélvica.

Os pacientes tinham idade média de 45 anos e 9 meses (16 a 77 anos), sendo 69,39% casados, 55,94% com escolaridade superior completa, 71,43% católicos não praticantes. Eram homens que tinham uma parceira fixa (48,99%) ou mais de uma parceira (39,19%), sendo que 24 (8,11%) não tinham nenhuma parceira e 11 (3,72%) não as tinham fixas. O início da disfunção sexual deu-se aos 42 anos, em média (entre 13 e 75 anos), com uma duração média de 5 anos (variando de 6 meses a 39 anos).

RESULTADOS

A idade média de início do uso do álcool foi de 27 anos e 8 meses (variando de 5 a 49 anos, com mediana aos 20 anos).

As disfunções sexuais queixadas correspondiam a 98% de disfunções eréteis (sendo que 36 pacientes, 12,24%, não concluíram a avaliação diagnóstica proposta) e 2% de ejaculação prematura. O diagnóstico multidisciplinar obtido é o constante da Tabela 1.

As bebidas citadas foram cerveja (36,97%), uísque (29,48%), aperitivos - batidas e outras bebidas por mistura - (13,04%) e vinho (8,71%), com variação de 1 a 6 doses (em média 2,5 doses) a cada vez que bebiam. O uso de bebidas alcoólicas nas disfunções eréteis

diagnosticadas (86% do total de pacientes) encontra-se distribuído na Tabela 2, onde podemos apreciar o cruzamento com o diagnóstico e uso (diário, social, sem uso).

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes portadores de disfunções sexuais quanto à etiologia pós-diagnóstico multidisciplinar.

| Etiologia da Disfunção Sexual | Número de Pacientes | Porcentagem |
|--------------------------------------|---------------------|-------------|
| Psicogênicos | 161* | 53,67% |
| Organogênicos | 103** | 34,33% |
| Não completaram a avaliação proposta | 36 | 12,00% |
| Totais | 300 | 100,00% |

* 6 pacientes queixavam-se de ejaculação prematura primária (3,73%), com implicação de psicoterapia; 3 pacientes (1,86%) receberam hydergine e 1 paciente (0,62%) recebeu durateston por não concordarem a se submeter à psicoterapia proposta; outros 3 pacientes (1,86%) receberam hydergine concomitantemente à psicoterapia. Todos os pacientes restantes foram referidos à psicoterapia.

** 25 pacientes (24,27%) receberam indicação conjunta de psicoterapia; 48 (46,6%) receberam indicação para prótese peniana, 25 (24,27%) indicações de cavernosoplastia, 9 (8,75%) cirurgia a Nesbitt; 2 (1,94%) tratamento hormonal e 17 (16,5%) com diagnóstico de arteriogênico deveriam submeter-se a revascularização e/ou possivelmente implantação de prótese peniana.

Tabela 2 – Uso de bebidas alcoólicas em homens com queixas de disfunção erétil e diagnóstico final quanto à etiologia (o diagnóstico de componentes mistos refere-se a condições definidas causando a disfunção de ereção associada a condições emocionais que provocariam disfunções sexuais no homem).

| Diagnóstico da Disfunção Sexual Erétil | | | | |
|----------------------------------------|--------------|--------------|--------------------|---------------|
| Uso de Alcool | Psicogênico | Organogênico | Componentes Mistos | Totais |
| Uso diário | 42 (27,10%) | 17 (21,79%) | 7 (28,00%) | 66 (25,58%) |
| Uso social | 90 (58,06%) | 31 (39,74%) | 11 (44,00%) | 132 (51,16%) |
| Uso diário | 23 (14,84%) | 30 (38,46%) | 7 (28,00%) | 60 (23,26%) |
| Uso diário | 155 (60,08%) | 78 (30,23%) | 25 (9,69%) | 258 (100,00%) |

A referência de interferência positiva no desempenho sexual de homens com disfunção erétil psicogênica que fazem uso diário de bebidas alcoólicas, após sua ingestão, é mais expressiva do que aqueles com causação orgânica ou aqueles com componentes mistos.

A interferência negativa é menos expressiva nos pacientes cujas disfunções se devem a causas psicológicas apenas. Uma porcentagem significativa não refere interferências no desempenho sexual, independentemente da causa para a disfunção erétil (Tabelas 3, 4 e 5).

Tabela 3 – Referência do efeito do álcool no desempenho sexual de homens com disfunção erétil psicogênica.

| Uso do Álcool | | |
|----------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Efeito | Número de Pacientes (porcentagem) | |
| | Uso Diário | Uso Social |
| Positivo | 12 (28,57%) | 25 (27,78%) |
| Negativo | 3 (7,14%) | 14 (15,55%) |
| Variável | 2 (4,76%) | 5 (5,55%) |
| Sem interferência | 25 (59,52%) | 46 (51,11%) |
| Totais | 42 (100,00%) | 90 (100,00%) |

Tabela 4 – Referência do efeito do álcool no desempenho sexual de homens com disfunção erétil organogênica.

| Uso do Álcool | | |
|----------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Efeito | Número de Pacientes (porcentagem) | |
| | Uso Diário | Uso Social |
| Positivo | 3 (17,65%) | 1 (3,22%) |
| Negativo | 4 (23,53%) | 5 (16,13%) |
| Variável | – | 1 (3,23%) |
| Sem interferência | 10 (58,83%) | 24 (77,42%) |
| Totais | 17 (100,00%) | 31 (100,00%) |

O uso social de bebidas alcoólicas produz mais referências de interferências positivas, quando de seu uso, entre os pacientes psicogênicos e mais referências negativas entre os que têm causas orgânicas e psicológicas conjuntas. A não interferência no desempenho sexual é mais referida entre os portadores de disfunção erétil de causa orgânica (Tabelas 3, 4 e 5).

A Tabela 6 apresenta a prevalência de alterações na cistometria de água em pacientes com disfunção erétil comparada com o uso diário ou social e o diagnóstico psicológico ou orgânico. Há maior

incidência de alterações cistométricas (possíveis comprometimentos neurológicos) entre os pacientes com causas orgânicas para suas disfunções (20% dos que fazem uso diário de álcool e 33% dos que dele se utilizam socialmente).

Tabela 5 – Referência do efeito do álcool no desempenho sexual de homens com disfunção erétil devido a componentes orgânicos e psicológicos concomitantes.

| Efeito | Uso do Álcool | |
|-------------------|-----------------------------------|--------------|
| | Número de Pacientes (porcentagem) | |
| | Uso Diário | Uso Social |
| Positivo | 1 (14,25%) | 3 (27,27%) |
| Negativo | 2 (27,57%) | 5 (45,45%) |
| Variável | 1 (14,29%) | – |
| Sem interferência | 3 (42,86%) | 3 (27,27%) |
| Totais | 7 (100,00%) | 11 (100,00%) |

Tabela 6 – Incidência de alterações cistométricas em homens com distúrbios sexuais eréteis que faziam uso de bebidas alcoólicas (social e diário).

| Uso de Álcool | Número de Pacientes (porcentagem) | |
|---------------|-----------------------------------|--------------|
| | Organogênicos | Psicogênicos |
| Diário | 2 (20,00%) | 0 (00,00%) |
| Social | 4 (33,00%) | 3 (10,71%) |

Um paciente com queixa de ejaculação prematura bebe diariamente, um não bebe em absoluto e quatro bebem socialmente. Os pacientes com ejaculação prematura referiram experiências de retardamento do reflexo ejaculatório quando do uso do álcool, mesmo que esporádico (um paciente referiu explicitamente procurar no álcool esta condição).

CONCLUSÕES

O uso de bebidas alcoólicas sempre provocou discussões e justificativas para o seu uso. Alguns o consideram indispensável para

a realização do ato sexual, um afrodisíaco sempre necessário para estimular o interesse pelo sexo. Muitas pessoas consideram o álcool um afrodisíaco em decorrência do encorajamento a maior facilidade de aproximação que, aparentemente, seu uso proporciona. Outros acreditam que, mesmo em pequenas doses, o álcool pode tornar o indivíduo apático e desinteressado por sexo. Essas contradições mostram que o uso de bebidas alcoólicas e sua interferência na sexualidade é bastante discutida e confusa na esfera leiga.

Sabemos que o uso de bebidas alcoólicas facilita, na maioria das pessoas, o contato por redução da censura, decorrente da inibição da consciência crítica e do relaxamento muscular que provoca (4).

O uso do álcool na adolescência é associado com o encorajamento para as primeiras relações sexuais com a facilitação do contato social. A sensação de conforto e descontração pode levar pessoas mais inseguras a usá-lo em situações onde o nível de ansiedade é muito elevado, e a vida sexual é quase invariavelmente uma das situações onde são liberadas maiores quotas de ansiedade. Desta forma, o homem que tem dificuldades e disfunções sexuais de origem psicológica apresenta maior grau de ansiedade geral, o que podemos associar ao maior consumo social de bebidas alcoólicas. Aquele homem que deve sua dificuldade sexual a causas orgânicas não necessita de maior controle de ansiedade através do álcool socialmente ingerido. Aparentemente, podemos deduzir que aqueles homens que não apresentam problemas orgânicos e que teriam as causas da sua disfunção na esfera psicológica têm uma estrutura de personalidade mais compatível com o consumo do álcool. Este fato também pode ser corroborado pelo maior índice de incidência de abstinência do uso de álcool por aqueles homens de etiologia orgânica para as disfunções sexuais, quando comparados àqueles de etiologia psicológica.

Os sinais indiretos de neuropatia da região genital, indicados pelas alterações na cistometria da água, ocorrem com maior frequência nos pacientes que apresentam causas orgânicas, em especial sob uso social do álcool, apesar dos pacientes de causação psicológica que fazem uso social do álcool em maior proporção, estes apresentam maior incidência de comprometimentos indicados pela alteração do exame cistométrico.

Homens portadores de ejaculação prematura afirmam que quando bebem um ou dois aperitivos tendem a demorar mais para ejacular. Também sabemos que o uso constante e prolongado do álcool inevitavelmente diminui a percepção erótica, levando à impotência devido à degeneração dos nervos pélvicos (neuropatia pe-

riférica genital). Estes efeitos, quando o uso é constante e abusivo, são variáveis, dependendo do tipo de usuário.

Observa-se que cada indivíduo tem uma maneira peculiar de reagir à ingestão acumulativa de álcool. Mas sabemos que, a partir da dose euforizante, muito rapidamente o álcool passa a provocar um estado de relaxamento, interferindo na captação dos estímulos eróticos, bloqueando-os. Além disso, a vasodilatação causada pelo álcool não ajudará no aumento da excitação sexual, do ponto de vista da fisiologia (9, 15), apesar de que os pacientes psicogênicos citam-no como fonte de melhoria do desempenho sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRIDDEL, D. W. & WILSON, G. T. Effects of alcohol and expectancy set on male sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology* 85: 225-34, 1976.
2. BRIDDEL, D. W. et alii. Effects of alcohol and cognitive set on sexual arousal to deviant stimuli. *Journal of Abnormal Psychology* 87: 418-30, 1978.
3. FAHRNER, E. M. Sexual dysfunction in male alcohol addicts: prevalence and treatment. *Archives of Sexual Behavior* 16(3): 247-57, 1978.
4. FARKAS, G. & ROSEN, R. C. The effects of ethanol on male sexual arousal. *Journal of Studies on Alcohol* 37: 265-72, 1976.
5. KAPLAN, H. S. A Nova Terapia do Sexo. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1978.
6. _____. *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1983.
7. KEANE, T. M. & LISMAN, S. A. Alcohol and social anxiety in males behavior cognitive and physiological effects. *Journal of Abnormal Psychology* 89: 213-23, 1980.
8. LANG, A. R. et alii. Expectance, alcohol, and sex guilt as determinants of interest in and reaction to sexual stimuli. *Journal of Abnormal Psychology* 89:644-53, 1980.
9. LEMERE, F. & SMITH, J. W. Alcohol-induced sexual impotence. *American Journal of Psychiatry* 130: 212-3, 1973.
10. PUECH-LEÃO, P.; ALBERS, M. T. V.; PUECH-LEAO, L. E. Post-exercise penile blood pressure in the diagnosis of vasculogenic impotence. *Vascular Surgery* 17(4): 216-9, 1983.
11. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEAO, P. ; GLINA, S.; COSTA, M.; REICHEL, A. C.; RODRIGUES Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia* 13(1): 11-4, 1987.
12. RODRIGUES Jr., O. M. & COSTA, M. A disfunção erétil e a utilização do Inventário Beck de Depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 36(5): 293-8, 1987.

13. RODRIGUES Jr., O. M. A abordagem psicológica do paciente sexualmente disfuncional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, no prelo.
14. WILSON, G. T. & LAWSON, D. M. Expectancies, alcohol and sexual arousal in male social drinker. *Journal of Abnormal Psychology* 85: 578-94, 1976.
15. WILSON, G. T.; NIAURA, R. S.; ADLER, J. L. Alcohol, selective attention and sexual arousal in men. *Journal of Studies on Alcohol* 46(2): 107-15, 1985.

Resumo Comentado

O Uso de Prótese Peniana Maleável no Tratamento da Disfunção Erétil; Um Estudo Prospectivo do Ajustamento Pós-Operatório

1

Comentários de Oswaldo Martins Rodrigues Júnior¹

KRAUSS, D. J.; LANTIGA, L. J.; CAREY, M. P.; MEISLER, A. W.; KELLY, C. M. O uso de prótese peniana maleável no tratamento da disfunção erétil: um estudo prospectivo do ajustamento pós-operatório. *The Journal of Urology* 142: 988-91, 1989.

Os autores propõem uma pesquisa prospectiva, longitudinal, ao contrário das que têm sido executadas de forma retrospectiva, com procedimentos não adequados e outras limitações metodológicas. Visando aumentar o conhecimento sobre o ajustamento pós-operatório, foi executado um estudo longitudinal de dezenove pacientes de implantes penianos e suas parceiras sexuais. A pesquisa foi feita através de anamnese sexual, entrevista psicológica estruturada e testes psicológicos (Inventário Beck de Depressão, Escala de Ajustamento Marital de Locke-Wallace, Inventário Derogatis de Funcionamento Sexual).

Os autores propõem o uso de medidas do funcionamento psico-sexual, em conjunto com testagem prospectiva, como forma de assessorar os pacientes e parceiras quanto ao ajustamento para o implante de prótese peniana. Os resultados sugerem que a maioria dos pacientes e suas parceiras estão satisfeitos com a prótese, um ano após a cirurgia, embora algumas vezes o uso da prótese faz-se acompanhar de complicações a curto prazo. A satisfação tendeu a ser menor entre as esposas do que entre os pacientes. A freqüência da

1. Psicólogo, psicoterapeuta do Instituto H. Ellis; professor assistente de Teorias e Técnicas Psicoterápicas II a Psicologia Geral e supervisor do curso de Orientação em Sexualidade de Adolescentes das Faculdades São Marcos.

Recebido em 16/04/90

Aprovado em 23/04/90

atividade sexual aumentou durante o período de follow-up, sem, no entanto, ocorrer mudanças no desejo sexual. Não houve mudanças maritais ou psicológicas importantes ou significativas neste período.

Sentimos que se deve estudar o mesmo assunto aprofundadamente *junto* à população brasileira, uma vez que tais dados dependem de aspectos culturais diferenciados, impossibilitando extender as conclusões para nossa população. Embora de forma empírica, podemos perceber as mesmas conclusões entre os pacientes brasileiros e suas esposas.

Apresentação
de
Metodologia

José Carlos Riechelmann¹
Maria Salete Rodrigues²
Sueli Shreier³
Olga Aparecida Fortunato⁴
Solly Bercovici⁵
Jorge Rubin⁶

INTRODUÇÃO

O Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha é uma unidade da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, voltada ao atendimento da população feminina da periferia norte da cidade, exclusivamente nas áreas de ginecologia, obstetria e perinatologia, as duas últimas priorizando a gestação de alto risco.

Um presente trabalho objetiva relatar a experiência vivida pelos autores nos últimos quatro anos, de março de 1986 até hoje (março de 1990), na tarefa de criar e desenvolver o Serviço de Atenção à Sexualidade (SASEX) naquele ambiente hospitalar. Serão

1. Médico tocoginecologista e sexólogo; membro da Comissão Nacional de Sexologia da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO) e diretor científico da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática de São Paulo (ABMP-SP).

2. Psicóloga e psicanalista, chefe do Setor de Saúde Mental da Clínica Ginecológica do Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

3. Assistente social.

4. Enfermeira.

5. Médico tocoginecologista.

6. Médico tocoginecologista, responsável pelo Serviço de Planejamento Familiar da Clínica Ginecológica do Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

Trabalho realizado pelo Serviço de Atenção à Sexualidade (SASEX) da Clínica Ginecológica do Hospital Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

Recebido em 9/4/90

Aprovado em 23/4/90

relatadas ainda, de forma sumária, as repercussões observadas ao nível da instituição, da própria equipe e da clientela.

Dois de nós (psicóloga e assistente social), motivados pela resposta, por vezes ausente, por vezes inadequada, da instituição para com a alta demanda de queixas sexuais observada na população usuária, realizaram os primeiros movimentos de criação do SASEX, que gradativamente foi assumindo as características atuais, após a incorporação, na seqüência, do tocoginecologista-sexólogo, da enfermeira e, mais recentemente, de outros dois tocoginecologistas.

PRESSUPOSTOS BÁSICOS

Alguns pressupostos constituem a base filosófico-ideológica do SASEX desde o início, bem como, de certo modo, definem uma área de intersecção das diversas formações profissionais e pessoais dos autores.

São eles:

1. A noção de ser humano como unidade sócio-psicossomática (ou bio-psico-social, como queiram) dinâmica, no qual os fenômenos biológicos, emocionais e das relações interpessoais estão em constante interação na construção de cada momento da vida (1).

2. A noção de sexualidade como uma das dimensões da humanidade da pessoa e, portanto, algo que resulta da interação das forças biológicas, emocionais e das relações interpessoais.

3. A noção de saúde adotada pela OMS, definida como o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

4. Decorre da anterior, a noção de assistência integral à saúde da mulher, a orientação atual do pensamento ginecológico em nosso meio e o objetivo básico das instituições públicas de saúde.

5. A noção, decorrente das anteriores, de que o estudo e o trabalho com sexualidade humana são atividades interdisciplinares por excelência, exigindo intercâmbio e integração de profissionais de diferentes formações.

6. A noção de doença como o resultado, num dado momento da biografia do paciente, da conjunção de fatos biológicos, emocionais e das relações interpessoais (fatores sócio-econômico-político-culturais) (2).

7. A noção de que sexualidade e cultura não se dissociam jamais, o que desaconselha o “transplante” puro e simples de técnicas de um país para outro, de uma região para outra num mesmo país inclusive, bem como aponta para a necessidade de desenvolver técnicas adequadas à clientela de cada instituição.

8. A noção de equipe interdisciplinar adotada por Hilton Japiassu (3), na qual a relação com a cliente é estabelecida com um profissional que, pelo alto grau de intercâmbio e interação com os demais membros da equipe, funciona como um agente desta equipe como um todo. Esta função de “porta-voz” de um pensamento construído coletivamente diferencia o trabalho interdisciplinar do multiprofissional.

9. A noção de que, em instituições públicas de saúde, é desejável a criação de formas de trabalho que promovam uma correlação eficiente entre a quantidade e a boa qualidade dos atendimentos.

OBJETIVOS

O SASEX tem por objetivos propostas assistenciais, de pesquisa e de ensino na área da sexualidade humana, de modo especial quanto à sexualidade feminina, devido às características da instituição à qual pertence.

Os objetivos da assistência prestada à população são:

1. Propiciar condições que favoreçam à clientela vivenciar com a maior plenitude possível a sexualidade.

2. Proporcionar ajuda interdisciplinar efetiva para resolução de dificuldades sexuais.

3. Oferecer tratamento específico para as portadoras de disfunções sexuais.

4. Contribuir para a assistência integrada e integral à saúde da mulher na instituição, oferecendo subsídios aos demais setores da Maternidade-Escola.

Os objetivos científicos vão no sentido de produzir estudos interdisciplinares, cooperar com os demais setores da Maternidade-Escola na produção de estudos clínicos e/ou cirúrgicos que envolvam aspectos relativos à sexualidade, a realizar intercâmbio teórico e técnico com outros estudiosos e programas em sexualidade humana.

Os objetivos pedagógicos são os de servir como campo de estágio para os médicos-residentes de ginecologia e obstetria da Maternidade-Escola, e de servir como referência de treinamento e/ou reciclagem para a rede pública de saúde, aproximando esses profissionais do enfoque interdisciplinar da sexualidade.

METODOLOGIA

Como decorrência de seus pressupostos básicos, o SASEX funciona baseado no método compreensivo.

Wilhelm Dilthey (1833-1911), filósofo alemão, estabeleceu uma útil distinção entre explicação (*erklären*) e compreensão (*verstehen*). O modo explicativo caracteriza as ciências naturais (ciências exatas), que buscam estabelecer uma relação precisa e definida de causa-efeito entre dois fenômenos. O modo compreensivo caracteriza as ciências humanas, que procuram extrair dos fatos humanos o seu sentido ou significado.

As ciências exatas procuram obter dados mensuráveis a partir da observação visual de um experimento, em busca de uma regularidade estatística que permita a formulação de uma lei ou regra de caráter matemático.

As ciências humanas, ao contrário, objetivam a apreensão da experiência vivida (vivência), utilizam a percepção direta dos fatos, procurando atingir não uma generalidade de caráter matemático, mas sim descrições qualitativas de tipos e formas básicos de experiências de vida.

O grande sucesso das ciências exatas, principalmente a partir da Revolução Industrial, levou pensadores como Hume, Comte e Durkheim, a usar a metodologia explicativa para o estudo dos fatos humanos, caracterizando um movimento científico chamado Positivismo. Hoje vemos o pensamento positivista conduzindo grande massa de pesquisas nas áreas médicas. Quanto à sexualidade, é este o método aplicado a estudos que tentam estabelecer valores normais (regularidades estatísticas) quanto à frequência de relações sexuais, duração da ereção peniana, grau de apetite sexual etc.

Em oposição ao pensamento positivista no estudo das coisas humanas, pensadores, como Wildelband e Dilthey, estabeleceram que fatos humanos são fenômenos peculiares e exigem metodologia própria para seu estudo. Tal metodologia deve levar em conta que o conhecimento dos fenômenos naturais é o conhecimento de algo externo ao homem, enquanto que o objetivo de uma ciência humana é conhecer a própria experiência humana. É este o pensamento humanista (2, 4).

A partir desta distinção entre experiências externa e interna e da observação dos pressupostos do SASEX, já citados, pode-se entender a opção metodológica de nossa equipe.

É importante assinalar que a distinção entre metodologia compreensiva e explicativa não é estanque. Cabe também, na atividade diária dos autores, a observação de regularidades na repetição de certas experiências nas histórias das pacientes, não com a intenção de buscar uma base matemática para proclamar relação causa-efeito, mas sim com o objetivo de compreender as articulações de fatos concomitantes que desenharam a rede na qual a cliente está inserida.

A compreensão dessa rede de vivências da(s) paciente(s) em estudo é construída coletivamente nas reuniões técnicas semanais da equipe interdisciplinar, tendo como instrumentos intelectuais de trabalho os referenciais teóricos e técnicos dos autores, a saber, parâmetros técnicos de tocoginecologia, enfermagem, psicologia a serviço social, e os referenciais teóricos da medicina organicista (clássica), medicina psicossomática, medicina social, sexologia, psicologia, psicanálise e teoria de grupos de Pichon-Revieré(3).

FLUXOGRAMA

O esquema de fluxo do SASEX está representado na Figura 1.

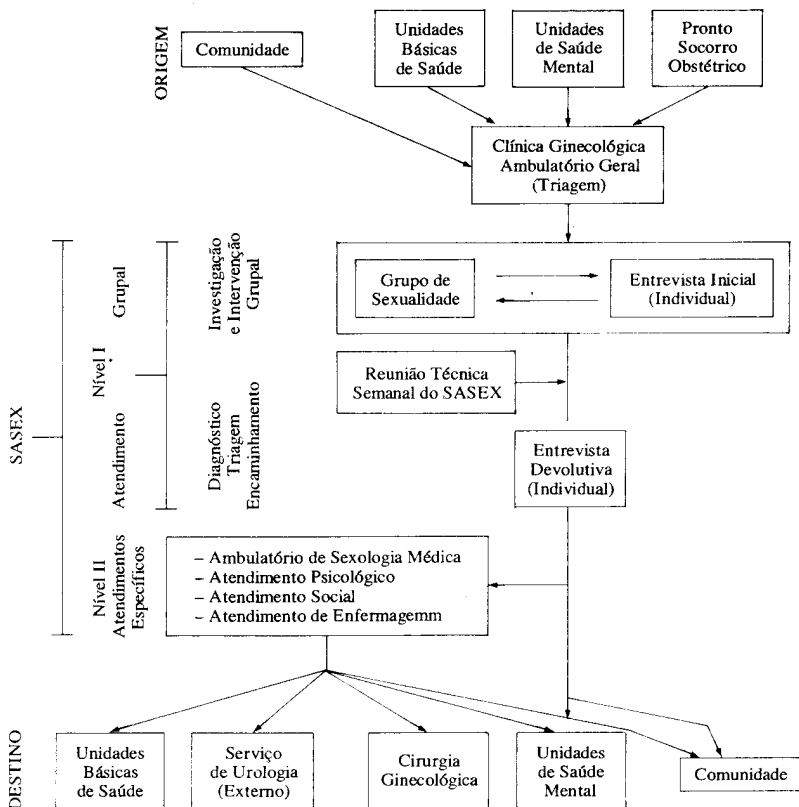


Figura 1 – Fluxograma do Serviço de Atenção à Sexualidade (SASEX).

A cliente chega à Maternidade-Escola por procura espontânea e por encaminhamento de postos de saúde e/ou ambulatórios de saúde mental da região. Também há aquelas que procuram o pronto-socorro do hospital, manifestando as mais diversas queixas, e, nesta ocasião, evidenciam as queixas sexuais, sendo então encaminhadas ao nosso serviço.

Por fidelidade ao pressuposto de assistência integral à saúde da mulher, evitamos o acesso direto e indiscriminado ao SASEX. Têm acesso direto apenas as *clientes provenientes* da rede básica de saúde que já passaram por avaliação médica na unidade de origem. Caso contrário, a via de acesso institucional é sempre o ambulatório geral da Clínica Ginecológica da Maternidade-Escola. Nesta etapa preliminar a paciente é incluída no programa de prevenção e tratamento das ginecopatias. Durante a avaliação médica é possível identificar prováveis origens e/ou fatores agravantes de dificuldades sexuais, mormente aquelas derivadas de má-formações, tumores e inflamações do aparelho genital. *Nestes casos*, a orientação terapêutica já ocorre ao nível do ambulatório ginecológico, buscando-se o trabalho conjunto de ginecologistas e membros do SASEX no seguimento dessas *pacientes*.

O Serviço de Atenção à Sexualidade (SASEX), *propriamente* dito, é formado por dois níveis de atendimento.

O nível 1 é o de atendimento coletivo, onde se dá o trabalho com Grupos de Sexualidade. Concomitantemente ao desenvolvimento do grupo, realizamos entrevistas individuais (uma com cada cliente) e as reuniões técnicas semanais de equipe. Este primeiro nível se *encerra logo* após o término do trabalho com o grupo, através da realização da segunda *entrevista individual*, chamada entrevista de-olutiva.

As metas atingidas por este nível são:

1. Absorver o máximo possível da *clientela encaminhada* maximizando a produtividade do serviço através do atendimento coletivo.

2. Promover a troca de *experiências entre* as clientes no grupo, o que, por si só, já tem efeito terapêutico na medida que modifica o isolamento sócio-cultural e favorece a informação, a desmistificação, a reflexão, a integração e a reapropriação em relação à sexualidade.

3. Esclarecer e especificar a necessidade de ajuda grupal e individual (diagnóstico e triagem).

4. Devolver à paciente a compreensão da *equipe* a seu respeito e encaminhar a continuidade do tratamento, quando necessário.

O Grupo de Sexualidade é a porta de entrada do SASEX. Após a avaliação e conduta no ambulatório ginecológico, as pacientes são

agendadas para o grupo, que admite no máximo vinte pessoas. O grupo é fechado, de modo que as pacientes que chegam após seu início são agendadas para o grupo seguinte. Cada grupo dura um total de oito semanas, reunindo-se uma vez por semana para uma sessão de noventa minutos.

No início da primeira sessão expõe-se o funcionamento do serviço e a proposta de trabalho, ficando estabelecido um contrato grupal.

A opção pelo método compreensivo nos leva à técnica de trabalho o menos diretiva possível. A tentativa de captar a vivência da sexualidade das clientes não tem sucesso com o uso de técnicas diretivas, como aulas, treinamentos, cursos etc., cujos conteúdos são definidos a priori, antes do contato com as pacientes. Optamos por oferecer à clientela um espaço de liberdade, franqueza e ausência de julgamentos morais, e profissionais dispostos a ouvir, formular uma compreensão em conjunto com os demais da equipe e intervir seguindo esta compreensão interdisciplinar.

O foco de trabalho grupal é aquilo que emerge espontaneamente do grupo. Considerando que todas as pacientes do grupo, sem exceção, são portadoras de queixas sexuais, os autores não têm sentido grandes dificuldades em ajudar a estabelecer correlações entre o emergente grupal e a sexualidade. Mesmo quando aquilo que emerge do grupo aparentemente não é uma questão sexual, em geral está contido num foco mais amplo de trabalho a que os autores se propõem: auxiliar a reflexão sobre como o grupo e cada uma no grupo administra o prazer *sensu latu*, o prazer na vida, não estritamente o prazer genital.

As intervenções do profissional no grupo pode ter caráter facilitador da comunicação, informativo ou terapêutico, dependendo da demanda grupal e da questão em foco.

Cada grupo conta com o trabalho de dois profissionais: um coordenador e um observador. Os demais profissionais ocupam-se das entrevistas individuais.

A entrevista individual inicial ocorre com cada paciente do grupo, logo nas primeiras semanas do funcionamento deste, e tem por objetivo estabelecer um canal de comunicação franca e sem julgamentos, em condições de privacidade que permitam a exposição da cliente da forma mais tranqüila e confiável, a fim de aprofundar a investigação de cada caso. Nesta oportunidade é utilizado o prontuário do SASEX como instrumento de sistematização dos dados colhidos na entrevista. Informações sobre este prontuário encontram-se mais adiante e serão tema também de futuras publicações.

Após o término de cada sessão semanal do grupo, tem início

imediate a reunião técnica interdisciplinar, que dura duas horas. Na primeira hora o observador do grupo relata a sessão recém-terminada e ocorre o debate entre os diferentes profissionais da equipe, buscando-se a compreensão da dinâmica grupal da sexualidade, que preferimos chamar de “dimensão horizontal” da sexualidade, segundo Pichon-Rivière (5). Na segunda hora da reunião são lidos e discutidos os prontuários individuais, em busca da compreensão da “dimensão vertical” da sexualidade em cada paciente.

Após o término do trabalho grupal (oitava semana), ocorre a segunda entrevista individual, ou entrevista devolutiva. Nesta ocasião, paciente e profissional avaliam os resultados do atendimento de nível I e ocorre a alta ou o encaminhamento adequado a cada caso. A alta sempre ocorre de comum acordo entre profissional e cliente.

Nas reuniões técnicas e entrevistas devolutivas ocorre o processo de diagnóstico específico, inclusive sexológico, e triagem. A triagem objetiva discriminar as clientes que já receberam ajuda suficiente, através do nível I, daquelas que necessitam novas etapas de tratamento.

O processo de triagem continua para este último contingente, com o objetivo de discriminar as pacientes que podem se beneficiar dos procedimentos do nível II do SASEX daquelas que necessitam formas outras de ajuda não disponíveis no serviço.

O nível II do SASEX é formado pelo ambulatório de sexologia médica e terapia sexual, e por atendimentos específicos da psicóloga, da assistente social e da enfermeira.

O ambulatório de sexologia médica a terapia sexual recebe os pacientes triados do nível I, cujos casos foram julgados passíveis de benefício com esta modalidade de ajuda. O trabalho neste ambulatório é específico de um de nós (tocoginecologista - sexólogo), e é realizado preferencialmente com o casal, não se excluindo os atendimentos individuais. A compreensão e a intervenção terapêutica seguem orientação da medicina psicossomática, de base psicodinâmica, utilizando-se também os referenciais técnicos de terapia sexual de Masters e Jonhson (6) e Kaplan (7). As técnicas de terapia sexual foram absorvidas do programa do CESEX (Brasília-DF), coordenado pelo casal Ricardo e Maria Isabel Cavalcanti.

Os atendimentos específicos da psicóloga do SASEX objetivam aquelas pacientes que, no nível I, julgamos poderem se beneficiar de um trabalho de sensibilização para uma psicoterapia global profunda posterior. A psicóloga realiza reflexão conjunta com a paciente, durante um pequeno e variável número de sessões individuais, a respeito do encaminhamento para psicoterapia. Esta é realizada em ambulatórios de saúde mental da região, visto que o setor de saúde

mental da Maternidade-Escola não se propõe a realizá-la em virtude das características específicas da nossa instituição. Exemplos de atendimentos da psicóloga são os casos em que a paciente chega ao hospital com a crença firme e inabalável de que a dificuldade sexual se resolverá apenas por cirurgia vaginal (perineoplastia). Após avaliação ginecológica a nível I do SASEX fica evidente para a equipe, mas não para a paciente, que a cirurgia é desnecessária e o sintoma sexual é apenas a parte visível de profundos conflitos emocionais ou interpessoais. A reflexão conjunta com a psicóloga pode ajudar a cliente a perceber tal situação existencial e decidir-se por aceitar (ou não) o encaminhamento para psicoterapia individual ou de casal, conforme o caso.

Quanto aos atendimentos específicos da assistente social e da enfermeira no segundo nível do SASEX, ambos estão em fase de estruturação, já com alguma experiência inicial acumulada. Até onde tivemos notícia, nos parece que estas modalidades de atendimento constituem inovações no trabalho com sexualidade, em relação aos demais programas que temos conhecimento, tais como o CESEX (Brasília-DF) e o SESAC (Rio de Janeiro-RJ) (10). As experiências iniciais apontam para a possibilidade de aprofundamento do trabalho com sexualidade pelas vertentes da informação, educação em saúde e sócio-político-cultural, esta última especialmente quanto às questões do direito ao prazer e das relações entre poder e prazer.

CONSEQÜÊNCIAS AO NÍVEL DA INSTITUIÇÃO

A criação e o desenvolvimento de um serviço de sexualidade dentro da Maternidade-Escola têm revelado algumas ambigüidades do comportamento institucional, com alternância de movimentos-de incentivo e de confronto.

Os movimentos de incentivo ao SASEX parecem manter ligação com a necessidade médico-institucional de ter alguma resposta a dar àquelas pacientes que chegam à consulta médica com queixas sexuais. É fato notório que, infelizmente, a formação do profissional médico em nosso meio não inclui um adequado treinamento para lidar com a cliente como um todo, incluindo o processo emocional que acompanha o biológico, bem como com as questões da sexualidade. É possível que a existência do SASEX forneça um certo alívio àquela necessidade institucional. Além disto, ou talvez como decorrência disto, o SASEX foi anexado ao sistema de ensino no Hospital.

Há dois anos, desde março de 1988, foi incluído no programa de residência médica em ginecologia-obstetricia da Maternidade-Escola

o estágio regular de sexualidade e sexologia, além da inclusão de temas de sexualidade e sexologia médica no calendário de aulas teóricas para os residentes.

O médico-residente é inserido no SASEX como observador no grupo de sexualidade e participa das reuniões técnicas da equipe, onde o que foi observado é discutido. Nas aulas teóricas são trabalhados temas de fisiologia e patologia sexual, sempre numa abordagem integradora que enfatiza a natureza interdisciplinar do estudo da sexualidade.

Consideramos estas atividades fundamentais na formação do tocoginecologista pois, afinal de contas, é fato que o aparelho genital feminino está envolvido muito mais tempo nas atividades eróticas do que na reprodutiva durante o tempo de vida da mulher de nossa época. Daí ser incoerente a formação de “especialistas em aparelho genital” que ignorem conhecimentos básicos sobre a função erótica, que, junto com a função excretora, são as que mais ocupam o aparelho objeto da especialidade.

A instituição também realiza, através do SASEX, o objetivo de ser um centro de referência para a rede pública de saúde de São Paulo, na medida em que a equipe tem sido solicitada, com frequência crescente, a realizar atividades didáticas básicas e de reciclagem na área de sexualidade para profissionais de outras unidades de saúde do município.

Os movimentos de confronto da instituição com o SASEX parecem estar associados mais diretamente com a política de administração dos serviços de saúde de nosso país, que prestigia a quantidade de atendimentos como meta, por vezes em detrimento da qualidade.

É evidente que o padrão de produtividade do CONASP, que preconiza quinze minutos de atendimento para cada paciente, é impraticável no atendimento a queixas sexuais.

Temos adotado no SASEX o parâmetro de cinquenta minutos para cada sessão individual ou de casal. O atendimento coletivo do grupo de sexualidade parcialmente compensa o número de atendimentos por período de trabalho.

Com o transcorrer do tempo temos observado que os aspectos favoráveis da integração com a instituição têm superado os menos favoráveis.

CONSEQÜÊNCIAS AO NÍVEL DA EQUIPE

A equipe interdisciplinar do SASEX funciona atualmente em dinâmica de grupo operativo (5), ou seja, nenhum dos membros

ocupa o papel de líder, chefe ou coordenador. O líder do grupo é a tarefa e os profissionais atuam em conjunto visando cada qual satisfazer as solicitações dessa tarefa, exposta nos objetivos do SASEX.

Tal forma de trabalho tem se mostrado intelectualmente muito enriquecedora para os autores, tanto ao nível individual quanto ao nível da equipe como um todo, mas é importante frisar que o presente estágio é fruto de esforços conjuntos que já duram quatro anos, contando-se neste período inúmeros momentos penosos que exigiram de todos uma boa dose de paciência consigo mesmo e com os outros.

As etapas iniciais de articulação da equipe cumpriram a regra, ou seja, o surgimento de repetidos conflitos derivados da visão preconceituosa e estereotipada que cada profissional costuma ter a respeito daqueles de diferente formação. O conflito, já histórico, entre médicos e não-médicos, expresso em disputas intelectuais de autoridade, espaço e poder, foi vivido intensamente no início, muitas vezes de forma inconsciente.

Dada a proposta de trabalho com sexualidade, não escapamos também dos conflitos relativos às diferenças de sexo entre os componentes da equipe, às vezes expresso, por exemplo, por uma preocupação momentânea sobre o equilíbrio numérico entre os sexos na equipe.

Ao longo dos últimos quatro anos e inúmeros confrontos inter-profissionais, os autores puderam chegar atualmente ao conhecimento prático de que o trabalho interdisciplinar não obriga de forma alguma que os diferentes profissionais envolvidos abandonem suas respectivas identidades profissionais, muito menos que passem a exercerem papel específico de outro membro da equipe. Pelo contrário, cada um atua segundo os parâmetros teóricos e técnicos de sua formação específica mas, ao atuar, encontra-se enriquecido pela visão dos demais e portador de uma compreensão construída não por si isoladamente, mas também por si durante a interação com os outros.

Um passo de importância fundamental, talvez até indispensável, para o desenvolvimento produtivo da equipe foi a solicitação que dois de nós (psicóloga e assistente social) fizemos a Maria Juliana T. de Oliveira Costa, assistente social com formação em supervisão de grupos operativos (5), para que prestasse supervisão à equipe do SASEX.

A supervisora não é membro da equipe a não tem contato com a clientela. Sua clientela é a própria equipe a sua função é estar presente nas reuniões técnicas semanais a fim de identificar e apontar para a equipe as atitudes inconscientes e os conflitos implícitos que perturbam a comunicação cooperativa entre os profissionais,

impedindo a realização dos objetivos. Ao dar-se conta desses fatores, a equipe tem a possibilidade de elaborar alguma resolução para o entrave e desenvolver seu trabalho com menor tensão e, portanto, com maior “tesão”.

Durante as reuniões técnicas a supervisão também auxilia muito no atendimento das eventuais dificuldades que possam estar ocorrendo nas relações profissional-grupo/casal/cliente. O trabalho com a sexualidade das clientes com certa frequência mobiliza limites da personalidade e da própria sexualidade dos profissionais, independentemente destes terem ou não passado por processo psicoterapêutico pessoal durante suas respectivas formações técnicas. Nesses momentos, a supervisão abre possibilidades de percepção do impasse, o que ajuda a aumentar a eficiência da relação com a clientela.

Duas outras condições contribuíram de modo especial para a formação do caráter interdisciplinar do SASEX: a confecção de um prontuário interdisciplinar e o rodízio na coordenação e observação dos grupos de sexualidade.

Uma análise detalhada da estrutura e da validade do prontuário do SASEX foge do escopo deste artigo. Cabe relatar aqui apenas que, dos primeiros atendimentos realizados ainda na fase experimental do serviço, colecionamos vários relatos livres e espontâneos de pacientes usuários da Maternidade-Escola a respeito de suas vivências sexuais.

O estudo desses relatos nos apontou alguns dados relevantes na nossa população-alvo, que deveriam constar de um futuro prontuário. No devido momento da fase experimental do serviço, nos propusemos a montar o prontuário buscando as seguintes metas:

1. Utilidade não só para o registro clínico, mas também para futuras avaliações e pesquisas.
2. Utilidade específica para cada um dos diferentes profissionais da equipe.
3. Utilidade para favorecer uma compreensão integrada da vivência sexual da cliente.
4. Adequação às características próprias da população usuária da Maternidade-Escola.

De posse dos dados obtidos dos relatos espontâneos, anteriormente citados, e tendo em vista as metas descritas, buscamos inspiração na ficha de registro usada pelo CESEX (Brasília-DF), no *Manual Femenino-Masculino de Investigação Sexual* (8), de Gilda Bacal Fuchs, e nas obras de Kaplan (7) e de Munjack e Col. (9). Este Trabalho, de criação de um instrumento específico de registro a pesquisa interdisciplinares, foi de grande valia para a integração dos diferentes profissionais da equipe num plano mais concreto.

Ao longo do tempo de vigência do programa, o prontuário tem sido modificado e aperfeiçoado, conforme a experiência de trabalho vai se acumulando. Atualmente qualquer um dos membros da equipe tem podido dele utilizar-se com igual eficiência.

O adestramento para a utilização cada vez mais produtiva do prontuário interdisciplinar tem se conseguido, ao longo do tempo, principalmente através do rodízio na coordenação e na observação dos grupos de sexualidade. A cada novo grupo, as funções de coordenação, observação e entrevista individual são rodiziadas entre os membros da equipe, de modo que cada um dos autores foi observado e observou cada um dos outros no exercício dos atendimentos. Os relatos destas observações foram discutidos na reunião técnica semanal, com a presença da supervisão. Deste modo, cada profissional adquire uma boa noção do valor que cada um dos demais dá aos dados do prontuário, bem como das diversas abordagens possíveis de um mesmo fato.

CONSEQÜÊNCIAS AO NÍVEL DA CLIENTELA

Foge à finalidade deste artigo uma discussão mais detalhada dos critérios de melhora e de alta adotados pelo serviço, bem como dados estatísticos da distribuição da clientela em categorias, antes e após passarem pelo SASEX, o que será tema de outras publicações. Relataremos aqui algumas reações da clientela à estrutura do programa.

Os atendimentos específicos do nível II têm trazido questionamentos a determinadas concepções preconceituosas, vigentes em instituições públicas de saúde, acerca de comportamentos das pacientes.

A concepção de que seria infrutífero o tratamento sexológico das mulheres, porque os maridos não mudam ou não estão disponíveis a colaborar, com freqüência não se confirmam. Temos observado disponibilidade dos parceiros em comparecer às sessões de terapia sexual, principalmente os mais jovens. Mesmo quando há recusa masculina em participar da terapia sexual, o parceiro geralmente acaba sendo envolvido de alguma forma pelo processo terapêutico da mulher. Na medida em que esta começa a movimentar seus conteúdos emocionais e culturais, o parceiro é obrigado a enfrentar um processo de adaptação às novidades da companheira.

Em relação às condições sócio-econômico-culturais, por vezes ouvimos a hipótese de que pacientes pobres não se beneficiariam de atendimentos de sexualidade em virtude das péssimas condições de

moradia ou então devido à dominação por um parceiro agressivo que a trata como objeto sexual. Temos observado que a sexualidade de: pacientes muito pobres tende a ser uma “sexualidade pobre”, não em termos quantitativos, mas sim no sentido qualitativo de alternativas a possibilidades de desfrutar prazer. Durante o trabalho com esta população temos nos gratificado com as manifestações do potencial de mudança e crescimento freqüentemente demonstrado, seja na atitude de isolar duas camas de um quarto único com uma cortina salvadora da privacidade do casal, seja na decisão de investir seu tempo num processo psicoterapêutico, ou então a atitude de exigir do parceiro aquele diálogo que nunca ocorreu nos vários anos de casamento.

Quanto aos atendimentos do nível 1, consideramos que os grupos de sexualidade têm sido um passo de valor fundamental no trabalho com a sexualidade da população desde o início do SASEX em 1986, apesar das criteriosas ponderações de Silva e cols. (10), que optaram pela assistência exclusivamente individual e de casais como ponto de início de seu programa no Rio de Janeiro.

A experiência de quatorze grupos atendidos (aproximadamente duzentas pacientes) nos aponta duas vertentes de reflexão, uma quanto à clientela a outra quanto à equipe, mas evidencia como principal o embricamento destas duas vertentes.

Observamos que o momento grupal por si só é terapêutico e, na sua finalização, podemos ter algumas melhoras e altas. Cremos que isto ocorre em função da ruptura do isolamento sócio-cultural no qual as pacientes se encontravam. A frase: “Só de saber que não sou a única com este problema já me sinto melhor”, dita espontaneamente por praticamente todas as pessoas atendidas até hoje, e freqüentemente nas sessões iniciais, esclarece o quanto o assunto sexo continua a ser um segredo que não deve ser comentado, apesar da tão festejada liberação sexual.

Observamos que muitas pacientes nos chegam compreendendo sua sexualidade através da negação dela - a dita “frigidez” -, na medida em que a sexualidade idealizada as impede de constatar como é na realidade sua própria experiência com seu corpo, seu homem e seu prazer.

A socialização dessa dificuldade, vivenciada no grupo, exerce uma força de ajuda intensa no sentido de perceber que não são pessoas “anormais” ou “estragadas”, e este é o ponto chave para o entendimento e a reapropriação da própria sexualidade.

Apesar de restrita a oito sessões de noventa minutos cada, a experiência grupal é o catalisador de um processo emocional que ocupa a paciente diariamente, por dois meses, para além do horário das sessões e para além do término do grupo. Processo este que fre-

qüentemente se encontrava “adormecido” (ou potencial) e que, ao ser despertado, pôde reverter-se no questionamento de todo um modo de portar-se perante a vida, o homem e o prazer.

O grupo é o momento potencial de falar o nunca dito, ouvir, pensar e agir, não enquanto final, mas sim início de um contínuo abrir novos caminhos.

Esse falar, pensar, agir são também assuntos do âmbito da equipe interdisciplinar, que se depara também com seus impedimentos a dificuldades, principalmente quando seu objeto de estudo toca sua própria individualidade, fato inevitável quando o assunto é sexualidade humana.

Este é o “encontro das águas”: os profissionais no seu trabalho e as pacientes na sua busca de ajuda acabam formando um todo durante a duração do grupo e, freqüentemente, a compreensão do que se passa com as pacientes atravessa a compreensão do que se passa com a equipe, momento a momento.

Enfim, nosso trabalho nos tem ensinado que o caminho do compreender a pessoa humana e sua sexualidade não admite neutralidade nem impunidade para quem caminha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RODRIGUES, A. L. Conceito atual de medicina psicossomática. *In*: Rodrigues, A. L. (coord.). *Temas de Medicina Psicossomática*. São Paulo, Roche, 1988, fasc. 1., p. 12-22.
2. RIECHELMANN, J. C. Abordagem sócio-psicossomática em ginecologia. *In*: Rodrigues, A. L. (word). *Temas de Medicines Psicossomática*. São Paulo, Roche, 1988, fasc. 5, p. 11-23.
3. JAPIASSU, H. *Interdisciplinarietà e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 71-6.
4. TRAGTEMBERG, M. *et al.* Weber, vida e obra. *In*: Max Weber. *Os Pensadores*. 2ª ed., São Paulo, Abril, 1980, p. VI-XXII.
5. PICHON-RIVIÈRE, E. *O Processo Grupal*. 2ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1986.
6. MASTERS; W. H. & JOHNSON, V. E. *A Inadequação Sexual Humana*. São Paulo, Roca, 1985.
7. KAPLAN, H. S. *A Nova Terapia do Sexo*. 4ª ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.
8. FUCS, G. B. *Manual Feminino-Masculino de Investigação Sexual*. São Paulo, Nobel, 1985.

9. MUNJACK, D. J. *et al.* *Sexologia, Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.
10. SILVA, A. C. *et. al.* SESAC: um programa de educação e de terapia sexual. *Femina*, março de 1984, p. 241-6.